



Hva motiverer eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten til å stå lenger i jobb?

Rapport skrevet på oppdrag for Helsedirektoratet

Om Oslo Economics

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med rundt 70 høyt utdannede konsulenter. Vi har bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer og tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere. Myndighetene bruker våre analyser inn i sitt informasjons- og beslutningsgrunnlag.

Oslo Economics har omfattende erfaring med å kartlegge en rekke temaer innenfor et bredt spekter av sektorer og ulike næringer. For å sikre god faglig kvalitet og robuste analyser benytter vi forskningslitteratur, intervjuer, registerdata og spørreundersøkelser i våre utredninger.

Utredning og analyse innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren

Oslo Economics har lang erfaring med utredninger og analyse innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren. Vi utarbeider analyser for departementer og direktorater, helseforetak, kommuner og sektororganisasjoner. Vi har omfattende erfaring fra utredninger og forskning på helse- og omsorgstjenester, arbeidsliv og utdanning, og har særlig kompetanse på bemanningsutfordringer i sektoren.

Av de rundt 70 ansatte i selskapet, har vi mange eksperter på helseøkonomi og arbeidsmarkedsøkonomi, hvorav flere med doktorgrads- eller professorkompetanse på feltet.

Hva motiverer eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten til å stå lenger i jobb? / Rapportnr. 2022_102

© Oslo Economics, 15. mai 2023

Foto/illustrasjon: istockphoto (Muhamad Chabib alwi)

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, tlf. 940 58 192



Innhold

Sammendrag	4
1. Nødvendig med innsats for å motvirke tidlig avgang	7
1.1 Økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester	7
1.2 Tilgang til helsepersonell	8
1.3 Hvordan benytte dagens arbeidskraft best mulig	11
2. Arbeidsdeltakelsen blant eldre i helse- og omsorgssektoren	13
2.1 Yrker i tjenesten	13
2.2 Aldersfordelingen varierer for ulike typer helsepersonell	13
2.3 Deltid og bruk av midlertidige stillinger	15
2.4 Pensjonsordninger og pensjoneringsmønstre	15
3. Kartlegging av faktorer som påvirker avgangsalder	18
3.1 Push- og pull-faktorer	18
3.2 Sammensatte årsaker til avgang	18
3.3 Overordnet gruppering av faktorer som påvirker avgang	20
3.4 Forhold utenfor jobb	20
3.5 Oppfølging og støtte fra ledelse	22
3.6 Arbeidsmiljø og arbeidsforhold	23
3.7 Arbeidsvilkår og organisering	25
3.8 Anerkjennelse, ansvar og oppgaver	28
4. Lærdommer fra koronapandemien	31
4.1 Konsekvenser for motivasjon til å fortsette i arbeid	31
5. Hvordan motvirke tidlig avgang og motivere til økt arbeidsdeltakelse blant eldre?	34
5.1 Få rapporterer om tiltak for å forhindre tidlig avgang	34
5.2 Tiltak på ulike nivåer	36
5.3 Tiltak på individnivå	36
5.4 Tiltak på virksomhetsnivå	37
5.5 Innsats på systemnivå	38
5.6 Innsats på ulike tjenestenivå	39
6. Veien videre – behov for bærekraftige løsninger	41
7. Referanser	43
8. Vedlegg A: Koder i statistikken	46
9. Vedlegg B: Pensjonsordninger i offentlig sektor	48
10. Vedlegg C: Utvalget i spørreundersøkelsen	49

Sammendrag

Ansatte som går tidlig ut av et yrke kan utgjøre en stor arbeidskraftreserve, med kompetanse, erfaring og utdanning det er behov for. Forhold som påvirker valg om tidlig pensjonering, omfatter både forhold utenfor jobb og forhold ved arbeidsplassen. For å motivere flere eldre arbeidstakere til å stå lenger i jobb, vil det være behov for innsats på flere områder, både på individ-, virksomhet- og systemnivå. Det er behov for å kunne tilpasse innsats til lokale og individuelle forhold, samtidig som det legges til rette for dette gjennom nasjonale rammebetingelser og verktøy. Formålet med denne kartleggingen var å identifisere faktorer som påvirker valg om tidlig avgang blant ansatte i helse- og omsorgssektoren, samt områder det er behov for innsats på fremover for å sikre at tjenestene kan gjøre seg nytte av verdifull erfaring og kompetanse blant eldre arbeidstakere.

Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker stadig, samtidig som ressurstilgangen er begrenset. Selv om Norge er blant landene i verden med den beste bemanningsdekningen (justert for antall innbyggere), opplever tjenesten utfordringer med rekruttering og lav bemanning for flere typer helsepersonell. Å utelukkende møte bemanningsutfordringene ved å øke tilbudet av arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, er verken ønskelig eller samfunnsøkonomisk bærekraftig. For å imøtekomme utfordringene i tjenesten er det behov for å jobbe med å sikre relevant kompetanse, riktig bruk av kompetansen, bruke teknologiske løsninger og endre måten vi jobber på. I tillegg vil det være viktig at så mange som mulig deltar i arbeidslivet og at de som jobber bidrar lenger enn tidligere. Eldre arbeidstakere har viktig erfaring og kompetanse som har stor verdi for arbeidslivet og samfunnet.

På oppdrag for Helsedirektoratet, som oppfølging av *Strategi for et aldersvennlig samfunn – flere år flere muligheter* (Departementene, 2016), har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av arbeidsdeltakelsen blant eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten i dag, hvilke faktorer som motiverer eldre arbeidstakere til å fortsette lenger i arbeid og områder med behov for innsats fremover for å sikre at tjenestene kan gjøre seg nytte av verdifull erfaring og kompetanse blant eldre arbeidstakere. Rapporten bygger på analyse av nøkkeltall og relevante dokumenter, samt intervjuer med en rekke aktører innenfor helsesektoren og en spørreundersøkelse rettet mot eldre arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten.

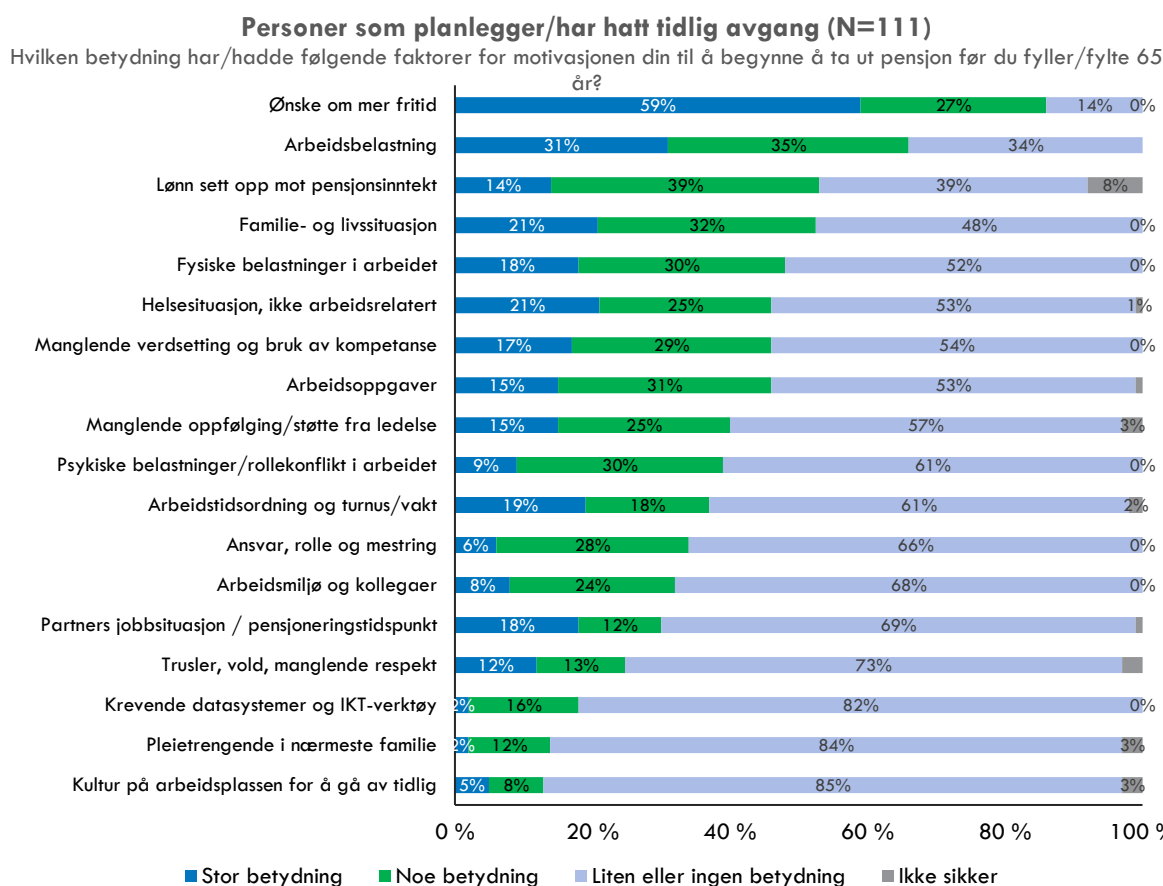
Arbeidsdeltakelsen blant eldre i helse- og omsorgstjenesten

Aldersfordelingen og yrkesdeltakelsen innad i et yrke varierer for ulike typer personell og mellom tjenestenivåene (primær- og spesialisthelsetjenesten). Spesialsykepleiere, helsesekretærer, helsefagarbeidere og jordmødre har de høyeste andelene som er 50 år og eldre. Andelen 50+ er betydelig lavere blant annet for sykepleiere. Sykepleiere og helsefagarbeidere har en særaldersgrense på 65 år, som innebærer at de fleste kan ta ut alderspensjon fra fylte 62 år. I 2021 var gjennomsnittlig pensjoneringsalder for sykepleiere 61,1 år, om man kun inkluderer personer med full pensjon. Dersom man inkluderer personer med delvis pensjon, var gjennomsnittlig avgangsalder 58 år. Gjennomsnittlig pensjoneringsalder for sykepleiere var 64,7 år til avtalefestet pensjon (AFP) og alderspensjon, og 50,0 år til uførepensjon (medregnet 100% pensjon). Blant uføre som kombinerer arbeid og trygd, er uføregraden lavere blant sykepleiere enn blant helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere. Blant sysselsatte i aldersgruppen 58-64 år, er andel uføre sykepleiere og andel uføre helsefagarbeidere noe høyere enn for sysselsatte samlet sett i arbeidslivet. Omfanget og årsakene til disse forskjellene bør undersøkes nærmere.

Faktorer som påvirker avgangsalder

Det er en rekke faktorer som påvirker eldre arbeidstakeres valg om tidlig avgang. For noen kan det være særlig én faktor som påvirker valget, mens ofte er det sammensetningen av flere faktorer som er avgjørende. Hvilke faktorer som er viktig, varierer mellom ulike grupper helsepersonell og mellom tjenestenivået. Vi har kategorisert faktorer som påvirker motivasjonen til å jobbe i fem overordnede kategorier; forhold utenfor jobb, oppfølging og ledelse, arbeidsmiljø og -forhold, arbeidsvilkår og organisering, og anerkjennelse, ansvar og oppgaver. Av respondentene i vår undersøkelse som enten pensjonerte seg tidlig (definert som før 65 år) eller planlegger å gjøre det ble særlig ønske om mer fritid oppgitt som årsak, i tillegg til arbeidsbelastning, ikke-arbeidsrelatert helsesituasjon og familie og livssituasjon. Blant de som ikke planlegger eller ikke hadde tidlig avgang ble lønn, arbeidsmiljø og kollegaer, arbeidsoppgaver og ansvar, roller og mestring trukket frem som viktige faktorer for at de fortsatte i jobben.

Faktorer som kan påvirke motivasjonen til eldre arbeidstakere for å fortsette i jobb



Illustrasjon: Oslo Economics. Respondentene ble i undersøkelsen bedt om å vurdere betydningen av ulike forhåndsdefinerte faktorer.

Forhold utenfor jobb er særlig viktig for mange eldre arbeidstakere valg om tidlig avgang. Forhold utenfor jobb inkluderer ønske om fritid, familie- og livssituasjon, partners jobbsituasjon og pensjoneringsplan, og ikke arbeidsrelatert helsesituasjon. Det er særlig balansen mellom jobb og fritid som er viktig, og totalbelastningen vil for mange bli avgjørende for valget om pensjonering.

Oppfølging og støtte fra ledelse er en annen viktig faktor for eldre arbeidstakere. God ledelse kan skape tillitt og lojalitet, og motivere til å fortsette lenger i arbeid. Samtidig kan ledelse være viktig for å påvirke andre arbeidsmiljøfaktorer som arbeidsvilkår (oppgaver, tilrettelegging og arbeidstidsbestemmelser) og kultur og arbeidsmiljø, som påvirker motivasjonen.

Arbeidsmiljø handler både om faglig og sosialt miljø, mens arbeidsforhold handler om eksponeringer som arbeidstakere må forholde seg til i arbeidshverdagen. Arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten kan være utsatt for ulike fysiske og psykiske belastninger, samt behov for omstilling og endring, for eksempel i forbindelse med teknologisk utvikling og innføring av velferdsteknologi. Slike forhold kan påvirke valget om avgang fra yrket.

Arbeidsvilkår og organisering påvirker arbeidshverdagen til de ansatte og er dermed viktige faktorer som påvirker motivasjonen til å fortsette i arbeid. Arbeidstidsordninger kan påvirke motivasjonen for å jobbe, samt kontinuitet og tilhørighet i bemanningen (sykefravær, deltidsstillinger, midlertidige stillinger og vikarbruk). Videre er anerkjennelse, ansvar og oppgaver viktige faktorer for motivasjonen til å fortsette i arbeid. Ansvar og arbeidsoppgaver kan bidra til følelse av anerkjennelse/verdsettelse og bruk av kompetanse, som kan bidra til å øke motivasjonen.

Lærdommer fra koronapandemien viser også at verdsettelse og fellesskapsfølelse kan ha påvirket motivasjonen til å arbeide blant eldre arbeidstakere. Vi finner at det særlig var muligheten til å arbeide under pandemien

uten å tape pensjon som påvirket pensjonisters arbeidsdeltakelse. Vår kartlegging viser imidlertid at pandemien har hatt liten effekt på motivasjonen til å fortsette i arbeid etter pandemien.

Tiltak for å motvirke tidlig avgang og motivere til økt arbeidsdeltakelse blant eldre

Tiltak som bidrar til at eldre som ønsker kan fortsette lenger i arbeid, kan være viktig for å møte de fremtidige utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Fordi ulike faktorer har betydning for valget om å gå av tidlig med pensjon, og siden disse ville kunne variere på tvers av forhold som yrkesgruppe, tjenestenivå og geografi, er det behov for innsats på flere områder.

Samspeilet og variasjonen mellom ulike forhold gjør at det er behov for individuelle og lokale løsninger, som er tilpasset den enkelte avdeling eller individ. Samtidig er gode rammebetingelser på virksomhetsnivå og nasjonalt nivå en viktig forutsetning. Det er med andre ord behov for tiltak på ulike nivåer, herunder individ-, virksomhets- og systemnivå.

Tiltak på individ-, virksomhets- og systemnivå



Tiltak på individnivå

*Kompetanseutvikling, utnyttelse av kompetanse og anerkjennelse, tilrettelegging, støtte og oppfølging av ledere



Tiltak på virksomhetsnivå

*Holdningsarbeid og arbeidsmiljø, organisatoriske forhold, oppgavedeling, og teknologiske hjelpemidler



Tiltak på systemnivå

*Rammebetingelser og verktøy, pensjonssystemet, og utdanningssystemet

Illustrasjon: Oslo Economics

På individnivå handler tiltak om å påvirke individuelle faktorer. Dette kan for eksempel være tiltak som muligheter for kompetanseutvikling, utnyttelse av kompetanse og verdsettelse/anerkjennelse, muligheter for individuelle tilpasninger i arbeidshverdagen, og oppfølging og støtte fra ledelse. På virksomhetsnivå er det behov for tiltak for å påvirke holdninger og arbeidsmiljø, samt organisatoriske forhold som drift, bemanning og sykefravær, tjenesteutvikling, arbeidsfordeling og oppgavedeling. Det er også viktig å arbeide for å i større grad utnytte de mulighetene den teknologiske utviklingen og velferdsteknologien innebærer. På systemnivå er det behov for innsats for å skape rammebetingelser og verktøy som muliggjør nødvendige lokale og individuelle tilpasninger i arbeidsforhold og arbeidsvilkår. Videre pekes det på at forhold i bl.a. pensjonssystemet påvirker eldre arbeidstakers valg om tidlig avgang, og dermed er et område det må jobbes videre med. Mange av områdene med behov for innsats vil være felles for primær- og spesialisthelsetjenesten, men det vil også være nødvendig å gjøre tilpasninger basert på tjenestenivå.

Mange av faktorene som er viktig for eldre arbeidstakere i valg om tidlig avgang vil være vanskelig å påvirke. Videre vil det kreve mye ressurser for å påvirke enkelte områder. Det må derfor gjøres en vurdering av nytten og kostnadene ved ulike tiltak, før de iverksettes. Det kan være fornuftig å trekke frem de gode eksemplene fra enkeltavdelinger eller kommuner, for å dele kunnskap om hva som fungerer, og dermed øke motivasjonen for å utvikle gode løsninger både lokalt og nasjonalt.

1. Nødvendig med innsats for å motvirke tidlig avgang

Tidlig avgang fra arbeidslivet er utbredt i flere helse- og omsorgsyrker. Ansatte som går tidlig ut av et yrke kan utgjøre en stor arbeidskraftreserve, med kompetanse og utdanning det er behov for. I denne rapporten ser vi nærmere på motivasjonen til å fortsette lenger i arbeid for ulike grupper av helse- og omsorgspersonell. Videre peker vi på mulige områder der det er behov for innsats i årene fremover, for å sikre at tjenestene kan nyttiggjøre seg av verdifull erfaring og kompetanse blant eldre i tjenesten.

1.1 Økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester

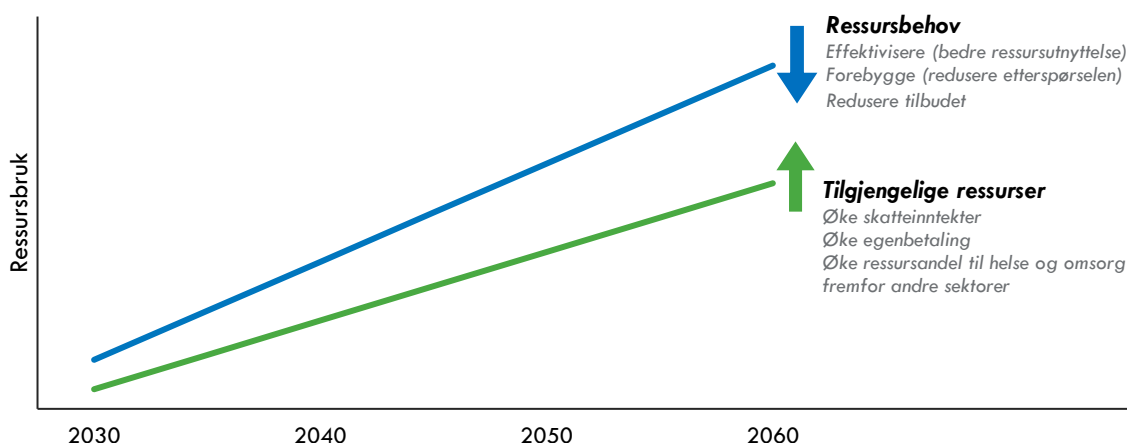
Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker stadig, både som følge av endret demografi og sykdomsbilde, nye behandlingsmuligheter og økte krav og forventninger i befolkningen. Samtidig bidrar produktivitetsvekst i andre sektorer til at presset på helsetjenesten øker. Som beskrevet i Perspektivmelding 2021, har norsk økonomi opplevd en markant

velstandsøkning de siste 75 årene (Finansdepartementet, 2021). Veksten har blant annet vært drevet av høy produktivitetsvekst og en heldig utvikling i bytteforholdet mot utlandet. Forventninger om lavere avkastning på Oljefondet og at en lavere andel av befolkningen vil være i yrkesaktiv alder, begrenser trolig veksten i hva det offentlige kan bruke fremover. Samtidig er det naturlig at vi får en dreining av samfunnets ressursbruk i favør av helse- og omsorgstjenester, ettersom velstanden øker og behovet for slike tjenester blir større fremover (Holmøy, Hjemås, & Haugstveit, 2023).

1.1.1 Gap mellom ressurstilgang og befolkningens ønsker og behov

Behovet for helse- og omsorgstjenester forventes å øke betydelig i perioden fremover. Samfunnets evne til å finansiere tjenestene vil trolig fortsatt øke som følge av videre vekst i økonomien, men denne veksten er med dagens prognoser lavere enn veksten i behovet. Vi må derfor innstille oss på et økende gap mellom fremtidig ressursbehov og ressurstilgang i helse- og omsorgssektoren. For å sikre fremtidig finansiering må vi finne måter å redusere/endre ressursbehovet på eller være villige til å prioritere denne sektoren fremfor andre. Trolig trenger vi begge deler (illustrert i Figur 1-1).

Figur 1-1: Gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser



Illustrasjon: Oslo Economics

1.1.2 Demografi som etterspørselsdriver

Det er flere årsaker til det økte ressursbehov i helse- og omsorgssektoren. Sentralt står demografiske endringer i samfunnet, noe som øker presset på helsetjenester, samtidig som tilgangen på arbeidskraft begrenses.

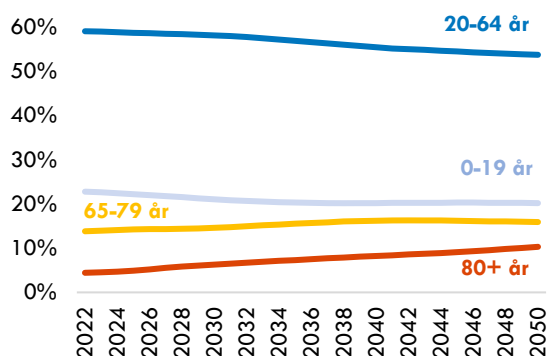
SSBs befolkningsframskrivninger frem mot 2050 viser at andelen eldre (65+) øker, mens andelen unge (0–19 år) og øvrige (20–64 år) avtar (Figur 1-2). Antall personer som er 70 år eller mer doubles på tre tiår – fra nesten

600 000 i dag til nærmere 1,2 millioner. Antall som er 80 år eller mer doubles på enda kortere tid – fra 220 000 i dag til 440 000 om drøyt to tiår.

Spesielt i distriktskommuner er aldringen av befolkningen en utfordring som legger press på helse- og omsorgstjenestene, slik både Distriktsdemografiutvalget (NOU 2020: 15) og Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2) har omtalt.

Sammen med den demografiske utviklingen, endrer sykdomsbildet seg. Ett eksempel er utviklingen i nye krefttilfeller. Kreft har gått forbi hjerte- og karsykdommer som den viktigste dødsårsaken, og antall nye tilfeller ventes å stige betydelig i årene fremover.

Figur 1-2: Andel av befolkningen etter aldersgruppe



Kilde: SSBs framskrivninger (SSB, 2022).

1.1.3 Teknologisk utvikling som etterspørselsdriver

Teknologiutvikling er, sammen med den demografiske utviklingen, blant de store megatrendene som vil påvirke fremtidige kompetansebehov.

En mye sitert studie fra Frey og Osborne (2013; 2017) har beregnet automatiseringssannsynligheter for hundrevis av yrker. Disse beregningene er anvendt på yrkeskoder i Norge og yrkene er deretter analysert inndelt etter yrkesgrupper, næringer, kjønn og fylker i Norge (Pajarinen, Rouvinen, & Ekeland, 2015; NOU 2020: 2; Ekeland & Krüger, 2020).

Slik blant annet Acemoglu og Restrepo (2019) fremhever, innebærer den teknologiske utviklingen ikke bare at arbeidsoppgaver forsvinner, men også at nye arbeidsoppgaver skapes, der hvor arbeidskraften har et komparativt fortrinn. Kompetansebehovsutvalget følger dette argumentet videre, og skriver at siden teknologisk fremgang også fører med seg økt inntekt og en vridning av etterspørselen, så kunne man forvente økt sysselsetting i yrker med lav risiko for automatisering.

Den teknologiske utviklingen vil dermed kunne vri etterspørselen enda mer mot helse- og omsorgsrelaterte tjenester. Samtidig vil innholdet i tjenestene endres med den teknologiske utviklingen. For eldre arbeidstakere i helsesektoren innebærer dette i sum at de både kan

ventes å være enda mer etterspurt i fremtiden, og at fremtidens arbeidsliv vil kreve stor grad av livslang læring for å henge med i den teknologiske utviklingen.

Overgangen fra arbeidskraft til teknologi øker produktiviteten i sektorene dette skjer, slik at de arbeidsplassene som blir igjen vil bli mer produktive. Produktivitetsveksten vil drive opp lønnen i disse sektorene, og lønnsveksten vil smitte over på alle sektorer i samfunnet, også sektorer som ikke opplever samme produktivitetsvekst. Det forventes derfor økende lønnskrav også i helse- og omsorgssektoren. Denne effekten omtales ofte som Baumol-effekten, også kalt Baumols kostnadssyke.

A.1.1 Økte forventninger og krav

Med økt rikdom stiger våre forventninger, ikke bare til de varer og tjenester vi kjøper privat, men også til velferdstjenestene. Det vil stadig være forventninger om tidsmessig standard på bygningsmasse, bedre bemanning og tilgang til innovative legemidler og behandlingsteknologier. Hvis den offentlige tjenesten ikke gir pasientene vesentlige behandlingsalternativer vil en stadig større andel søke private løsninger. Dette er en krevende balansegang for den offentlige helse- og omsorgstjenesten. De må både sikre legitimitet for at tilbudet de yter er tilstrekkelig og kan ivareta befolkningens behov, samtidig som oppgaveporteføljen må være bærekraftig.

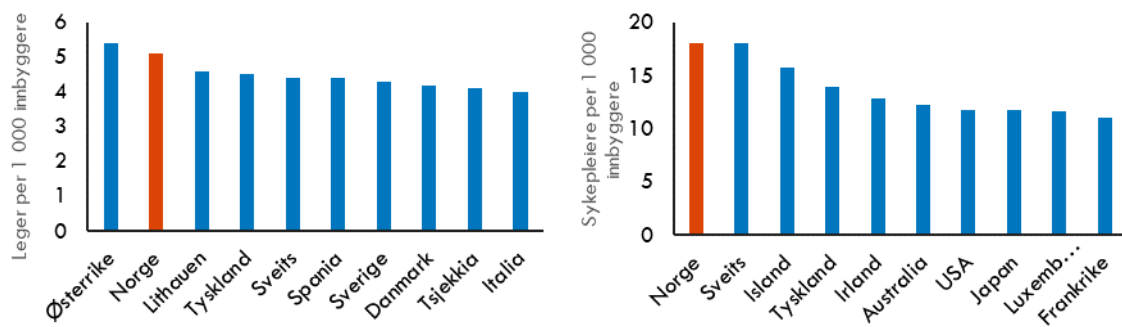
1.2 Tilgang til helsepersonell

Økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester innebærer behov for tilgang til ulike typer helsepersonell. Manglende bemanning kan gi en rekke negative konsekvenser, som redusert kapasitet i tjenesten, lavere kvalitet og redusert pasientsikkerhet.

1.2.1 Bemanningsdekning i verdenstoppen

Justert for antall innbyggere har Norge høyere bemanningsdekning enn andre land, også de nordiske landene som vi ofte sammenligner oss med. Dette gjelder både for leger og sykepleiere (Figur 1-3). Samtidig er det flere forhold som kan forklare forskjeller mellom land, som organisering av helsetjenesten eller demografiske forhold. Å utelukkende møte bemanningsutfordringene ved å øke tilbudet av arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, er verken ønskelig eller samfunnsøkonomisk bærekraftig.

Figur 1-3: Leger og sykepleier per 100 000 innbyggere



Kilde: Oslo Economics' illustrasjon av tall fra OECD <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>.

1.2.2 Mangel på helsepersonell

NAVs bedriftsundersøkelse sammenligner estimert mangel på arbeidskraft på tvers av de ulike yrkesgruppene i Norge. Undersøkelsen viser at mangelen på arbeidskraft er klart størst innen yrkesgruppen helse, pleie og omsorg (Myklathun, 2022). I løpet av det siste tiåret har det vært noen svingninger, og som ventet har mangelen økt etter at koronapandemien inntraff (Figur 1-4).

Sykepleiere og helsefagarbeidere er blant yrkene med størst estimert mangel i NAVs bedriftsundersøkelse, på tvers av alle yrkesgrupper. Våren 2022 utgjorde mangelen på helsefagarbeidere/andre helseyrker¹ og sykepleiere hele 70 prosent av den samlede mangelen i yrkesgruppen helse, pleie og omsorg (Figur 1-4). SSBs framskrivninger frem mot 2035 (Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølén, 2019) viser også et økende gap mellom tilbud og etterspørsel for begge disse utdanningsgruppene. Til tross for usikkerheten i SSBs framskrivninger, er det ingen tvil om at mangel på denne arbeidskraften vil være en utfordring i årene fremover.

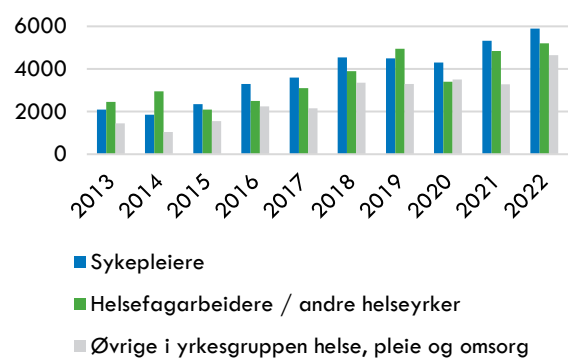
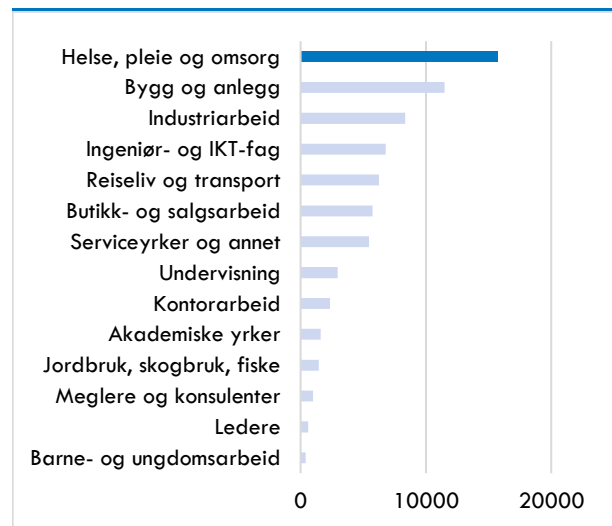
Jo mindre sentrale kommunene er, jo sterkere ventes eldre som andel av yngre (eldrebrøken) å øke, samlet sett for hver sentralitetsklasse (Skule, 2020). Slik Distriktsdemografiutvalget forklarer, kan det dermed særlig i distriktskommunene bli utfordrende å sørge for gode pleie- og omsorgstjenester (NOU 2020: 15).

KS' Arbeidsgivermonitor viser at nær 9 av 10 kommuner synes det er (meget eller ganske) utfordrende å rekruttere sykepleiere (KS, 2021). Slik rapporten fra KS peker på, er sykepleiere dermed den enkeltgruppen som kommunene opplever størst utfordringer med å rekruttere. Kommunene opplever det også som utfordrende å rekruttere flere andre helseyrker, både leger, psykologer og vernepleiere.

¹ Her følger vi Kompetansebehovsutvalget (NOU 2018: 2, s. 103), som slår 'andre helseyrker' sammen med helsefagarbeidere, på bakgrunn av at den usedvanlig høye

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene i 2019–2020 viser at spesialisthelsetjenesten særlig har utfordringer med å beholde og rekruttere sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere (Riksrevisjonen, 2019).

Figur 1-4: Mangel på arbeidskraft, etter yrkesgruppe



Illustrasjon: Oslo Economics sammenstilling av tall fra NAVs bedriftsundersøkelse. Merknad: Mangelen våren 2020 er målt før nedstengningen under pandemien.

stramhetsindikatoren for 'andre helseyrker' tyder på feilkategorisering.

1.2.3 Begrenset med flukt fra yrket

For å dekke helse- og omsorgstjenestens bemanningsbehov, trengs god gjennomføring i utdanningene, samt at helsepersonell forblir i tjenesten.

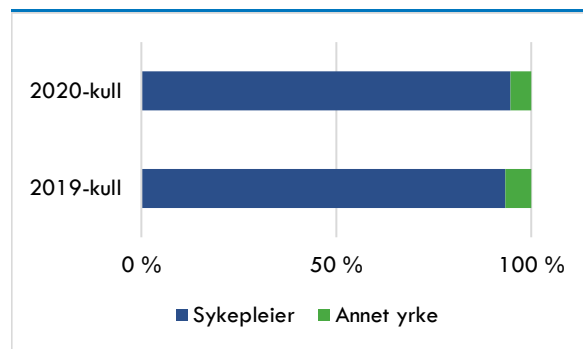
Sammenlignet med andre bachelorutdanninger, er for eksempel gjennomføringen på bachelor i sykepleie i dag relativt god. 63 prosent av nye studenter på bachelor i sykepleie i 2016 hadde fullført innen tre år og ytterligere 16 prosent av startkullet hadde fullført innen fem år (SSBs statistikkbank, tabell 12925). De resterende 21 prosentene av startkullet var enten fortsatt i studiet, hadde skiftet studie eller hadde avbrutt studiet. På bachelor i barnehagelærerutdanning og ingeniørfag er det eksempelvis en høyere andel som avbryter utdanningen (ikke illustrert). Og på bachelor i økonomiske og administrative fag, hadde bare 44 prosent av nye studenter på bachelorutdanningen i 2016 fullført innen tre år og kun ytterligere 12 prosent av startkullet hadde fullført innen fem år.

Selv om gjennomføringen i bachelor sykepleie samlet sett er god, har SSB pekt på at 1 av 5 nyutdannede kandidater fra bachelor i sykepleie ikke jobber i helsetjenesten ti år etter endt utdanning (Skjøstad, Hjemås, & Beyrer, 2017). Ved å se nærmere på tallene, ser man imidlertid at en del av disse jobber utenfor helsetjenesten allerede første året målt, det vil si at de kanskje aldri begynte å jobbe som sykepleiere.

I Figur 1-5 presenterer vi tall for sysselsatte blant kandidater som tok bachelor for første gang i henholdsvis 2019 og 2020, og som har bachelor i sykepleie som høyeste fullførte utdanning. Figuren viser at rundt 7 prosent av 2019-kullet jobbet i et annet yrke enn som sykepleier i 4. kvartal 2021. De som inngår i disse 7 prosentene med andre yrker, sprer seg utover ulike yrker, med flest innen helserelaterte yrker som ambulanspersonell, helsefagarbeider og spesialsykepleier, i tillegg til uoppgitt yrke. For 2020-kullet er andelen i et annet yrke enn sykepleier noe lavere, men her er høyeste fullførte utdanning ikke tilgjengelig etter august, som gjør at datagrunnlaget er ufullstendig.

Tallene så langt tyder dermed samlet sett på at det ikke er så stort verken frafall fra utdanningen, sammenlignet med andre bachelorutdanninger, eller flukt fra yrket til 'irrelevante yrker'.

Figur 1-5: Yrke 4. kvartal 2021 blant sysselsatte med bachelor i sykepleie som høyeste fullførte og som tok bachelor for første gang i henholdsvis 2019 og 2020



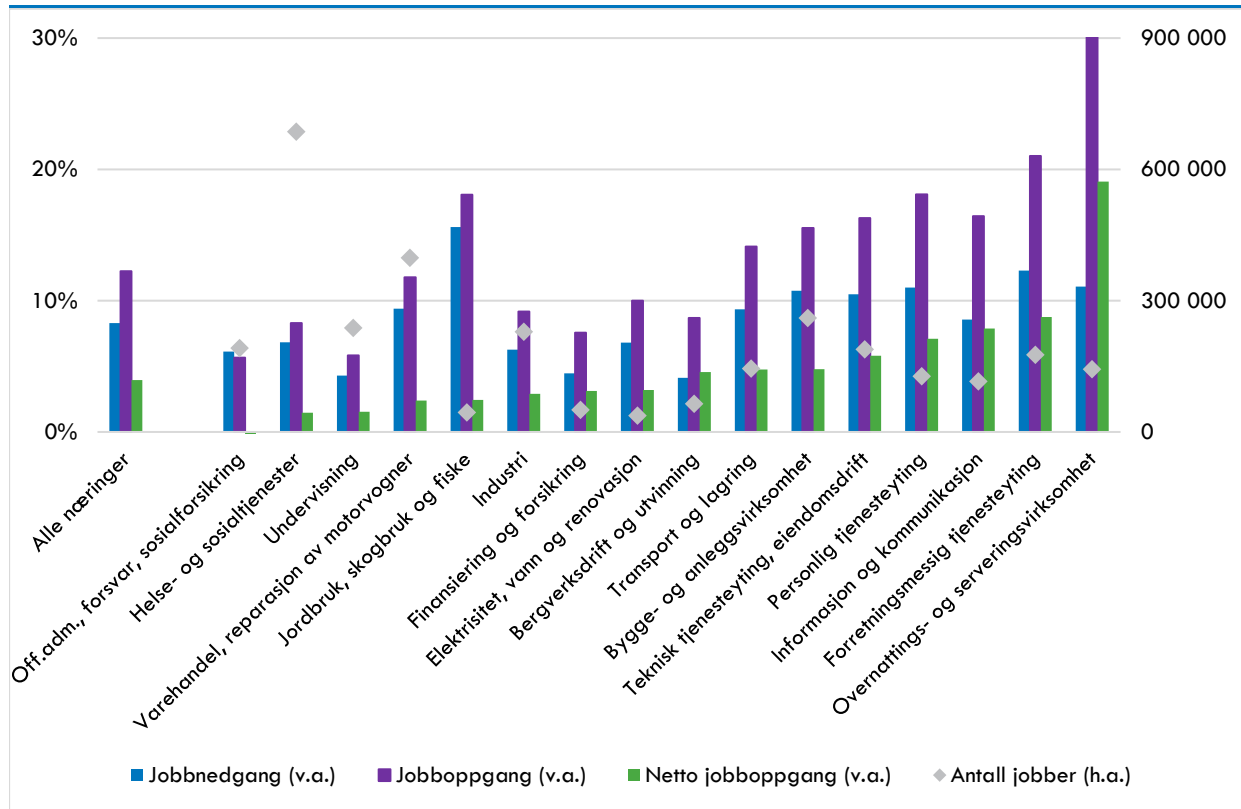
Kilde: Oslo Economics' analyse av all hentet fra microdata.no. Merknad: 2020-tallene er ikke komplette, siden høyeste fullførte utdanning ikke er tilgjengelig i microdata etter august 2020.

Slik Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2, ss. 68-71) skriver, skjer det store endringer på arbeidsmarkedet hvert år. Tall for jobbstrømmer i løpet av perioden fra 3. kvartal 2021 til 3. kvartal 2022 viser en jobbnedgang på rundt 8 prosent og en jobboppgang på rundt 12 prosent, det vil si en netto jobbdning på 4 prosent (Figur 1-6). Målt i antall jobber (arbeidsforhold), er det en nedgang på rundt 247 500 jobber, en oppgang på rundt 365 300 jobber og dermed en netto jobboppgang på rundt 117 800 jobber. Begrepene jobboppgang og -nedgang er basert på en summering på tvers av virksomheter og fanger både opp jobbskifter mellom virksomheter og strømmer til og fra sysselsetting. Jobbskifter innad i en virksomhet, eller at en person som slutter i en virksomhet erstattes av en ny i samme virksomhet, er ikke del av denne statistikken.

Næringer med store jobbstrømmer i løpet av et år kan tyde på at det i næringen er mange med svak eller ustabil tilknytning til arbeidslivet. Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2, s. 69) trekker frem overnattings- og serveringsvirksomhet som eksempel på en slik næring. Dette er også i tråd med vår figur, med oppdaterte tall (Figur 1-6). Mens Kompetansebehovsutvalget så på 2019-tall, viser de oppdaterte tallene enda større svingninger for næringen, som trolig henger sammen med åpning av samfunnet etter pandemien.

Næringer som offentlig administrasjon, helse- og sosialtjenester og undervisning peker seg ut med svært små svingninger sammenlignet med øvrige næringer. I helse- og sosialtjenestene, samlet sett, var det fra 3. kvartal 2021 til 3. kvartal 2022 en jobbnedgang på 7 prosent, en jobboppgang på 8 prosent og dermed en netto jobboppgang på 1 prosent.

Figur 1-6: Jobbnedgang og -oppgang siste år (prosent) og totalt antall jobber, etter næring. 3. kvartal 2022

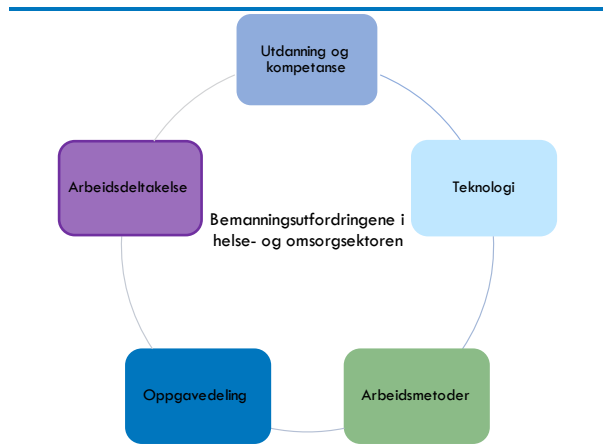


Kilde: Oslo Economics' fremstilling av tall fra SSBs statistikkbank, tabell 12316.. Merknad: Betegnelsen jobb omfatter både hoved- og biarbeidsforhold. Flere arbeidsforhold i samme virksomhet summeres til ett arbeidsforhold (NOU 2020: 2).

1.2.4 Bemanningsutfordringene må løses med arbeid på flere områder

Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten kan ikke utelukkende løses gjennom å øke grunnbemanningen. Utfordringene må møtes med arbeid på flere områder, blant annet gjennom tiltak for å sikre relevant kompetanse, riktig bruk av kompetansen, bruke teknologiske løsninger og endre måten vi jobber på. I tillegg vil det trolig være viktig at så mange som mulig deltar i arbeidslivet og at de som jobber bidrar lenger enn tidligere.

Figur 1-7: Arbeid på flere områder



Illustrasjon: Oslo Economics

1.3 Hvordan benytte dagens arbeidskraft best mulig

Å utelukkende møte bemanningsutfordringene ved å øke tilbudet av arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, er verken ønskelig eller samfunnsøkonomisk bærekraftig. Det er behov for tøffe prioriteringer i årene fremover, og det blir viktig at dagens arbeidskraft benyttes på best mulig måte. Et av områdene det må jobbes med fremover er å legge til rette for at personer som kan og ønsker å jobbe faktisk har muligheten til det.

Det er gjort flere undersøkelser av hvorfor helsepersonell slutter i yrket og hva som motiverer dem til å fortsette i jobben. Eksempelvis publiserte Midsundstad & Nielsen (2022) nylig en rapport om hvordan beholde seniorer og deres kompetanse i sykehusene. I rapporten fremkommer det at helseproblemer og fysiske og psykiske belastninger er hovedårsakene til at pleiere går av som 62-åringer. I tillegg har mange ønske om mer fritid. Tiltak for å lette de fysiske og psykiske belastningene er viktig for å forebygge helseproblemer og frafall. De fleste pleierne tror at økt grunnbemanning vil forhindre frafall. Økt grunnbemanning kan gi større mulighet til å utøve fag, bidra til mindre overtid og ekstraoppgaver og gi større rom for å ta pauser. Det ble også nevnt at verdsetting er viktig, og at det kan være behov for mer

tilstedeværende ledelse som verdsetter, informerer og motiverer den enkelte.

Tidligere undersøkelser er i hovedsak begrenset til en undergruppe av helsepersonell (utvalgte yrker), eller deler av tjenesten.

1.3.1 Formålet med kartleggingen

Det overordnede spørsmålet i denne utredningen har vært hva som motiverer dagens og fremtidige eldre til arbeidsdeltakelse i helse- og omsorgssektoren. Formålet med utredningen er å belyse tre overordnede problemstillinger, 1) arbeidsdeltakelsen blant helsepersonell i dag, 2) faktorer som påvirker avgangsalder og 3) mulige tiltak for å påvirke avgangsalder. Tidlig avgang ble i kartleggingen definert som avgang før fylte 65 år.

1.3.2 Data og informasjonskilder

Utredningen er basert på fire hovedkilder til informasjon. Disse er beskrevet i det følgende.

Nøkkeltall

Vi har benyttet nøkkeltall fra Statistisk sentralbyrås åpent tilgjengelige statistikkbank, SSBs framskrivninger, NAVs bedriftsundersøkelse, OECD og Eurostat. Videre har vi hentet registerbaserte tall fra microdata.no, som er et nettbasert analysesystem basert på kommandostruktur (Pedersen, 2022, s. 5). Der vi har brukt tall enten fra SSBs statistikkbank eller fra microdata.no, har vi forholdt oss til SSBs standard for yrkesklassifisering på 4-siffernivå (SSB, 2011).

I microdata.no er siste tilgjengelige tall for sysselsetting etter næring fra 4. kvartal 2019. Dette er årsaken til at vi ikke bruker nyere tall i figurer og tabeller som presenterer tall koblet til næringsstatistikken.

Dokumentstudie

Som en del av prosjektet har vi gjennomgått relevante rapporter og utredninger, herunder

- rapport om seniorer på sykehusene (Midtsundstad & Nielsen, 2022)
- rapport om betydningen av økt yrkesaktivitet for personer over 50 år i helse- og omsorgssektoren (Strøm, Sivam, & Knutsen, 2022)
- metaanalyser knyttet til demografi- og kompetanseutfordringer, beskrevet av
- Distriktsdemografiutvalget (NOU 2020: 15)
- Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2)
- høringsnotatet og høringsinnspillene til forslag om å heve aldersgrensen i staten, siden denne debatten også fanger opp mer generelle betraktninger (uavhengig av sektor) om tidlig avgang (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2020)
- Norsk seniorpolitisk barometer (Senter for seniorpolitikk, u.d.)

- spesialutgaver om 'seniorer' på arbeidsmarkedet, eksempelvis fra (tidligere) Kompetanse Norge (Tkachenko, Berg, Ianke, & Ulstein, 2019)

Intervjuer med relevante aktørgrupper

Vi har gjennomført intervjuer med arbeidslivsorganisasjonene, representanter fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og utvalgte ressurspersoner med særlig kompetanse på feltet, slik som NAV, STAMI, KS og Helsedirektoratet. For kommunehelsetjenesten har intervjuene vært rettet mot ledere i institusjonstjenester, hjemmesykepleie, smittevernsteam og kommuneoverleger, og dessuten utvalgte ansatte i HR-avdelinger og overordnede ledere for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. For spesialisthelsetjenesten har vi intervjuet representanter fra helseforetakene og regionale helseforetak, inkludert ledere på både somatiske avdelinger og psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), HR-avdelinger og bedriftshelsetjenesten.

Spørreundersøkelse rettet mot helsepersonell

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot eldre arbeidstakere (50–70 år) i helse- og omsorgstjenesten. I undersøkelsen ble respondentene spurt om egen pensjonering eller pensjoneringsplan, og hvilke faktorer som har eller hadde betydning for valg av avgangsalder. I tillegg ble de spurt om hvilke tiltak som eventuelt ble iverksatt for å påvirke avgangsalderen, og i hvilken grad disse tiltakene hadde betydning. Videre ble de spurt om å oppgi bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder og yrke. Vi mottok totalt 433 svar. Få respondenter i enkelte undergrupper gjør at resultatene må tolkes med varsomhet. Dette gjelder særlig i tilfeller der tilbakemeldinger presenteres for utvalgte delmengder av respondentene.

Størst andel av respondentene er helsefagarbeidere, spesialsykepleiere og sykepleiere. En rekke andre helseyrker er også representert, men i enkelte yrkesgrupper er antallet respondenter lavt.

Omtrent 1/4 av respondentene er menn, og resten er kvinner. Det er en relativt jevn fordeling av respondenter i aldersgruppene 50–54 år, 55–59 år, 60–64 år og 65–70 år. Størst andel arbeider heltid og størst andel arbeider i spesialisthelsetjenesten. Flest respondenter arbeider i Oslo og Viken, men alle landsdeler er godt representert i utvalget. Utvalget er nærmere beskrevet i Vedlegg C.

1.3.3 Gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført i perioden fra september til desember 2022. Kartleggingen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet som del av oppfølgingen av *Strategi for et aldersvennlig samfunn – flere år flere muligheter* (Departementene, 2016). Strategien omtaler blant annet eldres deltakelse i arbeidslivet.

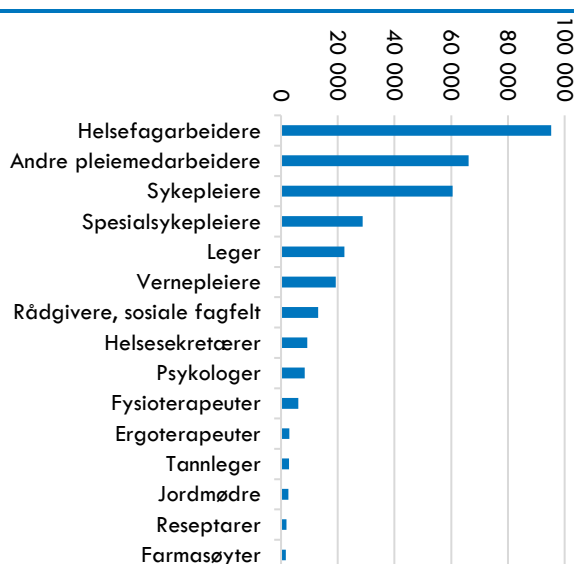
2. Arbeidsdeltakelsen blant eldre i helse- og omsorgssektoren

Aldersfordelingen og yrkesdeltakelsen innad i et yrke varierer for ulike typer personell og mellom tjenestenivåene. Spesialsykepleiere, helsesekretærer, helsefagarbeidere og jordmødre har en høy andel som er 50 år og eldre, sammenlignet med mange andre yrker i helsetjenesten. Andelen 50+ er betydelig lavere blant annet for sykepleiere. Blant uføre som kombinerer arbeid og trygd i aldersgruppen 58–64 år, er uføregraden lavere blant sykepleiere enn blant helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere.

2.1 Yrker i tjenesten

Denne kartleggingen omfatter en rekke yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten. Som beskrevet tidligere er det særlig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere (Myklathun, 2022). Dette er også blant yrkene innen helse, pleie og omsorg med flest antall sysselsatte i dag (Figur 2-1).

Figur 2-1: Antall sysselsatte i utvalgte helserelaterede yrker, på tvers av tjenesteområde. 4. kvartal 2021

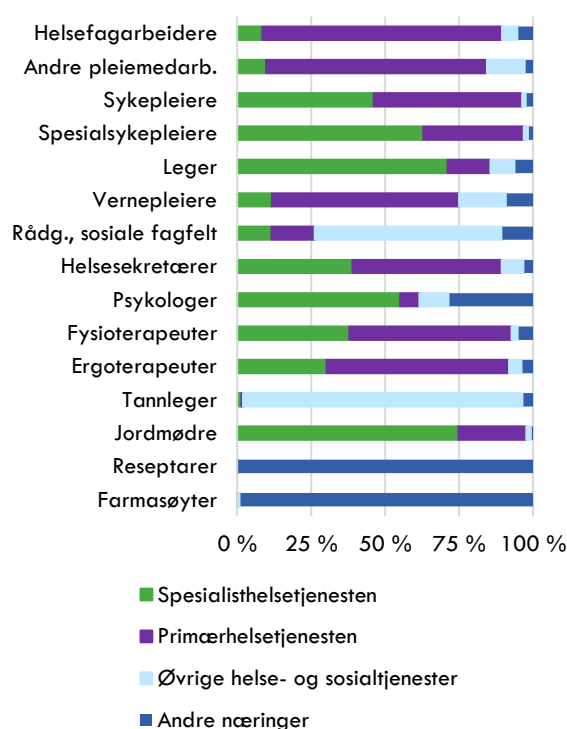


Kilde: SSBs statistikkbank, tabell 12542.

For alle de utvalgte yrkene sett under ett, jobber den største andelen innen primærhelsetjenesten (Figur 2-2). Helsefagarbeidere, andre pleiemedarbeidere og vernepleiere jobber i stor grad innen primærhelsetjenesten. Både spesialsykepleiere, jordmødre, leger og psykologer jobber derimot særlig

innen spesialisthelsetjenesten, mens sykepleiere fordeler seg nokså jevnt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsesekretærer, ergoterapeuter og fysioterapeuter fordeler seg mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, men da med en hovedvekt innen sistnevnte.

Figur 2-2: Sysselsatte, utvalgte helserelaterede yrker, etter tjenesteområde. 4. kvartal 2019



Kilde: Tall hentet fra microdata.no, analysert av Oslo Economics.

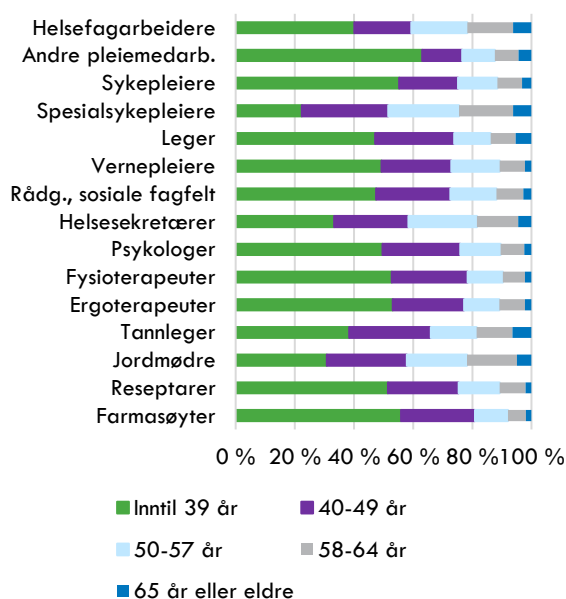
Siden vi her definerer helsepersonell etter yrke, fremfor utdanning, følger det per definisjon at de sysselsatte utfører arbeidsoppgaver i tråd med yrkesbeskrivelsen. Dersom vi i stedet definerte helsepersonell etter utdanning, ville vi gjenfinne større andeler sysselsatte i andre næringer. Vi beskriver nærmere hvilke enkelttjenester de ulike yrkene jobber innenfor i Vedlegg A.

2.2 Aldersfordelingen varierer for ulike typer helsepersonell

Aldersfordelingen innad i et yrke varierer for ulike typer helsepersonell (Figur 2-3). Blant de utvalgte yrkene, er andelen under 40 år høyest for 'andre pleiemedarbeidere' og lavest for spesialsykepleiere. Spesialsykepleiere, helsesekretærer, helsefagarbeidere og jordmødre har de høyeste

andelene som er 50 år og eldre. Andelen 50+ er betydelig lavere blant annet for sykepleiere.

Figur 2-3: Sysselsatte i utvalgte yrker, fordelt etter aldersintervall. 4. kvartal 2021



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. Alder er målt ved utgangen av 2021.

Helsefagarbeidere har en nokså jevn andel sysselsatte fra 20-årene og utover. At helsefagutdanningen er en (yrkesfaglig) videregående opplæring, forklarer at det i dette yrket også er sysselsatte i tidlig 20-årene. Kurven til "andre pleiemedarbeidere", med den bratte toppen blant de yngste, henger trolig sammen med at mange i dette yrket har enten en grunnskoleutdanning eller en generell videregående opplæring (tall fra microdata.no, ikke illustrert). Dermed vil trolig mange unge i en periode jobbe som "andre pleiemedarbeidere", for senere å gå inn i et annet yrke eller ta mer utdanning, som i så fall betyr at de forsvinner ut av kurven og inn i en annen ukjent kurve.

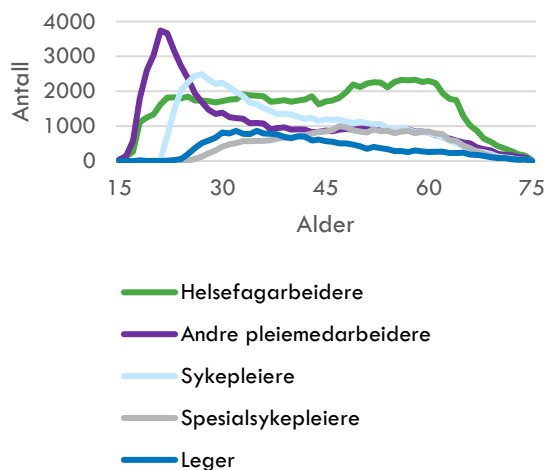
Sykepleierutdanningen er en bachelorutdanning og den første strømmen av kandidater hvert år er derfor rundt 22 og 23 år. I fordelingen har sykepleiere en topp i siste halvdel av 20-årene, før andelen sysselsatte synker. En del sykepleiere tar videreutdanning til å bli spesialsykepleiere. Det er derfor naturlig at når andelen sysselsatte sykepleiere avtar i 30- og 40- årene for sykepleiere, så øker andelen spesialsykepleiere i samme aldersgruppe.

Dersom sykepleiere og spesialsykepleiere ble slått sammen (ikke illustrert), ville aldersfordelingen ligne mer på aldersfordelingen til legene. Skilnaden er at legene, som går gjennom en lengre utdanning før første yrkesstart, har topp tidlig i 30-årene fremfor slutten av 20-årene. Videre har sykepleiere og

spesialsykepleiere (samlet) et brått fall ved 65-årsalderen, mens legene har en mykere utvikling videre utover de eldre kohortene.

Siden figuren bare viser et tverrsnitt, kan forskjeller mellom yrkene dels ha sammenhenger med størrelsen på kullene som gikk inn i utdanningen for X antall år siden og dermed inn i et yrke et gitt år, som påvirker hele fordelingen.

Figur 2-4: Antall sysselsatte i utvalgte helserelaterte yrker, etter alder. 4. kvartal 2021



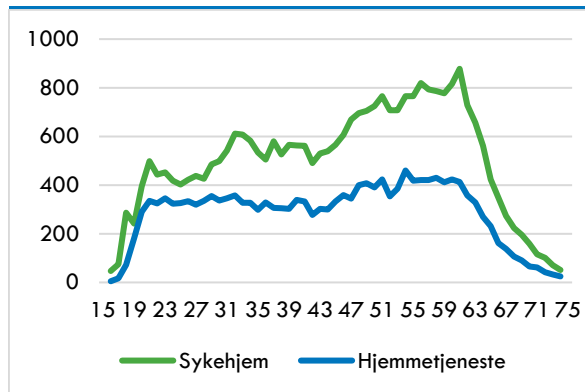
Kilde: Tall hentet fra microdata.no, analysert av Oslo Economics. Alder er målt ved utgangen av 2021.

Andelen eldre arbeidstakere blant helsefagarbeidere er tydelig større blant de som jobber i sykehjem enn blant de som jobber i hjemmetjenesten (Figur 2-5).

Andelen unge arbeidstakere blant sykepleiere er tydelig størst blant de som jobber i sykehus. Trolig henger dette sammen med at det nettopp er disse sykepleierne som videreutdanner seg til å bli spesialsykepleiere, og som dermed i så fall forsvinner ut av kurven for sykepleiere i sykehus i Figur 2-6 og inn i kurven for spesialsykepleiere.

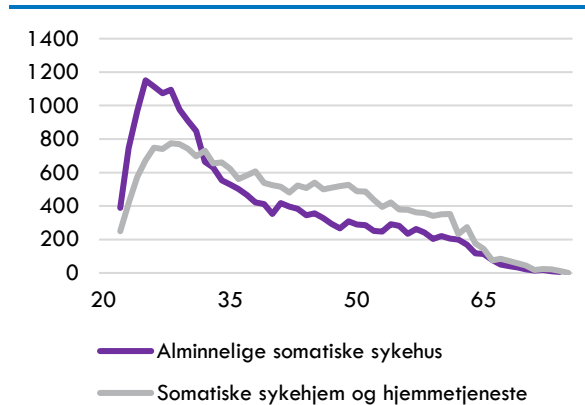
I Figur 2-2 så vi at sykepleierne fordeler seg nokså jevnt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Fordelingen er liknende hvis vi avgrensner til sykehus (som er del av spesialisthelsetjenesten) og sykehjem/hjemmetjeneste (som er del av primærhelsetjenesten), på tvers av alder. Dersom vi i tillegg avgrensner til sysselsatte under 35 år, er det derimot en større andel som jobber på sykehus, slik vi ser av Figur 2-6.

Figur 2-5: Aldersfordeling blant helsefagarbeidere i utvalgte tjenester. Sysselsatte 4. kvartal 2019



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. Alder er målt ved utgangen av 2019. Hjemmetjeneste inkluderer hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Figur 2-6: Aldersfordeling blant sykepleiere i utvalgte tjenester. Sysselsatte 4. kvartal 2019



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB), analysert av Oslo Economics. Alder er målt ved utgangen av 2019

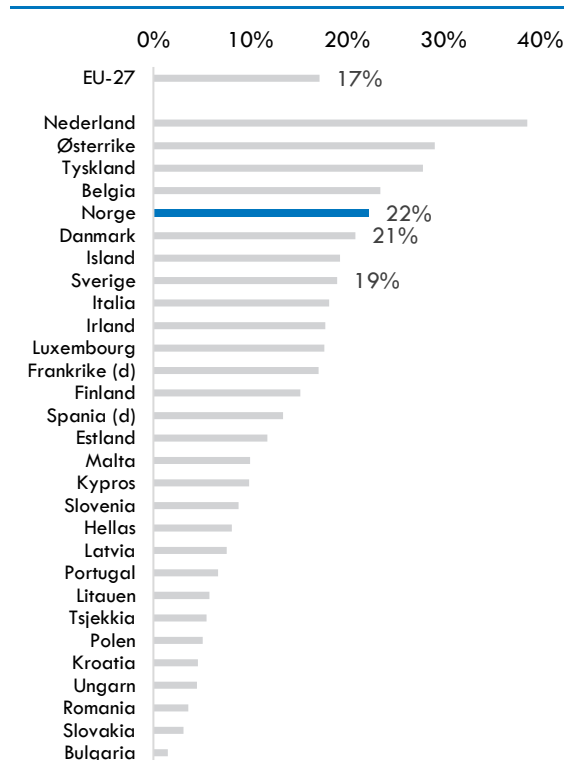
2.3 Deltid og bruk av midlertidige stillinger

2.3.1 Deltid

Andelen sysselsatte i aldersgruppen 20–64 år som jobber deltid i Norge, Danmark og Sverige er høyere enn i EU-landene sett under ett, ifølge 2021-tall fra Eurostat (Figur 2-7). Forskjeller mellom de skandinaviske landene og andre land i Europa har mange mulige forklaringer, slik som sammensetningen av arbeidsstyrken etter yrke, kjønn og alder, så vel som ulike lovverk, inntektsnivå og velferdsordningsordninger.

Omfanget av deltidsarbeid varierer mellom ulike næringshovedområder i Norge, og mellom ulike yrker innenfor disse. Deltidsomfanget er stort både absolutt og relativt innenfor helse- og sosialtjenester. Eksempler på yrker med mange sysselsatte, der deltidsomfanget er stort, er helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere.

Figur 2-7: Deltid blant sysselsatte (20–64 år) i EU-27, Norge og Island. På tvers av yrker. 2021



Kilde: Tall fra Eurostat, basert på EUs Labour Force Survey. (d) Land med definisjon på deltid som avviker fra de andres.

2.3.2 Midlertidige stillinger

Utbredelsen av midlertidige stillinger varierer med yrke og næring. Det er stort omfang av midlertidige stillinger i helsesektoren, særlig for unge. Tall fra STAMI (2021) viser at 42 prosent av unge mellom 17–24 år har midlertidig ansettelse. Av helseyrkene er det pleie-/omsorgsarbeidere som i størst grad oppgir en midlertidig stilling (omtrent 15 prosent). Det er også mange leger/psykologer (omtrent 14 prosent). Av tjenester er det størst bruk av midlertidige stillinger i sykehjem/pleie- og omsorgsinstitusjon (omtrent 13 prosent), og sykehustjenester (omtrent 11 prosent).

2.4 Pensjonsordninger og pensjoneringsmønstre

Det finnes ulike pensjonsordninger for helsearbeidere. Pensjonsinntekten kan avhenge av type pensjonsordning, arbeidsplass, yrke, alder og tid i yrket. Vanlige pensjonsordninger i offentlig sektor er alderspensjon, uførepensjon og avtalefestet pensjon (AFP). I offentlig tjenestepensjon kan man få uførepensjon med en grad ned til 20 prosent. De som mottar alderspensjon og uførepensjon fra tjenestepensjonsordning, mottar vanligvis også alderspensjon eller uføretrygd fra NAV. Er arbeidsevnen nedsatt med mindre enn 50 prosent vil

arbeidstakeren etter hovedregelen bare motta en gradert uførepensjon fra tjenestepensjonsordningen og ingen ytelser fra NAV, men ved overgang fra arbeidsavklaringspenger er det tilstrekkelig at inntektsevnen er varig nedsatt med minst 40 prosent.

Som hovedregel kan offentlig ansatte i dag ta ut alderspensjon først etter fylte 67 år (Statens pensjonskasse, u.d.). Sykepleiere, helsefagarbeidere og renholdsarbeidere er imidlertid blant yrker som har et unntak fra hovedregelen, fordi de har en særaldersgrense på 65 år. Det innebærer at de som oppfyller 85-års regelen (alder + tid i yrket=85 år) kan ta ut alderspensjon fra fylte 62 år.

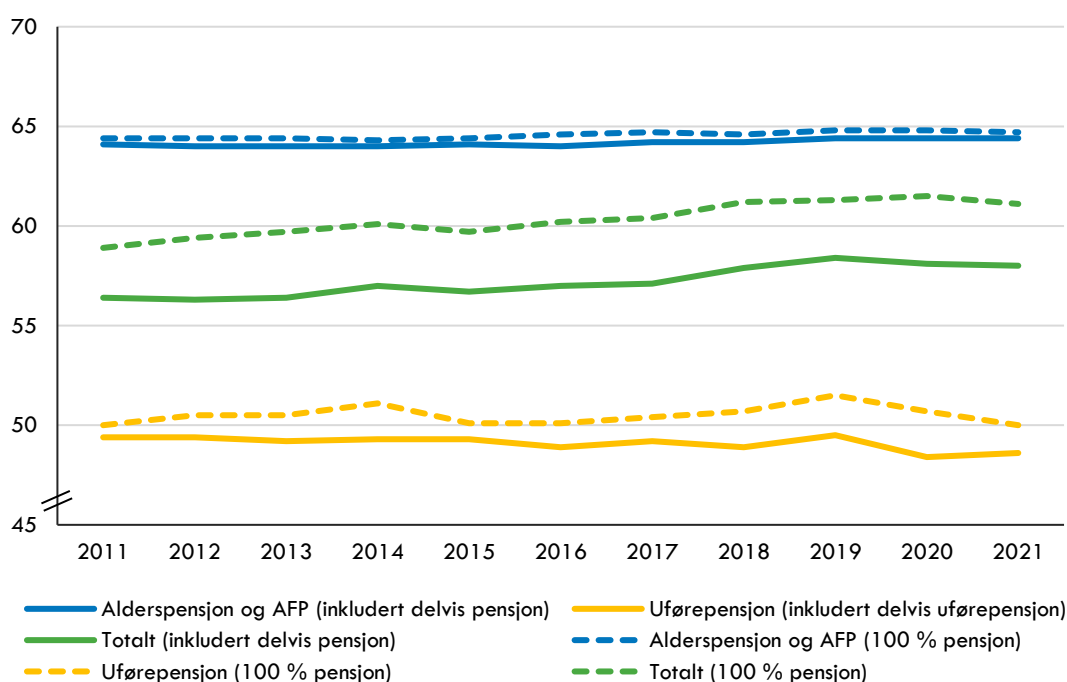
AFP i offentlig sektor er en frivillig tidligpensjonsordning som kan tas ut fra fylte 62 år. Dersom arbeidsevnen er varig nedsatt på grunn av sykdom eller skade, kan man få uførepensjon fra fylte 18 år. De ulike pensjonsordningene i offentlig sektor er nærmere beskrevet i Vedlegg B.

I 2021 var gjennomsnittlig pensjoneringsalder for sykepleiere 61,1 år, dersom man bare inkluderer

personer med full alderspensjon og uførepensjon (grønn stiplet linje i Figur 2-8). Om man også inkluderer personer med delvis pensjon (heltrukket grønn linje i Figur 2-8) var gjennomsnittlig avgangsalder 58 år. Som det fremgår av figuren vil det å inkludere personer med uførepensjon trekke ned gjennomsnittlig avgangsalder. Videre vil gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere trekkes ytterligere ned når man også regner med de som har delvis eller gradert pensjon.

Fordi flere ansatte i helse- og omsorgstjenesten kombinerer uførepensjon og arbeid i forskjellige graderinger (ned til 20 prosent), må statistikken fra NAV og SSB tolkes med varsomhet. Mye kan tyde på at ansatte i helse- og omsorgstjenesten som av helsemessige årsaker ikke klarer å jobbe fullt, kombinerer arbeid med en gradert uførepensjon. Dette kan være noe av årsaken til hyppig bruk av deltid. Om disse har en uføregrad lavere enn 50 prosent, vil mange av dem bare få pensjon fra tjenestepensjonsordningen og de vil da ikke nødvendigvis fanges opp av tallene til NAV og SSB.

Figur 2-8: Gjennomsnittlig alder ved avgang til pensjon for sykepleiere

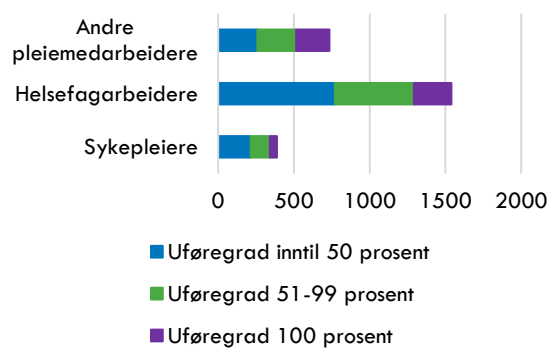


Kilde: KLP. Merk: Y-aksen starter ved 45 år.

Uføre kan kombinere trygd og arbeid uten å miste retten til uføretrygd, men trygdeytelsen avkortes. 100 prosent uføre kan dermed fremdeles være sysselsatte i statistikken til SSB.²

Om man avgrensner datamaterialet fra SSB til personer som kombinerer arbeid og trygd i aldersgruppen 58–64 år og ser på uføregrad (Figur 2-9), finner vi at uføregrad er lavere for sykepleiere enn for helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere. Dette kan tyde på at arbeidsevnen blant personer som kombinerer arbeid og trygd på gruppenivå er større blant uføre sykepleiere enn blant uføre helsefagarbeidere eller uføre pleie- og omsorgsarbeidere.

Figur 2-9: Uføre i aldersgruppen 58–64 år i utvalgte yrker, etter uføregrad. Sysselsatte 4. kvartal 2021



Kilde: Tall hentet fra microdata.no, analysert av Oslo Economics. Sysselsatte og uføre er målt samme dato, 16. november 2021.

Blant uføre sykepleiere, har 56 prosent uføregrad 50 eller lavere, 33 prosent har uføregrad 51–99 prosent og 12 prosent har uføregrad 100 prosent. Blant uføre

helsefagarbeidere, har halvparten uføregrad 50 prosent eller lavere, 34 prosent har uføregrad 51–99 prosent og 16 prosent har uføregrad 100 prosent. Blant uføre ‘andre pleiemedarbeidere’ har 35 prosent uføregrad 50 eller lavere og like stor andel har uføregrad 51–99 prosent, og hele 30 prosent har uføregrad 100 prosent.

Blant sysselsatte i aldersgruppen 58-64 år, er andel uføre sykepleiere og andel uføre helsefagarbeidere noe høyere enn for sysselsatte samlet sett i arbeidslivet. Omfanget og årsakene til disse forskjellene bør undersøkes nærmere.

Årsakene til uføre kan være sammensatte. STAMIs faktabok om arbeidsmiljø og helse (STAMI, 2018) peker på at høye jobbkraav og lav jobbkontroll særlig er utbredt i helse- og omsorgsykker. Videre skiller sykepleiere og spesialsykepleiere seg ut med at 1 av 5 oppgir å ha blitt utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller lignende, månedlig eller oftere. I tillegg til slike psykiske belastninger, oppgir en svært høy andel sykepleiere og spesialsykepleiere (49 prosent) og nesten like høy andel pleie- og omsorgsarbeidere (44 prosent) at de ukentlig føler seg fysisk utmattet når de kommer hjem etter arbeid (SSBs statistikkbank, tabellene 10477, 10479 og 10481). Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020: 2, s. 54) har pekt på at belastninger innen helse- og omsorgsykkene trolig kan bidra til tidlig avgang fra yrket. Dette bekreftes av Midsundstad og Nielsen (2022) som også finner at det store frafallet fra pleieryrkene ikke skyldes at disse finner seg en ny jobb, men at det i stedet dreier seg om helserelatert frafall.

² Forklaring per e-post fra SSB.

3. Kartlegging av faktorer som påvirker avgangsalder

Faktorer som motiverer eldre til å fortsette å jobbe eller som forklarer tidlig avgang er ofte sammensatte, og valg om avgang påvirkes ofte av forhold ved og utenfor arbeidsplassen.

Faktorer som påvirker avgangsalder omfatter forhold utenfor jobb, som familie- og livssituasjon, ønske om mer fritid og partners jobbsituasjon, og dessuten forhold ved arbeidsplassen som oppfølging og ledelse, arbeidsmiljø og -forhold, arbeidsvilkår og organisering av arbeidet og annerkjennelse, ansvar og arbeidsoppgaver.

3.1 Push- og pull-faktorer

I litteraturen brukes gjerne betegnelsene pull- og push-faktorer om faktorer som gjør at personer ønsker å endre stilling, slutte i jobben, bytte arbeidssted eller gå inn i et nytt yrke. Pull-faktorer er forhold som gjør at man trekkes mot noe nytt, slik som ønske om mer fritid. Push-faktorer er årsaker til å ønske seg bort fra det nåværende arbeidsforholdet, som for eksempel arbeidstider, arbeidsmiljø eller manglende tilrettelegging. Ofte kan slike faktorer forekomme i kombinasjon.

Pull-faktorer kan i noen tilfeller være push-faktorer med motsatt fortegn. For eksempel kan en push-faktor være stor arbeidsbelastning og en pull-faktor kan være lav arbeidsbelastning og ønske om fritid.

Figur 3-1: Pull- og pushfaktorer som kan forklare at helsepersonell ønsker tidlig avgang fra yrket



Illustrasjon: Oslo Economics.

3.2 Sammensatte årsaker til avgang

Faktorer som motiverer eldre til å fortsette å jobbe eller som forklarer tidlig avgang kan være sammensatte. For noen kan det særlig være én faktor som er avgjørende for valget, mens for andre er det kombinasjonen av ulike forhold som er årsaken til at de velger å slutte i jobben. Det er videre grunn til å tro at hvilke forhold som oppleves som viktige kan variere mellom ulike grupper av helsepersonell og mellom tjenestenivåer.

3.2.1 Hovedfunn fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen gjennomført i dette prosjektet mottok vi svar fra totalt 433 respondenter. I undersøkelsen og ved fremstillingen av resultater i denne rapporten skiller vi mellom (1) de som ikke planlegger tidlig avgang fra arbeidslivet eller pensjonerte seg etter fylte 65 år og (2) de som planlegger tidlig avgang eller pensjonerte seg før fylte 65 år. Totalt var det 143 respondenter i den første gruppen og 76 respondenter i den andre gruppen. Totalt 93 respondenter oppga at de ikke vet

om de vil ta ut tidligpensjon eller ikke. I de videre spørsmålene i undersøkelsen ble respondentene som svarte «vet ikke» slått sammen med respondentene som svarte at de ikke planlegger tidlig avgang.

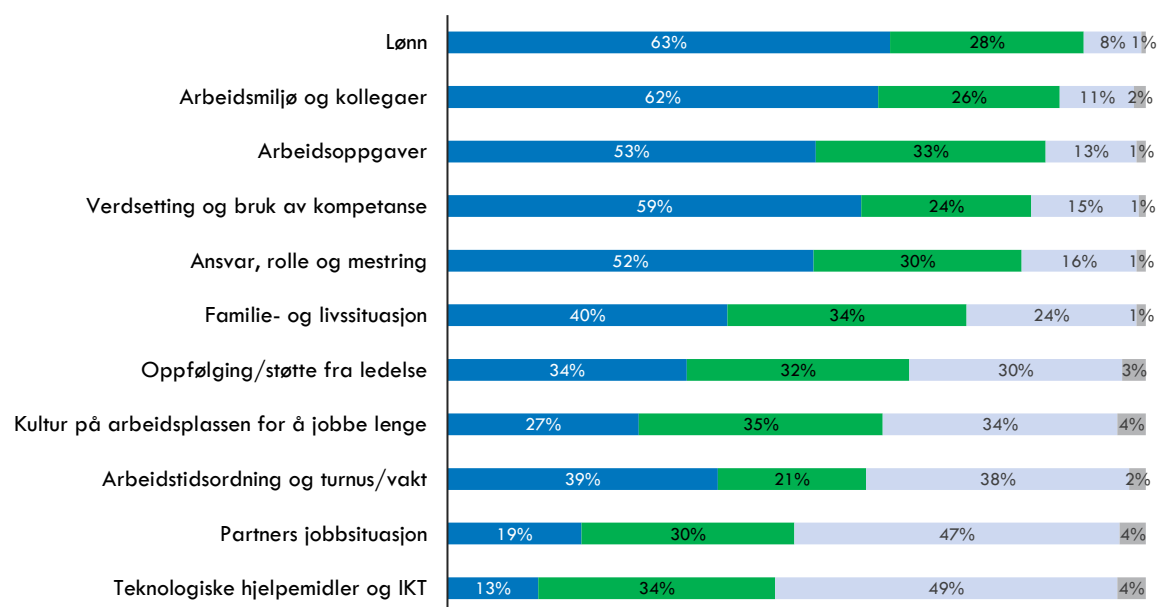
Utvalgets kjennetegn er presentert i Vedlegg C. Det var små forskjeller i kjennetegn mellom gruppen som oppga at de ikke planlegger tidlig avgang eller pensjonerte seg etter fylte 65 år og gruppen som planla tidlig avgang eller hadde pensjonert seg før 65 år. Dette var tilfelle for hvilken del av tjenesten de jobbet i, jobbstatus (heltid/deltid), kjønn, alder, bosted, husholdningsinntekt og sivilstatus.

Hovedresultatene for de to hovedgruppene er presentert i Figur 3-2 (for alle yrkesgrupper). Blant de som ikke planlegger eller ikke hadde tidlig avgang ble lønn, arbeidsmiljø og kollegaer, arbeidsoppgaver og ansvar, roller og mestring trukket frem som viktige faktorer for at de fortsatte i jobben. Blant de som enten pensjonerte seg tidlig eller planlegger å gjøre det ble særlig ønske om mer fritid oppgitt som årsak, i tillegg til arbeidsbelastning, ikke-arbeidsrelatert helsesituasjon og familie og livssituasjon.

Figur 3-2: Oppsummering av faktorer som påvirker avgangsalder for helsepersonell

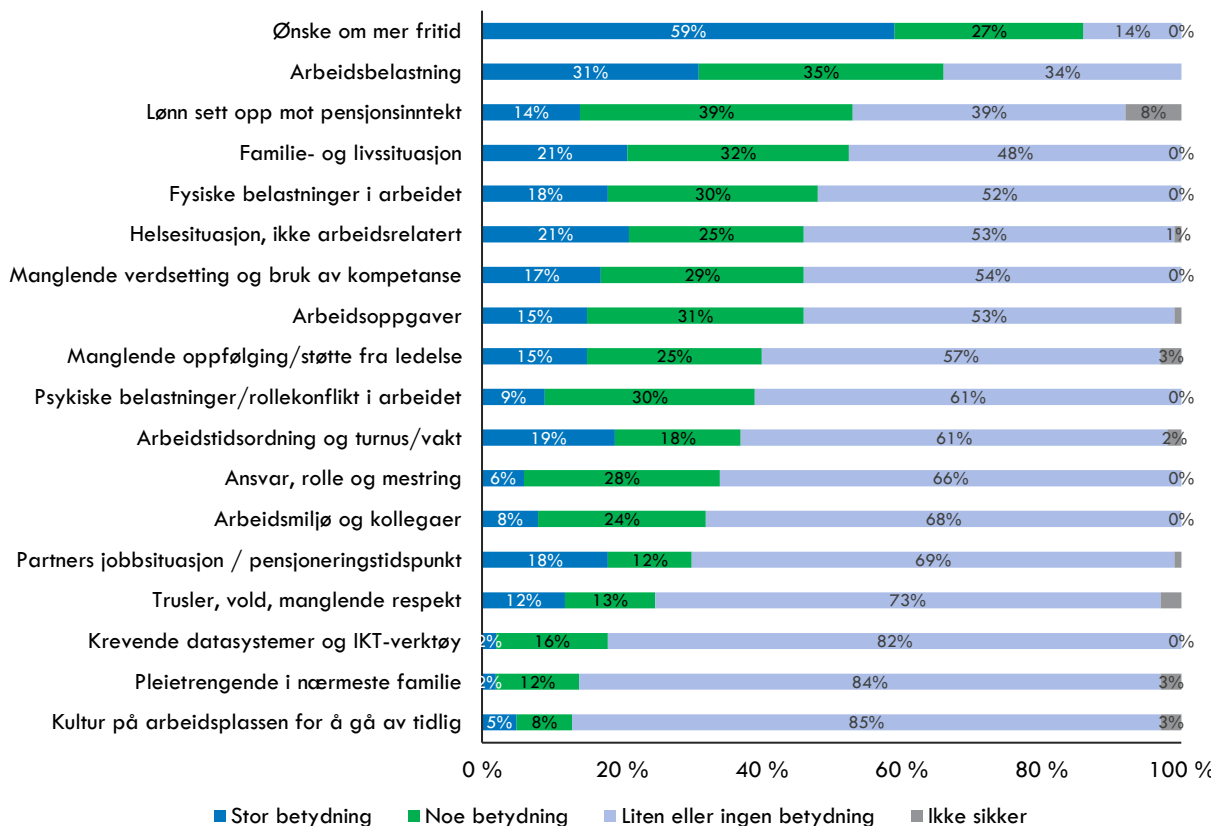
Personer som ikke planlegger/ikke hadde tidlig avgang (N=271)

Hvilken betydning har/hadde følgende faktorer for motivasjonen din til å vente med å ta ut alderspensjon til etter 65 år?



Personer som planlegger/har hatt tidlig avgang (N=111)

Hvilken betydning har/hadde følgende faktorer for motivasjonen din til å begynne å ta ut pensjon før du fyller/fylte 65 år?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics/Respons analyse (N= 433). Respondentene ble i undersøkelsen bedt om å vurdere betydningen av ulike forhåndsdefinerte faktorer.

3.3 Overordnet gruppering av faktorer som påvirker avgang

Basert på intervjuene, spørreundersøkelsen og gjennomgangen av litteratur har vi kategorisert viktige

Figur 3-3: Faktorer som kan påvirke motivasjonen til eldre arbeidstakere for å fortsette i jobb



Illustrasjon: Oslo Economics

3.4 Forhold utenfor jobb

Forhold utenfor jobben, som ønske om mer fritid, partners jobb- og pensjoneringsmuligheter, helsesituasjon som ikke er arbeidsrelatert og familie- og livssituasjon er blant faktorene som flest oppga at har stor betydning for valg om avgang (Figur 3-2). Også tidligere undersøkelser peker på at forhold utenfor jobb er viktig for hvorfor helsepersonell slutter i yrket (Oslo Economics, 2022). Både eldre og yngre helsepersonell oppga dette som en viktig årsak, på tvers av ulike typer helsepersonell.

Det kan også være andre bakenforliggende faktorer som handler om jobben som spiller inn på valget om tidlig avgang. I intervjuene var det flere fra arbeidsgiversiden som pekte på at det særlig er balansen mellom jobb og fritid som er viktig, og at forhold ved arbeidsplassen vil påvirke privatlivet, og omvendt. Totalbelastningen blir for mange viktig i valget om å gå ut av arbeidslivet, noe som også blir trukket frem i litteraturen. Eksempelvis tyder tidligere forskning på at det er en sammenheng mellom konflikt i arbeidsliv og privat, økt risiko for dårlig psykisk helse, dårligere selvrapportert helse og søvnproblemer (Borgmann, Rattay, & Lampert, 2019). Konflikt i arbeidslivet og privat kan også øke sannsynligheten for fremtidig sykefravær og tidlig avgang (Nilsen, Skipstein, Østby, & Mykletun, 2017).

faktorer som påvirker motivasjonen til å jobbe i fem overordnede kategorier (Figur 3-3). I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på disse, og presenterer funn fra informasjonsinnhenting fordelt på ulike grupper, som yrke, alder, tjenestenivå og heltid/deltid.

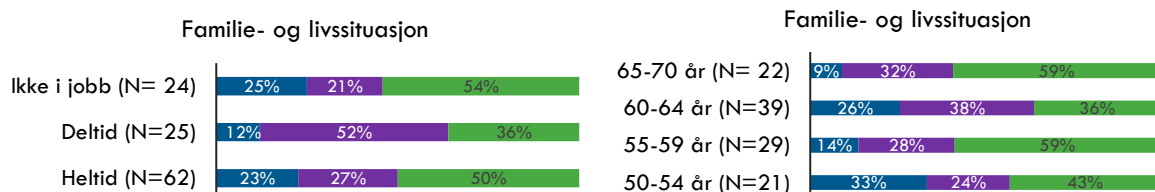
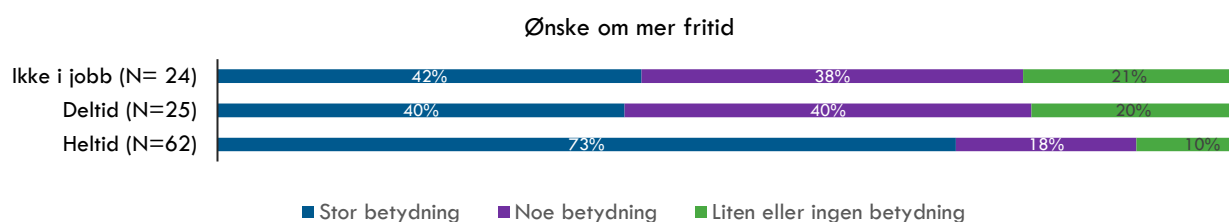
3.4.1 Ønske om fritid og familie- og livssituasjon

Blant de som har hatt eller planlegger tidlig avgang er ønske om mer fritid den årsaken som flest oppga som viktig (65% av sykepleierne, 57% av spesialsykepleierne og 52% av helsefagarbeiderne oppga at dette var av stor betydning). Særlig for yrker der arbeidstaker har mindre mulighet til å disponere sin egen tid, kan ønske om fritid være en viktig faktor som påvirker motivasjon til å fortsette i arbeid. Blant de som arbeider heltid, oppgir 73 prosent at ønske om mer fritid har stor betydning for motivasjonen til å ta ut pensjon før fylte 65 år. Blant de som arbeider deltid, oppgir en vesentlig lavere andel at ønske om mer fritid har stort betydning (40 prosent).

Som mulige forklaringer ble det i intervjuene pekt på at mange har mindre økonomiske forpliktelser når de blir eldre, og at man derfor verdsetter fri høyere enn lønn. Tilsvarende finner også Midtsundstad og Nielsen (2022) at mange tidligpensjonister begrunner tidlig avgang med ønske om mer fritid.

Flere informanter pekte på at ønske om mer fritid kan henge sammen med familie- og livssituasjon, og at forhold som barnebarn og ønske om mer tid med venner og familie blir viktig for mange. Tre prosent av respondentene i undersøkelsen vår oppga at pleietrengende i nær familie var av stor betydning for valget om tidlig avgang, mens 19 prosent svarte at det hadde noe betydning.

Figur 3-4: Hvilken betydning hadde ønske om mer fritid og familie- og livssituasjon for motivasjonen til å ta ut pensjon før du fyller/fylte 65 år?



Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse

3.4.2 Partners jobbsituasjon og pensjoneringsplan

I intervjuene ble det pekt på at ektefellens eller partnerens pensjoneringsplan kan bidra til at en selv ønsket å ta ut pensjon. Tilsvarende viser tidligere studier at ektefeller ofte pensjonerer seg samtidig (Syse, Solem, Ugreninov, Mykletun, & Furunes, 2014). Kjønnbalansen i enkelte yrker, som sykepleier- eller helsefagarbeideryrket, kan trekke i retning av tidligere avgang ettersom kvinner oftere har en eldre partner sammenlignet med menn (Kristiansen, 2010).

I vår undersøkelse oppga 18 prosent av sykepleierne og 19 prosent av helsefagarbeiderne at partners jobbsituasjon/pensjeringstidspunkt hadde stor betydning for motivasjonen for tidlig avgang.

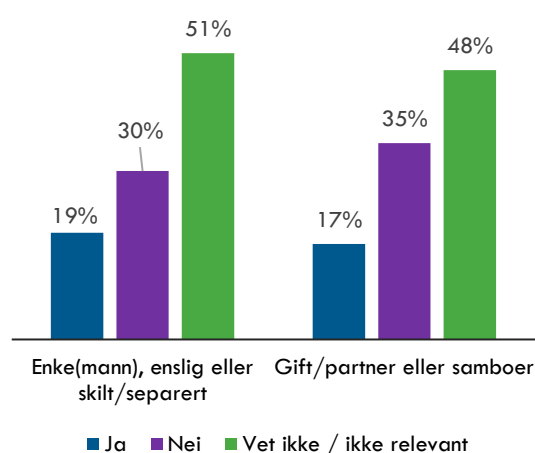
Tall vi har analysert fra microdata.no (ikke illustrert) viser at blant sysselsatte par, der yngste i parforholdet er en kvinnelig sykepleier på minst 50 år, så er vanligste yrkesgruppe for partner ingeniører, arbeidsledere innen bergfag, industri, bygg og anlegg, sivilingeniører og administrative direktører. Og dersom kvinnen på minst 50 år er helsefagarbeider, så er vanligste yrkesgruppe for den eldre partneren lastebil-, buss og trikkeførere, ingeniører, ledere av produksjon, utvinning, bygg og anlegg, transport og bygningsarbeidere.

Dersom den eldste i parforholdet er lege, og er gift med en kvinne på minst 50 år, så er vanligste yrke for kvinnen lege, spesialsykepleier, sykepleier, høyere saksbehandler, grunnskolelærer og universitets- og høyskolelektor/-lærer (i den rekkefølgen).

Det er varierende hvorvidt respondenter i spørreundersøkelsen med ulike sivilstatus planlegger å ta ut alderspensjon før fylte 65 år (Figur 3-5). Blant

respondentene som er enke (mann), enslig eller skilt/separert, oppgir 19 prosent at de planlegger å ta ut alderspensjon før fylte 65 år. Andelen blant de som er gift/partner eller samboer er 17 prosent. Det er også større andel blant de som er gift/partner eller samboer som svarer at de ikke planlegger å ta ut alderspensjon før fylte 65 år (35 prosent), sammenlignet med de som er enke (mann), enslig eller skilt/separert (30 prosent).

Figur 3-5: Planlegger du å ta ut alderspensjon før fylte 65 år?



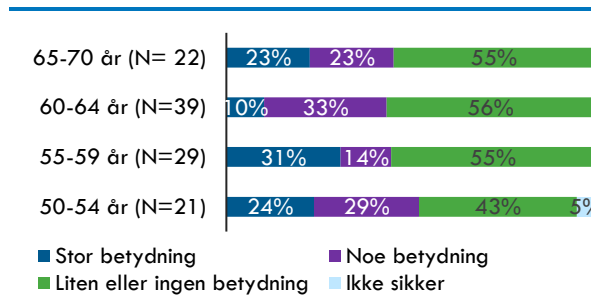
Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse

3.4.3 Helsesituasjon (ikke arbeidsrelatert)

Som diskutert tidligere faller flere ut av arbeidslivet tidlig på grunn av uførhet. Dette kan skyldes skader og sykdom som er arbeidsrelatert og/eller forhold som ikke skyldes jobben.

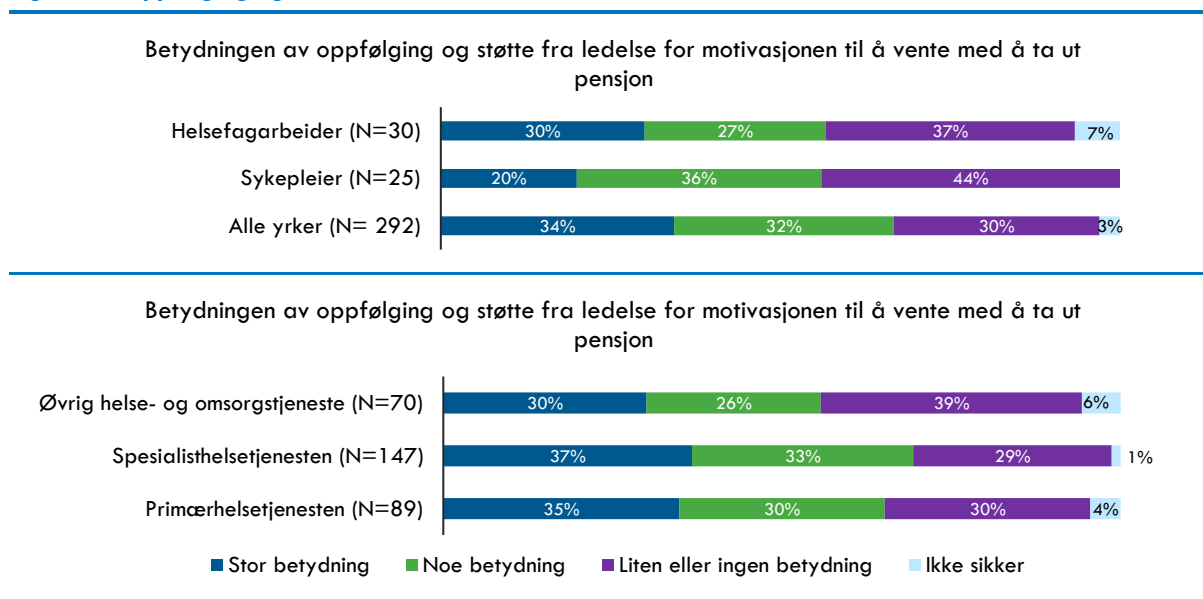
Totalt oppga 21 prosent av respondentene i undersøkelsen at helsesituasjonen (ikke arbeidsrelatert) er av stor eller noe betydning for valget om tidlig avgang fra yrket. Fordelt på aldersgrupper er det liten forskjell mellom gruppene på hvor viktig denne faktoren ble vurdert (Figur 3-6).

Figur 3-6: Hvilken betydning hadde helsesituasjon (ikke arbeidsrelatert) for motivasjonen til å ta ut pensjon før du fyller/fylte 65 år?



Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse

Figur 3-7: Oppfølging og støtte fra ledelse



Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse

3.5.1 Støtte og dialog

Ledere har en viktig rolle i å følge opp og støtte de ansatte. Dette kan handle om dialog, muligheter til å si ifra om arbeidsforhold som er belastende og muligheter for individuelt tilrettelagt arbeid. Ledere kan dermed ha en viktig rolle i å begrense mange av de arbeidsmiljøfaktorene som oppleves som utfordrende for helsepersonell, som kan bidra til at helsepersonell kan fortsette lenger i arbeid. Dette kan handle om å utvikle støtteordninger og andre løsninger. Særlig på grunn av omstilling og endringer kan det være viktig med oppfølging og støtte fra ledere. Det kan bidra til at eldre arbeidstakerne bedre håndterer disse endringene, som kan skape

3.5 Oppfølging og støtte fra ledelse

Mange av informantene i kartleggingen trakk frem viktigheten av god ledelse for motivasjonen til å fortsette i arbeid. God ledelse kan både være en faktor som påvirker avgangsalder i seg selv, men ledelse henger også sammen med en rekke andre forhold som påvirker arbeidsmotivasjon. Ledelsen kan for eksempel være med å påvirke arbeidsmiljø, kultur, arbeidsoppgaver og arbeidstidsbestemmelser. I spørreundersøkelsen oppga 2 av 3 respondenter at ledelse er av stor eller noe betydning for motivasjonen til å fortsette lenger i jobb. Det var lite variasjon mellom ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten i hvordan respondentene vurderte denne faktoren (Figur 3-7).

bedre forutsetninger for å bli værende i arbeid lenger.

3.5.2 Tilrettelegging og utvikling

Ledere kan være viktige i arbeidet med å motivere eldre arbeidstakere til å fortsette lenger i arbeid, og dessuten i forebyggingsarbeidet av sykefravær og varig frafall fra arbeidslivet. Ledelse spiller en viktig rolle og kan påvirke ansattes helse og trivsel. Lederne bestemmer viktige rammevilkår, som legger føringer for arbeidshverdagen til helsepersonell, for eksempel gjennom arbeidsplaner, utviklingsarbeid og rutiner. I tillegg er ledere viktige i holdningsarbeidet og arbeid med arbeidsmiljø, og kan bidra til å skape motivasjon og arbeidsglede. De kan også ha en viktig rolle i å

sørge for tilrettelagt arbeid tilpasset de eldre arbeidstakerne, for å redusere belastningene, slik at de kan fortsette lenger i arbeid.

Mange eldre arbeidstakere har lang og verdifull erfaring og kompetanse, og det kan være viktig at ledere legger til rette for å utnytte denne kompetansen ved å inkludere de eldre arbeidstakerne i fagutvikling og utvikling i organisering i avdelingen. På denne måten kan de eldre arbeidstakerne føle seg mer verdsatt, forstått og inkludert. I en tidligere undersøkelse av Oslo Economics (2022) fant vi at dårlig ledelse var blant årsakene til å slutte som ansatte i aldersgruppen 45–61 trakk frem oftest. Det var en større andel i denne aldersgruppen som trakk frem ledelse som viktig årsak, sammenlignet med de yngre aldersgruppene.

3.5.3 Tillit og lojalitet

Dersom helsepersonell føler at ledere er distanserte, kan det bidra til å svekke tilliten og lojaliteten, og dessuten kan det svekke følelsen av verdsettelse og inkludering. Særlig i helseinstitusjoner der ledere har ansvar for et stort antall ansatte kan dette oppleves som en utfordring. Mangel på god ledelse kan også skape økt grad av konflikter på arbeidsplassen, som kan medføre økt risiko for å utvikle helseplager som igjen kan medføre frafall fra arbeidslivet. Forskning viser at lite støttende ledelse kan øke risikoen for lange sykefravær og frafall fra arbeidslivet på grunn av helseproblemer (Aagestad, C. et.al., 2014; Sterud & Tynes, 2013). I STAMIs undersøkelse (2021) oppgir rundt 12 prosent av leger/psykologer, pleie- og omsorgsarbeidere, vernepleiere/sosialarbeidere og sykepleiere lite støttende ledelse.

3.6 Arbeidsmiljø og arbeidsforhold

Arbeidsmiljø handler om både sosialt og faglig fellesskap. Dette er faktorer som påvirker trivselen til arbeidstakere og som derfor er viktig i valget om å fortsette i arbeid eller gå av tidlig med pensjon. Arbeidsforhold handler om eksponeringer som arbeidstakere må forholde seg til i arbeidshverdagen.

3.6.1 Sosialt og faglig arbeidsmiljø

Både i intervjuene og i forskningen har det blitt pekt på at det sjeldnere satses på arbeidsmiljøtiltak for eldre (Midtsunstad, Mehlum, & Hilsen, 2017).

STAMI viser til at forebyggende arbeidsmiljø på hver enkelt arbeidsplass er viktig for å redusere arbeidsrelatert sykefravær og frafall (Statens

arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Videre viser de til at det er viktig med støtte og relasjoner mellom kollegaer. Blant helsepersonell er det særlig leger/psykologer som oppgir lav støtte fra kollegaer (rundt 7%). Blant vernepleier/sosialarbeider, pleie- og omsorgsarbeider og sykepleiere oppgir rundt 35 prosent dårlig forhold mellom kollegaer, mens andelen er noe lavere blant leger og psykologer (25 prosent).

I vår spørreundersøkelse oppga respondentene at arbeidsmiljø er en av de viktigste faktorene bak motivasjonen til å vente med å ta ut alderspensjon til etter fylte 65 år. 70 prosent av sykepleierne og spesialsykepleierne oppga at arbeidsmiljø og kolleger har stor betydning for motivasjonen til å vente med å ta ut alderspensjon, og 57 prosent av helsefagarbeiderne oppga det samme. Tilsvarende funn ble også rapportert i en undersøkelse blant helsepersonell i Helse Vest (Oslo Economics, 2022).

I intervju ble det trukket frem at det sosiale miljøet i helsesektoren kan påvirkes negativt av arbeids- og tidspress. Dersom man føler seg stresset eller opplever tøffe ting på jobb kan det bli mer krevende å samhandle med andre eller at det oppstår misforståelser. Videre ble viktigheten av et godt fagmiljø trukket frem, og at slike fagmiljø ofte er nøkkelen for å skape gode relasjoner mellom de ansatte.

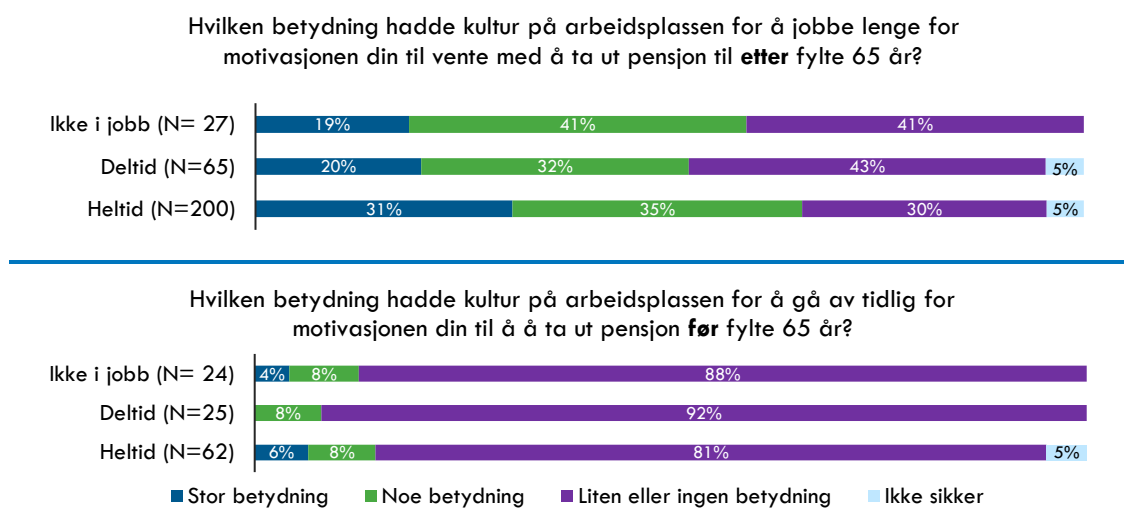
3.6.2 Kultur på arbeidsplassen

Flere informanter pekte på at det mange steder i helsetjenesten er en kultur for tidlig avgang, og at dette ofte «smitter» til andre ansatte. Videre ble det også trukket frem eksempler på steder med en kultur om å «stå i arbeidet», som bidrar til å redusere tidlig avgang.

Kultur handler også om støtte og samhold mellom kolleger. I et miljø preget av intriger, dårlig samhold og dårlig sosialt miljø, kan sannsynligheten for helseplager og sykefravær være høyere. I et miljø der det er kultur for å være støttende mot kollegaer, kan ansatte oppleve å føle seg verdsatt, som kan virke positivt for viljen og evnen til å fortsette i arbeid.

I spørreundersøkelsen kom det frem at mange anser kultur for å jobbe lenge som en viktig faktor for å vente med å ta ut pensjon til etter fylte 65 år. Få av de som hadde eller planla tidlig avgang pekte på kultur på arbeidsplassen som en viktig faktor (Figur 3-2, Figur 3-8).

Figur 3-8: Kultur på arbeidsplassen som faktor som påvirker valg om tidlig avgang



Kilde: Oslo Economics og Respons analyse

3.6.3 Psykiske og fysiske belastninger

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten blir eksponert for ulike typer fysiske og psykiske belastninger, noe som innebærer økt risiko for arbeidsrelaterte skader og sykdom. Belastningene og sykdoms- og skaderisikoen er godt dokumentert i litteraturen, blant annet gjennom undersøkelser av NOA ved STAMI (se for eksempel Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021)).

Eksempler på belastninger som er særlig vanlige er

- høye emosjonelle krav og stort ansvar
- høy grad av rollekonflikt
- få muligheter for pauser og restitusjon
- tunge løft og mye stående arbeid
- arbeid med hodet bøyd fremover eller på huk/knær
- stor arbeidsmengde og nødvendig med arbeid i høyt tempo

Forskningen tyder på at arbeidsmiljøfaktorer som påvirker tidlig avgang fra arbeidslivet er fysiske krav som anstrengende arbeid, tunge løft og langvarig ståing, og dessuten kvantitative arbeidskrav som arbeidshastighet, tidspress og jobbkontroll (Midtsundstad, Mehlum, & Hilsen, 2017). Litteraturen peker også på at det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet for eldre norske arbeidere virker å være bedre enn for eldre arbeidere i Sverige og Danmark (Midtsundstad, Mehlum, & Hilsen, 2017).

I våre intervjuer ble det særlig pekt på at de emosjonelle belastningene varierer mellom yrker og fra person til person. Noen opplever det som en stor belastning, mens for andre kan det virke positivt for motivasjonen. Særlig de som jobber tett på pasientene ble trukket frem som personer som opplever høyere emosjonelle krav. Videre ble det pekt på at det er en stor belastning at tiden ikke strekker til, og at

arbeidstakerne ikke opplever å få utført oppgaver på en god nok måte, som er «faglig forsvarlig». Det kan medføre en indre konflikt, som for noen kan være vanskelig å stå i. På samme måte pekes det i forskningen blant annet på at ulike forventninger til mål som skal nås, og kvalitet og ulik prioritering av oppgaver kan skape indre rollekonflikter. Det kan også oppstå dersom man ikke har tilstrekkelig tid og ressurser til å gjennomføre alle oppgavene man skal (Christensen & Knardahl, 2010; Sterud & Tynes, 2013).

Blant de fysiske belastningene ble det i intervjuene pekt på at disse særlig er høye for helsefagarbeidere, og særlig i hjemmetjenesten og der det er lite tilgjengelig personell.

I vår spørreundersøkelse var det små forskjeller mellom spesialsykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere i hvilken betydning arbeidsbelastninger har eller hadde for motivasjonen til å begynne å ta ut pensjon før fylte 65 år. 36 prosent av spesialsykepleiere og 35 prosent av sykepleiere oppga at det har stor betydning, sammenlignet med 33 prosent blant helsefagarbeidere.

3.6.4 Omstilling og endring

Teknologisk utvikling og innføring av velferdsteknologi i tjenesten medfører behov for omstilling. Samtidig kan teknologien bidra til å redusere belastningen for de ansatte, for eksempel ved at man reduserer omfanget av tunge løft og/eller reiser. Det kan også medføre effektivisering som frigjør ressurser som kan brukes til andre arbeidsoppgaver. Samtidig medfører de teknologiske endringene høye krav til omstilling og behov for opplæring. Flere kan oppleve det som

utfordrende og tidkrevende å ta i bruk ny teknologi og avanserte IT-systemer. Gjennom intervjuer pekte flere på at mange eldre ofte kan vegre seg for å ta i bruk ny teknologi. Andre pekte på at erfarne helsepersonell ofte har enklere for å nyttiggjøre seg av slike løsninger.

Ifølge STAMIs undersøkelse (2021) kan ny teknologi være en faktor som bidrar til usikkerhet, utrygghet og motstridende forventninger. I slike tilfeller er informasjon og endringer og fremtidsutsikter fra ledelsen særlig viktig. Særlig mange pleie- og omsorgsarbeidere (i underkant av 25%) oppgir at de mangler informasjon fra virksomheten om viktige endringer og fremtidsplaner. I undersøkelsen trekkes det frem at det særlig er i hjemmetjenesten at det er manglende informasjon om endringer og fremtidsplaner fra virksomheten, men det er også i sykehjem/pleie- og omsorgsinstitusjoner.

I vår spørreundersøkelse var det en relativt liten andel som oppga at teknologiske løsninger er av stor betydning for motivasjonen til å fortsette i arbeid. 82 prosent av respondentene oppga at krevende datasystemer var av liten eller ingen betydning for motivasjonen til tidlig avgang, og det er svært liten forskjell mellom de ulike aldersgruppene. 60 prosent oppga at krevende datasystemer og IKT-verktøy har liten eller ingen betydning for motivasjonen til å begynne å ta ut pensjon før fylte 65 år. Det var imidlertid 28 prosent som svarte at det har stor eller noe betydning.

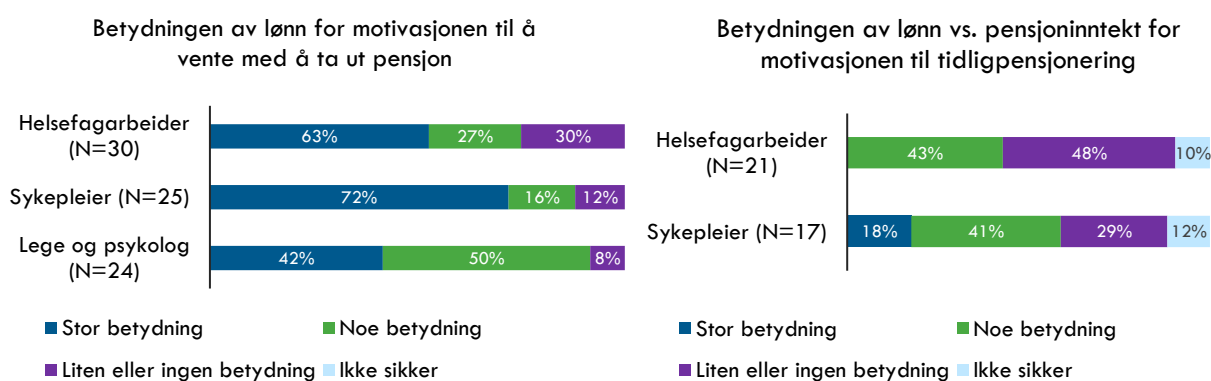
3.7 Arbeidsvilkår og organisering

Både arbeidsvilkår og hvordan arbeidet er organisert vil påvirke hverdagen til den enkelte, og oppgis som viktige faktorer for motivasjonen til å fortsette i arbeid. Ifølge STAMI (2021) ligger helsetjenesten på toppen av listen over de som har rapportert om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Dette omfatter arbeidsforhold som er i strid med lover og regler, retningslinjer eller som generelt er uforsvarlig og etisk uakseptabelt. Nesten 25 prosent i sykehjem har rapportert om kritikkverdige forhold det siste året, og nesten 20 prosent i sykehustjenester og hjemmetjenesten (STAMI (2021)).

3.7.1 Lønns- og pensjonsvilkår

Å få lønn for arbeidet man utfører er ikke overraskende viktig i valget om man skal jobbe eller ikke. Lønn er den enkeltfaktoren som flest oppga i spørreundersøkelsen at har stor betydning for motivasjonen til å vente med å gå av med pensjon til etter fylte 65 år. Det presiseres at det ikke ble stilt spørsmål om lønnsnivået, eller om lav lønn var årsaken til tidlig avgang (eller om høy lønn ga motivasjon til å fortsette). På tvers av alle yrker oppga 63 prosent at lønn har stor betydning for motivasjon og 28 prosent oppga at det har noe betydning (Figur 3-2). Sammenlignet med leger og psykologer oppga en større andel av helsefagarbeiderne og sykepleierne at lønn i stor grad hadde betydning for motivasjonen med å vente med å ta ut pensjon (Figur 3-9).

Figur 3-9: Hvilken betydning hadde følgende faktorer for motivasjonen din til å vente/ ta ut pensjon?



Kilde: Oslo Economics og Repsons analyse. Merknad: Helsefagarbeider inkluderer helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og barnepleiere.

STAMI forklarer at innsats-belønning-ubalanse handler om at arbeidstakere ikke føler seg kompensert for arbeidet de gjør. Slik ubalanse er knyttet til høyere risiko for sykefravær (Duchaine, et al., 2020). Det kan tenkes at de som opplever en ubalanse mellom innsats og lønn, ønsker å gå av tidligere med pensjon. I spørreundersøkelsen oppga 14 prosent av de som har hatt/planlegger tidlig avgang at lønn sett opp mot pensjoninntekt hadde stor betydning for motivasjonen

for dette valget (Figur 3-2). Andelen var noe høyere blant sykepleiere (18%, ref. Figur 3-9).

I intervjuene trakk flere frem at økonomi er en viktig faktor for å fortsette å jobbe, og at pensjoneringsordninger som gir lave insentiver til å jobbe (gjennom å straffe økonomisk) vil ha en negativ effekt på motivasjonen.

Effekten av pensjonsordninger og pensjonsopptjening på forventet pensjoneringsalder vil avhenge av kunnskapen man har om egen pensjon. Tidligere kartlegginger og studier viser at folk flest vet lite om sine pensjonsrettigheter, og at mange ikke er klar over muligheter som finnes, og hvordan man skal nyttiggjøre seg av dem (Østhus, 2022).

Spørreundersøkelserdata fra LOs tillitsvalgtpanel viser at arbeidstakere med lavere inntekt er mer usikre på hvilke pensjonsordninger de er omfattet av enn de med høy inntekt. Videre er yngre arbeidstakere mer usikre på pensjonsordningene enn eldre arbeidstakere (Østhus, 2022).

3.7.2 Arbeidstidsordning og -bestemmelser

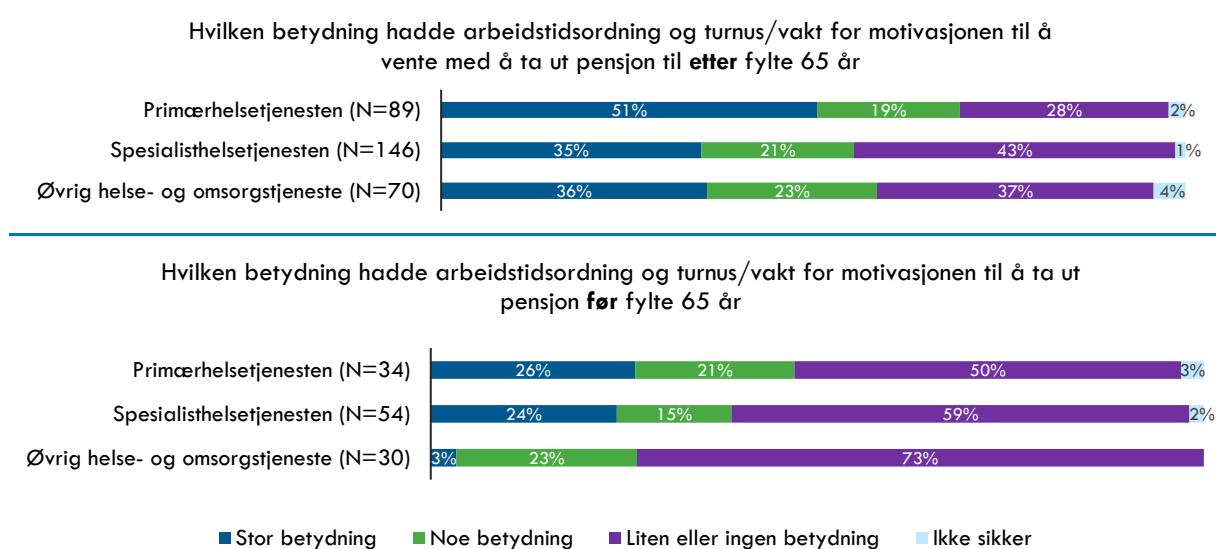
Helsepersonell generelt, og pleie/-omsorgsarbeidere og sykepleiere spesielt, har relativt høyt omfang av turnusarbeid (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Tall fra Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) ved STAMI viser at arbeidstidsordninger som innebærer nattarbeid og tidlige morgenskift gir redusert søvn, og kan bidra til å øke risikoen for helseplager og sykdommer (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Turnusarbeid trekkes frem som en viktig årsak til det høye deltidsomfanget i helse- og omsorgssektoren, og som en årsak til at helsearbeidere søker seg ut av spesialisthelsetjenesten (Midtsundstad & Nielsen, 2022).

I intervjuene ble det pekt på til dels motstridende virkninger av turnus og vaktordninger for motivasjonen til å fortsette i arbeid. Flere trakk frem at turnusarbeid er svært belastende, spesielt de gangene

man må gå rett fra kveldsvakt til dagvakt. Enkelte pekte på at slikt arbeid særlig er belastende for eldre, fordi det er viktigere med regelmessig døgnrytme for denne gruppen, mens andre trakk frem at en høy andel ufaglærte eller vikarer i helgene bidrar til større belastning. Andre informanter pekte på at de som først har jobbet turnus i mange år, ofte synes det er greit, og at dette trolig ikke er en viktig årsak til tidlig avgang. Det ble blant annet pekt på at det gir rom for lengre opphold fra arbeid og økt fleksibilitet i hverdagen. Også andre undersøkelser finner at arbeidstider og turnus relativt oftere blir nevnt som årsak til turnover blant yngre, sammenlignet med de i aldergruppen 45–61 år (Oslo Economics, 2022). Det kan tenkes at dette henger sammen med at arbeidstakere som mistrives med turnus allerede har sluttet i arbeid som har turnus, mens arbeidstakere som trives med turnus fortsetter i arbeidet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen vår tyder på at de fleste opplever at arbeidstidsordning og turnus/vakt har liten betydning eller ingen betydning for motivasjonen til å ta ut pensjon før fylte 65 år (Figur 3-10) Om lag halvparten av de ansatte i primærhelsetjenesten som ikke planla eller hadde gått av med pensjon før fylte 65 år oppga at arbeidstidsordning og turnus/vakt hadde stor betydning for dette valget. Tilsvarende andel var noe lavere i spesialisthelsetjenesten, med 35 prosent. Blant de som hadde gått av tidlig eller planlagt det, svarte bare rundt en fjerdedel blant de i primær- eller spesialisthelsetjenesten at arbeidstidsordning og turnus/vakt hadde stor betydning for valget.

Figur 3-10: Hvilken betydning hadde arbeidstidsordning og turnus/vakt for motivasjonen din til å enten ta ut pensjon tidlig eller vente til etter 65 år?



Kilde: Oslo Economics og Respons analyse

3.7.3 Tilhørighet og kontinuitet i bemanning

Tilhørighet og kontinuitet i bemanningen handler om tilknytning til arbeidsplassen og stabilitet og forutsigbarhet i arbeidshverdagen. Det er viktige arbeidsmiljøfaktorer som blant annet påvirker sosialt og faglig fellesskap, lojalitet, arbeidsmengde og arbeidsoppgaver. Tilhørighet og kontinuitet påvirkes av faktorer som sykefravær, bruk av vikarer og ufaglærte, deltidsstillinger og midlertidige stillinger.

Høy sykefraværsandel og bruk av vikarer og ufaglærte

I 2020 var helse- og sosialtjenester den tjenesten med høyest sykefravær (Faggruppen for IA-avtalen, 2021). Sykefraværet i kommunal sektor er høyere enn i statlig sektor, og trekker gjennomsnittet for tjenesten opp (Helsedirektoratet, 2021).

Kvinner har generelt høyere sykefravær enn menn, noe som kan bidra til å forklare det høye gjennomsnittet i helse- og omsorgssektoren. Omtrent 80 prosent av ansatte i helse- og sosialtjenestene er kvinner (Faggruppen for IA-avtalen, 2021). Videre er sykefraværet blant kvinner høyest i aldersgruppen 55–66 år, men også betydelig i aldersgruppen 30–34 år.

Mange jobber innenfor helse- og sosialtjenestene er jobber hvor man typisk ikke kan møte opp syk på jobb, og muligheter for hjemmekontor er ofte begrenset. Det kan også bidra til å forklare deler av sykefraværet i sektoren.

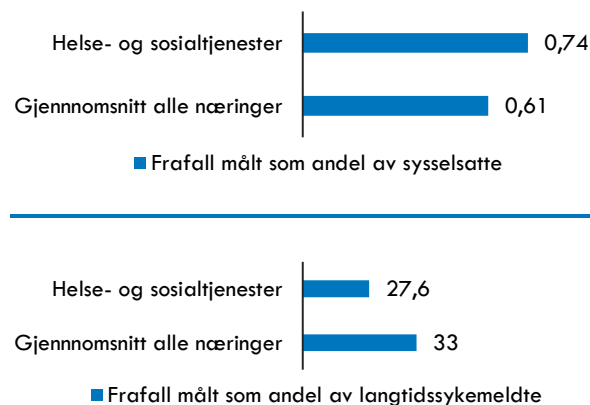
Eget sykefravær er et sammensatt fenomen som både kan skyldes sykdom relatert til jobben, sykdom som skyldes forhold utenfor jobben, eller en kombinasjon av de to. I intervju ble det trukket frem at eget sykefravær kan føre til mindre tilknytning til arbeidsplassen og derfor øker sannsynligheten for tidlig avgang.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet to indikatorer for å måle frafall. Den ene indikatoren måler frafall som andel av alle langtidssykemeldte (sykemeldt i ni måneder) og frafall som andel av alle sysselsatte. Frafall defineres som personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake i arbeid etter fravær, men går over til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd eller tidligpensjonering.

Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at næringer som har et høyt sykefravær, også har et høyt frafall (Faggruppen for IA-avtalen, 2021). Sammenlignet med andre næringer har helse- og sosialtjenester det tredje høyeste frafallet målt som andel av sysselsatte, men et betydelig lavere frafall målt som andel av alle langtidssykemeldte (Figur 3-11). Det innebærer at det er flere langtidssykemeldte som går helt eller delvis tilbake i

arbeid i helse- og sosialtjenestene, sammenlignet med andre næringer.

Figur 3-11: Frafall målt som andel av sysselsatte og andel av langtidssykemeldte, 2020.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet (Faggruppen for IA-avtalen, 2021)

Vikarbruk

Andres sykefravær kan også påvirke arbeidstakeres motivasjon til å fortsette i arbeid. Dersom det er høyt sykefravær på arbeidsplassen, innebærer dette høyt vikarbruk. Høyt vikarbruk kan påvirke arbeidsbelastningen til de arbeidstakerne som ikke er sykmeldt. Arbeidsbelastningen øker fordi vikarer har behov for opplæring, og tettere oppfølging enn fast ansatte typisk har. I tillegg kan vikarer være mindre egnet til å utføre enkelte oppgaver, slik at de fast ansatte opplever økt arbeidsmengde og økt ansvar. Vikarer og midlertidige stillinger kan også ha en negativ effekt på fellesskapet på arbeidsplassen, fordi det kan bli vanskeligere å opprettholde et godt faglig og sosialt arbeidsmiljø når det er hyppig utskiftning av personell.

Bruk av deltidsstillinger og midlertidig ansettelser

Som beskrevet tidligere er andelen som jobber deltid i Norge høyere enn andre europeiske land. Kompetansebehovsutvalget skriver at deltidsarbeid «(er både en strukturell, kulturell og individuell utfordring)» (NOU 2020: 2, s. 66). Deltidsstillinger kan øke risikoen for usikkert inntektsgrunnlag, dårligere belønning, opplæring og forfremmelsesmuligheter, og dessuten eksponering for andre arbeidsmiljøfaktorer som kan øke risikoen for helseplager.

Deltidsarbeid kan for mange være frivillig, men for mange kan det også være ufrivillig. I tillegg kan det i noen tilfeller være helt nødvendig med deltidsansatte for å få turnusen til å gå opp. Ufrivillig deltidsarbeid kan være særlig problematisk for arbeidstakeren det gjelder. Deltidarbeidere kan oppleve redusert tilhørighet og lojalitetsfølelse til arbeidsstedet. I tillegg

kan det skape generell misnøye som påvirker arbeidsmiljøet negativt og mindre helhetlige tjenester. Deltidsansatte kan dermed ha høyere tilbøyelighet til å gå av tidlig med pensjon, men dette bør undersøkes nærmere. Manglende jobbsikkerhet og uforutsigbar lønn kan også gjøre at tidlig avgang blir relativt mer attraktivt. Det kan også henge sammen med at mange som arbeider deltid kan ha helseplager, og dermed ha gradert uføretrygd.

Høy grad av frivillig deltidarbeid kan også være utfordrende for helsetjenestene på grunn av de økte bemanningsutfordringene. På den annen side kan muligheten til å gå ned til deltidsstilling gjøre det mer attraktivt for eldre arbeidstakere å fortsette i arbeid.

3.8 Anerkjennelse, ansvar og oppgaver

Anerkjennelse og ansvar handler blant annet om verdsettelse på arbeidsplassen og i samfunnet, utnyttelse av kompetanse gjennom arbeidsoppgaver, autonomi i arbeidet, karrieremuligheter, og rolleforståelse.

Ansvar, arbeidsoppgaver og utnyttelse av kompetanse ble i intervjuene trukket frem som en viktig forklaring på hvorfor de med lang utdanning ofte jobber lenger enn de som ikke har lang utdanning. Eksempelvis ble det pekt på at helsefagarbeidere og sykepleiere med videreutdanning kan få mer ansvar og i større grad får utnyttet sin kompetanse, noe som bidrar til at de fortsetter lenger i jobb. Dette ble i intervjuene blant annet eksemplifisert gjennom at spesialsykepleiere på sykehjem i mindre grad gjorde oppgaver som ikke krevde sykepleierkompetanse, sammenlignet sykepleiere uten spesialisering.

3.8.1 Verdsetting og bruk av kompetanse

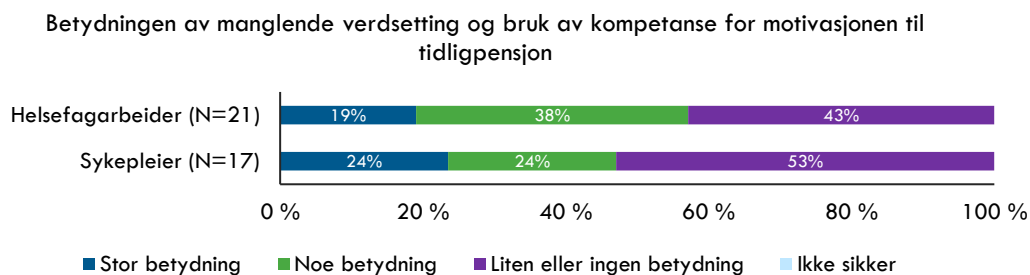
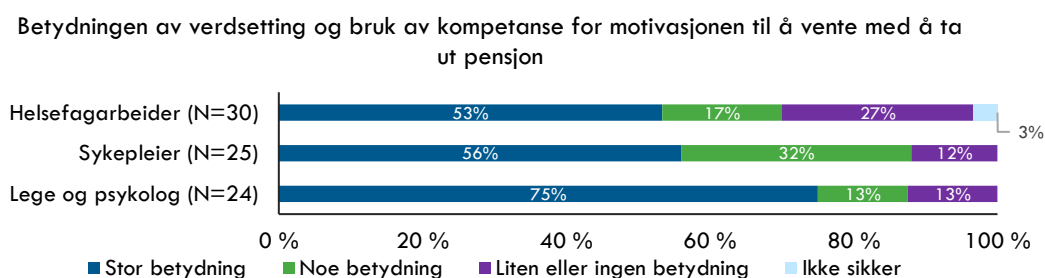
Både i intervjuer, spørreundersøkelsen og litteraturen blir verdsetting og bruk av kompetanse trukket frem som en viktig motivasjonsfaktor for å stå i jobb.

I spørreundersøkelsen oppga 59 prosent av respondentene at verdsetting og bruk av kompetanse har stor betydning for motivasjonen til å vente med å ta ut pensjon til etter fylte 65 år. 17 prosent av de som hadde eller planlegger tidlig avgang oppga at manglende verdsetting og manglende oppfølging fra ledelse hadde stor betydning for valget om tidlig avgang. 29 prosent svarte at manglende verdsetting og bruk av kompetanse hadde noe betydning for valget om tidlig avgang.

I et regionalt helseforetak hadde de erfart at renholdsarbeidere hadde et høyt sykefravær før pandemien. Da pandemien inntraff fikk de en tøffere arbeidsbelastning, men istedenfor at sykefraværet økte, så man at sykefraværet i denne yrkesgruppen gikk ned. Nedgangen i sykefraværet på tross av arbeidsbelastningen ble forklart med at renholdsarbeiderne ble sett og at arbeidet deres ble verdsatt i større grad enn tidligere.

I intervjuene ble det trukket frem at noen helsefagarbeidere og sykepleiere føler på lav status ved at kompetansen ikke verdsettes på riktig måte, og at denne opplevelsen kan være særlig sterk hos helsefagarbeiderne. Videre ble det trukket frem at mange føler seg mindre verdsatt dersom de opplever at ledere eller andre ansatte ofte uttrykker usikkerhet og tvil rundt kompetansen og evnen til den ansatte, for eksempel dersom de uttrykker tvil rundt hvorvidt den ansatte har kompetanse til å utføre spesifikke prosedyrer. Ledere har en viktig rolle i å sørge for at ansatte føler seg verdsatt og anerkjent.

Figur 3-12: Verdsetting og bruk av kompetanse



Kilde: Oslo Economics og Respons analyse

3.8.2 Arbeidsoppgaver og oppgavedeling

Å jobbe med arbeidsoppgaver der man får brukt kompetansen sin blir i flere intervjuer trukket frem som en avgjørende faktor for motivasjonen til å fortsette i jobb. Det blir både trukket frem at arbeidsoppgavene kan påvirke indre motivasjon i form av opplevd faglig utvikling og mestring, og ytre motivasjon i form av at tildelte oppgaver henger sammen med opplevelsen av anerkjennelse.

Svarene fra vår spørreundersøkelse tyder også på at arbeidsoppgaver har betydning for motivasjonen til å vente med å ta ut pensjon til etter fylte 65 år. Blant de som planlegger tidlig avgang eller har gått av tidlig svarte 15 prosent at arbeidsoppgaver har stor betydning for valget om tidlig avgang.

Tilsvarende viser en intervjuundersøkelse som Oslo Economics gjennomførte på oppdrag for Helse Vest, at arbeidsoppgaver er en av de viktigste faktorene for trivsel i jobben, også for den eldste aldersgruppen i undersøkelsen, som var 45–61 år (Oslo Economics, 2022).

God oppgavedeling ble i flere intervjuer trukket frem som viktig for at arbeidstakere skal trives med arbeidet. Hensiktsmessig fordeling av oppgaver kan bidra til økt effektivitet og arbeidsflyt i hverdagen. Særlig for sykepleiere kan god oppgavedeling frigjøre ressurser som kan brukes til arbeidsoppgaver som oppleves som hensiktsmessig og riktig å prioritere. Flere undersøkelser finner at sykepleiere ofte bruker tid på oppgaver som andre yrkesgrupper heller kunne

utført, som for eksempel renhold og logistikk (Sykepleien, 2019). Dette kan redusere tiden som er tilgjengelig for pasientrettet arbeid, som kan oppleves som uheldig.

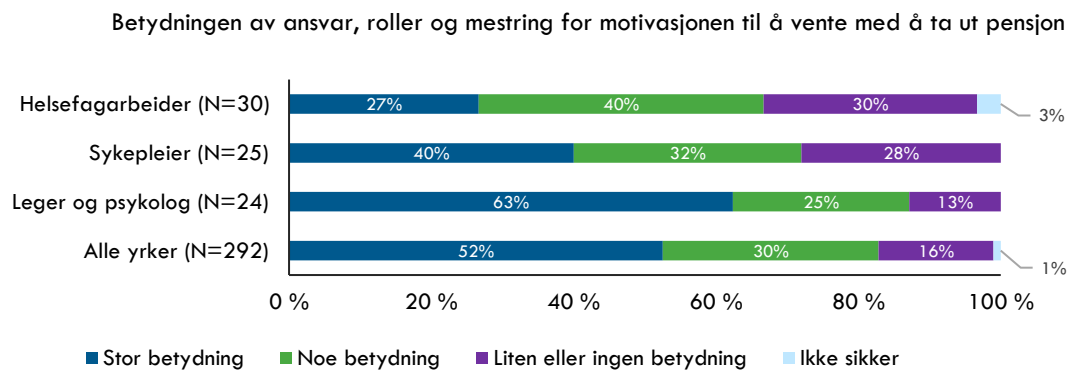
3.8.3 Ansvar og rolleforståelse

Mange eldre arbeidstakere har lang erfaring, og har dermed verdifull kompetanse. Dette kan medføre at eldre arbeidstakere får mye ansvar. På den ene siden kan mye ansvar oppleves som belastende. På den annen side kan mye ansvar gi en følelse av at kompetansen de har er verdifull og kan bidra til økt trivsel og motivasjon.

Mange steder i helsetjenesten jobber ulike yrkesgrupper sammen, og det er høy grad av samarbeid og samhandling. Det vil da være viktig med rolleavklaring og -forståelse, og forventingsstyring. Tydelig ansvarsfordeling og forståelse for hverandres roller og oppgaver, kan skape bedre arbeidsflyt og tilfredshet blant de ansatte. Dette kan påvirke den opplevde arbeidsbelastningen, og dermed også påvirke valget om å fortsette i arbeid.

I spørreundersøkelsen vår var det særlig leger og psykologer som pekte på at ansvar, roller og mestring påvirker motivasjonen til å vente med å ta ut pensjon. Dette var også en viktig faktor blant sykepleiere og helsefagarbeidere, men andelen som oppga at denne faktoren var av stor betydning var noe lavere enn blant leger og psykologer (Figur 3-13).

Figur 3-13: Ansvar, roller og mestring



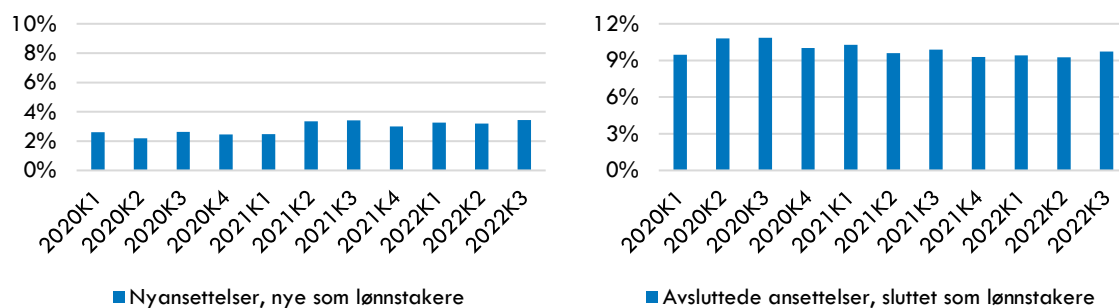
Kilde: Oslo Economics og respons analyse

4. Lærdommer fra koronapandemien

I mars 2020 stengte det norske samfunnet ned, som følge av koronapandemien. De neste to årene skulle bli preget av bølger med smitteutbrudd og nedstenginger, smittevernrestriksjoner og økt press på helse- og sosialtjenestene. Muligheten til å jobbe under pandemien uten å tape pensjon, ser ut til å ha påvirket pensjonistenes jobbdeltakelse i helsetjenesten under pandemien, men ikke etter pandemien.

Under koronapandemien kunne pensjonister jobbe i helsevesenet uten at det påvirket pensjonsutbetalingene deres. Dette unntaket varte ut august 2022. SSBs statistikk innen helse- og sosialtjenestene tyder på at en høyere andel i aldersgruppen 55–66 år kom tilbake og en lavere andel sluttet i en periode under pandemien (Figur 4-1). I statistikken er endringene først tydelige fra andre kvartal 2021, som kan tyde på at effekten av disse midlertidige endringene kan ha tatt noe tid å virke. Samtidig er dette aggregert statistikk og enkle tidsserier, som gjør at vi ikke kan lese av årsak-virkning-relasjonene fra disse figurene.

Figur 4-1: Nyansettelser og avsluttede arbeidsforhold (55–66 år) i helse- og sosialtjenestene, som andel av jobber året før



Kilde: Oslo Economics' analyse av tall hentet fra SSBs statistikkbank, tabell 12821.

4.1 Konsekvenser for motivasjon til å fortsette i arbeid

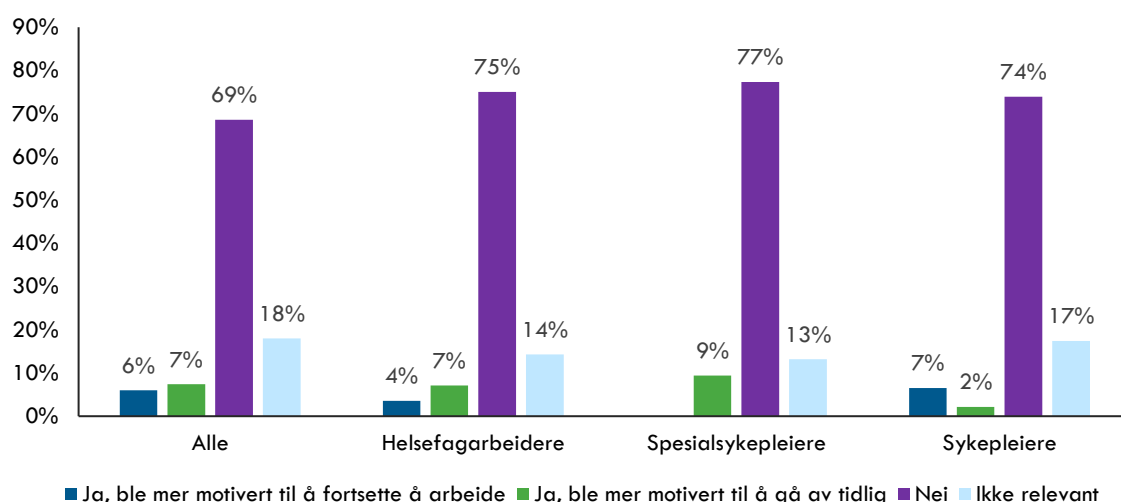
I spørreundersøkelsen vår oppga de fleste at koronapandemien har hatt liten effekt på motivasjonen til å slutte eller fortsette å jobbe (Figur 4-2). Bare 6 prosent oppga at de ble mer motivert til å fortsette i jobb, mens 7 prosent svarte at pandemien økte motivasjonen for å gå av tidlig. Når vi splitter opp svarene på ulike grupper, inkludert yrkesgruppe, primær- og spesialisthelsetjenesten eller stillingsandel (heltid/deltid), var det også små forskjeller mellom gruppene.

Svarene i spørreundersøkelsen om at pandemien har hatt liten betydning for motivasjonen, stemmer godt

overens med tilbakemeldingene fra intervjuene. I intervjuene pekte mange på at pandemien trolig ikke har hatt noen innvirkning på eldre helsepersonells motivasjon til å jobbe etter pandemien, men at det er for tidlig å vurdere konsekvensene av pandemien. Det ble likevel trukket frem andre viktige lærdommer. Disse er diskutert nærmere senere i dette kapitlet.

Tidligere undersøkelser indikerer også at pandemien har hatt begrenset påvirkning på arbeidstakeres videre karriereplaner. Eksempelvis viser en undersøkelse fra den første fasen av pandemien (mars – oktober 2020) at de færreste sykepleiere hadde endret planer for videre yrkeskarriere som følge av pandemien, til tross for at flere sykepleiere rapporterte om akkumulert belastning (Melby, Thaulow, Lassemo, & Ose, 2020).

Figur 4-2: Har koronapandemien hatt konsekvenser for din motivasjon til å fortsette i arbeid?



Kilde: Oslo Economics og Respons analyse (N = 433)

4.1.1 Motivasjon under pandemien

Flere av informantene pekte på at de hadde erfart gode lærdommer fra pandemien, som økt fellesskapsfølelse og samarbeid, men også opplevd at man fort falt tilbake i gamle vaner etter pandemien. Andre hadde erfart økt slitasje og økte rekrutteringsproblemer etter pandemien.

I intervjuene pekte veldig mange på at ulike grupper helsepersonell snudde seg raskt rundt og jobbet dedikert i en tøff tid. Det ble nevnt at arbeidstakerne trolig hadde høy grad av indre motivasjon under pandemien, i form av 'et kall' for å hjelpe til i krisen. Det ble også trukket frem at det ble stor forståelse for viktigheten av arbeidet som ble lagt ned, både blant venner og familie og i samfunnet generelt. Videre ble det pekt på at krisen innebar et stort behov for samarbeid, og at man gjennom å sammen møte utfordringene fikk større forståelse for arbeidet til andre yrkesgrupper og tjenestenivåer.

På den andre siden ble det nevnt at ytre motivasjon trolig ble svekket på grunn av uforutsigbarhet og høyere arbeidsbelastning, særlig når man så at pandemien varte lenger enn mange først hadde antatt og det var uforutsigbart når den ville ta slutt. Flere trakk også frem at mange ikke fikk den anerkjennelsen de fortjente, og at det for enkelte kunne oppleves som demotiverende.

4.1.2 Høy arbeidsbelastning og konsekvenser for arbeidsmiljø

Høy arbeidsbelastning og økt sykefravær som følge av pandemien ble nevnt av flere av informantene. Flere hadde erfart høyt sykefravær, mye overtid og lange perioder med mye smittevernstiltak. Fra kommunenes side ble det særlig trukket frem at de som jobber i de hjemmebaserte tjenestene har hatt

stor belastning, og at de opplever økt slitasje og høyt sykefravær blant denne gruppen.

I en undersøkelse som dekker 2 500 sykehuspersonell i Norge ble det innhentet kunnskap om de viktigste arbeidsrelaterte faktorene for helse gjennom pandemien (NKVTS, 2022). Gjennom undersøkelsen ble det avdekket følgende åtte sentrale helsefremmede arbeidsmiljøfaktorer, (1) tilstrekkelig kompetanse for den enkelte og i team for å kunne utføre nye arbeidsoppgaver, (2) forutsigbarhet i team og arbeidsmiljø, (3) tilgang til nødvendig, brukervennlig smittevernstiltak, (4) tilgang til informasjon, hjelp og støtte til stressmestring, (5) håndterbare arbeidsmengder, (6) sikkerhet for personalet, (7) deltakelse i et støttende sosialt miljø og (8) beste praksis. Mange rapporterte om liten tilgang til hjelp og støtte for stresshåndtering i arbeidet. Konklusjonen fra undersøkelsen er at pandemien kan ha tært på arbeidsmiljø og helse for ansatte ved norske sykehus.

4.1.3 Viktigheten av fleksible ordninger

Den midlertidige ordningen som innebar at pensjonister kunne gå tilbake i jobb uten at det påvirket pensjonsutbetalinger ble trukket frem som et positivt rekrutteringstiltak. Flere trakk frem at denne fleksibiliteten var særlig viktig for å håndtere den økte arbeidsbelastningen. Samtidig ble det trukket frem av flere at de hadde forsøkt å rekruttere disse pensjonistene tilbake igjen etter pandemien, men at det i liten grad lot seg gjøre.

4.1.4 Økt bruk av teknologi og digitale løsninger

Pålegg om hjemmekontor, restriksjoner på reising, økt etterspørsel etter informasjon og tjenester på nett og andre tiltak for å begrense kontakt har hatt en rekke konsekvenser for bruken av IKT og digitalisering i

helse- og omsorgstjenesten. Flere av informantene trakk frem hvordan pandemien har bidratt til store endringer i bruken av teknologiske og digitale løsninger, både i samhandlingen mellom ansatte i tjenesten og i møte med pasienten. Bruken av digitale konsultasjoner (telefon og video) har økt betydelig, og mange opplever at bruken har vedvart også etter at

smitteverntiltakene ble opphevet. Tilbakemeldingene knyttet til konsekvensene for arbeidsmotivasjon har vært delte. Enkelte trakk frem at det bidrar til økt kvalitet i tjenestene og bedre utnyttelse av ressursene, mens andre gir tilbakemelding om bekymringer knyttet til kvaliteten i pasienttilbudet.

5. Hvordan motvirke tidlig avgang og motivere til økt arbeidsdeltakelse blant eldre?

Arbeid som bidrar til at de som kan og ønsker det kan fortsette i jobben lenger vil være viktig for å møte utfordringene i årene fremover. Dette gjelder både i primær- og spesialist-helsetjenesten. Faktorene som påvirker motivasjonen for å fortsette å jobbe er sammensatte, noe som innebærer at det er behov for innsats på flere områder. I mange tilfeller vil det være behov for individuelle og tilpassede løsninger. Samtidig må det legges til rette for gode rammebetingelser både på virksomhetsnivå og på nasjonalt nivå.

I dette kapitlet oppsummerer vi innspill til tiltak og løsninger, og vi synliggjør områder der det blir viktig å jobbe fremover for å sikre at flest mulig som kan og ønsker det gis muligheten til å bidra i arbeidslivet. Vi peker på tiltak som er prøvd ut i tjenesten, og dessuten forslag som er nevnt som en del av informasjonsinnsamlingen i denne kartleggingen.

5.1 Få rapporter om tiltak for å forhindre tidlig avgang

Det varierer i hvilken grad ulike institusjoner og virksomheter gjennomfører tiltak for å forhindre tidlig avgang blant eldre. Enkelte av informantene trakk frem at de har individuelle løsninger og tilpasninger på avdelingsnivå, som for eksempel tilpasninger i arbeidstid og arbeidsoppgaver, og dialog med ledere. Videre er det flere som benytter generelle

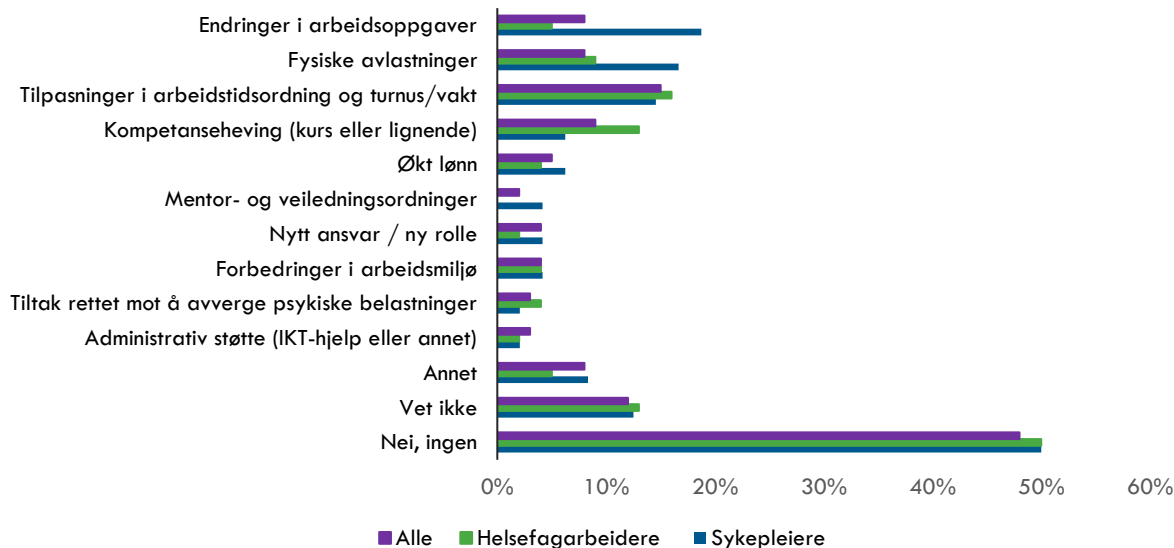
tiltak rettet mot eldre arbeidstakere, for eksempel færre kvelds- og nattevakter, egne seniordager (fridager) eller tilbud om redusert stilling uten nedjustering av lønn.

Informantene oppga også at tiltakene i varierende grad oppleves som nyttige. Eksempelvis pekte flere på at generelle seniorrettede tiltak er godt egnet til å øke motivasjonen for å jobbe, mens andre trakk frem at slike tiltak bare endrer adferden til en liten andel av de ansatte.

I spørreundersøkelsen vår svarte i underkant av halvparten av alle respondenter (48 prosent) at arbeidsgiver ikke har gjennomført tiltak for å tilrettelegge for at ansatte kan fortsette i arbeid lenger (Figur 5-1). Blant tiltak som respondentene oppga at var gjennomført, svarte flest (15 prosent) at det er gjennomført tilpasninger i arbeidstidsordninger og turnus/vakt og kompetanseheving (9 prosent). Det er også en andel som oppgir at de ikke vet (12 prosent).

Det var generelt liten forskjell mellom hva sykepleiere og helsefagarbeidere oppga i undersøkelsen om bruk av tiltak. Det er noe forskjell mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i hvilke tiltak som har blitt gjennomført for å tilrettelegge for å kunne fortsette lenger i arbeid. Blant sykepleiere oppgir 19 prosent av det har blitt gjennomført endringer i arbeidsoppgaver, og 17 prosent oppgir fysiske avlastninger. Blant helsefagarbeidere oppgir kun fem prosent endringer i arbeidsoppgaver og ni prosent fysiske avlastninger. Videre var det 13 prosent blant helsefagarbeidere som oppga kompetanseheving, mens blant sykepleiere var andelen seks prosent.

Figur 5-1: Har din arbeidsgiver gjennomført noen av følgende tiltak for å tilrettelegge for at du kan/kunne fortsette i arbeid lenger?



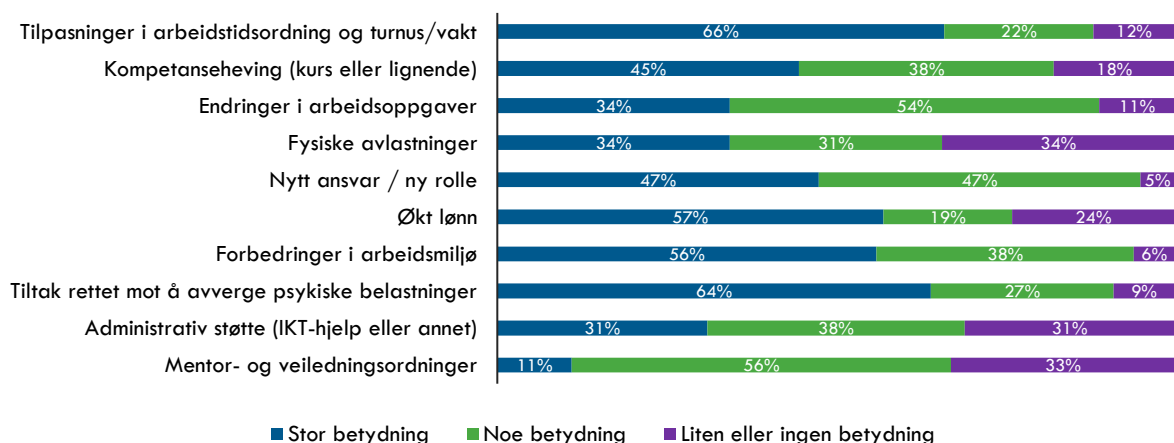
Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse. Alle: N=433, helsefagarbeidere: N=56, sykepleiere: N=48.

I en annen studie gjennomført av Oslo Economics (2022) for Helse Vest finner vi at det ble sjeldnere iverksatt tiltak for å forhindre at de eldre skulle slutte, sammenlignet med yngre (15% blant de mellom 45–61 år, 30% blant de i aldergruppen 34 år og yngre). Eksempler på tiltak som ble iverksatt blant alle aldergrupper var tilbud om permisjon, tilbud om tilrettelegging av arbeidstid og møter/samtale med ledelsen.

har hatt betydning for at personen kunne fortsette å jobbe (Figur 5-2). Det er størst andel som oppgir at tilpasninger i arbeidstidsordning og turnus/vakt, tiltak rettet mot å avverge psykiske belastninger, økt lønn og forbedringer i arbeidsmiljø oppleves som betydningsfullt for å kunne fortsette å jobbe. En stor andel oppgir at mentor- og veiledningsordninger, endringer i arbeidsoppgaver og nytt ansvar/ny rolle har hatt noe betydning. De tiltakene som en stor andel oppgir at har liten eller ingen betydning er fysiske avlastninger, mentor- og veiledningsordninger og administrativ støtte.

Blant respondentene i vår spørreundersøkelse (i denne kartleggingen) som svarer at ulike tiltak har blitt gjennomført, er det varierende i hvilken grad tiltakene

Figur 5-2: Hvis du fikk iverksatt tiltak, hvilken betydning har/hadde tiltaket for at du kan/kunne fortsette å jobbe?



Kilde: Oslo Economics og Respons Analyse. Tilpasninger i arbeidstidsordning og turnus/vakt: N=67, kompetanseheving: N=40, endringer i arbeidsoppgaver: N=35, fysiske avlastninger: N=35, nytt ansvar / ny rolle: N=19, økt lønn: N=21, forbedringer i arbeidsmiljø: N=16, tiltak rettet mot å avverge psykiske belastninger: N=11, administrativ støtte: N=13, mentor- og veiledningsordninger: N=9.

5.2 Tiltak på ulike nivåer

Som beskrevet i kapittel 3, er det sammensatte årsaker til at helsepersonell velger å gå av tidlig med pensjon. Det er ulike faktorer som har betydning for den enkelte, og det vil ofte være kombinasjonen av arbeidsmiljøfaktorer og forhold utenfor arbeidet som er bestemmende for valget. Fordi ulike faktorer har betydning, og fordi disse vil kunne variere på tvers av forhold som yrkesgruppe, tjenestenivå og geografi, er det heller ikke én løsning eller ett tiltak som vil fungere overalt.

Samspillet og variasjonen mellom ulike forhold gjør at det er behov for individuelle og lokale løsninger, som er tilpasset den enkelte avdeling eller individ. Samtidig er gode rammebetingelser på virksomhetsnivå og nasjonalt nivå en viktig forutsetning. Det er med andre ord behov for innsats på ulike nivåer, både på individnivå, virksomhetsnivå og systemnivå (Figur 5-3). I tillegg til at innsats på ulike nivåer, som vi beskriver i det følgende, kan motivere eldre arbeidstakere til å fortsette lenger i arbeid, kan innsats på disse områdene ha positive virkninger for en rekke andre forhold. Det kan for eksempel bidra til økt effektivitet og kvalitet i tjenestene, økt tilfredshet blant flere ansatte og økt pasientsikkerhet.

Figur 5-3: Tiltak på individ-, virksomhets- og systemnivå



Illustrasjon: Oslo Economics

5.3 Tiltak på individnivå

Tiltak på individnivå handler om å påvirke individuelle faktorer. Som beskrevet i kapittel 3, er det mange faktorer som er viktig for helsepersonells beslutning om tidlig avgang eller å fortsette lenger i arbeid. Faktorer som har blitt trukket frem gjennom kartleggingen er blant annet muligheter for kompetanseutvikling, utnyttelse av kompetanse og verdsettelse/anerkjennelse, muligheter for individuelle tilpasninger i arbeidshverdagen, og oppfølging og støtte fra ledelse.

5.3.1 Kompetanseutvikling

Ved å tilrettelegge for at de ansatte kan utvikle sin kompetanse, kan man motivere til å fortsette lenger i arbeid. Det er særlig ledere i helseinstitusjonene som kan tilrettelegge for kompetanseutvikling, både gjennom å legge til rette for muligheter til kursing og utdanning og gjennom oppgaver og ansvar.

Kompetanseutvikling kan bidra til at den ansatte opplever økt mestringfølelse og arbeidsglede. I tillegg kan kompetanseutvikling skape muligheter for å påta seg nye og spennende oppgaver som også kan øke motivasjonen, og det kan dessuten skape økt

selvstendighet og effektivitet i arbeidet. Det gir også mulighet til å tilpasse sin kompetanse og utdype seg i fagområder man er spesielt interessert i.

Gjennom intervjuene ble det blant annet trukket frem at kompetanseutvikling kan være viktig for å sikre at eldre arbeidstakere har de kvalifikasjonene som trengs for å kunne ta i bruk nye teknologiske hjelpemidler. Det kan være viktig å sikre at eldre arbeidstakere opplever mestring i møte med ny teknologi. Ved å legge til rette for at ny teknologi faktisk tas i bruk, og at eldre får tilstrekkelig opplæring i tekniske ferdigheter, kan man forhindre at teknologi blir en barriere som gjør at eldre velger å gå av tidlig.

Det kan være nyttig å sette kompetanseutvikling i system, for å sikre at alle opplever muligheten for kompetanseutvikling i tillegg til at det kan skapes kultur og holdninger for å gjennomføre kompetanseutvikling. Dette kan også bidra til at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser for de ansatte. Som pekt på tidligere i rapporten virker det å være en sammenheng mellom lengden på utdanningen og hvor lenge arbeidstakere står i jobb. Flere informanter har pekt på at det å legge til rette for muligheten til å

ta videreutdanning vil kunne bidra til å motvirke tidlig avgang.

5.3.2 Riktig bruk av kompetanse og annerkjennelse

At eldre arbeidstakere føler at deres kompetanse benyttes på en god måte kan være viktig for å bidra til økt anerkjennelse, motivasjon og mening i arbeidet. Det er flere måter å oppnå dette på. Gjennom intervjuene ble det blant annet pekt på å gi økt ansvar og spennende oppgaver, å bruke eldre arbeidstakere som veiledere for yngre arbeidstakere og å inkludere de eldre arbeidstakerne i planlegging og organisasjonsutvikling. Ledere kan være viktige for å sørge for at kompetansen til eldre arbeidstakere benyttes og verdsettes. Anerkjennelse og verdsettelse kan også komme gjennom ros og oppmerksomhet fra andre ansatte, og samfunnet for øvrig.

5.3.3 Individuell tilrettelegging og tilpassing

Flere informanter pekte på at muligheter for å kunne gjøre individuelle tilpasninger i arbeidsforhold er viktig for at eldre arbeidstakere skal kunne og ville fortsette lenger i arbeid. Det er varierende hva slags ønsker og behov for tilpasninger ulike individer har, og det kan derfor være mulig å gjøre tilpasninger for noen, som ikke er nødvendig for alle.

Individuelle tilpasninger som ble løftet frem av informantene omfatter blant annet løsninger som reduserer psykiske eller fysiske belastninger, for eksempel at eldre arbeidstakere ikke gjør tunge løft, at de får tilpasset arbeidstid og turnus og hvilke oppgaver den enkelte utfører. Eksempelvis kan det i enkelte tilfeller være ønskelig å tilpasse turnusen slik at eldre i større grad unngår nattevakter. Mange rapporterer at dette allerede gjøres i dag. Enkelte informanter rapporterer om at det gjøres systematiske tilpasninger for arbeidstakere når de når en viss alder. Samtidig som at tilrettelagt turnus kan bidra til at eldre arbeidstakere kan fortsette lenger i arbeid, ble det pekt på at dette ofte vil innebære økt belastning for de andre ansatte, og dessuten økt bruk av vikarer på ubekvemme arbeidstider.

Mange informanter trakk frem i intervjuer at de ansatte ønsker mer innflytelse på egen turnus. For eksempel hadde en tidligere avdelingsleder erfart at flere dager sammenhengende fri bidro til redusert sykefravær. Erfaringer fra et sykehjem viste at de eldre ønsket seg lengre perioder med langfri, for å kunne reise og besøke barnebarn. Ved å ta hensyn til preferanser og behov for tilpasninger av arbeidstid i planleggingen og organiseringen på hver enkelt helseinstitusjon, kan man påvirke eldre arbeidstakere til å fortsette lenger i arbeid.

5.3.4 Oppfølging og støtte fra ledelse

Mange av informantene vi har snakket med trakk frem at oppfølging og støtte fra ledere er særlig viktig for

at arbeidstakere skal fortsette lenger i arbeid. Det er viktig for at de ansatte skal føle at de blir sett og hørt på arbeidsplassen, samt at de skal kunne be om tilrettelegging og tilpassing på arbeidsplassen, uttrykke ønske om kompetanseutvikling, snakke om eventuelle konflikter eller utfordringer i arbeidsmiljøet og generell trivsel på arbeidsplassen. For eksempel kan oppfølging og støtte fra ledelsen være i form av en seniorsamtale. I intervjuene ble det trukket frem eksempler på avdelinger der man over flere år hadde bygget gode kulturer og arbeidsforhold gjennom god ledelse, men at når lederen forsvant ble det høy turnover og flere som valgte å slutte. Dette understreker behovet for systematisert innsats på virksomhetsnivå, der innsats ikke er avhengig av individer, og forskjellig fra leder til leder.

5.4 Tiltak på virksomhetsnivå

Tiltak på virksomhets- eller institusjonsnivå omfatter tiltak og løsninger iverksatt av virksomheten for å påvirke arbeidstakere til å fortsette lenger i arbeid.

5.4.1 Holdningsarbeid og forbedring av arbeidsmiljø

Som det ble beskrevet i kapittel 3, kan holdninger og kultur på arbeidsplassen være viktig for eldre arbeidstakeres valg om tidlig avgang. Dersom det er kultur for å fortsette lenger i arbeid, kan dette skape en forventning og motivasjon blant eldre, som gjør at de ønsker å fortsette lenger i arbeid. På den annen side kan kultur om tidlig avgang gjøre at flere velger tidlig avgang. Å jobbe for å endre holdninger og kultur blant ansatte kan være tid- og ressurskrevende, og det ble trukket frem i intervjuene at det er viktig å jobbe med dette systematisk over lenger tid. Kultur på arbeidsplassen oppstår lokalt, og det må derfor også jobbes med lokalt.

En måte å påvirke holdninger og kulturer på arbeidsplassen på, som ble trukket frem i intervjuene, er gjennom mentorer og rollemodeller. Mentorer og rollemodeller kan gå frem som eksempler og påvirke andre ansattes forventninger om arbeidet.

Ved at ledelsen på arbeidsplassen arbeider systematisk for å bedre arbeidsmiljøet, kan det påvirke de ansattes ønske om å fortsette i arbeid. Informantene vi har snakket med trekker frem sosialt og faglig arbeidsmiljø som viktige faktorer som påvirker valget om å fortsette i jobb. Arbeidsmiljø påvirker de ansattes trivsel og arbeidsglede. Et godt arbeidsmiljø kan også forebygge sykefravær, som er en faktor som påvirker eldre arbeidstakeres valg om tidlig avgang.

5.4.2 Organisatoriske forhold

Gjennom arbeid med ulike organisatoriske forhold, kan virksomhetene arbeide for effektiv drift og

kontinuitet i tjenesten, som kan være viktig for at eldre arbeidstakere skal kunne fortsette lenger i arbeid.

Det kan være viktig å arbeide for god bruk og fordeling av ressurser på arbeidsplassen, for at de ansatte skal føle på flyt i arbeidshverdagen, og hensiktsmessig og rettferdig fordeling av arbeidsmengde. God bruk av ressurser kan også påvirke de ansattes arbeidstidsfordeling og behovet for bruk av vikarer, som også er viktige faktorer som påvirker eldre arbeidstakere valg om tidlig avgang.

Mange informanter trakk frem i intervjuer at mange arbeidstakere kan ha behov for økt fleksibilitet i arbeidet. Virksomhetene kan tilrettelegge for dette gjennom muligheter for tilpasning av arbeidstider og bedre turnus. Ett eksempel som ble trukket fram i intervju er muligheten for å ha en ressurspool bestående av eldre arbeidstakere som ikke ønsker å ha fast stilling i virksomheten, men som fortsatt ønsker å utnytte sin gjenværende arbeidsevne.

Å inkludere de eldre arbeidstakerne i tjenesteutviklingen kan være viktig for å sørge for at tjenestene utvikles på en måte som tilrettelegger for å utnytte eldre arbeidstakere kompetanse og kapasitet på best mulig måte. Samtidig kan det bidra til å skape motivasjon og følelse av verdsettelse for de eldre arbeidstakerne. Å inkludere de ansatte i planleggingen kan bidra til å skape forståelse og aksept for at ressursituasjonen i virksomheten påvirker arbeidsforholdene. Dette ble pekt på som særlig viktig i kommunehelsetjenesten, der det oppleves at det er begrenset omfang av slike utviklingsprosjekter.

5.4.3 Oppgavedeling

Å arbeide med oppgavedeling og endrede arbeidsprosesser kan skape mer effektiv fordeling av arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning mellom ansatte. Dette kan være viktig for at eldre arbeidstakere skal fortsette lenger i arbeid. Det kan også bidra til økt motivasjon gjennom at ansatte får oppgaver de opplever som passende for kompetansen, samt tettere tilknytning mellom ulike yrkes- og faggrupper.

Mange sykehus arbeider med oppgavedeling som et initiativ for å bedre utnytte ressursene og bidra til å opprettholde en velfungerende og bærekraftig helse- og omsorgssektor (Oslo Economics, 2022). Oppgavedeling handler om overføring av utvalgte oppgaver mellom ulike helsepersonellgrupper, og det kan for eksempel innebære at nye yrkesgrupper kommer inn i avdelinger de tidligere ikke har vært i. Å lykkes med god oppgavedeling krever forankring i ledelsen og informasjon og holdningsarbeid. God oppgavedeling kan friggi ressurser, skape bedre arbeidsflyt og samarbeid. I intervjuene ble det pekt

på at dette også kan gi økt motivasjon til å fortsette i jobben.

Det arbeides med oppgavedeling i primærhelsetjenesten også. I KS-prosjektet Tørn arbeides det aktivt med at sykepleiere skal utføre sykepleieroppgaver, og helsefagarbeidere skal utføre helsefagarbeideroppgaver (KS, 2022). Flere informanter fortalte om gode erfaringer med Tørn-prosjektet.

5.4.4 Teknologiske løsninger

Flere av informantene vi har snakket med pekte på at mange eldre arbeidstakere kan oppleve det som utfordrende å ta i bruk nye teknologiske løsninger. For arbeidstakere som opplever å ikke mestre den digitale overgangen, kan dette være en faktor som bidrar til lavere motivasjon og som kan føre til et ønske om tidlig avgang fra yrket eller fra arbeidslivet. Det kan også skape «et veikryss» for eldre arbeidstakere, som kan anse avgang fra yrket som et bedre alternativ enn å skulle være med på den teknologiske overgangen som oppleves som krevende.

Virksomheten og ledelsen kan tilrettelegge for at de eldre arbeidstakerne får tilstrekkelig opplæring og tid til å ta i bruk de teknologiske hjelpemidlene. Dette kan redusere risikoen for at utfordringer med teknologiske løsninger ikke er en faktor som påvirker tidlig avgang. Det er mange gevinster ved å ta i bruk teknologiske løsninger. Det kan bidra til økt effektivitet i tjenestene og avlaste de ansatte. Gjennom dette kan teknologiske løsninger bidra til at eldre arbeidstakere kan fortsette lenger i arbeid.

5.5 Innsats på systemnivå

Arbeid på systemnivå innebærer arbeid med institusjonelle rammer som pensjons- og trygdesystemet, lovverk og lignende.

5.5.1 Rammebetingelser og verktøy

For at virksomheter skal ha mulighet til å gjøre nødvendige tilpasninger i arbeidsforhold og -vilkår for å muliggjøre at eldre arbeidstakere kan utnytte den gjenværende arbeidsevnen og -viljen, er det nødvendig med nasjonale rammebetingelser og verktøy som muliggjør dette.

Flere vi har snakket med pekte på at felles nasjonale løsninger og tiltak for å holde eldre i arbeid lenger, ikke nødvendigvis er treffsikre og hensiktsmessige. Informantene pekte på at det heller er behov for at nasjonale rammer tilrettelegger for at virksomhetene selv kan utforme og tilpasse tiltak til lokal og individuell kontekst. Dette kan både gjøre løsninger og tiltak mer treffsikre og hensiktsmessige og kan føre til mer effektiv bruk av ressurser.

Gjennom intervjuene ble det trukket frem at skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skaper utfordringer i organiseringen av arbeidet, og at det i større grad burde legges til rette for at ansatte kan utføre oppgaver på tvers av tjenestenivåer. Dersom det tilrettelegges for dette, er det mange hensyn som må tas, for eksempel må det tas hensyn til risiko for å spre smitte. I intervju ble det for eksempel foreslått at jordmødre som bytter arbeidsplass til kommunen, fortsatt kunne bidra på sykehuset i perioder der bemanningen er lav.

Nasjonale rammebetingelser kan for eksempel skapes gjennom konkrete nasjonale satsinger og tiltak, som medfører midler. Det kan være hensiktsmessig at slike satsinger og tiltak utformes på en måte som skaper handlingsrom for institusjonene til å gjøre nødvendige tilpasninger.

Nasjonale rammebetingelser kan også handle om finansieringsordninger i sektoren. Det ble pekt på at dagens finansieringsordninger skaper en rekke uheldige virkninger. I intervju ble det for eksempel trukket frem at pensjonskostnader for ansatte i sykehus ikke omfattes av ISF-ordningen (innsatsstyrt finansiering), og belastes sykehuset sentralt fremfor den enkelte avdeling. Det ble pekt på at dette medfører at den enkelte lederen som har arbeidstakere på sin avdeling som vurderer å gå av, ikke har økonomiske insentiver til å beholde arbeidstakeren.

5.5.2 Pensjonssystemet

Mange av informantene pekte på at dagens pensjonssystem påvirker valget om tidlig avgang for eldre arbeidstakere. Særaldersgrensen ble trukket frem som en viktig faktor som påvirker valget om tidlig avgang, både gjennom at mange oppfatter at det lønner seg økonomisk å gå av tidlig med pensjon, og at det skaper en kultur for tidlig avgang.

Flere informanter oppga at man ved å ha et pensjonssystem som i større grad gir mulighet til å motta pensjon, samtidig som man arbeider delvis, kan bidra til at flere velger å fortsette lenger i arbeid. Mange oppgir at de kan velge å gå av tidlig med pensjon, fordi det ikke lønner seg økonomisk å fortsette i arbeid, til tross for at de fortsatt har arbeidsevne og -vilje. Samtidig ble det trukket frem negative virkninger av slike endringer, for eksempel at

denne fleksibiliteten vil kunne virke negativt på de som ikke har gått av med pensjon.

I det nye pensjonsregelverket for offentlig sektor planlegges det å tilrettelegge for at arbeidstakere kan arbeide lenger, uten at pensjonen kortes ned.

5.5.3 Utdanningssystemet

I intervjuene våre ble det trukket frem at utdanningssystemet kan ha påvirkning på helsearbeideres forventninger om arbeidslivet, og at dette kan påvirke holdninger. For eksempel kan utdanningssystemet ha en viktig rolle i å forberede de fremtidige helsearbeiderne på belastningene og forholdene i arbeidslivet. Forventninger i samsvar med realiteten kan bidra til at helsearbeiderne opplever reduserte belastninger, og dermed kan fortsette lenger i arbeid.

5.6 Innsats på ulike tjenestenivå

Mange av de områdene vi har pekt på at har behov for forbedringer, kan være felles for institusjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel ulike forutsetninger og rammevilkår i de ulike tjenestenivåene, som skaper behov for tilpasninger i løsningene. Enkelte løsninger vil være særlig relevante i kommunene og ikke i spesialisthelsetjenesten, og omvendt. Samtidig varierer dette mellom ulike institusjoner innad i primærhelsetjenesten, for eksempel mellom legekontorer, hjemmetjenestene og institusjonstjenestene. Det er dermed også behov for å tilpasse løsninger mellom disse. Det samme gjelder mellom ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Det er betydningen av de ulike arbeidsmiljøfaktorene og i hvilken grad disse lar seg påvirke som vil bestemme hvilke løsninger som kan være relevante.

Basert på intervjuene og funn fra spørreundersøkelsen har vi sortert mulige løsninger og områder der det er behov for innsats fordelt på primær- og spesialisthelsetjenesten (Tabell 5-1). For kommunehelsetjenesten ble det for eksempel særlig trukket frem behov for å involvere de eldre i tjeneste- og organisasjonsutvikling og kompetanseutvikling gjennom kursing, bruk av teknologi og riktig oppgavedeling. For spesialisthelsetjenesten ble det i større grad pekt på behov for tilrettelegging for mer formell spesialisering og karriereveiledning.

Tabell 5-1: Eksempler på mulige områder med behov for innsats kategorisert etter tjenestenivå

	Primærhelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Begge tjenestenivåer
Innsats på individnivå			
<i>Kompetanseutvikling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Interkommunale samarbeid og faggrupper • Kursing • Tiltak for økt teknologiforståelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Karriereveiledning og tilrettelegging for etterutdanning/spesialisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk kompetanseutvikling
<i>Utnytting av kompetanse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Involvering i organisasjonsutvikling og planlegging • Ros og oppmerksomhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid på tvers av yrkesgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Riktig oppgavefordeling
<i>Oppfølging av ledelse</i>			<ul style="list-style-type: none"> • Ledelsesutvikling • Legge til rette for god dialog og involvering • Kontinuitet i ledelse
<i>Individuell tilrettelegging</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere fysiske og psykiske belastninger • Tilpasse ansvar 		<ul style="list-style-type: none"> • Tilpassing av arbeidstidsordning og turnus
Innsats på virksomhetsnivå			
<i>Holdninger og kultur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid på tvers 		<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk arbeid med holdninger og kultur
<i>Organisatoriske forhold</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Involvering i tjenesteutvikling • Effektiv organisering • Rettferdig fordeling av arbeidsmengde • Bruk av vikarpool 	<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for gode samarbeid på tvers av yrkesgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilpassing av arbeidstider og turnus • Økt fleksibilitet
<i>Oppgavedeling</i>			<ul style="list-style-type: none"> • Fordeling av arbeidsoppgaver og arbeidsbelastning
<i>Teknologiske løsninger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring i teknologiske løsninger • Øke forståelse for teknologiens rolle 		<ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk teknologiske løsninger
Innsats på systemnivå			
<i>Rammebetingelser og verktøy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bryte opp barrierer mellom tjenestenivåer • Finansieringsordninger med riktige insentiver • Nasjonale satsinger og tiltak 		
<i>Pensjonssystemet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • System som gir gode insentiver 		
<i>Utdanningssystemet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak for holdninger og forventinger • Arbeidsrelevante utdanninger 		

Eksemplene i tabellen er kategorisert basert på innspill gjennom intervjuene våre og skjønnsmessige vurderinger. Merk: Flere av områdene er trolig relevant for flere tjenestenivåer, men er plassert der de vurderes som særlig relevante.

6. Veien videre – behov for bærekraftige løsninger

Valget om å gå av med pensjon vil for mange påvirkes av ulike forhold, og årsakene er ofte sammensatte. Hvilke forhold som er av størst betydning vil variere fra person til person, men ofte er det kombinasjonen av ulike forhold som er avgjørende. For faktorer som er av stor betydning, og som er mulig å påvirke, bør det utvikles tiltak og løsninger som er bærekraftige over tid. Dette innebærer at man må vurdere både nytten og kostnaden av ulike tiltak før de iverksettes. Å trekke frem de gode eksemplene kan være en effektiv måte å bidra til at kunnskap om hva som fungerer blir delt, og dermed øke motivasjonen for å utvikle gode løsninger både lokalt og nasjonalt.

Sammensatte og varierende årsaker til tidlig avgang

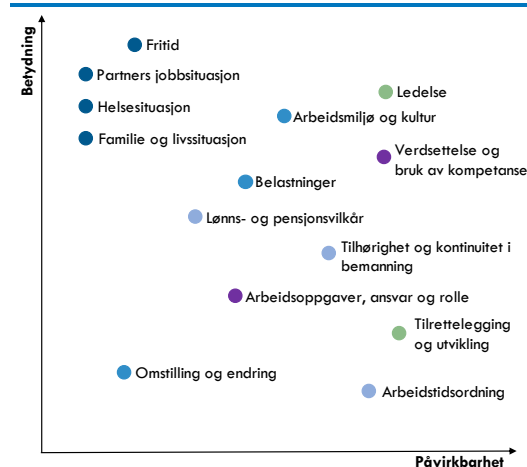
Som diskutert tidligere i denne rapporten, vil faktorer som motiverer eldre til å fortsette å jobbe eller som forklarer tidlig avgang være sammensatte. For noen kan det særlig være én faktor som er avgjørende for valget om tidligpensjonering, men ofte vil det være kombinasjonen av ulike forhold som er viktig. Videre vil hvilke faktorer som oppleves som viktige kunne variere fra person til person. At årsaker til tidlig avgang er sammensatte og varierer mellom enkeltindivider, betyr at det er behov for individuelle og tilpassede løsninger. Disse må ofte utvikles lokalt, på virksomhets- eller avdelingsnivå. Samtidig må det legges til rette for gode rammebetingelser nasjonalt, som både gjør det mulig og skaper incentiver til gode løsninger.

Enkelte forhold er krevende å påvirke

Det er en rekke utfordringer knyttet til arbeidet i helse- og omsorgstjenesten som bidrar til å øke risikoen for at helsepersonell slutter i jobben. Arbeidet er preget av ulike risikoforhold, for eksempel at det er fysisk krevende, stor emosjonell belastning eller behov for arbeid på natt- og kveldstid. Muligheten til å påvirke forholdene som har betydning for arbeidsmotivasjonen til den enkelte vil variere. Enkelte forhold er det svært krevende å gjøre noe med, mens andre i større grad er mulig å påvirke. Samtidig vil forholdene ha ulik betydning, som illustrert i Figur 6-1. Figuren illustrerer hvilke faktorer som har stor betydning for eldre arbeidstakere sin motivasjon til å fortsette lenger i arbeid, og hvor påvirkbare disse faktorene er.

For eksempel vil det trolig være slik at enkelte fysiske og psykiske eksponeringer alltid vil være til stede, og det vil derfor være viktig å jobbe med å håndtere disse. Tilsvarende kan det være svært krevende å påvirke forhold utenfor jobb slik som ikke-arbeidsrelatert helse eller familie- og livssituasjon. Andre forhold, for eksempel manglende kvalitet på ledelsen eller hvordan kompetansen benyttes, er noe virksomhetene derimot vil kunne påvirke. I arbeidet med å utarbeide gode tiltak for å motivere til økt arbeidsdeltakelse er det viktig å ta tak i de forholdene som er mulig å påvirke, og de som har stor betydning for motivasjonen til å fortsette å jobbe.

Figur 6-1: Illustrasjon av sammenheng mellom betydning og påvirkbarhet for ulike motivasjonsfaktorer



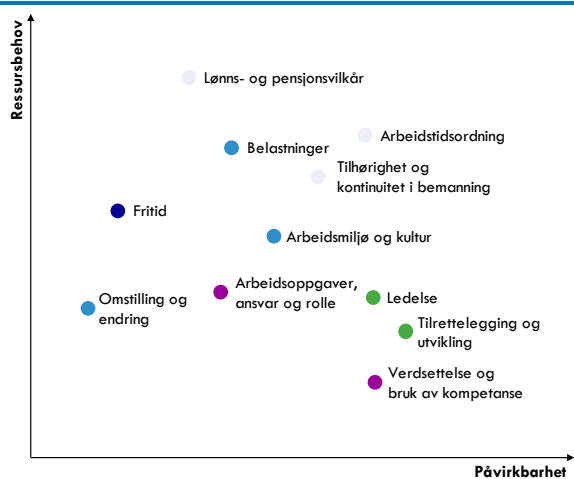
Merk: Figuren illustrerer hvilke faktorer som har stor betydning for eldre arbeidstakere sin motivasjon til å fortsette lenger i arbeid, og hvor påvirkbare disse faktorene er. Jo høyere opp på y-aksen, jo større betydning, og jo lenger ut på x-aksen, jo mer påvirkbar. Figuren er kun ment som en illustrasjon.

Behov for bærekraftige løsninger

Det økende gapet mellom tilgjengelige ressurser og ressursbehovet i helse- og omsorgstjenesten innebærer at det er behov for tuffe prioriteringer i årene fremover. Prioritering innebærer å velge et tiltak istedenfor et annet, og bør baseres på en avveining mellom nytten av tiltaket og tiltakets kostnad. Selv om en rekke forhold er mulig å gjøre noe med (høy grad av påvirkbarhet), må kostnadene (ressursbehovet) vurderes. Enkelte tiltak vil være svært kostbare, og nytten av disse tiltakene må være stor for at det skal være fornuftig å gå videre med dem. For eksempel vil det kunne være høye kostnader forbundet med å fjerne alle risikoforhold i en virksomhet fullstendig. Generelle støtteordninger rettet mot alle eldre arbeidstakere i virksomheten, for eksempel «80

prosent jobb med 100 prosent lønn») eller «seniordager»), vil trolig ikke være gode tiltak dersom det kun påvirker pensjoneringstidspunkt for et fåtall av de ansatte. Om tiltakene bidrar til at mange utsetter å pensjonere seg, og virksomheten beholder mye verdifull kompetanse og erfaring, kan det på den andre siden være verdt å benytte seg av slike tiltak.

Figur 6-2: Illustrasjon av sammenheng mellom ressursbehov og påvirkbarhet for ulike motivasjonsfaktorer



Merk: Figuren illustrerer hvilke faktorer som innebærer stort ressursbehov for å endre, og hvor påvirkbare disse faktorene er. Jo høyere opp på y-aksen, jo større ressursbehov for å endre, og jo lenger ut på x-aksen, jo mer påvirkbar. Figuren er kun ment som en illustrasjon.

Å trekke frem de gode eksemplene

I arbeidet med denne kartleggingen har informantene trukket frem eksempler på avdelinger eller institusjoner der man gjennom systematisk arbeid har klart å redusere fraværet i virksomheten og skapt en kultur der mange jobber lenge. Gjennom innsats knyttet til organisering av arbeidet, planlegging av turnus, oppgavedeling og kultur og ledelse har man skapt miljøer der en stor andel av de ansatte bidrar i arbeidet lenger enn hva som er vanlig andre steder. Eksempelvis ble det pekt på enkeltkommuner og institusjoner som gjennom KS' Tørn-prosjekt hadde utviklet løsninger andre trolig vil kunne trekke lærdommer fra. Det ble også i intervju fremhevet enkeltavdelinger i sykehus der man i mindre grad opplevde utfordringer med tidlig avgang. Å løfte frem de gode eksemplene kan bidra til kunnskapsdeling mellom kommuner og tjenestenivåer, og motivere til endring. Gjennom å identifisere årsaker, arbeidsmetoder og tiltak som bidrar til at man lykkes med å beholde ansatte kan man i felleskap finne løsninger for å forbedre tjenesten i årene fremover.

Behov for mer kunnskap

Selv om det er mange tilfeller der avdelinger og institusjoner har lyktes i å arbeide for å redusere fravær og skape kultur der arbeidstakere fortsetter lenge i arbeid, er det i liten grad gjennomført systematiske utprøvinger av ulike tiltak for å finne ut hvilke tiltak som ser ut til å være effektive. Det er derfor behov for å i større grad forstå effekten av ulike tiltak. Enkelte tiltak kan være kostnads- og ressurskrevende. Det er derfor også behov for kunnskap om kostnadseffektiviteten av ulike tiltak, herunder en sammenligning av nytten opp mot kostnadene. Dette kan bidra til å sikre effektiv bruk av ressurser.

Vi har i denne kartleggingen avdekket at ikke-arbeidsrelaterte faktorer som familieliv og ikke-arbeidsrelatert helse har betydning for mange arbeidstakere sitt valg om å fortsette lenger i arbeid. Det er behov for mer kunnskap for å vurdere hvorvidt slike faktorer er påvirkbare. Det er også behov for mer kunnskap om hvordan betydningen av disse faktorene varierer for ulike grupper, for eksempel om det er variasjon mellom enslige og personer med partnere.

Vi finner også i vår kartlegging at ønske om mer fritid er en viktig faktor, og at det er variasjon mellom personer som arbeider heltid og deltid. Det kan tenkes at personer med mindre fleksibilitet i arbeidshverdagen, mindre muligheter til å påvirke arbeidstid og arbeidsoppgaver, har større ønske om mer fritid. Dersom dette er tilfelle, kan økt medvirkning og mulighet til å påvirke arbeidshverdagen bidra til å redusere ønske om mer fritid, og dermed motivere flere til å fortsette lenger i arbeid. Mange som arbeider deltid kan ha gradert uføretrygd, noe som kan påvirke valget/mulighetene til å fortsette lenger i arbeid. Det er behov for mer kunnskap om sammenhengen mellom arbeidstakere med uførestønad og/eller deltidsarbeid i helsesektoren, samt hvorvidt det er forskjeller her mellom de som jobber i helsesektoren og andre yrkesgrupper i befolkningen.

Vår kartlegging viser at arbeidsvilkår og organisering kan ha betydning for arbeidstakeres valg om tidlig avgang. Det er behov for å forstå hvordan arbeidstidsbestemmelser og faktorer som påvirker kontinuitet i bemanningen har konsekvenser for motivasjonen til å jobbe, samt hvordan det kan arbeides med god turnusplanlegging og stabilitet/kontinuitet i bemanningen i helsesektoren.

Det er mye som tyder på at det er regionale forskjeller og forskjeller mellom ulike tjenestenivåer og tjenesteområder i både omfang og årsaker til tidlig avgang. Slike forskjeller bør undersøkes nærmere.

7. Referanser

- Acemoglu, D., & Restrepo, P. (2019). Automation and New Tasks: How Technology Displaces and Reinstates Labor. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 33 (2), ss. 3-30.
- Altinn. (2022). *Obligatorisk tjenestepensjon*. Hentet fra <https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/ansettelse/obligatorisk-tjenestepensjon/>.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2020). *Høring - forslag om å øke den øvre aldersgrensen i staten fra 70 til 72 år*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-om-a-oke-den-ovre-aldersgrensen-i-staten-fra-70-til-72-ar/id2788728/>
- Borgmann, L. S., Rattay, P., & Lampert, T. (2019). Health-related consequences of work-family conflict from a European perspective: results of a scoping review. *Frontiers in public health*.
- Christensen, O. J., & Knardahl, S. (2010). Work and neck pain: a prospective study of psychological, social, and mechanical risk factors. *Pain*.
- Departementene. (2016). *Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Duchaine, C. S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., . . . Brisson. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.
- Ekeland, A., & Krüger, I. B. (2020). Robotene og arbeidsmarkedet: Et kritisk blikk på Frey og Osbornes analyse. *Praktisk økonomi & finans*, Vol. 36 (1) , ss. 47-58.
- Faggruppen for IA-avtalen. (2021). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Frey, C. B., & Osborne, M. A. (2013). *The Future of Employment: How Susceptible Are Jobs To Computerisation?* The Oxford Martin Programme on Technology and Employment.
- Frey, C. B., & Osborne, M. A. (2017). The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? *Technological Forecasting and Social Change*, Vol. 114, ss. 254-280.
- Gaski, M., Abelsen, B., & Lie, I. (2016). *Sykepleiere i Nord-Norge: Hvor blir de av?* Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).
- Helsedirektoratet. (2021). *Kompetanseløft 2020 - Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*.
- KLP. (2021, Mars 2). *Vær klar over dette om du har særaldersgrense og er ufør*. Hentet fra <https://www.klp.no/pensjon/offentlig-tjenestepensjon/ufor-med-saeraldersgrense#:~:text=Du%20har%20s%C3%A6raldersgrense%20hvis%20aldersgrensen%20for%20stillingen%20din,eksempel%20brannkonstabler%20og%20ambulansesj%C3%A5f%C3%B8rer%20som%20har%2060%20%C3%A5r>.
- Kristiansen, J. E. (2010, Oktober 4). *Hva gjennomsnittet skjuler*. Hentet fra SSB.no: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hva-gjennomsnittet-skjuler>
- KS. (2021). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021*.
- KS. (2022). *Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg*. Hentet fra KS.no: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>
- Lovdata. (2022). *Lov om pensjonsordning for sykepleiere (sykepleierpensjonsloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1962-06-22-12#KAPITTEL_1.
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E., & Ose, S. O. (2020). *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien*. SINTEF.
- Midtsundstad, T., & Nielsen, R. A. (2022). *Seniorer i sykehussektoren: Hvordan beholde seniorene og deres kompetanse*. Fafo.
- Midtsundstad, T., Mehlum, I. S., & Hilsen, A. I. (2017). *The impact of the working environment on work retention of older workers*. FAFO.

- Midsunstad, T., Mehlum, I. S., & Hilsen, A. I. (2017). *The impact of the working environment on work retention of older workers*. FAFO.
- Myklathun, K. H. (2022). NAVs bedriftsundersøking 2022 - Stor mangel på arbeidskraft. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- NAV. (2022, Oktober 21). *Avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor*. Hentet fra <https://www.nav.no/afp-offentlig>.
- NAV. (2022, 06 30). *Levealdersjustering av alderspensjon*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/person/pensjon/alderspensjon/uttak-regulering-og-levealdersjustering/levealdersjustering-av-alderspensjon>.
- NAV. (2022, November 4). *Livsvarig avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor*. Hentet fra <https://www.nav.no/afp-offentlig-livsvarig>.
- NAV. (2022). *Uføretrygd*. Hentet fra <https://www.nav.no/uforetrygd>.
- Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, K. A., & Mykletun, A. (2017). Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *European journal of public health*.
- NKVTS. (2022). *Helsepersonellstudien, covid-19*. NKVTS.
- NOU 2018: 2. (2018). *Fremtidige kompetansebehov 1: Kunnskapsgrunnlaget*. Avgitt til Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*.
- NOU 2020: 2. (2020). *Fremtidige kompetansebehov 3 - Læring og kompetanse i alle ledd*. Avgitt til Kunnskapsdepartementet.
- NSF. (u.d.). *Pensjon*. Hentet fra <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/pensjon>.
- Oslo Economics. (2022). *Ekstern turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag, Et viktig grunnlag for de rette tiltakene*. Helse Vest.
- Oslo Economics. (2022). *Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning: Kunnskapsoppsummering utarbeidet på oppdrag fra Nord universitet*.
- Oslo Economics. (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*.
- Pajarinen, M., Rouvinen, P., & Ekland, A. (2015). *Computerization and the Future of Jobs in Norway*. Rapport skrevet på oppdrag av Ludvigsenutvalget.
- Pedersen, T. (2022). *Bruermanual for microdata.no*. Sikt.
- Riksrevisjonen. (2019). Hentet fra Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Del av Dokument 3: 2 (2019-2020): <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rappporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetaken.pdf>
- Senter for seniorpolitikk. (u.d.). *Norsk seniorpolitisk barometer*. Hentet fra <https://seniorpolitikk.no/kunnskap/norsk-seniorpolitisk-barometer/>
- Sikt/SSB. (u.d.). *microdata.no*. Hentet fra Uførepensjon, uføregrad: https://microdata.no/discovery/variable/no.ssb.fdb/19/UFOERP2011FDT_GRAD
- Skjøstad, O., Hjemås, G., & Beyrer, S. (2017). Hentet fra 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Skule, S. (2020). *Norge mot 2025: Innkomne innspill*. Hentet fra Kompetansebehovsutvalget - mandat og glimt fra tidligere arbeid: <https://www.norgemot2025.no/innlegg/innkomne-innspill/>
- SSB. (2011). *Standard for yrkesklassifisering (STYRK-08)*.
- SSB. (2022, Februar 23). Hentet fra Sysselsetting, registerbasert: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-registerbasert>
- SSB. (2022, juli 5). *Regionale befolkningsframskrivninger*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/regionale-befolkningsframskrivninger>
- STAMI. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*.

- Statens pensjonskasse. (2021, Juni 29). *Stortinget fjerner plikten til å fratruke ved særaldersgrense*. Hentet fra <https://spk.no/nyheter/2021/stortinget-fjerner-plikten-til-a-fratre-ved-saraldersgrense/>.
- Statens pensjonskasse. (u.d.). *Alderspensjon for offentlig ansatte*. Hentet fra <https://www.spk.no/alderspensjon/>.
- Statens pensjonskasse. (u.d.). *Særaldersgrense*. Hentet fra <https://www.spk.no/Ord-og-uttrykk-om-pensjon/saraldersgrense/>.
- Sterud, T., & Tynes, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occup Environ Med*.
- Strøm, T., Sivam, R., & Knutsen, M. K. (2022). *Betydningen av økt yrkesaktivitet for personer over 50 år i helse- og omsorgssektoren*. NyAnalyse.
- Sykepleien. (2019). *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Syse, A., Solem, P. E., Ugreninov, E., Mykletun, R., & Furunes, T. (2014, September). Do spouses coordinate their work exits? A combined survey and register analysis from Norway. *Res Aging*, ss. 625-650.
- Tkachenko, O., Berg, L., Ianke, P., & Ulstein, J. H. (2019). *Seniorer - kompetanse og muligheter på arbeidsmarkedet*. Kompetanse Norge.
- Østhus, S. (2022). *Pensjon og kunnskap - Hva kan forklare variasjonen i folks kjennskap til pensjonssystemet og tilgang til informasjon*. FAFO.
- Aagestad, C. et.al. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*.

8. Vedlegg A: Koder i statistikken

Dette vedlegget gir oversikt over sentrale definisjoner og koder i statistikken.

Tabell 8-1: Koder i statistikken

Kategori	SN-kode	Beskrivelse av næringsgrupperinger som inngår
Spesialist-helsetjenesten	86-101–86-107	<ul style="list-style-type: none">• alt under næringshovedgruppen sykehustjenester• næringsundergruppen somatiske poliklinikker
	86.212–86.225	<ul style="list-style-type: none">• alt under næringsgruppen spesialisert legetjeneste
Primær-helsetjenesten	86.211	<ul style="list-style-type: none">• næringsundergruppene allmenn legetjeneste, hjemmesykepleie, fysioterapitjeneste, helsestasjons- og skoletjeneste og annen forebyggende helsetjeneste• alt under næringshovedgruppene
	86.901–86.904	<ul style="list-style-type: none">– pleie- og omsorgstjenester i institusjon– institusjoner og bofellesskap innen omsorg for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsearbeid og rusmiddelomsorg
	87.101–87.305	<ul style="list-style-type: none">– institusjoner og bofellesskap innen omsorg for eldre og funksjonshemmede
	88.101–88.103	<ul style="list-style-type: none">– sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede
Øvrige helse- og sosialtjenester	86.230	<ul style="list-style-type: none">• næringsgruppen tannhelsetjenester
	86.905–86.909	<ul style="list-style-type: none">• næringsundergruppene klinisk psykologtjeneste, medisinske laboratorietjenester, ambulansetjenester og andre helsetjenester
	87.901 og 87.909	<ul style="list-style-type: none">• alt under næringshovedgruppene– andre omsorgsinstitusjoner
	88.911–88.999	<ul style="list-style-type: none">– andre sosialtjenester uten botilbud

Kilde: Bygger på rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Gaski, Abelsen, & Lie, 2016). En vesensforskjell er at Gaski mfl. (2016) bruker betegnelsen «Primærhelsetjenesten (inkl. en rekke sosiale tjenester)» og inkluderer da blant annet barnehage, SFO, barnevern og kommunale sosialkontortjenester, mens vi ekskluderer disse tjenestene fra definisjonen. Samme tabell er presentert av Oslo Economics (2022).

Tabell 8-2: Hvilke næringer jobber de utvalgte yrkene innenfor?

Yrke	Næringer med flest sysselsatte (i rekkefølgen oppført)
Helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere	Sykehjem, hjemmetjenesten og bofellesskap
Vernepleiere	Bofellesskap, institusjoner innen barne- og ungdomsvern og hjemmetjeneste
Helsesekretærer	Allmenn legetjeneste og sykehus
Reseptarer	Butikkhandel med apotekvarer
Farmasøyter	Butikkhandel med apotekvarer og engroshandel med sykepleie- og apotekvarer
Sykepleiere	Sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste
Spesialsykepleiere	Sykehus (klart flest her), helsestasjons- og skolehelsetjenester og institusjoner i psykisk helsevern for voksne og sykehjem
Jordmødre	Sykehus og helsestasjons- og skolehelsetjeneste
Leger	Sykehus (klart flest her), allmenn legetjeneste, medisinske laboratorietjenester og institusjoner i psykisk helsevern for voksne
Tannleger	Tannhelsetjenester
Psykologer	Poliklinikker i psykisk helsevern, pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste og institusjoner i psykisk helsevern
Fysioterapeuter	Fysioterapitjeneste og sykehus
Ergoterapeuter	Fysioterapitjeneste
Rådgivere innen sosiale fagfelt	Barneverntjenester, kommunale sosialkontortjenester og institusjoner innen barne- og ungdomsvern

Kilde: Tall hentet fra microdata.no, analysert av Oslo Economics.

9. Vedlegg B: Pensjonsordninger i offentlig sektor

<p>ALDERSPENSJON</p> <p>Alderspensjon i offentlig sektor består både av tjenestepensjon og alderspensjon fra folketrygden (i tillegg til eventuell egen sparing). Du kan som hovedregel ta ut alderspensjon etter fylte 67 år.</p> <p>Alle som bor og arbeider i Norge har rett til alderspensjon fra folketrygden. Beløpet beregnes ut fra hvor mange år du har bodd i Norge, inntekten du har hatt og hvor mange år du har arbeidet (Statens pensjonskasse, u.d.). Tjenestepensjon er penger som arbeidsgiver er forpliktet til å sette av til sine ansatte (Altinn, 2022).</p> <p>Alderspensjon fra folketrygden kan tas ut fra 62 år. Desto lengre man venter med å ta ut pensjonen, desto høyere blir utbetalingen per år (NAV, 2022).</p>	<p>AVTALEFESTET PENSJON (AFP)</p> <p>Avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor er en frivillig førtidspensjoneringsordning for personer som har fylt 62 år (NAV, 2022). AFP-ordningen er i endring, og de endelige reglene for den nye ordningen er ikke vedtatt ennå. Det ligger an til at ordningen blir kraftig endret (NAV, 2022). Den nye ordningen omfatter arbeidstakere som er født i 1963 eller senere.</p> <p>Arbeidstakere som er født før 1963 kan ta ut AFP når de er mellom 62 og 67 år. Ved fylte 67 år blir AFP regnet om til ordinær alderspensjon. AFP i offentlig sektor kan ikke kombineres med alderspensjon fra folketrygden (i motsetning til AFP i privat sektor). Det er begrenset hvor mye du kan jobbe ved siden av AFP, uten at AFP reduseres (NAV, 2022).</p> <p>I den nye ordningen planlegges det for at man skal kunne ta ut livsvarig AFP fra 62 år, dersom man oppfyller vilkårene for uttak (NAV, 2022). Det vil si at AFP ikke omregnes til ordinær alderspensjon ved fylte 67 år. Offentlig AFP vil komme som et tillegg til alderspensjon fra folketrygd og tjenestepensjon, og eventuell arbeidsinntekt. Videre planlegges det for at man skal kunne jobbe samtidig som man får utbetalt AFP, uten at utbetalingene reduseres (NAV, 2022).</p> <p>Dersom man jobber i en stilling med særaldersgrense, kan man oppfylle vilkårene for AFP og alderspensjon samtidig. Hvilken beregning som gir høyest pensjonsutbetaling, vil avhenge av pensjonsopptjeningen til den enkelte (NSF, u.d.).</p>
<p>SÆRALDERSGRENSER</p> <p>Dersom stillingen din medfører høye fysiske eller psykiske belastninger, kan den øvre aldersgrensen for å vær ansatt i stillingen være lavere enn den alminnelige aldersgrensen i offentlig sektor (70 år) (Statens pensjonskasse, u.d.). For eksempel har helsefagarbeidere, renholdsarbeidere og flere sykepleiere en særaldersgrense på 65 år (KLP, 2021).</p> <p>Dersom du jobber i en stilling med særaldersgrense, kan du gå av med alderspensjon tre år før aldersgrensen, dersom summen av alder og tjenestetid i offentlig sektor er 85 år eller mer (Statens pensjonskasse, u.d.). Sykepleiere, helsefagarbeidere og renholdsarbeidere har særaldersgrense og kan i mange tilfeller gå av med alderspensjon fra tjenestepensjonsordning fra fylte 62 år.</p> <p>Tidligere var man pliktig til å gå av med pensjon når man nådde særaldersgrensen, men fra og med 1. juli 2021 kan man fortsette å jobbe til den alminnelige aldersgrensen på 70 år, dersom man ønsker det. Noen grupper, som ansatte i Forsvaret, må fortsatt gå av ved særaldersgrensen (Statens pensjonskasse, 2021).</p>	<p>UFØRETRYGD/UFØREPENSJON</p> <p>Dersom inntektsevnen er varig nedsatt, 50 prosent eller mer, på grunn av sykdom eller skade, kan man ha rett til å få utbetalt uføretrygd fra NAV. Uføretrygd kan utbetales til personer mellom 18 og 67 år, og skal utgjøre 66 prosent av gjennomsnittet for pensjongs-givende inntekt de tre beste av de fem siste årene før du ble syk (NAV, 2022). I tillegg vil ansatte i offentlig sektor kunne ha rett til uførepensjon fra en offentlig tjenestepensjonsordning. I offentlig tjenestepensjons-ordning kan uføregraden være fra 20 til 100 prosent.</p> <p>LOV OM PENSJON FOR SYKEPLEIERE</p> <p>Sykepleiere er omfattet av en egen lov fra 1962 som regulerer pensjonsrettigheter (sykepleierpensjonsloven). Aldersgrenser og regler for utbetaling av ulike typer pensjon er hjemlet i denne loven. Den omfatter sykepleiere i kommuner, sykehus og store deler av privat sektor (Lovdata, 2022).</p>

10. Vedlegg C: Utvalget i spørreundersøkelsen

Tabell 10-1: Antall respondenter i spørreundersøkelsen, fordelt etter yrkesgruppe

	Antall respondenter
Yrkesgruppe	
Helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsfagarbeider og barnepleier	56
Spesialsykepleier	53
Sykepleier	48
Administrasjon og ledelse	33
Miljøterapeut/miljøarbeider	31
Helse- eller tannhelsesekretær	28
Andre helse- og omsorgsyrker (terapeut, forløpskoordinator, radiograf mv.)	24
Vernepleier	21
Forsker, konsulent eller rådgiver	20
Andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten (prest, tolk, transport m.v)	18
Lege	15
Fysioterapeut	14
Psykolog	13
Pleiemedhjelper/pleieassistent	11
Bioingeniør	10
Sosionom	9
Reseptarar og farmasøyt	8
Helsesykepleier	7
Pedagog	4
Ambulansearbeider	3
Ergoterapeut	3
Tannlege	3
Jordmor	1

Tabell 10-2: Kjennetegn ved respondentene

	Antall respondenter
Kjønn	
Kvinne	333
Mann	100
Aldergruppe	
50-54 år	106
55-59 år	129
60-64 år	108
65-70 år	90
Arbeidssituasjon i dag	
Jobber heltid	262
Jobber deltid	98
Ikke i jobb	73
Tjeneste	
Primærhelsetjenesten	134
Spesialisthelsetjenesten	433
Øvrig helse- og omsorgstjeneste	110

Tabell 10-3: Kjennetegn ved de som planlegger tidlig avgang og de som ikke planlegger tidlig avgang

	Planlegger ikke/ikke hatt tidlig avgang (N=271)	Planlegger/hatt tidlig avgang (N=111)
Tjeneste		
Primærhelsetjenesten	30 %	31 %
Spesialisthelsetjenesten	50 %	49 %
Øvrig helse- og omsorgstjeneste	24 %	27 %
Situasjon i dag		
Jobber heltid	66 %	56 %
Jobber deltid	24 %	23 %
Er ikke i jobb	10 %	22 %
Kjønn		
Kvinne	79 %	74 %
Mann	21 %	26 %
Aldersgruppe		
50-54 år	30 %	19 %
55-59 år	34 %	26 %
60-64 år	23 %	35 %
65-70 år	13 %	20 %
Bosted (landsdel)		
Agder og Sør-Østlandet	14 %	13 %
Innlandet	8 %	8 %
Nord Norge	11 %	18 %
Oslo og Viken	35 %	27 %
Trøndelag	10 %	11 %
Vestlandet	20 %	23 %
Husstandens samlede brutto årsinntekt		
< 400.000	4 %	5 %
400.000 - 599.999	15 %	21 %
600.000 - 799.999	11 %	17 %
800.000 - 999.999	13 %	12 %
1.000.000 - 1.200.000	17 %	19 %
> 1.200.000	29 %	22 %
Ikke oppgitt	11 %	5 %
Sivilstand		
Enke(mann)	1 %	2 %
Enslig	17 %	23 %
Gift/partner	57 %	55 %
Samboer	15 %	11 %
Skilt/separert	10 %	10 %

Kilde: Oslo Economics og Respons analyse

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

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

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo