

Kvinnehelseutvalget
v/ utvalgsleder Christine Meyer

Vår saksbehandler
Eli-Karin Flagtvedt

Kopi til

Vår dato
11.03.2022

Vår referanse

Deres referanse

Unios innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid

Vi viser til brev fra Kvinnehelseutvalget datert 17. desember 2021 med invitasjon til å gi innspill til utvalgets arbeid.

Unio er Norges største hovedorganisasjon for arbeidstakere med høyere utdanning, med 14 forbund og nær 400 000 medlemmer. Våre største forbund organiserer ansatte i de store, kvinnedominerte profesjonene i utdannings – og helsesektorene. Utvalgets arbeid er derfor av stor betydning for våre grupper, og vi takker for anledningen til å gi innspill til utvalgets viktige arbeid.

Utvalgets mandat

Ifølge mandatet skal utvalget skal besvare to hovedspørsmål:

1. Hvordan er kvinners helse i Norge, og hva er de største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester?
2. Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning?

Målet for utredningen er å gi en kunnskapsoversikt over temaene kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og foreslå tiltak som kan ha betydning for å styrke ivaretagelsen av kvinners helse og kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og helsefaglig forskning og -utdanning.

Unio mener det er positivt at det er nedsatt et Kvinnehelseutvalg. Det er mer enn 20 år siden sist et utvalg hadde et tilsvarende mandat. Innledningsvis den gang ble det satt søkelys på:

Et trekk som gjenfinnes innen mange av utredningens deltemaer er hvordan kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis ofte bygger på en uttalt mannlig norm. Medisinsk forskning utelukker ofte kvinner i datainnsamlingen, velferdsstatens ytelser tar ofte utgangspunkt i en stabil heltidsarbeider og arbeidshelsetiltak fokuserer oftere på farlige stoffer og kraftig støy enn på tunge løft og følelsesmessige belastninger i omsorgssektoren. Slik avdekker utredningen en gjennomgående mangel på kjønnsespesifikk kunnskap og kjønnsperspektiv (NOU 1999:13).

At dette er en problemstilling som fortsatt er aktuell, kan leses i en artikkel i Klassekampen 25. februar, som viser til at flere kvinner dør av hjertesykdom enn menn, mens behandlingen følger mannens biologi. Det er derfor fortsatt viktig å ha oppmerksomhet på kvinners helseutfordringer, og at kvinners helse og uhelse er eller kan være forskjellig fra menns. Fysisk er kvinner og menn forskjellige, og de medisinske behovene kan derfor også være forskjellige. Målet må være at kvinner får medisinsk hjelp i henhold til sine fysiske behov, og at helsetilbudet hensyntar dette.

Til tross for utvalgets brede mandat, er vi bekymret for at utvalget så langt i liten grad har fremhevet kvinners arbeidshelse, og hva det betyr for kvinners helse at kvinner og menn fortsatt har ulike innsats i lønnsarbeid og ulønnet omsorgsarbeid. Skjeie-utvalget dokumenterte at Norge mangler gjennomføringsstruktur for myndighetenes likestillingspolitikk.¹ De store likestillingsutfordringene i arbeidslivet er strukturelle. I sin gjennomgang av arbeidstid og arbeidsmiljø viser utvalget til at det kjønnsdelte arbeidsmarkedet fører til segmenter i arbeidsmarkedet som opprettholder denne kjønnsdelingen, og at det er behov for en arbeidslivspolitik som kan make å inkludere brede likestillingspolitiske utfordringer knyttet til arbeidsmiljøforhold, omsorgsoppgaver og arbeidstidskulturer.²

Utvalget må se nærmere på kvinners helseutfordringer i arbeidslivet

Kvinner utgjør 47 prosent av den yrkesaktive befolkningen. Dette er en høy andel sammenliknet med andre land, og et positivt trekk ved vårt samfunn.

Kvinnens yrkesdeltakelse er ikke bare viktig for kvinnene og i et likestillingsperspektiv. En CORE-Rapport fra 2016 viser at veksten i kvinners sysselsetting har hatt stor betydning for verdiskapingen i Norge.³ Hadde vi ikke hatt en sysselsettingsvekst blant kvinner i perioden 1972 – 2013, ville fastlands-BNP summert over 40 år vært 3 300 milliarder kroner lavere enn det reelt sett har vært. Dersom kvinnene hadde jobbet like mye som menn i hele perioden, ville Fastlands-BNP imidlertid vært 2 300 milliarder større. På den annen side: Ulønnet arbeid i egen husholdning – som matlaging, rengjøring og barnepass – er ikke inkludert i landets verdiskaping slik denne måles i bruttonasjonalproduktet (BNP). Beregninger viser at verdiskapingen i husholdningene utgjorde 24 prosent av BNP og var større enn verdiskapingen i oljevirkosomheten i 2000. Om lag 60 prosent av denne verdiskapingen ble utført av kvinner.⁴

Arbeid gir først og fremst økonomisk trygghet. Når arbeidsmiljøet er tilfredsstillende, kan også arbeidet i seg selv være positivt for helsen. Eksemplene under viser at forholdet mellom helse og arbeid er sammensatt.⁵

- Arbeid er for de fleste en viktig kilde til økonomisk trygghet, helsefremmende sosiale relasjoner og personlig vekst.⁶
- Arbeid strukturerer hverdagen, gir mening og er en viktig del av den sosiale identiteten for mange.

¹ NOU 2011: 18: Struktur for likestilling.

² NOU 2012: 15: *Politikk for likestilling*.

³ Kjersti Misje Østbakken: *Likestilling og verdiskaping*. Rapport 2016: 10. CORE Kjernemiljø for likestillingsforskning, Institutt for samfunnsforskning

⁴ Reiakvam, J. og T. Skoglund: «Ulønnet arbeid skaper store verdier». Samfunnsspeilet 2/2009.

⁵ [Arbeid og helse - FHI](#)

⁶ Dahl, E., Bergsli, H., og van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (Hovedrapport). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

- Flere studier tyder på at tap av arbeid gir dårligere psykisk helse⁷, mens retur til arbeid påvirker den psykiske helsa i positiv retning.⁸
- Studier som har undersøkt om overgangen fra arbeidsliv til alderspensjon har betydning for helsa, rapporterer imidlertid om sprikende funn.⁹ Pensjonering kan bidra til bedre helse dersom jobben er belastende.¹⁰

Selv om kvinner deltar i arbeidslivet nesten på linje med menn, jobber de i andre yrker og sektorer, og under andre arbeidsbetingelser. Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn, og vi har ikke god nok kunnskap om årsakene til dette. Kvinner er oftere i midlertidige tilsetninger og jobber langt oftere og mer deltid enn menn, noe som får konsekvenser for lønns- og karriereutvikling og dermed også konsekvenser for pensjon. Kvinner opplever i forbindelse med graviditet, fødsel og amming manglende tilrettelegging av arbeidet, ivaretagelse av rettigheter og diskriminering.

En ny offentlig utredning om kvinnehelse må bygge på en grunnleggende gjennomgang av (den kjønnete) måten vi organiserer samfunnet på. Velferdsstaten er avhengig av kvinners arbeidskraft, kompetanse og skatteinntekter, og lønnsarbeid er en viktig forutsetning for kvinners økonomiske selvstendighet. Men det vedvarende likelønnsgapet og kvinners deltidsarbeid står i veien for reell økonomisk likestilling. Kvinner og menn har ulik livssituasjon i samfunnet i dag, både i arbeidslivet og i familien. Det er derfor også nødvendig å kartlegge og vurdere hvilke konsekvenser reformer og tiltak har for kvinner og menn for å hindre uheldige og utilsiktede konsekvenser.

Et kjønnsdelt arbeidsmarked

Norge har et svært kjønnsdelt arbeidsmarked, med stor kvinnedominans i omsorgs- og undervisningsyrker i offentlig sektor. I lys av dette synes vi det er underlig at ikke kvinners arbeidshelse er en del av utvalgets mandat. Vi har merket oss at utvalget høsten 2021 fikk et noe revidert mandat, og at utvalget blant annet skal se på belastningsskader i helse- og omsorgssektoren. Dette støtter vi, og vi håper at utvalget vil se grundig og helhetlig på dette. Med det mener vi at utvalget ikke bare må se på helse- og omsorgssektoren, men også andre kvinnedominerte sektorer, som barnehage- og utdanningssektoren.

Når det i utvalgets mandat sies at det er behov for kunnskap om, og å være bevisst utviklingstrekk som har skapt og kan skape utilsiktede kjønnsforskjeller i helse, mener vi det er høyst relevant å trekke inn under hvilke arbeidsbetingelser og -miljø kvinner arbeider. Når omtrent halvparten av Norges arbeidsstokk er kvinner, og vi har et svært kjønnsdelt arbeidsmarked, må dette trekkes inn for å få det ønskede helhetlige perspektivet på hva helse innebærer for kvinner. Vi viser til mandatet: «*Helseutfordringer henger sammen med faktorer som for eksempel utdanning og arbeid, inntekt og livssituasjon. Påførendeansvar, vold og belastningsskader er eksempler på helsepåvirkning som kan være ujevnt fordelt.*» Også i arbeidslivet opplever man vold, trakassering og belastningsskader av både fysisk og mental art.

Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er en viktig årsak til de store ulikhetene mellom kvinner og menn når det gjelder økonomiske ressurser, makt og innflytelse. Derfor er det viktig å sette i verk konkrete tiltak for å påvirke tradisjonelle utdanningsvalg slik at man kan få et mindre segregert arbeidsmarked. Samtidig er

7 Gathergood, J. (2013). An instrumental variable approach to unemployment, psychological health and social norm effects. *Health Econ*, 22(6), 643-654.

8 van der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*.

9 Wang, M.-J., Mykletun, A., Møyner, E. I., Øverland, S., Henderson, M., Stansfeld, S., et al. (2014). Job Strain, Health and Sickness Absence: Results from the Hordaland Health Study. *PLoS One*, 9(4), e96025.

10 Westerlund, H., Kivimäki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrie, J. E., Pentti, J., . . . Vahtera, J. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *The Lancet*, 374(9705), 1889-1896

det kjønnsdelte arbeidsmarkedet et resultat av likestilling, i den forstand at høy sysselsetting blant kvinner henger nært sammen med at arbeid som tradisjonelt har vært utført av kvinner i privatsfæren, nå utføres som lønnsarbeid på arbeidsmarkedet. Det høye segregeringsnivået i norsk arbeidsliv er koblet sammen med en stor offentlig sektor.

Kvinner deltar i arbeidslivet nesten på samme nivå som menn, men i et arbeidsmarked og i et samfunn der kjønnsfordelingen i lønnsarbeid og ulønnet omsorgsarbeid fortsatt er ulikt fordelt mellom kvinner og menn. Kjønnsdelingen i arbeidslivet er både vertikal og horisontal, og likestillingsutfordringene er strukturelle. De handler bl.a. om verdsettingsdiskriminering, deltidsarbeid og midlertidige tilsetninger. Dette får stor betydning for pensjon. I tillegg handler det om svakt HMS-arbeid og yrkesskaderegler som ikke omfatter skader og sykdommer som er vanlige i kvinnedominerte yrker. Like mange kvinner som menn melder yrkesskader til NAV, men 7 av 10 som får godkjent yrkesskade, er menn. Ved yrkessykdommer er kjønnsforskjellen enda større; 9 av 10 som får godkjent yrkessykdom er menn. Forskning fra FAFO viser at det er lavest sannsynlighet for å få godkjent yrkesskader i helse- og sosialsektoren. Forskningsrapporten *Yrkesskader- mest for menn* viser at det er lavest sannsynlighet for å få godkjent yrkesskade i helse- og sosialsektoren.¹¹

Tiltak rettet mot å redusere likelønnsgapet og deltidsomfanget er avgjørende for å oppnå likestilling i helse- og omsorgssektoren, og for å rekruttere flere menn til sektoren og til sykepleieryrket. Det er også en forutsetning for å få til en jevnere fordeling av det ulønnede omsorgsarbeidet.

Helseutfordringer i kvinnedominerte yrker

Typiske trekk ved de kvinnedominerte velferdsyrkene er blant annet:

- *Tunge løft*: ansatte i barnehagen løfter ca 1.5 tonn hver dag.¹² Ansatte i pleie- og omsorg har mange tunge og krevende løft i hverdagen, og disse kan innebære ubekvemme stillinger og bevegelser for å få gjort jobben.
- *Nær menneskelig kontakt* innebærer emosjonelle utfordringer til daglig. Man må forholde seg til andres følelsesregister, for eksempel om de er syke og har plager, er lei seg og gråter, er sinte og bekymret. I en undersøkelse Respons Analyse gjorde for Utdanningsforbundet i 2019 sa 35 prosent av lærerne på barnetrinnet at de har vært utsatt for vold det siste året, mot syv på ungdomstrinnet og bare en prosent på videregående. Totalen er på 19 prosent. I 99 prosent av tilfellene er det enkeltelever som står for volden.¹³
- *Menneskene i sentrum (brukerorientering)*: Pandemien har tydelig vist at både ansatte i samfunnskritiske jobber i helsevesenet, og lærere i barnehage og skole, har ekstra utfordringer nettopp fordi de møter mennesker i jobben og menneskene er sentrum for deres jobbaktivitet.
- *Tidsstyrte oppgaver og i mindre grad mulighet for å påvirke eget arbeid*: oppgavene i helse- og omsorgssektoren og i utdanning er preget av at arbeidet skal gjøres innenfor en bestemt tidsramme og utføres med en kvalitet, som speiler profesjonens krav.

Punktene over viser at HMS-arbeid og arbeidsmiljøarbeid i langt større grad enn i dag bør tilpasses den enkelte bransje. På oppdrag fra Unio har Fafo sett på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i et kjønnsperspektiv i kommunal sektor. Vi vil publisere et notat om denne problematikken i løpet av mars, og vil ettersende dette materialet til Kvinnehelseutvalget.

Vedlegg 2 er en oversikt over forskrifter som ligger under arbeidstilsynets ansvarsområder. I tillegg til forskriftsendringer gjeldende fra 2022 viser den at det ikke er mye som angår de kvinnedominerte yrkene.

¹¹ FAFO 2012 <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/item/yrkesskade-mest-for-menn>

¹² [Barns læring skaper en helsefremmende arbeidsplass - Idébanken \(idebanken.org\)](https://www.idebanken.org/)

¹³ [Vold og trusler på norske skoler \(utdanningsforbundet.no\)](https://www.utdanningsforbundet.no/)

Svært illustrerende er forskriften om utførelse av arbeid som omtrent utelukkende handler om fysiske og kjemiske eksponeringer i mannsdominerte yrker. Bare denne forskriften er på rundt 100 sider. Vi trenger et bedre regulatorisk gulv både i arbeidsmiljøloven og forskriftene som tar på alvor de psykososiale og organisatoriske eksponeringer kvinnedominerte yrker er utsatt for.

Det er i praksis vanskelig å få godkjent yrkesskade ved akutte skader som oppstår ved for eksempel forflytning av pasienter, dersom det ikke skyldes en dramatisk ulykke. Til tross for at det i NAVs rundskriv til folketrygdloven står at *det skal lite til* for å få godkjent slike skader, er praksis annerledes og strammet inn senere år.

I proposisjon 193 L (2012-2013), forslag til ny arbeidsskadeordning, ble det foreslått rett til erstatning ved «*plutselige skader på muskler, sener, nerver eller ledd som skyldes løft av personer i arbeid*», såkalte «*akutte løfteskader*» der det mangler et klart ulykkesmoment.¹⁴ En slik lovendring ville være et stort skritt i riktig retning for å sikre sykepleiere og annet helsepersonell rett til yrkesskadeerstatning, og for bedre kjønnsbalanse i regelverket. Arbeidet med innføring av en slik bestemmelse må gjenopptas.

Det er et stort likestillingsproblem at belastningslidelser i muskel-/skjelettsystemet og psykiske belastninger, uttrykkelig er unntatt fra yrkesskaderegelverket, se folketrygdloven § 13-3, 3. ledd.¹⁵ En helsearbeider som etter 20 års tungt arbeid blir syk på grunn av en belastningslidelse (muskel/skjelett), har i dag ikke rett til yrkesskadeerstatning. Lovgiver har funnet å kunne akseptere enkelte typer belastninger, eksempelvis eksponering for håndholdte vibrerende verktøy, støypåvirkning, barometertrykkendringer etc., men altså ikke belastning som rammer muskel- og skjelettsystemet som et flertall av kvinner blir uføretrygdet for.

At plagene som typisk rammer kvinnedominerte yrker ikke er på listen over yrkessykdom er et likestillingsproblem. Eksempler på slike lidelser er muskel og skjelettplager. 40 prosent av tapte dagsverk skyldes muskel- og skjelettlidelser, og langt flere kvinner enn menn har slike lidelser som hoveddiagnose.

Yrkessykdomslisten, som gir en uttømmende oversikt over sykdommer som kan gi rett til yrkesskadegodkjenning, gjenspeiler arbeidslivet slik det fremsto for 60 år siden. Menn var da i langt høyere grad yrkesaktive enn kvinner, og arbeidet i industrien var tyngre og sto for mange skader og sykdommer. I dag foregår mye av det tunge arbeidet i kvinnedominerte yrker som i helse- og omsorgsyrkene.

Et ekspertutvalg foreslo i 2008 at fem konkrete belastningslidelser ble tatt inn i yrkessykdomslisten.¹⁶ Disse er, ifølge ekspertutvalget, belastningslidelser som i all hovedsak rammer i mannsdominerte yrker. Forslaget oppfylte på ingen måte formålet med en mer rettferdig ordning, og videreførte en stor likestillingsutfordring: 9 av 10 som får godkjent yrkessykdommer, er menn.

Det er på høy tid at arbeidet med yrkessykdomslisten gjenopptas. Blant annet må brystkreft etter mangeårig nattarbeid kunne gi rett til yrkesskadeerstatning. Forskning har i mange år vist en sannsynlig sammenheng, og brystkreft etter nattarbeid ble tatt inn i IARCs (det internasjonale kreftregisteret) liste allerede i 2007. Sammenhengen ble igjen bekreftet i en stor studie publisert våren 2019.

Forskningen som ligger til grunn for yrkessykdomslisten er i hovedsak gjort i mannsdominerte yrker. Det mangler forskning på yrkessykdommer som rammer i typisk kvinnedominerte yrker. Dette blir fremholdt

¹⁴ Proposisjon 193 L (2012-2013) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-193-l-20122013/id735755/>

¹⁵ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-10#%C2%A713-4

¹⁶ NOU 2008: 11 Yrkessykdommer.

som årsak til at belastningslidelser som særlig rammer i kvinnedominerte yrker, ikke er tatt med i yrkessykdomslisten. Det må derfor igangsettes mer forskning på kvinners arbeidshelse og på sammenhengen mellom belastninger i kvinnedominerte yrker og utviklingen av skade-/ sykdom. Dersom også typiske belastningsskader i kvinnedominert arbeid gir rett til yrkesskadeerstatning, vil det gi insentiv til å forebygge belastningene.

Hvilken betydning arbeidsmiljøet har for opplevelsen av å mestre arbeidshverdagen på en profesjonsfaglig og -etisk måte, og hvilken betydning arbeidsvilkårene har for helse, sykefravær, pensjonering og eventuelt uførhet må være viktig for Kvinnehelseutvalget å finne ut av, eller initiere videre forskning på.

Vi mener derfor at det er relevant for Kvinnehelseutvalget å stille blant andre disse spørsmålene:

- Hva vet vi om årsakene til kvinners sykefravær?
- Hvilken sammenheng er det mellom det sterkt kjønnsdelte arbeidsmarkedet og det faktum at kvinner har høyere sykefravær enn menn? Kan det ha noe med arbeidsplassens utforming, med arbeidets innhold etc.?
- Hvilken sammenheng er det mellom jobb og helseplager? Hva med tilrettelegging av arbeidet med hensyn til helse og sikkerhet?
- Hvilken betydning har akkumulerte belastninger på kvinnehelsen?
- Hvilken betydning har det at det tradisjonelle HMS-arbeidet ikke er tilpasset offentlig sektor og kvinnedominerte arbeidsplasser, men bygger på risikofaktorer i industrien osv.?
- Hvilken betydning kan frihet, selvbestemmelse og kontroll i jobben ha for sykefraværet, dvs. hvilke muligheter man har til å justere egen ytelse etter dagsform og yteevne?
- Hvilken betydning har det å ha en tidsstyrt jobb vs. en oppgavestyrt jobb?
- Kan omfanget av deltid i kvinnedominert offentlig sektor ha betydning?

Deltidsarbeid

Mens deltidsandelen for kvinner generelt synker, er den urovekkende stabil for sykepleiere, til tross for et langvarig partssamarbeid for heltidskultur. Heltid er ønskelig både samfunnsøkonomisk, arbeidsmiljømessig og fra et likestillingsperspektiv. Deltidsarbeid får store konsekvenser for den enkelte i form av lavere lønn og pensjon. Deltidsansatte har også høyere sykefravær.

Deltid er knyttet til det kjønnsdelte arbeidsmarkedet på flere måter:

- a) Kvinnedominerte segmenter i arbeidsmarkedet som strukturerer arbeidet rundt deltid.
- b) Manglende anerkjennelse av arbeidsmiljøbelastningene i kvinnedominerte yrker fører til helserelatert deltid. Gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere er nå 58 år.
- c) Ulike forventninger til menn og kvinner i hvordan man balanserer yrkesaktivitet med familie- og omsorgsansvar.
- d) Ulik forhandlingsposisjon i familien opprettholder dette kjønnsrollemønsteret: det er økonomisk rasjonelt at den som tjener minst, øker innsatsen i det ulønnede omsorgsarbeidet.

Muligheten for deltid har nok i sin tid vært en forutsetning for kvinners yrkesaktivitet, og for mange har muligheten for å jobbe deltid vært viktig da de valgte sykepleieryrket. Men Bente Abrahamsens forskning på sykepleiere og deltid viser endrede arbeidstidspreferanser blant nyutdannede sykepleiere: både kvinnelige og mannlige sykepleiere ønsker hele og faste stillinger.¹⁷

¹⁷ www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2819%2930455-3

Tradisjonelt har vi skilt mellom ufrivillig og «frivillig» deltid, og i hovedsak vært opptatt av den ufrivillige deltiden. Skillet mellom den såkalte frivillige og den ufrivillige deltiden er imidlertid ikke enkelt å trekke og heller ikke hensiktsmessig.

- Deltidsomfanget og organiseringen av arbeidet rundt deltid fører til en strukturell tvang der ansatte ikke tilbys annet enn deltid.
- Vi vet at en del av den såkalte «frivillige» deltiden henger sammen med faktorer som belastende turnusarbeid, høyt arbeidspress og manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser. Disse arbeidsmiljøfaktorene fører til at mange sykepleiere «velger» en deltidstilling. Det er all grunn til å spørre hvor «frivillig» deltiden er, når mange opplever en arbeidsbelastning som er så stor at de ikke makter å arbeide full stilling.
- Noen sykepleiere ønsker å arbeide deltid i deler av yrkeskarrieren, fordi de vil prioritere mer tid til omsorgsoppgaver i hjemmet.
- Deltidsarbeid kan for noen også oppleves som en form for fleksibilitet og økt autonomi i en arbeidssituasjon som ellers er svært styrt. Ved å påta seg ekstravakter kan den deltidansatte selv ha en viss styring på omfanget av arbeid og fritid.
- Samtidig vet vi at unge og nyutdannede sykepleiere i større grad enn tidligere etterspør hele stillinger. Når disse blir tilbudt deltidstillinger, sosialiseres de inn i en deltidkultur. Etter hvert kan det oppleves bekvemt og fleksibelt å jobbe deltid, fordi det gir mulighet til selv å velge vakter. Enkelte velger derfor å fortsette med dette selv om de senere blir tilbudt heltidstilling.

Å arbeide for heltid handler om å gjøre det mulig for arbeidsgiver å tilby hele stillinger. Men det handler også om å legge til rette for at sykepleierne ønsker, og makter, å arbeide heltid. I arbeidet med heltid er det derfor helt avgjørende å finne løsninger som ivaretar begge perspektivene; at arbeidsgiver kan tilby hele stillinger og at sykepleierne ønsker og klarer å gå i hele stillinger gjennom et helt yrkesliv. Vi kan gjerne kalle det å arbeide for bærekraftig heltid. Det er tre viktige forutsetninger for å ivareta dette: Tilstrekkelig og riktig bemanning, helsefremmende arbeidstidsordninger og lokalt partsarbeid og gode prosesser.

Sykefravær

Kvinner har høyere sykefravær enn menn, de blir oftere uføretrygdet og pensjonerer seg tidligere. Tall fra noa.stami.no viser at 1 av 3 rapporterer at sykefraværet er arbeidsrelatert (se vedlegg 1). Arbeidsrelatert sykefravær innebærer at det er mulig å gjøre noe med årsakene til sykefraværet, forutsatt at det er kunnskap om årsakene til sykefravær. Likevel er det lite forskning på om det er forhold i arbeidslivet som bidrar til kvinners uhelse. Økt kunnskap om dette vil kunne gi oss indikasjoner på hvilket forebyggingspotensial som finnes på arbeidsplassene.

Da kvinnene begynte å arbeide utenfor hjemmet gikk de i stor grad inn i yrker som liknet dem de hadde hatt hjemme; omsorgsoppgavene måtte gjøres også etter at kvinnene hadde blitt yrkesaktive. De marsjerte ut i «velferdsstatens yrker», skriver Charlotte Koren.¹⁸ Velferdsstatens yrker er særlig innenfor sykepleie og omsorgsarbeid og arbeid i barnehagene. Dette er arbeidsplasser som krever mye av arbeidstakeren, både fysisk og mentalt. Det er dessuten arbeidsplasser som er sterkt kvinnedominerte, og som har høyere sykefravær enn andre arbeidsplasser og yrker (se vedlegg 1).

Forskning på arbeidsliv i Norge, både fra arbeidsmedisin og andre forskningstradisjoner, har i stor grad vært konsentrert rundt industriarbeidsplasser. Foreløpig er det gjort lite for å undersøke om loven gir tilstrekkelig vern for kvinnedominerte yrkesgrupper som barne- og ungdomsarbeidere (86 prosent kvinner), hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (90 prosent kvinner), sykepleiere (92 prosent kvinner) og

¹⁸ Charlotte Koren: Kvinnenes rolle i norsk økonomi, 2012, Universitetsforlaget

førskolelærere (93 prosent kvinner). Nesten hver fjerde sysselsatte kvinne i Norge arbeider i ett av disse yrkene.¹⁹

I en fersk rapport fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) framkommer det at sykepleiere har et utfordrende arbeidsmiljø.²⁰ Særlig er sykepleiere utsatt for de svært helsebelastende kombinasjonene av høye krav og lav kontroll og manglende balanse mellom innsats og belønning. Internasjonale undersøkelser viser at norske arbeidstakere er blant de mest fornøyde med arbeidsforholdene på egen arbeidsplass. I Faktabok 2021 skårer sykepleiere på linje med gjennomsnittet: rundt 70 prosent oppgir høy tilfredshet, motivasjon og tilhørighet til arbeidsplassen. Men Faktaboka viser, som tidligere, at sykepleieryrket har mange risikofaktorer, særlig organisatoriske og psykososiale, men også mekaniske, kjemiske og biologiske, samt fysiske faktorer. Mange av disse har stor helsemessig betydning, bl.a.:

- Skift-/turnusarbeid og nattarbeid er forbundet med en rekke helsebelastninger og er utbredt i helsesektoren. Sykepleiere er en av yrkesgruppene som i størst grad jobber i slike arbeidstidsordninger.
- Sykepleiere skårer høyere enn gjennomsnittet på opplevd ubalanse mellom jobb og familie. Det er en sannsynlig sammenheng mellom arbeid-familie-konflikt og økt risiko for framtidig sykefravær, og kvinner ser ut til å oppleve slik ubalanse i større grad enn menn.
- Ansatte i helsesektoren oppgir oftere enn gjennomsnittet manglende informasjon fra virksomheten om viktige endringer og framtidsplaner og er også oftere midlertidig ansatte.
- Ledere innen utdanning og helse og sykepleiere er mest utsatt for høye jobbkraav (har for mye å gjøre/ nødvendig å jobbe i et høyt arbeidstempo). Nærmere en av åtte oppgir høye jobbkraav.
- Sykepleiere er også blant yrkesgruppene som hyppigst oppgir rollekonflikter og emosjonelle kraav i arbeidet.
- Lav jobbkontroll er en godt dokumentert risikofaktor for sykefravær og uførhet. Mens 25 prosent av alle arbeidstakere oppgir lav jobbkontroll, er tilsvarende for sykepleiere nesten 50 prosent. Kombinasjonen av høye jobbkraav og lav jobbkontroll er definert som en belastende arbeidssituasjon og har gjennom omfattende litteraturgjennomganger og metaanalyser vist seg å øke risikoen for hjerte- og karsykdom, mentale helseplager, sykefravær og uførhet. Sykepleiere er den yrkesgruppa som skårer høyest på denne kombinasjonen (40 prosent).
- Sykepleiere rapporterer oftere enn gjennomsnittet om dårlige muligheter for utvikling i jobben.
- Sykepleiere er, sammen med byggarbeidere, den yrkesgruppa som skårer høyest på ubalanse mellom innsats og belønning. Slik ubalanse er forbundet med søvnforstyrrelser, depressive lidelser og angst- og depresjonssymptomer, samt risiko for sykefravær og frafall fra arbeidslivet grunnet uførhet.
- Støttende ledelse har vist seg å ha en rekke positive effekter på helse og varighet på sykefravær. Sykepleiere oppgir oftere enn gjennomsnittet lite støttende ledelse og at de sjelden eller aldri får tilbakemelding på arbeidet. Sykepleiere oppgir dessuten oftere enn gjennomsnittet dårlige forhold mellom kolleger, konflikt med pasienter/brukere, og konflikt med kollegaer og/eller leder. Dette gir større risiko for å utvikle psykiske plager over tid.
- Helsesektoren skårer høyere enn snittet på forekomst av mobbing, som er forbundet med lavere tilfredshet og engasjement i jobben, økt risiko for å utvikle symptomer på angst og depresjon, søvnproblemer og høyere risiko for lengre sykefravær. Sammen med servitører er sykepleiere mest utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet. Mens gjennomsnittet ligger på fire prosent, oppgir en av fem sykepleiere å være utsatt.
- Helsesektoren er den sektoren der vold og trusler er mest utbredt. En av fire sykepleiere har vært utsatt. Vold og trusler er forbundet med økt risiko for langtidssykefravær. Det antas å være en

¹⁹ [Microsoft Word - RapportEndelig7april.docx \(unit.no\)](#) Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse, SINTEF, 2014, Solveig Ose, Lin Jiang og Brita Bungum

²⁰ Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. STAMI-rapport, 2021.

betydelig underrapportering og mørketall knyttet til forekomsten av personskader som følge av vold og trusler.

- Sykepleiere oppgir oftere enn gjennomsnittet at de må arbeide med hodet bøyd framover, på huk eller knær, løft i ubekvemme stillinger en fjerdedel av arbeidsdagen.
- Nærmere sju av ti sykepleiere oppgir å ha hudkontakt med rengjørings- eller desinfeksjonsmidler og vann («vått arbeid»). Kontakteksem er den vanligste arbeidsrelaterte hudsykdommen.
- 22 prosent av sykepleierne oppgir at de er utsatt for passiv røyking, mer enn dobbelt så mange som snittet.
- Av biologiske faktorer er sykepleiere, sammen med pleie-/omsorgsarbeidere mest eksponert for kroppsvæsker og biologisk vev (80 prosent). Dette medfører økt smitterisiko.
- Sykepleiere er den yrkesgruppa som hyppigst oppgir dårlig innelima; over dobbelt så mange som snittet på 25 prosent. De seks mest eksponerte yrkesgruppene er kvinnedominerte omsorgsykker. Det betyr at også mange pasienter, brukere, klienter, barn og unge er utsatt.

I undersøkelsen *Sykefraværarbeid i sykehus* konkluderte Sintef med at HMS-arbeidet i sykehus er i liten grad koblet til arbeid med risikofaktorene for arbeidsrelatert fravær.²¹ På spørsmål om kultur for avviksrapportering på HMS i sykehusene, hevdet ingen i Sintef-undersøkelsen å ha gode rutiner for dette. Manglende avviksrapportering ble forklart med mangel på tid eller motvilje mot å fokusere på feil av hensyn til kollegene. For de fleste informantene handlet dessuten avviksrapportering nesten utelukkende om pasientbehandlingen, ikke HMS-avvik. Ingen av sykehusene i Sintefs undersøkelse hadde kultur for å rapportere om følgende avvik:

- Underbemanning,
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- Mangel på tid til spisepauser
- Dårlig organisering eller planlegging av arbeidsoppgaver
- For kort hviletid mellom vakter
- Ledelsesspørsmål
- Ekstremt arbeidspress
- Kommunikasjonsproblemer

Sintef fant også at verneombudsrollen står svakt i sykehus. Dette handler trolig om et dårlig definert HMS-arbeid. Mange tillitsvalgte ser også ut til å ha en passiv og begrenset rolle, til tross for at ledelsen anerkjenner både tillitsvalgt- og verneombudsrollene, og ser på dem som ressurser som bør brukes mer. Konklusjonen er at potensialet for et systematisk partssamarbeid er stort og kan utvides mye mer gjennom å ha fokus på det som gir langvarige helseproblemer og jobbe systematisk og målrettet for å redusere disse risikofaktorene.

Solveig Osborg Ose skriver i boka *Sykefravær, HMS og inkludering* (2016), at HMS-feltet ikke har evnet å utvikle seg i takt med utviklingen i arbeidsmarkedet de siste 40 årene, og er derfor svært underutviklet både som konsept og i innhold i typiske kvinneyrker. Dersom HMS-arbeidet ikke oppleves som relevant for de ansatte, mister det både sin legitimitet og status. Ose følger opp temaet i sin nye bok *HMS i offentlig sektor* (Gyldendal, 2020), som hun har skrevet sammen med Hans Jacob Busch.

Sykefravær under svangerskap er en viktig forklaring på at kvinner har noe høyere sykefravær enn menn. I aldersgruppen 20-39 år forklarer dette fraværet 38 prosent av kjønnsforskjellen. De ulike delene av svangerskapet har forskjellige utfordringer og krever ulike former for tilrettelegging i arbeidslivet. Å være gravid er ikke en sykdom, men arbeidets art og arbeidsplassenes manglende tilrettelegging gjør at mange gravide blir sykemeldt. Det er viktig å synliggjøre at dette ikke er en del av det ordinære sykefraværet hos

²¹ Prosjekt finansiert av Spekter, Norsk Sykepleierforbund og KLP (2017).

kvinner. Det er selvsagt også viktig for å bedre gravides helse og motivere arbeidsgivere til å tilrettelegge bedre for gravide.

Erfaringer fra Sverige

Det svenske Arbetsmiljöverket (tilsvarende norske Arbeidstilsynet) har fra 2011 gjennomført et stort prosjekt for å forstå hvorfor svenske kvinner hadde et høyere sykefravær og større frafall fra arbeidslivet enn menn. Arbetsmiljöverket fant at:

- Selv om kvinner og menn har samme arbeid, har de ulike oppgaver som følge av forventninger til kjønnsrollene.
- Har de samme oppgaver, er arbeidsbelastningen likevel ulik på grunn av utformingen av arbeidsplassen og muskelstyrke.
- Lik arbeidsbelastning kan likevel gi ulike fysiske effekter fordi hormonprofilen og muskelutholdenheten er forskjellig.
- Holdninger i helsevesenet og blant «autoriteter» fører dessuten til at samme atferd (symptomer) får ulik behandling.

Prosjektet har resultert i en rekke rapporter og videopresentasjoner som finnes på www.av.se (søk på genus).

Da Arbetsmiljöverket gjennomførte inspeksjoner i 59 kommuner og sammenliknet arbeidsmiljøet i den kvinnedominerte hjemmetjenesten med den mannsdominerte teknisk forvaltning, fant de at i så godt som alle kommunene, uansett størrelse, er mønsteret det samme: arbeidsmiljøet og forutsetningene for dette, er dårligere i den kvinnedominerte virksomheten²². Den store forskjellen er tidspresset og stresset som hjemmetjenesten beskriver. Inspeksjonene viser at det er vanskeligere i hjemmetjenesten å nå oppsatte virksomhetsmål ettersom arbeidsmengden, bemanningen og andre ressurser ikke er tilpasset det arbeid man forventes å gjøre.

Sammenliknet med teknisk etat har hjemmetjenesten:

- flere medarbeidere pr sjef
- mer presset arbeidssituasjon for både ledere og medarbeidere
- mindre mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon
- færre ressurser

Arbetsmiljöverket konkluderer med at samfunnets maktstrukturer er et grunnleggende problem, som innebærer at såkalt «kvinne- og mannskodede» virksomheter betraktes med ulike logikker. Kvinnekodet arbeid anses som mindre profesjonelt og mindre verdt, og arbeidsvilkår og arbeidsmiljø tillates å være dårligere enn i mannskodede sektorer. Arbetsmiljöverket trekker også fram den generelle ulikestillingen i samfunnet som innebærer at kvinner tar større ansvar for hjem, husholdning og omsorg for pårørende, som et problem for arbeidsrelatert uhelse. Det kreves derfor et økt engasjement og større samhandling mellom ulike aktører med ansvar for arbeidsmiljøarbeidet: arbeidsgivere, arbeidstakere, bedriftshelsetjeneste og myndigheter.

Organisasjoner, yrkesroller, faglig integritet og individualisering.

Nina Olsvold, sykepleier og sosiolog, har forsket på sykepleiernes yrkesrolle i sykehus. I sin dr.avhandling fra 2010 (Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus) fant hun at sykepleiernes ansvar i de undersøkte sengepostene kan beskrives som organisatorisk uavgrenset, i det de i tillegg til etablerte arbeidspraksiser tok ansvar for en rekke uformelt delegerte og uspesifiserte oppgaver. I kontrast fremsto legenes ansvar i postene som mer formelt og avgrenset. Sykepleieres fleksible yrkesrolle gir store gevinster for sykehusorganisasjonen, men de hierarkiske sosiale relasjonene mellom sykepleiere

²² «Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning» (Arbetsmiljöverket Rapport 2014:3).

og leger koblet med sykepleieres uavgrensede ansvarspraksiser, kan også ha uheldige virkninger. Disse kan grupperes som konsekvenser for pasientsikkerhet og organisatorisk effektivitet, konsekvenser for individuelle sykepleiere i form av moralsk stress, og konsekvenser for anerkjennelsen av sykepleieres bidrag i pasientbehandling og sykehusdrift.

Begrepet integritet ble innført i Arbeidsmiljøloven i 2006. Det markerte betydningen av å respektere og ivareta arbeidstakernes grunnleggende verdier og moralske standarder.

Sosiolog Ole Jacob Thomassen hadde jobbet i Arbeidstilsynet. Gjennom tilsynets God vakt-kampanje, så han at belastningen ved å måtte gå på akkord med profesjonelle standarder var en sentral arbeidsmiljøutfordring for sykehusansatte. Andre prosjekter viste også at ikke å kunne ivareta faglige standarder var et utbredt problem i skoler, barnehager, kriminalomsorg og kommuneadministrasjoner. Thomassens forskning viser at sykepleiere med høy sannsynlighet velger å gjøre det de mener er riktig ut fra sin sykepleiefaglige integritet, og ofte presser seg selv hardt for å få gjort dette. Sterke moralske prinsipper kombinert med en uklar yrkesrolle, fører til at sykepleiere opplever å drukne i ansvar. Thomassen mener dette må ses som et organisatorisk problem og ikke møtes med individuelle løsningsstrategier. Han oppfordrer sykepleiere til i sterkere grad å se på jobben sin som drevet av håndverksferdigheter heller enn av moralske prinsipper. På denne måten vil man få fram at når sykepleiere ikke får gjort jobben godt nok, er det ikke fordi de ikke er «moralske nok», men fordi de mangler organisatoriske rammer for å utføre sitt håndverk.

I en annen studie finner Korsvold og Thomassen at arbeidsmiljøutfordringer i liten grad blir behandlet som et organisatorisk anliggende.²³ Arbeidsmiljøtiltak for sykepleiere blir individrettede. «I en tid hvor sykepleiere og andre faggrupper på sykehuset allerede utsettes for en uheldig ansvarsoversvømmelse, er det uheldig dersom også ansvaret for å løse arbeidsmiljøutfordringene skyves over på individene», skriver Korsvold og Thomasen.

Også en svensk studie fra 2020 viser at organisatoriske problemer søkes løst ved individrettede tiltak i offentlig sektor.²⁴

Vold, trusler og overgrep

Kjønnsbasert vold er alle typer vold som skjer på grunn av sosialt bestemte kjønnsforskjeller, som ulikheter mellom kvinner og menn (WHO, 2013). Kjønnsbasert vold deles gjerne inn i fem kategorier: fysisk, emosjonell og psykologisk, økonomisk, skadelig praksis (harmful practices) og seksuell vold. Kjønnsbasert vold rammer aller mest kvinner og er en av hovedårsakene til kvinners død og helseskader. Norge har fått sterk kritikk fra bl.a. CEDAW-kommisjonen for ikke i tilstrekkelig grad beskytte kvinner mot vold og overgrep.

Voldtekt

Hele 9,4 prosent av kvinner i Norge oppgir å ha blitt voldtatt minst en gang i livet. Nesten halvparten av dem som blir utsatt for voldtekt er under 18 år. Dette utgjør 251 178 kvinner i 2021. I tillegg oppgir 25,4 prosent av kvinner å ha blitt utsatt for andre former for seksuelle overgrep, herunder seksuell kontakt når man er beruset og følt seg presset til seksuelle handlinger. Å bli utsatt for voldtekt og seksuell vold er et brudd på vernet mot integritetskrenkelser som kan utgjøre tortur, og det er også en manifestasjon av vold mot kvinner. I tillegg gjør kjønnsperspektivet at også diskrimineringsvernet står i sentrum. Kjønnsbasert vold er en alvorlig form for diskriminering av kvinner.

²³ <https://sykepleien.no/forskning/2018/06/tiltak-bedre-sykepleiernes-arbeidsmiljo-er-ofte-individrettet>

²⁴ Åkerström, M. og J. Severin (2020): «Organisatoriska problem löses inte med hjälp av individåtgärder» *Socialmedicinsk tidsskrift* 1/2020

Norge har siden 2011 fått anbefalinger fra en rekke menneskerettighetskomiteer, herunder CEDAW, om å endre straffeloven slik at samtykke blir en sentral del av definisjonen av voldtekt. Det uttrykkes i tillegg stor bekymring for omfanget av kjønnsbasert vold mot kvinner og utstrakt straffefrihet for gjerningspersoner i Norge. Det mangler ikke nasjonale rammer, men det er mangler i straffelovverket. Kapittel 26 i straffeloven om seksuallovbrudd forbyr (i teorien/basert på juridisk teori) sex uten samtykke. Imidlertid omfatter ikke § 291 alle tilfeller av seksuell omgang uten samtykke, og strafferammen i § 297 reflekterer ikke alvorligheten i de handlingene som eventuelt må ned-subsummeres. I tillegg henlegger politiet i praksis saker om seksuell omgang uten samtykke hvis en minstegrad av tvangs- eller voldshandlinger ikke er til stede (eller tilstand). I praksis vil ikke tilfeller som faller under § 297 etterforskes eller tas ut tiltale i.

Vold i nære relasjoner

I Norge er hvert fjerde drap et partnerdrap. Gjerningspersonene er hovedsakelig menn, og i 90 prosent av tilfellene er offeret en kvinne. I syv av ti partnerdrap var det registrert partnervold før drapet. Og det viser seg at flere av ofrene hadde vært i kontakt med helsevesen før de ble drept. Det er derfor av stor viktighet at profesjoner som kommer i kontakt med voldsutsatte mødre og barna deres har bevissthet og kompetanse på å avdekke vold og bistå kvinnene.

Da Norge i 2020 rapporterte på oppfølging av Istanbul-konvensjonen, ble myndighetene bedt om å oppgi for ulike yrkesgrupper en rekke områder/tiltak i henholdsvis utdanning/opplæring og in-service training. Så vidt Unio/NSF bekjent eksisterer det ikke noe slikt tallmateriale/nasjonal oversikt over kompetansen til sykepleiere og jordmødre. Det er behov for en nasjonal oversikt/utredning over hvilket behov for kompetanse som trengs i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten, da det er vanskelig å utvikle kompetansetiltak i utdanning og tjenestene hvis man ikke har oversikt over hva som mangler.

Økonomisk vold har fått mindre oppmerksomhet. Økonomisk vold er når noen handler slik at en person forhindres fra å råde over egen økonomi. Vedkommende kan for eksempel nektes adgang til sin egen eller en felles bankkonto, eller forhindres i å ha en inntekt og dermed presses til å måtte be om penger. Et annet eksempel er at partneren har forfalsket signaturen hennes og tatt opp forbrukslån, eller det kan være trusler om fysisk vold dersom man nekter å underskrive lånepapirer. Også økonomisk vold kan medføre store helsekonsekvenser for den som utsettes for det.

Vold i arbeidslivet

Vold og seksuell trakassering ikke er godt nok ivaretatt i arbeidsmiljøarbeidet. Arbeidsgivers ansvar for å beskytte ansatte mot vold og trusler ble presisert i arbeidsmiljølovens forskrifter i 2017, men nye undersøkelser viser at dette ikke er godt nok ivaretatt. En viktig årsak til dette er utfordringer knyttet til relasjonelt arbeid i en kvinnedominert sektor; vold og trusler er så vanlig at det nærmest oppleves som en del av jobben. Helsesektoren preges av manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser. Det er ofte avvik mellom planlagt og faktisk bemanning, hovedsakelig som følge av at det ikke tas høyde for sykefravær når turnus settes opp. Det er nødvendig med rammebetingelser som legger til rette for kommunikasjon og refleksjon rundt tema vold og trusler på arbeidsplassen. Sammenhengen mellom bemannings situasjonen og vold/trusler må utredes nærmere.

ILO-konvensjon 190

I ILO-konvensjon 190, som ble forhandlet fram i fjor sommer og som nå er til vurdering i Arbeids- og inkluderingsdepartementet, slås det fast at vold i hjemmet også er et arbeidslivsproblem. «Privat vold» er relevant i denne sammenheng fordi vold og trakassering påvirker hele livet. Vold og trakassering smitter over på arbeidslivet. Tilstedeværelse, produktivitet, arbeidsrelasjoner og arbeidsmiljø farges av vold og trakassering selv om dette skjer privat.

Det er nødvendig med et aktivt arbeid knyttet opp mot artikkel 5 i CEDAW: å motvirke kjønnsbaserte stereotypier som bygger på en forestilling om at det ene kjønn er overlegent eller underlegent det andre. Kjønnsbasert vold henger nært sammen med den kjønnsmessige arbeidsdelingen i samfunnet, i et kjønnsdelt arbeidsmarked og ansvaret for familieomsorgen. Kvinners økonomiske selvstendighet er et viktig element for å kunne bryte ut av voldelige forhold. Tiltak for å forebygge, avdekke, stanse og følge opp vold mot kvinner må rette seg også mot disse samfunnsområdene.

Forebyggende arbeid må starte tidlig.

Holdningsskapende arbeid blant barn og unge er nødvendig for å få trygge gutter og jenter, som klarer å sette grenser og som respekterer andres grenser. Skolehelsetjenesten er en viktig del av dette arbeidet. Blant annet har helsesykepleiere en viktig rolle i å møte barn, unge og deres foreldre som kan ha spørsmål knyttet til kjønn og kjønnsidentitet, som er viktig for retten til personlig integritet. Dette er tydeliggjort i nasjonal faglig retningslinje for tjenesten. For å forebygge kjønnsbasert vold og seksuell trakassering, er det nødvendig med bevisstgjøring og kunnskap om kjønn, kropp, seksualitet og grensesetting fra tidlig alder. Kompetanse på dette feltet og kjønnsbevissthet må derfor inngå i helsesykepleierutdanningen, og ha tilstrekkelig fokus også i praksisfeltet. Helsesykepleiere kommer daglig i kontakt med barn og unge, men har dessverre altfor få ressurser til å kunne møte behovet. En kartlegging gjort i 2015 viser at bare 1,4 prosent av landets skoler hadde helsesykepleier til stede hver dag. Antall helsesykepleiere i barneskolen må økes med 125 prosent for å nå normtall. For ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent.

Tiltak:

- Kvinners gjennomgående høyere sykefravær er regelmessig gjenstand for diskusjon i norsk sykefraværdebatt. Vi har ikke informasjon om hvordan vold i nære relasjoner påvirker kvinners yrkesaktivitet eller sykefravær. Dette må innhentes.
- Det er også nødvendig å skaffe mer kunnskap/data om vold og trakassering i arbeidslivet i et kjønnsperspektiv. Kvinner er mer utsatt for vold og trusler i arbeidet enn menn. Ny forskning viser at det for kvinner er en sterk sammenheng mellom å ha vært utsatt for vold eller trusler om vold og påfølgende langtidsfravær. Kjønnsforskjellene i sykefravær gjør det tvingende nødvendig å se på reguleringen av arbeidsmiljøbelastninger i et kjønnsperspektiv.
- Vinteren 2020 ble det avdekket omfattende vold og overgrep mot pasienter på sykehjem, der både ansatte og medpasienter er voldsutøvere. Det er nødvendig med mer kunnskap om kjønnsperspektivet på dette området.

Øk øvre aldersgrense for mammografiscreening

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner, og risikoen øker med økende alder.

Gjennom Mammografiprogrammet i Norge får alle kvinner mellom 50 og 69 år tilbud om mammografi hvert andre år. Målet er å oppdage kreft tidlig, før symptomer oppstår, og med det redusere dødeligheten av brystkreft. Dagens ordning innebærer geografiske ulikheter hvor alder på innkalt kvinne varierer fra 47 til 53 ved første gangs innkalling. Alle kvinner får uavhengig av alder ved oppstart 10 innkallinger. Det bør være et mål at alder ved oppstart er tilnærmet lik, og da slik at oppstart i screeningprogrammet skjer før fylte 50 år. Studier av brystkreft i WHO og EU dokumenterer at organisert screening også reduserer dødeligheten av brystkreft for kvinner i alderen 70 til 74. I Norge er forekomsten av brystkreft blant kvinner i alderen 70-74 år relativt høy, med om lag 210 tilfeller per 100 000 kvinner per år. Sett i lys av den relativt høye forekomsten av brystkreft hos kvinner mellom 70 og 74 år, og anbefalinger fra WHO og EU, mener Unio at øvre aldersgrense for mammografiscreening bør økes fra 69 til 74 år.

Pensjonsordninger

Lønnsulikheter og ulikheter i pensjon er svært avgjørende for kvinners livsløp. Pensjonsgapet mellom kjønn er større enn lønnsgapet. Ifølge EU-undersøkelser var pensjonsgapet i Norge 30 prosent i 2013, mens lønnsgapet var 15 prosent. Pensjonsreglens innretning bidrar derfor til ulikhet mellom kjønnene. Norge har iverksatt en omfattende pensjonsreform som vil få store konsekvenser for den enkelte pensjon. Pensjonsreglene bør evalueres i et kjønnsperspektiv for å se hvilke utslag pensjonsreformen har hatt. Regjeringen har nedsatt et utvalg som skal evaluere pensjonsreformen fra 2011 med frist 1 mars 2022. I mandatet er det ikke uttrykkelig stilt krav om en likestillingsmessig evaluering, bare fordelingsmessige konsekvenser.

Det er stor og tverrpolitisk oppslutning om opptjening av pensjon fra første krone og første dag, som innebærer at dagens krav om inntekt over 1 G, 20 pst. stilling og 20 år oppheves i private pensjonsordninger. I offentlig tjenstepensjon vil det fra 2022 bare være lov om pensjonsordning for sykepleiere og lov om statens pensjonskasse som fortsatt har en nedre grense for innmelding på 20 prosent stilling. De tariffestede pensjonsordningene vil da ha fjernet 20 prosent som innmeldingsgrense (Oslo kommune fra 01.01.22). Lave deltidsprosent er særlig utbredt blant kvinner i omsorgssektoren. Slike nedre grenser for innmelding er i en rekke dommer og kjennelser ansett som diskriminerende.

Vi mener at det nye pensjonssystemet må evalueres med sikte på å utjevne kjønnsforskjeller, og at den nedre grensen på 20 prosent stilling fjernes i de lovfestede ordningene, slik at også offentlige tjenstepensjonsordninger får opptjening fra første krone.

Kunnskapshull

Vi har mye kunnskap om helse i arbeidslivet, men det er fortsatt store hull i kunnskapen når det gjelder de kvinnedominerte yrkene. Vi viser til at utvalget skal se på kvinners helse i et livsløpsperspektiv. Som vi har vist i vårt innspill, har vi ikke god nok forskning på belastninger og uhelse på kvinnedominerte arbeidsplasser, har å si for kvinners deltidsarbeid, frafall fra arbeidslivet og tidlig pensjonering. Vi mener utvalget derfor må initiere, og foreslå, ny og mer forskning på kvinners helse og uhelse i et arbeidslivsperspektiv. Nedenfor har vi satt opp noen punkter som vi mener det er essensielt å få mer kunnskap om:

- Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn, og vi har ikke god nok kunnskap om årsakene til dette. Betydningen av akkumulert belastning.
- Hvorfor det i Norge er så liten interesse for betydningen av kjønn.
- Evaluering av hvorvidt kjønnsnøytral utforming av lovverk, politikk og programmer svekker kvinners rettigheter.
- Betydningen av diskriminering i arbeidslivet i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og omsorgsarbeid for kvinners helse.
- Sammenhengen mellom bemanningssituasjonen og vold/trusler på arbeidsplassen må utredes nærmere.
- Kunnskap om hvordan vold i nære relasjoner påvirker kvinners yrkesaktivitet eller sykefravær.
- Mer kunnskap/data om vold og trakassering i arbeidslivet i et kjønnsperspektiv.
- Mer kunnskap om vold og overgrep mot pasienter på sykehjem, der både ansatte og medpasienter er voldsutøvere, i et kjønnsperspektiv.

Viktige tiltak

Avslutningsvis tillater vi oss å peke på noen tiltak vi mener det er vesentlig at Kvinnehelseutvalget vurderer:

- Utredningsinstruksen må forsterkes og synliggjøres slik at det skal vurderes konsekvenser for likestilling, med mindre det kan dokumenteres at dette ikke er relevant.

- En arbeidslivspolitik som inkluderer brede likestillingspolitiske utfordringer knyttet til arbeidsmiljøforhold, omsorgsoppgaver og arbeidstidskulturer
- Tiltak rettet mot å redusere likelønnsgapet og deltidsomfanget er avgjørende for å oppnå likestilling i helse- og omsorgssektoren og for å rekruttere flere menn til sektoren og til sykepleieryrket. Det er også en forutsetning for å få til en jevnere fordeling av det ulønnede omsorgsarbeidet.
- Regjering og Storting må utforme krav om en tidsplan for partene i arbeidslivet for å rette opp lønnsdiskrimineringen mellom kvinner og menn og bidra til utvidete rammer i lønnsoppgjørene slik at verdsettingsdiskrimineringen opphører.
- Bærekraftig heltidskultur hviler på tre forutsetninger: Tilstrekkelig og riktig bemanning, helsefremmende arbeidstidsordninger og lokalt partsarbeid og gode prosesser.
- Det nye pensjonssystemet må evalueres med sikte på å utjevne kjønnsforskjeller.
- Den nedre grensen på 20 prosent stilling fjernes i de lovfestede ordningene, slik at også offentlige tjenestepensjonsordninger får opptjening fra første krone.
- HMS-arbeid i helsesektoren må styrkes gjennom involverende dialog med de ansatte gjennom deres tillitsvalgte og verneombud, gjennom å identifisere de relevante HMS-områdene, og gjennom å stille krav til ledere på alle nivåer om et systematisk HMS-arbeid. Bedriftshelsetjenesten må dimensjoneres bedre og brukes slik den er forutsatt. Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet må primært rettes inn mot systemnivå og arbeidsorganisering.
- Iverksette en tilsvarende studie som Arbetsmiljöverket for å kartlegge kjønnsforskjeller i arbeidsmiljø, ressurser og HMS-arbeid.
- Et bedre regulatorisk gulv både i arbeidsmiljøloven og forskriftene som tar de psykososiale og organisatoriske eksponeringer kvinnedominerte yrker er utsatt for i sitt daglige virke på alvor.
- Det er behov for å revidere og utvide regelverket om yrkesskadeerstatning. Herunder innføre rett til erstatning ved «plutselige skader på muskler, sener, nerver eller ledd som skyldes løft av personer i arbeid», revidere yrkessykdomslisten, fjerne det generelle unntaket for belastningslidelser og prioritere forskning på kvinnearbeidshelse.
- Endre straffeloven slik at samtykke blir en sentral del av definisjonen av voldtekt.
- Profesjoner som kommer i kontakt med voldsutsatte mødre og barna deres har bevissthet og kompetanse på å avdekke vold og bistå kvinnene.
- Norge må ratifisere ILO-konvensjon nr 190.
- For å forebygge kjønnsbasert vold og seksuell trakassering, er det nødvendig med bevisstgjøring og kunnskap om kjønn, kropp, seksualitet og grensesetting fra tidlig alder. Kompetanse på dette feltet og kjønnsbevissthet må derfor inngå i helsesykepleierutdanningen, og ha tilstrekkelig fokus også i praksisfeltet.

Relevante kilder:

[Hjem - Arbeidsmiljøportalen \(arbeidsmiljoportalen.no\)](http://arbeidsmiljoportalen.no)

[Fem produkter som utfordrer kjønnsrollene \(forskning.no\)](http://forskning.no)

[Derfor forsker vi mest på menn \(forskning.no\)](http://forskning.no)

[NTNU Open: Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse](#) Solveig Ose, Lin Jiang og Brita Bungum, NTNU, 2014

[Projektrapport - Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning, Rapport 2014:3](#)

Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor – et diskusjonsnotat, FAFO-notat for Unio, NSF og Utdanningsforbundet (publiseres i mars 2022 og ettersendes utvalget)

Vennlig hilsen

Unio

A handwritten signature in black ink, reading "Jon Olav Bjergene". The signature is written in a cursive, flowing style.

Jon Olav Bjergene
Sekretariatssjef