

AFI-rapport 15/2012

Anne Inga Hilsen

Seniorpolitikk i store virksomheter – følgeevaluering ved St. Olavs Hospital



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2012
© Work Research Institute
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-313-1

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Webadresse: www.afi.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

Temaområde:

Innovasjon og virksomhetsutvikling

Rapport nr.:

15/2012

Tittel:

Seniorpolitikk i store virksomheter - følgeevaluering ved St. Olavs Hospital

Dato

Oktober 2012

Forfatter:

Anne Inga Hilsen

Antall sider:

28

Resymé:

Prosjektets hovedmål er å bidra til bedre og mer målrettet seniorpolitisk innsats i store virksomheter, og dermed bidra til økt reell pensjoneringsalder. For å oppnå dette skal prosjektet prøve ut hva som er den optimale kombinasjonen av fysiske og digitale (nettbaserte) møteplasser og også se på hva slags innhold og tematikk som best egner seg på de ulike møteplassene, mer bestemt hvilke nivåer og hvem som skal møtes for å diskutere hva. Målgruppen for prosjektet er store virksomheter som arbeider med seniorpolitikk. Casevirksomheten i prosjektet, St. Olavs Hospital, har rundt 9 600 ansatte. Modellen som utvikles vil derfor særlig være egnet for helseforetakene, men skal også være anvendbar i andre typer større virksomheter i andre bransjer.

Evalueringen viste at digitale møteplasser ikke egnet seg som forum for erfaringsutveksling om seniorpolitikk; ikke fordi seniorenene ikke er på nett, men fordi sykehus ikke primært er en skjerm-arbeidsplass. Til gjengjeld viste evalueringen at seniorpolitikken på St. Olavs Hospital ser ut til å lykkes både når det gjelder effekter og ansattes opplevelser og ser ut til å være på riktig vei.

Emneord:

Seniorpolitikk

Helsevesen

Evaluering

Forord

Denne rapporten oppsummerer erfaringene fra en følgeevaluering ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Evalueringen er utført på oppdrag fra St. Olavs Hospital og delvis finansiert av Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har gjennomført følgeevalueringen.

Vi takker kontaktpersonene ved St. Olavs Hospital, arbeidsgruppen og styringsgruppen for positiv støtte og engasjement gjennom hele prosjektet. En særlig takk til KLP som har støttet prosjektet økonomisk.

Oslo, 2012

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

1.	Innledning.....	1
2.	Seniorpolitikk på St Olavs Hospital.....	1
2.1	Om St. Olavs Hospital	1
2.2	Tidligere seniorpolitikk innsats på sykehuset.....	3
2.3	Seniorpolitiske tiltak for St. Olavs Hospital - seniorpolitikken	5
2.4	Evalueringsprosjektet.....	5
3.	Evaluering og metode.....	6
3.1	Om følgeevaluering som forskningsform	6
3.2	Evalueringsaktiviteter.....	8
4.	Resultater	9
4.1	Kartlegging av møteplasser	9
4.2	Erfaringer med seniorpolitikken.....	11
4.3	Effektindikatorer.....	22
4.4	Spredning av erfaringer	25
5.	Hva har vi lært av prosjektet?	26
	Referanser	27

Sammendrag og hovedkonklusjoner

Denne rapporten er resultat av en følgeevaluering eller underveisevaluering. Denne formen for evaluering har som formål å hjelpe til å forbedre tiltakene mens de gjennomføres og gir evaluator, og dermed oppdragsgiver, mulighet til å bidra til bedre resultater for tiltakene. Prosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital, AFI (og Fafo), KLP og NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag.

Prosjektets hovedmål var å bidra til bedre og mer målrettet seniorpolitisk innsats i store virksomheter, og dermed bidra til økt reell pensjoneringsalder.

Seniorpolitikken på St. Olavs Hospital inneholder tre typer tiltak: **Bevisstgjøringstiltak** (Opplæring av ledere, Informasjon til alle ansatte, Pensjonsinformasjon, Seniorkurs, Mentor/fadderordning, Seniorsamtaler og Sluttsamtaler); **Utviklingstiltak** (Utvikling av kompetanse, Studiepermisjon, Individuell veiledning) og **Særskilte incitamentsordninger** (60 år: 4 ekstra fridager pr. år, 62 år: 6 ekstra fridager pr. år og 65 år: 8 ekstra fridager pr. år).

Seniorpolitikken må bygge på en analyse av de faktiske forholdene som gjelder på arbeidsplassen og den bør inneholde sammensatte og tilpassede tiltak. Forankring hos toppledelsen er en viktig betingelse for at god seniorpolitikk skal opprettholdes over tid. Dette har St. Olavs Hospital tatt til følge i utformingen og forankringen av sin seniorpolitikk.

Evalueringen skulle kartlegge og prøve ut hva som var den optimale kombinasjonen av fysiske og digitale (nettbaserte) møteplasser i evaluering av seniorpolitikk i virksomheter som er så store at det ikke er mulig å samle seniorenene til erfaringsutveksling.

Kartleggingen av fysiske møteplasser var nyttig av flere grunner: Den var grunnlag for å identifisere de best egnede møtene for å spre og forankre seniorpolitikken i hele organisasjonen, den bidro til å vise omfanget av møtevirksomheten på en stor virksomhet som St. Olavs Hospital, og den demonstrerte verdien av å lage en slik oversikt, noe virksomheten ikke hadde fra før. Fordi forankring av seniorpolitikk er sentralt, så man at informasjon om seniorpolitikk måtte tas opp i styringsdialogen fra øverste leder ned til de avdelingsvise personalmøtene og inn i de faste medarbeidersamtalene. I tillegg trengte man å sikre forankring gjennom å ta opp seniorpolitikken jevnlig på arbeidsmiljøutvalgsmøter (AMU), på arbeidsutvalg (AU) for inkluderende arbeidsliv (IA) og på personalrådegivernettverket. Det var ønskelig å arbeide for å få seniorpolitikk inn på basisopplæring for ledere og i grunnopplæringen i HMS, men her konkurrerer tema med andre minst like sentrale temaer og er vanskeligere å prioritere.

I tillegg til disse møteplassene gjennomfører St. Olavs Hospital seniorkurs som del av seniorpolitikken i samarbeid med NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag. Dette seniorkurset er særlig egnet for å få grupper seniorer i tale og for å mobilisere for erfaringsutveksling om seniorpolitikk. Seniorkurset er høyt verdsatt av seniorenene på St. Olavs Hospital, men mange pekte på at dagens kapasitet på kursene er for liten til å møte behovet hos seniorer. Dette er en typisk utfordring for en stor virksomhet som St. Olavs Hospital med sine ca. 2 000 seniorer pr. i dag, - og flere i årene fremover.

Evalueringen viste at det var vanskelig å engasjere seniorenene i bruk av digitale møteplasser. Som ledd i prosjektet ble det opprettet et internt seniorpolitikknettverk, «Nettverk 55+», på intranettet. Til tross for stort påtrykk fra evaluator og gjennom seniorkursene, oppnådde man aldri den ønskede erfaringsutvekslingen på nettet. Evalueringen viste at grunnen ikke handlet om teknologiske sperrer.

Seniorene brukte i all hovedsak data til alle nødvendige gjøremål, de fleste var på Facebook og de brukte muligheten for leserinnlegg på intranettet når de hadde noe maktpåliggende å kommunisere. Dessverre opplevdes ikke seniorpolitikken som like maktpåliggende. En annen, og viktigere, begrunnelse kom også frem. Sykehuset er ikke en kontorarbeidsplass og de fleste satt ikke ved PC i arbeidstiden så sant det ikke var noe de måtte legge inn i registreringssystemene.

Som del av evalueringen ble det også gjennomført en spørreundersøkelse til senioren. Denne viste at seniorpolitikken oppleves som viktig for senioren og at de først og fremst hadde fått kjennskap til seniorpolitikken gjennom informasjon på intranettet og fra kolleger. Dette kan være et viktig signal om at intranettet fortsatt bør brukes som en sentral informasjonskanal for seniorpolitikken også etter at evalueringsperioden er avsluttet.

St. Olavs Hospital har en rekke tiltak og virkemidler i seniorpolitikken, og i all hovedsak oppleves disse som viktige og relevante. Viktigst oppleves seniordagene, pensjonsinformasjon fra KLP, informasjon om seniorpolitikken, seniorkursene og opplæring av ledere. De tiltakene flest hadde benyttet seg av var seniordager, pensjonsrådgivning individuelt med KLP, pensjonsinformasjon med KLP i gruppe, seniorkurset og kompetanseutvikling. Pensjonsrådgivning/-informasjon var mest benyttet av de eldre senioren (60+), mens kompetanseutvikling ikke viste forskjeller mellom aldersgruppene seniorer og faktisk viste størst forekomst blant de eldste senioren (65+).

Seniordagene er sentrale, både fordi de oppleves som svært viktige og fordi de er mest brukt av tiltakene. Ordningen er begrenset i form av antall dager, i motsetning til det vi finner i store deler av offentlig sektor for øvrig. Seniordagene er høyt verdsatt, med stor opplevd symbolverdi for senioren. Dagene tilbys fra 60 år, noe som understreker at det handler om verdsetting av senioren, ikke bare om å konkurrere med tidligpensjonering. I tillegg har ordningen få økonomiske kostnader i forhold til volum, siden sykehuset dekker opp ca. 90 % av uttaket (2011-tall) uten å leie inn vikarer. Samtidig påpeker lederne ved St. Olavs Hospital at det fører til økt press på avdelingene når man ikke dekker opp fraværet med vikarer, og at ordningen dermed har kostnader selv om de i mindre grad er økonomiske. Evalueringen understøtter en anbefaling av at ordningen, slik den praktiseres på St. Olavs Hospital, videreføres etter at prosjektperioden er over.

Effektdata fra virksomheten viser at avgangsalder på sykehuset (uten uføre) lå på 65,33 år i 2011. Dette er høyt på en krevende arbeidsplass som et sykehus, og det er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsalder for AFP-uttak på St. Olavs Hospital viser en svakt økende trend, selv om det er vanskelig å si noe om utviklingen på bakgrunn av et så kort tidsintervall (2009-2011). Selv om økningen er liten går utviklingen i ønsket retning.

Sykefraværet for aldersgruppen 55+ ligger noe over gjennomsnittet for St. Olavs Hospital, men interessant nok ligger sykefraværet stort sett stabilt selv om avgangsalder er økende. Det er i seg selv et resultat og viser at man ikke behøver å få økt sykefravær selv om senioren står lenger i jobb.

Alt i alt kan man konkludere med at seniorpolitikken på St. Olavs Hospital ser ut til å lykkes, både når det gjelder effekter og ansattes opplevelser.

1. Innledning

St. Olavs Hospital ønsker å være en attraktiv og god arbeidsplass. For å oppnå det er det viktig at man klarer å trekke til seg og beholde den nødvendige arbeidskraften. Stadig flere virksomheter møter utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med kompetent arbeidskraft. En nøkkel til å løse denne utfordringen er å nyttiggjøre seg eldre medarbeiders ressurser og kompetanse. Seniorene på St. Olavs Hospital har lang erfaring og kjenner sykehuset og dets utfordringer. De er en verdifull ressurs for å sikre god drift.

Prosjektets hovedmål var å bidra til bedre og mer målrettet seniorpolitisk innsats i store virksomheter, og dermed bidra til økt reell pensjoneringsalder. For å oppnå dette skulle prosjektet utvikle en modell for evaluering basert på en utprøving av hva som er den optimale kombinasjonen av fysiske og digitale møteplasser og også se på hva slags innhold og tematikk som best egner seg på de ulike møteplassene, mer bestemt hvilke nivåer og hvem som skal møtes for å diskutere hva.

Målgruppen for prosjektet er store virksomheter som arbeider med seniorpolitikk. Casevirksomheten i prosjektet, St. Olavs Hospital, har rundt 9 600 ansatte. Erfaringene fra prosjektet vil derfor særlig være relevant for helseforetakene, men har også overføringsverdi til andre typer større virksomheter i andre bransjer.

Prosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) (og Fafo), Kommunal Landspensjonskasse (KLP) og NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag. Evalueringen er hovedsakelig finansiert av KLP.

2. Seniorpolitikk på St Olavs Hospital

2.1 Om St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital er universitetssykehus og eies av Helse Midt-Norge RHF. Helseforetaket har totalt rundt 7 000 årsverk med rundt 9 600 ansatte, fordelt på ca. 77 % kvinner og 23 % menn. Årlig driftsbudsjett utgjør 7,3 mrd. kroner (pr 31.12.2010). Hovedoppgavene er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Sykehusets fire hovedoppgaver er definert i Lov om spesialisthelsetjenesten.

Kjerneverdiene til St. Olavs Hospital er helhet, likeverd, medbestemmelse og respekt. Kjerneverdiene skal ligge til grunn for møtet med brukerne, studentene, kollegene og samarbeidspartnerne. Verdiene støtter opp om Helse Midt-Norges verdigrunnlag trygghet, respekt og kvalitet. Visjonen St. Olavs Hospital strekker seg etter er "St. Olavs Hospital – en kilde til helse og utvikling".

I følge Årsrapporten for 2011 er aldersblandingen noenlunde stabil, men med en økning i antall ansatte over 56 år. Denne gruppen utgjorde i 2011 ca. 19 % av alle ansatte.

I seniorpolitikken for St. Olavs Hospital defineres aldersgruppen 55+ som seniorer. Tall fra KLP viser alderssammensetningen internt i denne gruppen, fordelt på de tre pensjonsordningene (Sykepleierordningen, Legeordningen og Fellesordningen):

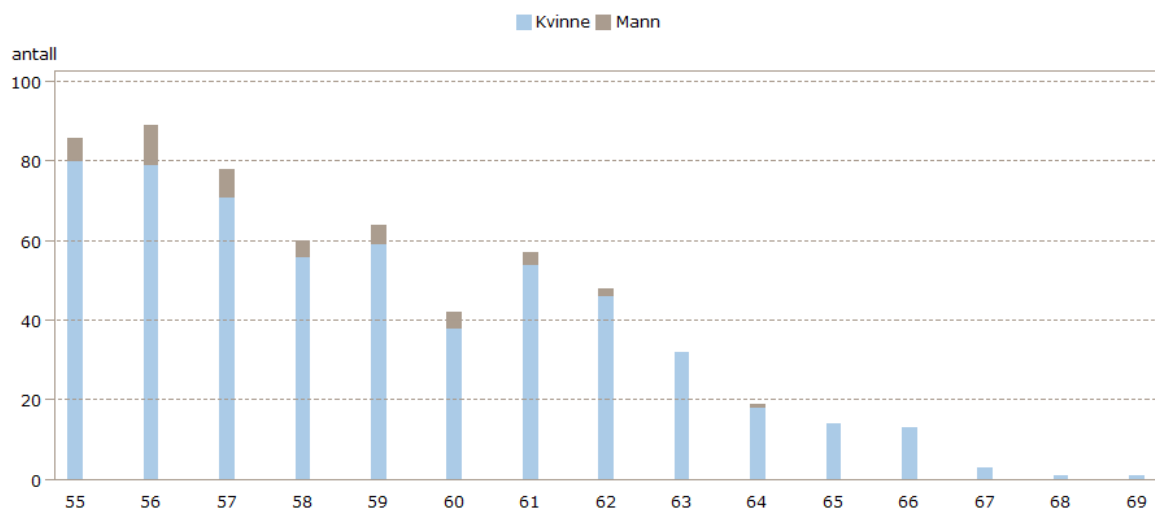


Fig. 1. Alderssammensetning blant senioren i sykepleierordningen

Legene har en svært annen alders- og kjønnsammensetning med flere menn og flere eldre:

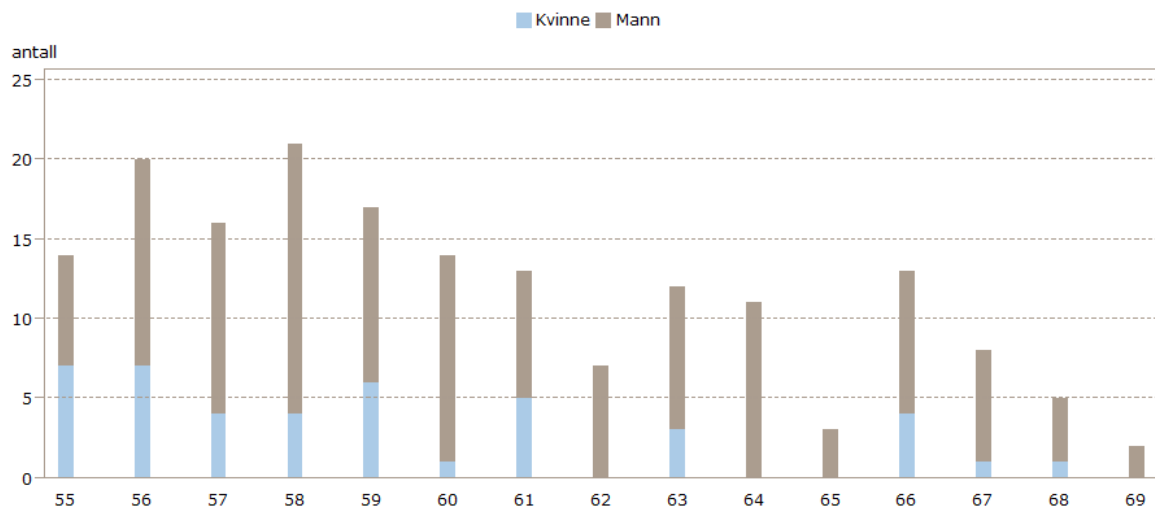


Fig. 2 Alderssammensetning blant senioren i legeordningen

Fellesordningen er KLPs felles pensjonsordning for statlige helseforetak og omfatter de gruppene ansatte som ikke inngår i de to andre ordningene.

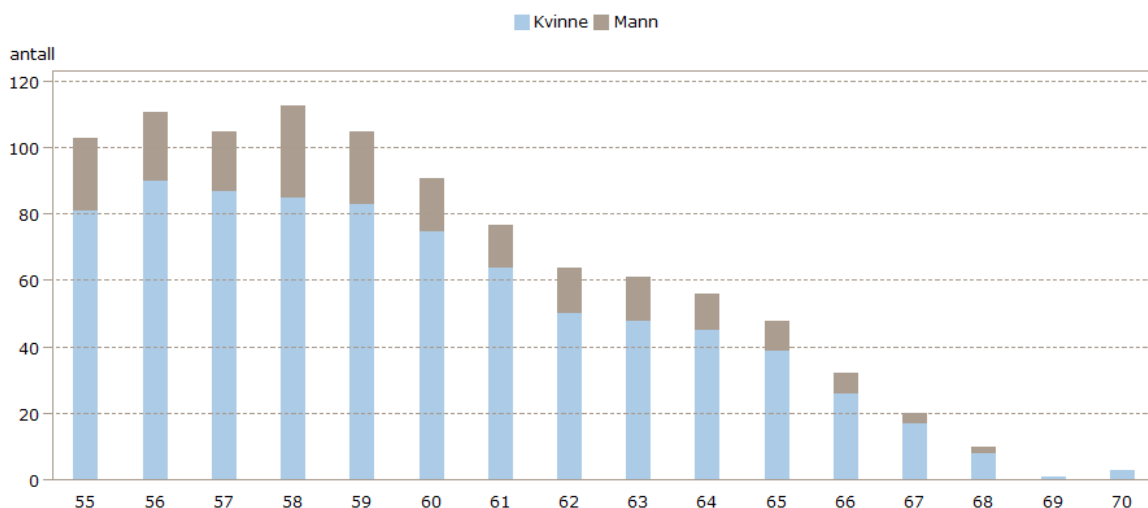


Fig. 3 Alderssammensetningen blant seniorenne i fellesordningen

Som vi ser er gruppen 55-60 stor og dette vil gi utfordringer i årene fremover etter som denne gruppen får tilgang på tidligpensjonsordningene. Seniorpolitikk handler ikke bare om å øke avgangsalder, men også om å sikre behovet for arbeidskraft og kompetanse i arbeidslivet. Med en aldrende befolkning, som i Norge, vil behovet for helsetjenester sannsynligvis øke i årene fremover og helsevesenet står dermed overfor økt bemanningsbehov. Det å beholde seniorenne som allerede er i jobb blir viktig av rent sysselsettingsmessige grunner.

2.2 Tidligere seniorpolitikk innsats på sykehuset

St. Olavs Hospital har lenge satt seniorpolitikk på dagsorden. Som et ledd i oppfølgingsarbeidet med fokus på den økonomiske situasjonen ved sykehuset, ble det våren 2005 satt ned en arbeidsgruppe for å vurdere hva som kan motivere seniormedarbeiderne til å stå lenger, dvs. velge fortsatt arbeid fremfor tidligpensjon. Innledningsvis ble det foretatt en spørreundersøkelse blant seniorer, definert som 55+ gruppen. Av tiltak som ble foreslått av seniorenne var de høyest prioriterte tiltakene ordninger som ga mer fritid/ferie og større fleksibilitet i arbeidssituasjonen. Det kom også forslag om økonomiske ordninger.

Arbeidsgruppen la frem sin sluttrapport mars 2006. De foreslo tre tiltak:

1. Økt fokus på eksisterende personalpolitiske tiltak, særlig gjennom større bevissthet om gjennomføring av medarbeidersamtaler, arbeidsmiljøundersøkelser, tilrettelegging av arbeidet, informasjon og holdningsskapende aktiviteter, kompetanseutvikling og lederrollen.
2. Nytt tiltak som prøveprosjekt ut 2008 for medarbeidere som var medlemmer av KLPs «Fellesordning» (dvs. helsepersonell som ikke inngår i Sykepleierordningen eller Legeordningen), siden AFP uttaket var størst i denne gruppen. I denne gruppen finner vi store grupper som hjelpepleiere, pleieassistenter, renholdere, portører mm i tillegg til administrativt personale. Prøveprosjektet besto av at den enkelte senior, i samråd med sin leder, kunne velge å ta ut fridager eller lønn til en verdi av kr. 22.500,- i stedet for AFP, dvs. mot avtale om å ikke ta ut AFP i samme periode. Det var en forutsetning at prøveprosjektet skulle evalueres.
3. Tiltak som den enkelte senior selv kan bidra med gjennom dialog med nærmeste leder for å tilrettelegge arbeidssituasjonen så det blir attraktivt å stå i arbeid så lenge som mulig.

På bakgrunn av innspillet fra arbeidsgruppen ble det startet et prøveprosjekt i mai 2007 som varte ut 2008. Prøveprosjektet ble evaluert internt (Evensen 2008) og konkluderte med at det hadde skjedd en positiv utvikling på tiltak 1 og 3 områdene (Økt fokus på eksisterende personalpolitiske tiltak og Tiltak som den enkelte senior selv kan bidra med gjennom dialog med nærmeste leder). I tillegg var det stor enighet om at prøveordningen burde fortsette, men burde gjelde alle ansatte uansett yrke og pensjoneringsordning. Den interne evalueringen var uklar når det gjaldt effekten av tiltak 2 (Lønn eller fridager for medlemmer i Fellesordningen). Spørsmålet om tiltaket med å gi fritid/penger hadde ført til at flere seniorer valgte å fortsette i arbeid hadde sprikende svar og det er ikke lett å slå fast hvordan det har virket på AFP-uttaket selv om det var høyt verdsatt av seniorene.

Når det gjelder økt fokus på allerede eksisterende personalpolitiske tiltak (tiltak 1) beskriver evalueringsrapporten (Ibid.: 6) en rekke områder:

Bruk av medarbeidersamtaler har økt fra 48 % i 2004, 60 % i 2006 til 66 % i 2008, målt gjennom spørsmål om man har hatt medarbeiderundersøkelse i den interne arbeidsmiljøundersøkelsen.

Svarprosenten på arbeidsmiljøundersøkelsen økte fra 64 % i 2006 til 69 % i 2008.

Sammen med NAV er det gjennomført flere opplæringstiltak, bl.a. 40-timers kurs for ledere, verneombud og personalrådgivere, kurs i sykefraværsoppfølging, virkemiddelkurs mm. Planleggingsverktøy for årsturnus gir større mulighet til å imøtekomme individuelle ønsker enn tidligere.

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid: økt samarbeid med NAV og NAV arbeidslivssenter både om bedre fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen og kompetanseoverføring til ledere og personalrådgivere. Det er også startet samarbeid med KLPs HMS-tjeneste. Arbeidsmiljøseksjonen på St. Olavs Hospital har spesielt fokusert på forebyggende tiltak som også innebærer seniorgruppen. I tillegg ble det ved omorganisering i direktørens stab opprettet en egen HMS-seksjon i Organisasjonsavdelingen.

Seniorkurs og rådgivningstjeneste om pensjon i samarbeid med KLP ble utvidet og intensivert.

Hva den enkelte selv kan bidra med (tiltak 3) har også hatt økt fokus. Gjennom informasjonsmøter og medarbeidersamtaler har man tatt opp forventningene om at også medarbeiderne selv må ta initiativ for å komme i dialog med sin leder om aktuelle seniortiltak og tilrettelegging av arbeidet for å kunne stå lenger. Interessen for denne innfallsvinkelen har økt, selv om det fortsatt var mye å hente på dette området. Økt aktivitet her forutsetter lederoppfølging og det var kommet opp ønsker om opplæring til ledere.

Det ble satt ned en partssammensatt gruppe i november 2008. Gruppen skulle utrede forslag til seniorpolitiske tiltak ved sykehuset med utgangspunkt i den vedtatte overordnede seniorpolitikken i Helse Midt-Norge. Evalueringen av prøveprosjektet inngikk i grunnlaget for dette arbeidet på St. Olavs Hospital. Hovedprinsippet for Helse Midt-Norge var å se seniormedarbeiderne som en verdsatt ressurs. Tiltak skal fokusere på holdningsskapende tiltak, tiltak som fremmer godt arbeidsmiljø, kompetansedeling og kompetanseutvikling og individuell og organisatorisk tilrettelegging av arbeidet. I den overordnede seniorpolitikken inngår *ikke* økonomiske incentiver, slik St. Olavs Hospital hadde prøvd ut i prøveprosjektet.

Den partssammensatte gruppen på St. Olavs Hospital var enige i at det er viktig med individuelt fokus, men ikke bare individuelt. Særlig tillitsvalgte var opptatt av at det skulle finnes ett tiltak som

omfattet alle i aldersgruppen. Det var ulike ønsker fra ansatte, men man ble enige om fridager som det ene felles incentivet som ble gitt alle på bakgrunn av alder, ikke individuelle behov.

2.3 Seniorpolitiske tiltak for St. Olavs Hospital - seniorpolitikken

Seniorpolitikken på St. Olavs Hospital ble vedtatt i 2010 og «skal bidra til at seniorer motiveres til lengre yrkesaktivitet og benytte denne arbeidskraften og kompetansen på best mulig måte» (ref. «Seniorpolitiske tiltak for St. Olavs Hospital»). Det slås fast at det er viktig at seniorpolitikken er forankret i alle ledd i organisasjonen, både ledere, ansatte, styre og tillitsvalgte/verneombud. Seniorpolitikken inneholder tre typer tiltak:

1. Bevisstgjøringstiltak

- Opplæring av ledere
- Informasjon til alle ansatte
- Pensjonsinformasjon
- Seniorkurs
- Mentor/fadderordning
- Seniorsamtaler (frivillig)
- Sluttsamtaler (frivillig)

2. Utviklingstiltak

- Utvikling av kompetanse (kurs mm)
- Studiepermisjon
- Individuell veiledning

3. Særskilte incitamentsordninger: (Gjeldende fra 01.01.11)

- 60 år: 4 ekstra fridager pr. år
- 62 år: 6 ekstra fridager pr. år
- 65 år: 8 ekstra fridager pr. år

2.4 Evalueringsprosjektet

Det var en forutsetning fra helseregionen at seniorpolitikken skulle evalueres. St. Olavs Hospital tok dermed initiativ til å lage et evalueringsprosjekt i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag og KLP.

I 2010 søkte man FARVE Forsøksmidler i arbeid og velferd om støtte men fikk avslag. Etter en omarbeiding av prosjektbeskrivelsen søkte man KLP og fikk støtte for 2011 (og senere også for 2012). Følgeevalueringen startet dermed ved årsskiftet 2010/2011 og sluttføres høsten 2012. Sommeren 2011 skiftet prosjektleder arbeidsplass fra AFI til Fafo, men fortsatte som prosjektleder for et prosjekt som fortsatte forankret hos AFI.

Prosjektet ble organisert med en arbeidsgruppe bestående av følgende:

- Prosjektleder: Anne Inga Hilsen AFI (fra 15.6.2011 Fafo)
- Perly Kristiansen, Kontaktperson St. Olavs Hospital

- Jon Sandvik NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag
- Håkon Hammervik OU-seksjonen St. Olavs Hospital
- Lise Dragset, Hovedtillitsvalgt NITO St. Olavs Hospital
- Anne Berit Lund, Hovedverneombud St. Olavs Hospital

I tillegg ble det opprettet en styringsgruppe bestående av følgende:

- St. Olavs Hospital organisasjonsdirektør Heidi Magnussen
- St. Olavs Hospital klinikkjef Anne-Björg Nyseter
- Helse Midt-Norge (HMN) Marte Lyng
- KLP v/Ulf Skjoldhammer og Pål Kristiansen
- Olav Burkeland, tillitsvalgt m/vara Tor Egil Ingebrigtsen

Arbeidsgruppen og prosjektleder rapporterte til styringsgruppen.

3. Evaluering og metode

Det finnes en rekke eksempler på seniorpolitiske virkemidler og tiltak, og det er gjort en rekke evalueringer av effekten av de forskjellige tilnærmingene uten at det dermed har kunnet identifiseres én metode som virker i alle sammenhenger. Tvert i mot viser evalueringene at god seniorpolitikk må ta høyde for individuelle forskjeller og derfor også må involvere de ansatte i utformingen av seniorpolitikken (Gamperiene, Hilsen og Skarpaas 2010; Midtsundstad 2006; Midtsundstad og Bogen 2011, Steinum, Hilsen & Bull 2007). Seniorpolitikken må bygge på en analyse av de faktiske forholdene som gjelder på arbeidsplassen og den bør inneholde sammensatte og tilpassede tiltak.

For å sikre at de seniorpolitiske aktivitetene og tiltakene en virksomhet setter i gang virker slike de var tenkt, er det viktig å følge opp og evaluere hvordan det fungerer i praksis.

Evaluering er en betegnelse på en rekke prosesser som har til hensikt å vurdere eller bedømme noe. Det er tre typer spørsmål som bør stilles i forbindelse med en evaluering:

1. Hva slags evaluering? Ønsker vi bare sluttresultater eller ønsker vi også å evaluere underveis?
2. Hva skal evalueres? Ønsker vi å evaluere måloppnåelse og/eller prosessen?
3. Hvem skal evaluere? Skal evalueringen foretas av interne eller eksterne evaluatore?

Evalueringemetodene man velger må også tilpasses type virksomhet. Det er forskjell på å evaluere et prosjekt i en liten, samlokalisert bedrift der man kan samle alle ansatte i arbeidstiden og evaluering i en stor virksomhet med mange tjenestesteder og ansatte som arbeider på forskjellige tider av døgnet, som tilfelle er hos et stort helseforetak som St. Olavs Hospital.

3.1 Om følgeevaluering som forskningsform

Evaluering er en systematisk måte å lære om tidligere erfaringer ved å vurdere hvor godt et tiltak virker. Det er flere måter å vurdere tiltak på og ofte er programmene og tiltakene som skal evalueres svært komplekse. Dette medfører utfordringer i forhold til å designe evalueringundersøkelsen og

kunne si noe om årsakssammenhenger (i hvilken grad tiltak har en effekt). Ideelt sett er eksperiment-designet det beste for å si noe om årsakssammenhenger (Cook et al. 2010), men dette designet er ofte utfordrende å anvende bl.a. på grunn av ressursituasjon, at det kan innebære etiske dilemmaer og at det er vanskelig å finne gode kontrollgrupper. Eksempelvis ville det være både etisk, politisk og fagforeningspolitisk uakseptabelt å tilby halvparten av seniorenene på St. Olavs Hospital ordninger som den andre halvparten ikke fikk tilgang til og så måle hvordan avgangsmønsteret varierte mellom disse to gruppene.

Tidligere evalueringsforskning handlet først og fremst om å vurdere tiltakenes effekt sett opp mot tiltakenes mål for å vurdere i hvilken grad disse ble nådd. Slik evaluering kalles summativ evaluering (Baklien 1993; Centra 1987; Dehar et al. 1993; Martin & Sanderson 1999). Evaluatorene har imidlertid i større og større grad innsett at avvik gjerne oppstår i løpet av et program- eller tiltaksforløp, altså i det som skjer etter at planer er lagt, i selve gjennomføringsfasen når beslutninger blir tatt og hendelser inntreffer (Pressman & Wildavsky 1984). Dette har medført interesse for å studere beslutninger og hendelser i selve implementeringsfasen av et tiltak. Slike former for evaluering kalles gjerne formativ evaluering eller underveisevaluering. Disse formene for evaluering har som formål å hjelpe til å forbedre tiltakene mens de gjennomføres og gir evaluatorene, og dermed oppdragsgiver, mulighet til å bidra til bedre resultater for tiltakene (Dehar et al. 1993; Ling 2007).

Det finnes mange ulike retninger innenfor evalueringsforskning og –praksis. Det finnes alt fra mer positivistiske paradigmer, dvs. objektivt sann og empirisk verifiserbar kunnskap av samme slag som den kunnskap som kom frem når naturlovene ble studert, til mer dialogbaserte og eksplorerende former for evaluering (Dehar et al. 1993; Ling 2007). Det er også mange ulike formål som evalueringen skal dekke (Chelimsky 2006; Donaldson & Lipsey 2006; Shaw et al. 2006). Det er imidlertid en bevegelse mot metoder som tar inn interessentenes synspunkter og som baseres på kommunikasjon og en bredde av forskjellige innfallsvinkler (Khakee 2003).

Innenfor prosessevaluering, eller de mer dialogbaserte formene for evaluering, finnes stor variasjon i ulike metoder, fra dialogbaserte metoder til metoder som er kvalitative (dvs. som prøver å gripe meningen et fenomen har for de involverte), kvantitative (dvs. kan tallfestes), iterative (dvs. forbedring/utvikling gjennom stadig gjentakelse) eller deltakerbaserte (dvs. kunnskapsutvikling gjennom felles læringsprosesser mellom forskeren og feltet) (Dobbs & Moore 2002; Haveri 2008; Jobin 2008; Rogers 2008; Russo & Rossi 2009; Sharkey & Sharples 2008).

Evalueringsforskningen ser altså i større og større grad verdien av formativ evalueringer med innslag av dialog og der interessentene trekkes inn på ulike måter. Det oppstår imidlertid en utfordring med å anvende disse metodene når dimensjonene på tiltakene blir store og komplekse. Ansikt til ansikt interaksjon med evaluatorene, som et dialogbasert, kvalitativt design forutsetter, blir for eksempel vanskeligere jo større enheter tiltakene omfatter, rett og slett fordi ressursene til å følge opp alle blir for begrensende.

Det er derfor behov for utvikling av nye metoder som nettopp kan ivareta styrken ved kvalitative, dialogbaserte metoder designet i stor skala. Evalueringsdesignet i følgeevalueringen av seniorpolitikken på St. Olavs Hospital er et forsøk på å utvikle metoder for evaluering i tett samarbeid med virksomheten.

3.2 Evalueringsaktiviteter

Erfaring tilsier at det ofte kan være en større utfordring å ta verktøyene i bruk, enn det er å introdusere nye verktøy og systemer for oppfølging av seniormedarbeiderne (Botnen & Hilsen 2010). En ting er hvordan ledelsen ønsker og tror at et verktøy, virkemiddel eller system blir brukt. En annen ting er hvordan det samme verktøyet, tiltaket eller systemet faktisk blir brukt og oppfattet av de ansatte. Hva som blir resultatet og effekten vil derfor i stor grad avhenge av hvordan linjeledere og ansatte tar dem i bruk. Denne erkjennelsen er utgangspunktet når vi i denne følgeevalueringen startet med å kartlegge eksisterende praksis før vi prøvde ut nye innfallsvinkler til å vurdere seniorpolitikken ved St. Olavs Hospital.

Første skritt i evalueringen var å kartlegge eksisterende fysiske og nettbaserte (digitale) møteplasser for å finne ut hvordan disse kunne egne seg for møteplasser for erfaringsutveksling og innhenting av læring om hvordan seniorpolitikken virket. På bakgrunn av denne kartleggingen skulle sentrale møteplasser velges ut og brukes i evalueringen. Avslutningsvis skulle vi også sammenligne erfaringene og opplevelsene med resultatindikatorer som avgangsmønster og pensjoneringsmønster.

Kartleggingen av fysiske og digitale møteplasser på St. Olavs Hospital ble gjennomført 1. kvartal 2011 og resultatene ble lagt frem på styringsgruppemøte i april 2011. Ut fra denne kartleggingen ble vi enige om hvilke møteplasser vi skulle konsentrere oss om for erfaringsinnhenting og utveksling på seniorpolitikkområdet. Dette arbeidet skjedde i perioden våren 2011-våren 2012. Avslutningsvis hentet vi også inn effektindikatorer som

- Gjennomsnittlig avgangsalder
- AFP-uttak (prosentandel av de som har rett til AFP som tar det ut)
- Sykefravær (fordi veien til utstøting før pensjonsalder går via sykefravær)
- Uføretrygding (som i visse tilfeller kan sees som tidligpensjonering)

Underveis i prosjektet var det regelmessige møter i arbeidsgruppen og styringsgruppen der erfaringer ble diskutert og videre aktiviteter ble avklart. Ut fra erfaringene med utprøvingen kom man også frem til at det ville være hensiktsmessig å supplere andre data med en spørreundersøkelse til alle seniorer (55+) på St. Olavs Hospital. Denne ble gjennomført våren 2012

Formidling av erfaringer, læring og resultater skjedde løpende i evalueringsperioden. Prosjektet har vektlagt formidlingsaktiviteter. Det er et stort informasjonsbehov i helsesektoren og i arbeidslivet for øvrig om hvordan man kan snu utviklingen fra tidligavgang til lengre yrkeskarrierer og senere avgang. Gjennom ett tett samarbeid med NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag og KLP som sentrale samarbeidspartner var målet at resultatene fra prosjektet også skulle kunne formidles videre til rådgivere i NAV Arbeidslivsentene, til andre virksomheter som har KLP som pensjonsleverandør og til ledere og tillitsvalgte i norsk arbeidsliv for øvrig.

4. Resultater

I dette kapitlet presenteres først resultatene fra kartleggingen, deretter erfaringene med evalueringsmetoden, resultatene på de valgte effektindikatorene og avslutningsvis sies det kort noe om formidling av erfaringer fra prosjektet.

4.1 Kartlegging av møteplasser

Hensikten med kartleggingen var å kartlegge hva som finnes av **fysiske** og **digitale møteplasser** i dag, hvordan disse brukes disse og av hvem.

Innledningsvis kartla og beskrev arbeidsgruppen alle **systematiske møter** (dvs. møter som har faste deltakere, mandat og møtefrekvens) på St. Olavs Hospital. Dette ble satt opp i et samlet matrise-skjema der man identifiserte hva slags møte, på hvilket nivå, antall deltagere og hvem som hadde ansvaret møtene. Det samme ble gjort i forhold til **utvalg/faste grupper og nettverk** og i forhold til systematisk **opplæring, kurs og seminar**. Denne matrisen ble så lagt frem for styringsgruppen og diskutert.

Totalt inneholdt matrisen 36 systematiske møter på alle nivåer fra helseregionen (HMN) til avdelings og seksjonsnivå og med hyppighet fra ukentlig til 1 gang i året. I tillegg kom 34 utvalg/faste grupper/-nettverk fra arbeidsgiverutvalg, AMU, forhandlingsutvalg, personalrådgivernettsverk til Husråd og parkeringsutvalg. I tillegg kom en varierende mengde kurs og opplæringsaktiviteter.

Interessant nok er dette en matrise som ikke fantes før arbeidsgruppen satte den opp, selv om det ble klart at den hadde flere nyttige bruksområder. Noen av reaksjonene fra sykehuset var at det fantes overlappende møter der de sammen deltagerne møttes for å diskutere omtrent de samme tema med litt forskjellige overskrifter. Som en sa: dette er minst tre ganger for mange møter! Det viste seg også å være nyttig å ha matrisen for å kunne finne de riktige møteplassene når forskjellige temaer, som i vårt tilfelle seniorpolitikk, skulle settes på dagsorden på alle nivåer. Siden matrisen var på papir var den både uforholdsmessig stor og vanskelig å vedlikeholde, men man så nytten av en slik oversikt uansett format.

Som vi ser av bildet under, er matrisen laget enkelt i et regneark, skrevet ut og limt sammen for å gi den samlede oversikten. Det finnes sikkert mer sofistikerte programmer for å lage en slik oversikt, men denne har fordelen av å være enkel og selvforklarende for de som skal fylle inn, og bruke programmer virksomheten allerede har og bruker.

Seniorkursene i samarbeid med NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag ble startet opp omtrent samtidig som evalueringen startet i 2010/2011. Evaluator fikk delta på disse kursene, noe som ga en god anledning til å bruke denne møteplassen til å få seniorenene i tale. Seniorkursene gikk over 2 + 1 + 1 dag, der den første to-dagers samlingen ble lagt til et hotell ikke alt for langt fra Trondheim. De to éndagssamlingene ble holdt i møtelokaler på St. Olavs Hospital. Kurset gjennomføres halvårlig og har plass til ca. 40 seniorer (55+) pr. kurs. Tema på kurset er seniorpolitikk, motivasjon, pensjonsinformasjon og arbeidsmiljøtemaer. Ledelsen v/organisasjonsdirektøren og tillitsvalgte v/foretakstillitsvalgt NITO deltar og snakker om seniorpolitiske tiltak på St. Olavs Hospital. Kurset finansieres av St. Olavs Hospital og avtales for ett budsjettår av gangen. Ved evalueringens slutt er det klart at kurset videreføres i hvert fall ut 2012.

Av **digitale møteplasser** er det særlig inter- og intranettet som ble gjennomgått av arbeidsgruppen. Seniorpolitikken var ikke omtalt på St. Olavs Hospitals åpne internettsider på det tidspunktet eller i årsmeldingene som ligger åpent ute. Dette har forandret seg gjennom prosjektet, og ikke minst i forbindelse med at sykehuset fikk Årets seniorinitiativ pris i 2011.

For evalueringens behov for erfaringsutveksling om seniorpolitikk var den mest sentrale digitale møteplassen på sykehuset intranettet Kilden. Kilden er ikke tilgjengelig for omverden og er dermed sykehusets egen kanal for kommunikasjon internt. Man kunne forvente at seniorpolitikk var et tema her siden sykehuset hadde arbeidet med tema i flere år og nylig vedtatt seniorpolitikk med tiltak på flere nivåer. Gjennomgangen av bruk av Kilden på det tidspunktet viste at seniorpolitikk ikke var et tema der og det fantes heller ikke noen leserinnlegg om seniorpolitikk på Kilden.

Arbeidsgruppen og styringsgruppen ble enige om at det skulle opprettes et internt seniorpolitikknettverk «Nettverk 55+» på Kilden og at vi skulle bruke seniorkurset for å demonstrere bruken av nettstedet og samle inn erfaringer.

4.2 Erfaringer med seniorpolitikken

Bruk av digitale møteplasser

Mange virksomheter jobber med seniorpolitikk for tiden og innsatsen evalueres, men seniorpolitikken evalueres på ulike måter. På store arbeidsplasser blir det vanskelig å samle alle. Kvalitative innfallsvinkler blir også en større utfordring. Derfor ønsket vi å prøve ut om evalueringen kunne bruke digitale møteplasser og dialog i evalueringen. En slik modell med digitale og fysiske møteplasser skulle kunne brukes av virksomhetene selv og gi kunnskap om effekten av seniorpolitiske tiltak og virkemidler.

Grunnen til at vi ønsket å gjøre det på denne måten var erfaringene fra evaluering av seniorpolitikkprosjektet på Sykehuset Telemark Helseforetak, der vi opplevde hvordan møteplasser for erfaringsutveksling, som opprinnelig var en del av evalueringsdesignet, i seg selv ble et virkemiddel for å oppnå målene i prosjektet (Botnen og Hilsen 2010). Erfaringene fra Telemark demonstrerte betydningen av møteplasser for innhenting og deling av deltakernes erfaring i å håndtere seniorpolitiske dilemma. Det ser ut til at disse møteplassene bidro til at deltakerne begynte å tenke annerledes om feltet. Som beskrevet i rapporten (Botnen og Hilsen 2010: 31-33):

”Ressursgruppen seniorer og gruppen ledere som møttes jevnlig (henholdsvis 4 og 2-3 ganger i året) underveis i prosjektet inngikk som et virkemiddel i følgeevalueringen. Når samme menneskene møtes til systematiske diskusjoner over et tema over flere år utvikler samtalen seg underveis. Møteplassene kan fylle flere funksjoner, og gruppediskusjonene i seniorprosjektet bidro både til å avstemme forventninger i prosjektet, til å generere nye temaer som i utgangspunktet ikke inngikk i prosjektet og til å gi deltakerne rom for refleksjon i en travel hverdag.”

Seniorpolitikk er en form for organisasjonslæring, og forutsetter organisering av rom for refleksjon over praksis. Når virksomheten er så stor som St. Olavs Hospital kan man ikke samle seniorenne fysisk, så vi ønsket å prøve ut hvordan det virket å samle dem på digitale møteplasser.



Hovedhensikten med prosjektet var, gjennom evaluering av seniorpolitikken på St. Olavs Hospital, å prøve ut systematisk bruk av møteplassene for erfaringsinnhenting og utveksling på seniorpolitikkområdet for å lære hvordan man best kan evaluere seniorpolitikkarbeidet i store virksomheter som St. Olavs Hospital. Overføringsverdien fra prosjektet handler om evalueringsmetoden og bruk av nettet til erfaringsinnhenting på seniorpolitikkområdet, ikke bare læringen fra seniorpolitikkarbeidet på St. Olavs Hospital.

En seiglivet fordom sier at seniorer og ny teknologi ikke går sammen. Seniorpolitisk barometer, en årlig survey gjennomført av Synovate på oppdrag fra Senter for seniorpolitikk, viser at den hyppigst forekommende formen for diskriminering nettopp handler om dette området. 56 % av norske ledere sier seg enige i at «yngre arbeidstagere foretrekkes når ny teknologi eller arbeidsmåter skal innføres» (Dalen 2011). Heldigvis har det vært en positiv utvikling på området siden undersøkelsen første gang ble gjennomført i 2003, men negative holdninger på dette området henger fortsatt igjen.

Nå skal det sies at teknologien ikke er så veldig ny lenger og dagens yrkesaktive seniorer (særlig definert som 55+) har stort sett fulgt innføringen av teknologien fra starten av og burde ikke være ukjente med den. Vi ønsket å prøve ut dette og se om tiden var inne for å bruke digitale møteplasser også for å få seniorenne i tale. Siden kartleggingen av eksisterende digitale møteplasser viste at det ikke var noe egnet elektronisk forum for seniorpolitikken, ble Nettverk 55+ opprette på intranettet Kilden. Det ble lagt ut en del informasjon der, særlig om seniorkursene, og vi tok i bruk Nettverk 55+ for å legge ut oppgaver og levere inn besvarelser som inngikk i seniorkurset. Rådgiver fra St. Olavs Hospital og evaluator presenterte nettverket på et seniorkurs våren 2011 og det ble sagt at hensikten var å legge ut evalueringsspørsmål på nettverket med rom for innspill, spørsmål og erfaringer, og å gjøre mulig erfaringsutveksling mellom seniorer og synliggjøre seniorpolitikkarbeidet på St. Olavs Hospital, for slik å teste ut hvordan digitale møteplasser kan brukes i evalueringer.

Siden seniorkurset består av tre samlinger (2+1+1) er det lagt opp til hjemmeoppgaver mellom samlingene.

En av hjemmeoppgavene så slik ut:



"HJEMMEOPPGAVE" MELLOMPERIODE 1.

Vi håper du/dere kan få til noe refleksjon/diskusjon på egen arbeidsplass omkring disse spørsmålene:

1: *Hvilke muligheter og hvilke utfordringer kan en mer fleksibel pensjonsordning bety for meg, mine kolleger og ledere på min arbeidsplass?*

På første samling gav vi et innblikk i bakgrunnen for Pensjonsreformen og en del av de endringene som ny alderspensjon i Folketrygden fører med seg. Et av hovedmålene med nyordningen er å skape en fleksibel pensjonsordning som kan stimulere til å stå lengre i jobb.

Noen stikkord: turnus og skiftordninger, delstillinger, planlegging av ferie og fritid, rekrutteringspraksis, forutsigbarhet

2: *Hvordan kan jeg bidra til å styrke stay-faktorene på min arbeidsplass?*
(Stay – eller "lyst"-faktorene er de kreftene som gjør at du ønsker å være i jobb)

Bruk din leder og dine kollegaer for å skape fruktbare diskusjoner.

Lykke til ☺

Vi ønsker å høre hvordan det gikk når vi møtes igjen.

Hilsen Elisabeth, Magda, Bjørg og Jon

Deltagerne fikk beskjed om legge inn besvarelser på Nettverk 55+, enten hver for seg eller som fellesbesvarelser der flere gikk sammen. På neste samling ble det så tatt opp hvordan det hadde gått og erfaringene med å levere besvarelser på denne måten. Vi fikk få svar, men i all hovedsak var svarene fellesbesvarelser fra grupper seniorer som hadde gått sammen. Det ble også tatt bilder på samlingen som ble lagt ut, og man håpet at mange skulle ha lyst til å se på disse og dermed bruke sidene. Selv om mange hadde vært innom sidene for å se på det som lå der, ble det ikke den ønskede aktiviteten der. Seniorkurset ble brukt til å følge opp erfaringene med nettstedet også på siste samlingen. Det samme ble gjentatt for de neste to rundene med seniorkurs høsten 2011, og våren 2012.

Til tross for fokus og gjentatte oppfordringer var aktiviteten på sidene lav. Sidene blir lest, men svært få seniorer legger inn noe. Siden dette var en sentral utprøving i prosjektet var vi opptatt av å finne ut hvorfor det ikke virket. Derfor ble dette diskutert på siste dag av de tre seniorkursene, der Nettverk 55+ var tatt i bruk. I følge deltagerne handlet det ikke om teknologiske sperrer. Seniorene brukte i all hovedsak data til alle nødvendige gjøremål, de fleste var på Facebook og de brukte muligheten for leserinnlegg på intranettet (Kilden) når de hadde noe maktpåliggende å kommunisere. Dessverre opplevdes ikke seniorpolitikken som maktpåliggende. Selv om de var engasjerte, var det ikke noe man følte for å gå på nettet med. En annen, og viktigere, begrunnelse kom frem. Sykehuset er ikke en kontorarbeidsplass og de fleste satt ikke ved PC i arbeidstiden så sant det ikke var noe de

måtte legge inn i registreringssystemene. PCer er stort sett felles (på vaktrommet) og man har hverken eget kontor eller egen PC å arbeide ved. Dermed blir ikke PC en naturlig kommunikasjonskanal på samme måte som for kontorpersonalet.

En annen mulig begrensning ved den teknologiske løsningen, er at Nettverk 55+ ikke muliggjør samtidig dialog (det som kalles synkron teknologi). Det er vanlig å skille mellom teknologiske løsninger som tillater synkron eller asynkron dialog (Tømte 2005). Mens chat funksjoner og lignende gjør det mulig å føre en synkron samtale på nettet, krever nettverk som Nettverk 55+ at man legger inn sine ting så andre kan lese dem når de vil. Selv om det er mulig å kommentere innleggene på Nettverk 55+, er det ikke mulig å diskutere direkte. I tillegg blir teksten liggende til noen (ansvarlig for sidene) aktivt sletter det. Dette kan også ha vært med på å minske lysten til å utveksle erfaringer på nettstedet.

I etterkant ser vi at vi kunne ha prøvd ut andre sosiale medier, som Facebook, i tillegg, men det tok tid å etablere bruken av Nettverk 55+. I evalueringen var det også ønskelig å bruke en side som lå på intranettet siden det ga en type «privatliv» for de som kommuniserte der. Nettverk 55+ videreføres utover evalueringsperioden, og seniorkursene kommer til å fortsette å bruke dem så lenge de videreføres i nåværende form. Nettverket er en bra kanal for å synliggjøre seniorpolitikken på St. Olavs Hospital, og jo lenger det eksisterer jo mer innarbeidet blir det som kunnskapskilde for seniorpolitikk. Det fyller en funksjon i seniorpolitikkarbeidet på sykehuset, selv om det ikke fyller den funksjonen vi håpet på i evalueringen.

Spørreskjemaundersøkelse til alle seniorer

Siden det ikke lot seg gjøre å bruke digitale møteplasser til evalueringen på den måten vi hadde håpet, ble arbeidsgruppen og styringsgruppen enige om å supplere erfaringsinnsamlingen med en survey til alle seniorer (55+) på St. Olavs Hospital. Denne ble gjennomført våren 2012, oppsummert og meldt tilbake til styringsgruppen juni 2012.

Spørreundersøkelse fikk 933 svar. Det er ca. 2 000 seniorer på St. Olavs Hospital, så omtrent halvparten svarte. Gitt at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at den ble gjennomført elektronisk ved hjelp av Questback, er antall akseptabelt. I en lignende undersøkelse, som del av evaluering på et annet helseforetak, fikk man 32 % svar (Hilsen 2012). Som tidligere påpekt er ikke sykehus en skjermarbeidsplass og det er dermed mer krevende å gjennomføre elektroniske undersøkelser når ansatte ikke sitter ved PC store deler av arbeidstiden.

Aldersfordeling blant de som svarte:

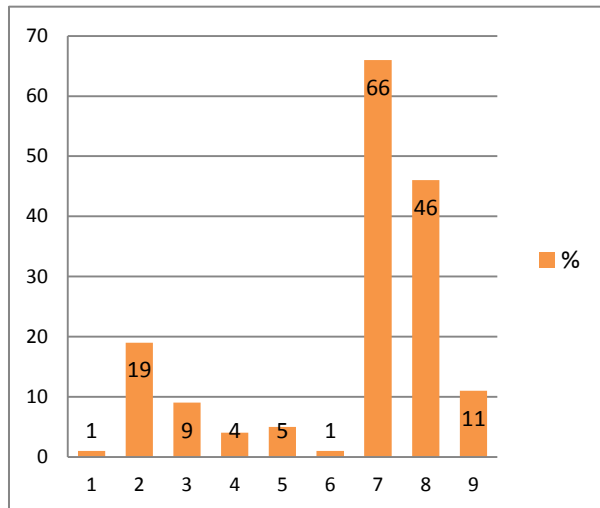
55 – 59 år:	56 %
60 – 61 år:	17 %
62 – 64 år:	19 %
65 eller eldre:	9 %

Fordelingen av ledere og medarbeidere blant de som svarte er:

Leder:	17 %
Medarbeidere:	83 %

Innledende spurte vi om hvor viktig eller uviktig man opplevde seniorpolitikken på St. Olavs Hospital, og de aller fleste (96 %) mente seniorpolitikk var viktig (fordelt på 61 % svært viktig og 35 % viktig). Vi var også opptatt av hvordan de kjente til seniorpolitikken.

Spm. «Hvordan kjenner du til seniorpolitikken på St. Olavs Hospital?»



1. Deltar i arbeidsgruppe/-styringsgruppe for prosjektet
2. Deltatt på seniorkurs i regi av helseforetaket og NAV arbeidslivssenter Sør-Trøndelag
3. På klinikkvise møter
4. På infomøter om prosjektet
5. Hørt om det fra tillitsvalgte / verneombud
6. Deltatt på idédugnad i prosjektet
7. Lest om det på Kilden
8. Hørt om det fra kolleger
9. Kjenner ikke til prosjektet

Som vi ser virker informasjon på nett best (66 %). Det betyr at nettet er en viktig informasjonskanal, selv om vi ikke har klart å engasjere seniorenne til å dele erfaringer på Nettverk 55+. Det er også et godt argument for at Nettverk 55+ bør videreføres utover prosjektperioden. Samtidig ser vi at deltakelse på seniorkurs virker bedre. Selv om det bare er 19 % som har svart dette, utgjør det 173 personer og det er flere enn det hadde vært deltakere på kursene på det tidspunktet. I et senere spørsmål spør vi om hvilke av seniorpolitikktiltakene man har benyttet og her svarer 115 personer at de har deltatt på seniorkurs. Dette antallet stemmer bedre med antall deltagere på det tidspunktet (før våren 2012-kurset var startet). Dermed kan man tenke at en del av de som har svart har forholdt seg til det overordnede spørsmålet «hvordan kjenner du til seniorpolitikken...», og har hørt om det selv om de ikke har deltatt. Kursene har hatt stor søkning siden første kurs og mange har søkt uten å ha kommet med. Disse kjenner jo til kurset, selv om de ikke har deltatt ennå.

Kjernen i spørreundersøkelsen er hvordan seniorpolitikken oppleves. Vi tok derfor utgangspunkt i listen over seniorpolitikk tiltak på St. Olavs Hospital:

1. Bevisstgjøringstiltak

- Opplæring av ledere
- Informasjon til alle ansatte
- Pensjonsinformasjon
- Seniorkurs
- Mentor/fadderordning
- Seniorsamtaler (frivillig)
- Sluttsamtaler (frivillig)

2. Utviklingstiltak

- Utvikling av kompetanse (kurs mm)
- Studiepermisjon
- Individuell veiledning

3. Særskilte incitamentsordninger:

- 60 år: 4 ekstra fridager pr. år
- 62 år: 6 ekstra fridager pr. år
- 65 år: 8 ekstra fridager pr. år

I forhold til hvert enkelt tiltak stilte vi følgende spørsmål: «Hvor viktig eller uviktig synes du følgende tiltak er for at du skal stå lengre i jobb?».

De fleste tiltakene oppleves som viktige. Vi har derfor konsentrert oss om kategoriene «svært viktig» og «viktig» i forhold til svarkategorien «verken viktig eller uviktig», siden nesten ingen mente at noen av tiltakene var lite viktige.

De tiltakene flest synes er viktig («svært viktig» eller «viktig») er:

Tiltak	«Svært viktig»	«Viktig»
Seniordagene	66 %	29 %
Pensjonsinformasjon fra KLP	57 %	37 %
Informasjon til alle ansatte	47 %	42 %
Seniorkurs m NAV	42 %	40 %
Opplæring av ledere	38 %	42 %

Når det gjelder seniorkurset opplevdes det viktigere for de som har vært på det enn for de som ikke hadde deltatt ennå (56 % «svært viktig» /34 % «viktig» av deltagerne mot 34 % «svært viktig»/42 % «viktig» av de som ikke har deltatt).

På samme måten kan vi se på de tiltakene flest synes ikke er så viktig («verken viktig eller uviktig»):

Tiltak	«Verken viktig eller uviktig»
Mentor/fadderordning *	50 %
Karriererådgivning gjennom Arbeidsmiljøseksjonen	37 %
Sluttsamtaler (frivillig)	32 %
Studiepermisjon	28 %
Seniorsamtaler (frivillig)	24 %

* Mentor/fadderordninger er det eneste tiltaket som over 10 % ikke synes er viktig (21 % svarer at det er lite viktig).

Dette kan tolkes som at seniorpolitiske tiltak på St. Olavs Hospital er målrettet og treffer seniorenenes ønsker og behov. Det er lite som ikke er viktig, og typisk gjelder dette tiltak som få benytter seg av eller har behov for å benytte seg av. De kan allikevel være viktige å beholde selv om de ikke har like stor målgruppe som de øvrige tiltakene.

Vi spurte også om man hadde benyttet tiltakene selv, og her ser vi samme mønsteret reflektert. De mest brukte tiltakene er også de seniorenene mente var viktigst.

Mest brukte tiltak:

Seniordager (60 %)

Pensjonsrådgivning individuelt med KLP (19 %)

Pensjonsinformasjon KLP i gruppe (16 %)

Seniorkurs med NAV & St. Olavs Hospital (12 %)

Kompetanseutvikling (10 %)

Seniordagene er forbeholdt forskjellige aldersgrupper og bruken reflekterer selvsagt dette, dvs. de som har rett til det bruker dagene, og de som ikke har rett til det svarer at de ikke har brukt tiltaket. Når det gjelder pensjonsrådgivning fra KLP, både individuelt og i gruppe, så viser det økende bruk med økende alder. Det er svært få under 60 som har benyttet seg av disse tilbudene (ca. 5-6 %), mens bruken øker til nær halvparten (48 %) av de eldste (65 år eller eldre) har hatt individuell pensjonsrådgivning med KLP. Omtrent en tredjedel (32 %) av 65+ har deltatt på pensjonsrådgivning i gruppe. Selv om pensjonsalder nok oppleves lengre unna for de yngste seniorene, kunne flere av 55 – 59 åringene hatt nytte av pensjonsrådgivning tidlig for å kunne planlegge senkarrieren bedre mens det ennå er mange år igjen. Forskning viser betydningen av å begynne tidlig og tenke forebyggende når det gjelder seniorpolitikk (Hilsen & Salomon 2010).

Seniorkursene er populære og oppleves som viktige, og de er i hovedsak begrenset av kapasitet på kursene. Søkningen viser at omtrent tre ganger så mange søker som kursene kan ta opp. Det betyr også at det er skapt forventninger hos de som ennå ikke har kommet med, og det blir dermed viktig hvordan man ivaretar disse forventningene når prosjektperioden avsluttes.

Det er interessant at bruken av kompetanseutvikling i liten grad varierer mellom aldersgruppene, og faktisk er høyest (14 %) blant de som er 65 år eller eldre.

Det er også verdt å legge merke til at de kollektive tiltakene brukes mest. Man kan stille spørsmål om det er lettere for seniorene å etterspørre kollektive tiltak og at det også er lettere for lederne å tilby dette? Seniorpolitikken skal jo være individuelt tilpasset og treffsikker i forhold til den enkeltes situasjon, og da er det viktig at lederne diskuterer behovet for disse tiltakene med sine seniormedarbeidere.

Seniordagene er sentrale, både fordi de oppleves som viktige og fordi de er mest brukt av tiltakene. Vi skal derfor gå litt nærmere inn på dette tiltaket. Generelt kan vi si at det er minst viktig for de eldste (58 % svært viktig), det er minst viktig for legene (45 % svært viktig, 40 % viktig og 11 % verken/eller) og det er viktigere for medarbeidere (68 % svært viktig / 27 % viktig) enn ledere (53 % svært viktig / 35 % viktig).

Når vi ser på bruken varierer den også mellom aldersgruppene og mellom stillingsgrupper:

4 dager fra 60 år:

72 % av 60-61 åringene har brukt det (dvs. 28 % svarer at de ikke har benyttet det selv om de har rett til det). Blant 60-61 åringene bruker legene det minst (67 % har ikke benyttet det). Det er liten forskjell mellom ledere og ansatte.

6 dager fra 62 år:

72 % av 62-64 åringene har brukt det (dvs. 28 % svarer nei). Bruken varierer med stillingstype: 56 % av legene har brukt det, 69 % av sykepleierne og 76 % av kategorien «annet»¹. Det varierer også med lederansvar eller ikke (87 % ledere og 69 % ansatt).

8 dager fra 65 år:

65 % av 65+ åringene har brukt det (dvs. 35 % svarer nei). Leger bruker det mest (78 %), sykepleiere minst 47 % (65 % annet). Ledere bruker det mest (80 %) i forhold til ansatte (62 %).

¹ Som tilsvarer «Fellesordningen» i pensjonssystemet.

Lederes uttak av seniordager er uventet, siden man ofte hører at ledere ikke har tid til å benytte slike tiltak. Er det slik at lederne på St. Olavs Hospital er bedre til å benytte mulighetene eller er det slik at ledere som holder ut i lederstilling til over 62 års alder har særlig stort behov for restitusjon? Uansett er dette et interessant funn.

Oppsummeringsvis kan vi si at seniordagene på St. Olavs Hospital er et begrenset tilbud all den tid det gjelder få dager. I en seniorpolitikkssurvey fra 2010 (Midtsundstad & Bogen 2011) svarer 32 % av de offentlige virksomhetene at de har ordning med ekstra ferie og fridager for å stimulere eldre over 62 år til å stå lenger i arbeid. Omtrent halvparten av de som har ekstra fridager for senioren har fra en til ni dager ekstra fri, 27 % tilbyr fra 10 til 20 dager. Forskerne konkluderer med at det vanligste er å tilby 8 til 14 dager ekstra (Ibid.: 99). I den sammenhengen skiller tiltaket på St. Olavs Hospital seg ut på to måter: det gjelder et begrenset antall dager og det tilbys senioren fra 60 år. Når sykehuset tilbyr dette til alle fra 60 år er det et klart signal om at man ser det som et motivasjonstiltak, ikke bare som et sparetiltak i forhold til redusert AFP-uttak².

Selv om tiltaket er omfangsmessig begrenset, skiller det seg klart ut som det mest populære tiltaket i seniorpolitikken. I samtalene på seniorkurset fremheves det også som svært viktig for å føle seg verdsatt, som en ekstra påskjønnelse fra sykehuset. Samtidig er det interessant at bruken av seniordagene varierer mellom gruppene seniorer. Bruken varierer noe med alder. Dette kan henge sammen med stillingsandel uten at vi kan si det ut fra denne undersøkelsen. Legene bruker det mer med økende alder, men syns ikke det er så viktig. I tillegg bruker ledere det mer enn medarbeidere fra 62 års alder.

Det er også verdt å se på kostnadene ved uttak av seniordagene, siden det er en ordning som gjelder også for arbeidstakere som ennå ikke kan gå av med pensjon (dvs. ordningen gjelder de over 60 år). En gjennomgang av uttaket av fridager i 2011 viser at bruken varierer mellom avdelingene bl.a. avhengig av alderssammensetningen. Det er også svært varierende praksis med innleie av vikarer for å dekke opp vaktene. I 2012 ble det totalt avvirket 2 252 vakter med koden «seniordager» i 2011 (dvs. de definerte fridagene for seniorer fra 60 år), og av disse ble 239 dager dekket med innleie av vikarer, dvs. 10,6 %. Kostnaden ved vikarbruk i forbindelse med uttak av seniordager kan beregnes:

Gjennomsnittberegnet lønn i 2009 inkl. alle avgifter	1 986,00
ca. 7,7 % økning ³	2 140,00
Totalt kostnader til innleie	511 460,00

(Beregning fra St. Olavs Hospital)

Bruken av innleie varierer fra maksimalt 75 % ned til 0. Bare 7 av 27 avdelinger lå på over 20 % og disse fordelte seg på 23,8 %, 29,8 %, 30,1 %, 31,7 %, 39,1 %, 42,4 % og 75 %. 10 avdelinger hadde ikke brukt innleie til å dekke opp seniordagene.

Det betyr at selv om ordningen medfører kostnader er allikevel største delen av seniordagene dekket opp uten ekstra kostnader for sykehuset. Samtidig ble det påpekt av ledergruppen at kostnadene for avdelingen ikke bare var økonomiske, men kunne oppleves i form av økt belastning på med-

² Helseforetaket belastes utgifter til AFP fra pensjonsleverandøren (KLP), og redusert AFP-uttak betyr lavere utgifter.

³ Gjennomsnittlig lønnsøkning fra første gang man beregnet beløpet i 2009 og til og med 2011.

arbeiderne når man skulle dekke opp fraværet med så liten bruk av vikarer som mulig. Alderssammensetningen på sykehuset, se kap. 2, viser at antallet seniorer som blir 60 år eller eldre og dermed vil få rett til dagene, være høyere de neste fem åren, så press på ordningen kan øke i takt med større uttak av fridager.

Samtidig er det viktig å se at det er kjennetegn ved ordningen som understøtter en anbefaling om at ordningen bør videreføres: Begrenset ordning i form av antall dager, som er høyt verdsatt, med stor opplevd symbolverdi, og med få økonomiske kostnader i forhold til volum.

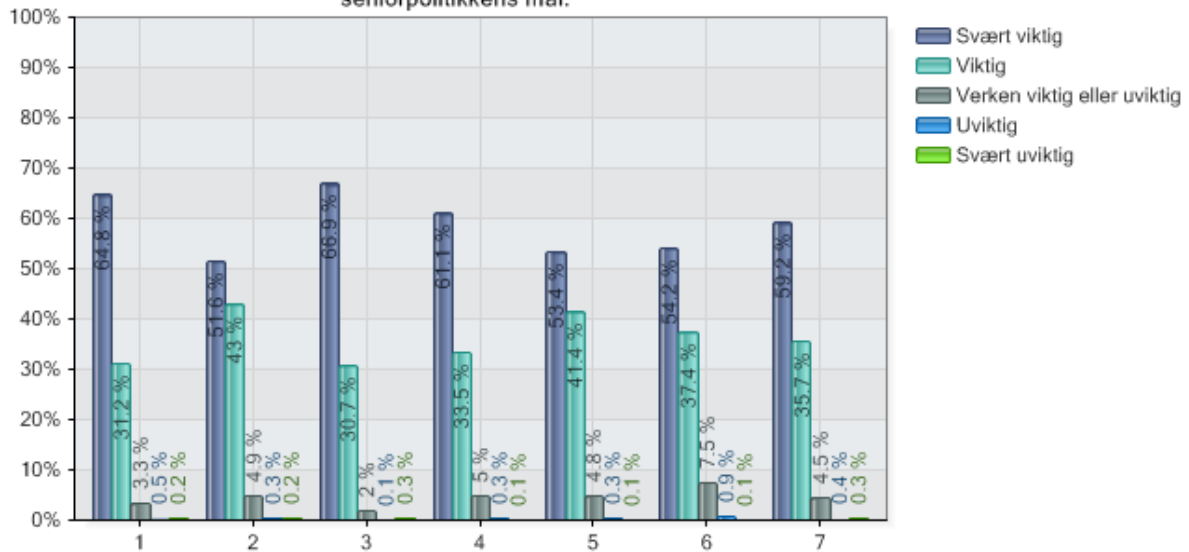
Tilrettelegging ved behov er en del av den generelle personalpolitikken, og ikke et seniorpolitisk tiltak. Krav til tilrettelegging er hjemlet i arbeidsmiljøloven og gjelder alle arbeidstakere ved behov. Allikevel er det også viktig for seniorer, og vi ønsket å høre hva slags tilretteleggingstiltak som ble diskutert mellom leder og senior. Vi tok dermed utgangspunkt i den faste medarbeidersamtalen og spurte hvilke av en rekke mulige typer tilretteleggingstiltak som var tatt opp i samtalen. Her kunne man krysse av for alle aktuelle tiltak. Svarene viser at en rekke tiltak har vært berørt:

Temaer som er tatt opp	Prosent som har svart «ja» (N=933)
Arbeidsoppgaver	33 %
Arbeidsmengde/tyngde	31 %
Kompetanseutvikling	26 %
Arbeidstidsordning/turnus	22 %
Mer/mindre ansvar	20 %

Det er positivt å se at også seniorer snakker om kompetanseutvikling i medarbeidersamtalene, selv om vi jo ikke vet hva de konkret tok opp. Det er kanskje også overraskende at så få som 22 % hadde tatt opp arbeidstidsordning/turnus, all den tid det er en av de mest fremførte grunnene til at seniorenne sliter med å jobbe til pensjonsalder i andre sammenhenger. Ett av de mest oppsiktsvekkende resultatene fremgår ikke av tabellen over: omtrent 28 % av alle som svarte sa at de ikke hadde hatt slike samtaler. Hvis 28 % av seniorenne ikke har hatt medarbeidersamtale er det et klart forbedringspotensial for sykehuset og en klar lederutfordring. Kjernen i seniorpolitikken er god personalpolitikk, og da er det viktig at medarbeidersamtalen brukes som et oppfølgingsverktøy overfor seniorenne.

Spørreundersøkelsen hadde også to spørsmål om hva man mente var viktig for å oppnå seniorpolitikens mål og hvordan det lå an på disse områdene i dag.

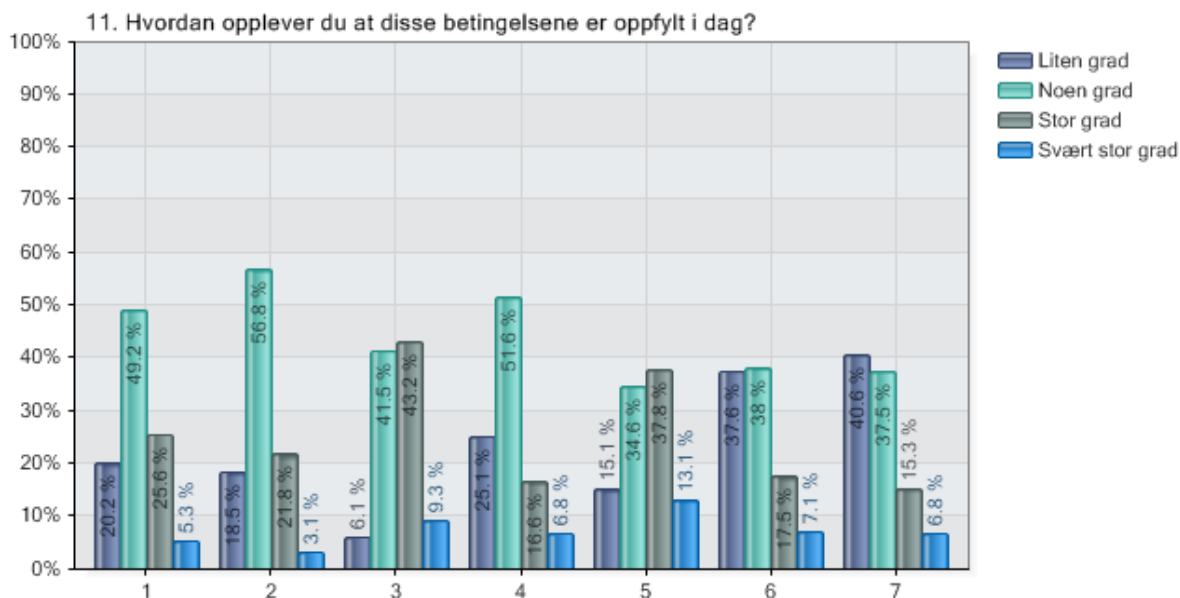
10. Hvor viktig opplever du at de følgende betingelsene er for å oppnå seniorpolitikkenes mål:



- 1 Kunnskap, bevisstgjøring, holdninger hos leder
- 2 Kunnskap, bevisstgjøring, holdninger hos ansatte
- 3 Seniorenes egen motivasjon og innsats
- 4 At sykehusledelsen følger opp ledere på seniorpolitikkarbeidet
- 5 Din enhets behov for å beholde senioren
- 6 Økonomiske virkemidler til å møte seniorennes behov
- 7 Bemanningssituasjon som tillater tilrettelegging for seniorer som trenger det

Det er lite som ikke er viktig, men det som skiller seg ut som viktigst (størst andeler som svarer «svært viktig») er kunnskap, bevisstgjøring, holdninger hos leder og seniorennes egen motivasjon og innsats. Det er interessant at holdninger og kunnskap er viktigere enn f.eks. økonomi, selv om dette også scorer høyt.

Hvis alle disse punktene er viktige, blir det interessant å se hvordan man opplever at det ligger an i dag.



- 1 Kunnskap, bevisstgjøring, holdninger hos leder
- 2 Kunnskap, bevisstgjøring, holdninger hos ansatte
- 3 Seniorenes egen motivasjon og innsats
- 4 At sykehusledelsen følger opp ledere på seniorpolitikkarbeidet
- 5 Din enhets behov for å beholde senioren
- 6 Økonomiske virkemidler til å møte senioren
- 7 Bemanningssituasjon som tillater tilrettelegging for seniorer som trenger det

Som vi ser av figuren, er det uttrykt et visst behov for senioren i enhetene. 51 % svarer at «Din enhets behov for å beholde senioren» i stor grad er oppfylt i dag («stor» og «svært stor» grad). Motivasjonen til senioren oppleves også som til stede når 53 % svarer at «Seniorenes egen motivasjon og innsats» er i stor grad er oppfylt i dag («stor» og «svært stor» grad). «Økonomiske virkemidler til å møte senioren» og «Bemanningssituasjon som tillater tilrettelegging for seniorer som trenger det» oppleves minst oppfylt. Hvis man skal forsøke seg på en oppsummering, kan det se ut som det er holdninger og motivasjon som er viktigst og oppfylt, mens praktiske begrensninger gjør det vanskelig.

For ledelsen på St. Olavs Hospital er det en utfordring at bare 23 % mener at sykehusledelsen i stor grad følger opp ledere på seniorpolitikkarbeidet, selv om i overkant av halvparten (51 %) mener at det gjøres i noen grad.

Dette stemmer overens med diskusjoner som har kommet opp på seniorkursene. Det etterlyses fortsatt lederforankring av seniorpolitikken på alle nivåer med positive holdninger og tilstrekkelig kunnskap hos lederne, selv om man har merket en positiv utvikling over tid. Lederforankring er en kjent utfordring for seniorpolitikk, og det er ikke overraskende at dette fortsatt er en utfordring St. Olavs Hospital trenger å arbeide videre med.

Seniorpolitikken er jo ikke avsluttet selv om evalueringen er gjort. Det seniorpolitiske arbeidet fortsetter og evalueringen trekker opp utfordringer som må ta med i det videre arbeidet. Samtidig viser erfaringene både fra (det relativt begrensede antallet) innleggene på Nettverk 55+, spørreundersøkelsen og samtalene på seniorkursene at man er på riktig vei og har valgt en kurs som

stemmer med seniorennes ønsker og behov. I neste kapittel skal vi derfor se på hvilke effekter vi kan måle av den seniorpolitiske innsatsen.

4.3 Effektindikatorer

Hva er effekten av seniorpolitikkarbeidet på St. Olavs Hospital? Hvordan ser vi resultater på målbare indikatorer, ikke bare på opplevelsen til seniorenene? Det er viktig hvordan seniorenene føler seg sett og verdsatt, og hva de mener er utfordringene og mulighetene for å få til god seniorpolitikk. Samtidig handler seniorpolitikkarbeid også om bunnlinja, om å sikre arbeidskraftetterspørselen og samtidig begrense pensjonsutgiftene. Hvordan ligger St. Olavs Hospital an? Vi valgte å se på avgangsmønster, pensjoneringsmønster (både alders- og uførepensjonering) og sykefravær.

I IA-avtalen (Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv) er ett av målene at forventet yrkesaktivitet ved 50 år skal forlenges med 6 måneder fra 2009 til 2013 (nåværende avtaleperiode). I følge NAVs beregninger var forventet pensjoneringsalder⁴ ved fylte 50 år i 2011 på 62,3 år. (For å se hvordan pensjoneringsadferden endrer seg, trenger man å skille ut unge uføretrygdede, og dermed ser man ofte på forventet pensjoneringsalder ved fylte 50 år.)

Når vi skal se på tallene for St. Olavs Hospital, bruker vi tall fra KLP. **Avgangsalder** kan brytes ned på flere måter. Først ser vi på gjennomsnittlig alder med og uten uføretrygdede fra 2009 til 2011 i foretaket totalt (tall fra KLP).

Gjennomsnittlig alder med og uten uføre fra 2009-2011 foretaket total.	År		
	2009	2010	2011
Gjennomsnittlig avgangsalder inkludert uføreavgang	58,47 år	58,99 år	58,80 år
Gjennomsnittlig avgangsalder uten uføre	65,45 år	65,47 år	65,33 år

Som tabellen viser er avgangsalder på sykehuset, når man holder uføre utenfor statistikken, relativt høy, og vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet på 62,3 år (i den grad disse tallene kan sammenlignes direkte⁵).

St. Olavs Hospital har **Avtalefestet pensjon (AFP)**, og det er særlig bruken av denne tidlige pensjoneringsordningen man håper seniorpolitikken skal påvirke. Selv om St. Olavs Hospital har vært opptatt av seniorpolitikk lenge, har den generelle seniorpolitikken som omfatter alle ansatte over 55 år bare eksistert siden 2010. Det er dermed en svært kort tidsperiode som sammenlignes. Vi kan forvente at resultater på dette området tar tid å etablere og vil synes bedre i årene fremover. Samtidig er det interessant å se at gjennomsnittsalder for 100 % AFP-uttak allerede viser en svakt økende trend (økt med 0,23 % fra 2009 til 2011), og det samme gjelder for delvis APF (gjennomsnittlig alder har økt med 0,17 % fra 2009 til 2011). Selv om økningen er liten går utviklingen i ønsket retning og viser allerede resultater.

⁴ Forventet pensjoneringsalder uttrykker pensjoneringsadferden og innbefatter både alderspensjon, avtalefestet pensjon (AFP) og uførepensjon).

⁵ Nasjonale tall er beregninger av forventet pensjoneringsalder mens St. Olavs Hospitals tall er reelle tall over gjennomsnittlig avgangsalder. I de nasjonale tallene inngår også arbeidstakere som blir uføre etter 50 år.

Gjennomsnittlig alder APF 2009-2011 foretaket totalt.	År		
	2009	2010	2011
Gjennomsnittlig alder APF 100 %	63,72 år	63,85 år	63,87 år
Gjennomsnittlig alder APF delvis dvs. mindre enn 100 %	62,98 år	62,82 år	63,09 år

Samtidig kan små endringer skyldes en rekke forskjellige forhold. I en større undersøkelse (Midtsundstad m.fl. 2012) av målbare effekter av seniorpolitiske tiltak, fant forskerne liten forskjell på virksomheter med tiltak og virksomheter uten. Selv om det hadde vært endringer i tidligpensjonering kunne de ikke føre disse endringene tilbake til om virksomheten hadde tiltak eller ikke. Det er dermed vanskelig å vite hva som ligger bak endringene på St. Olavs Hospital. Selve oppmerksomheten rundt pensjoneringsalder i samfunnet i forbindelse med bl.a. pensjonsreformen kan påvirke folks ønsker og forventninger til når man går av med pensjon. Man kan også spørre hvor lavt tidligpensjonsuttaket bør være på en fysisk og psykisk krevende arbeidsplass som et sykehus. APF ble tross alt innført for å sikre en verdig avgang for arbeidstakere med lang yrkeskarriere og slitsomme jobber.

I tillegg har store grupper ansatte på St. Olavs Hospital **særaldersgrenser**. Lavere aldersgrense (særaldersgrense) kan fastsettes hvis uvanlig fysisk eller psykisk belastning eller spesielle krav til fysiske eller psykiske egenskaper tilsier det. Særaldersgrenser er hjemlet i lov eller avtaleverket. I yrker med særaldersgrense gjelder 85 års regelen som sier at arbeidstaker kan gå av med pensjon inntil 3 år tidligere dersom summen av medlemstid og alder overstiger 85 år. Sykepleiere har særaldersgrense hjemlet i lov, mens hjelpepleiere, renholdere, ambulansesjåfører m. fl. har særaldersgrense hjemlet i avtale. Leger har ikke særaldersgrense selv om de arbeider under mye samme forhold som det øvrige helsepersonellet.

Når vi ser på gjennomsnittlig avgangsalder for de med særaldersgrense, ser utviklingen noe uventet ut. Avgangsalder har sunket i perioden 2009 – 2011. Når man går av etter 85 års regelen forutsetter det tilstrekkelig opptjening. Et kjent problem i helsevesenet er at grupper med særaldersgrenser har jobbet deltid store deler av karrieren og dermed ikke har tilstrekkelig opptjening til å oppfylle 85 års regelen. Hvorfor vi ser denne utviklingen på St. Olavs Hospital er vanskelig å si, og det har ikke nødvendigvis noen sammenheng med seniorpolitikken.

Gjennomsnittlig alder Tidligpensjon (85års regelen) 2009-2011	År		
	2009	2010	2011
Gjennomsnittlig alder Tidligpensjon (85reg) 100 %	62,65 år	62,41 år	62,31 år
Gjennomsnittlig alder tidligpensjon (85reg) delvis dvs. mindre enn 100 %	63,17 år	62,98 år	62,57 år

Uførepensjon er veien ut av arbeidslivet før pensjoneringsalder. Tallene for St. Olavs Hospital viser at gjennomsnittsalderen her er vagt synkende, dvs. ansatte uføretrygdes ved noe lavere alder i 2011 enn i 2009. Igjen skal vi være forsiktige med å tolke små endringer over et kort tidsintervall, men det indikerer allikevel en negativ utvikling. Siden gjennomsnittsalder dekker over store sprik mellom unge uføretrygdede og eldre kolleger, er særlig gjennomsnittlig uførepensjonsalder for de over 55 år relevant og interessant. Den er et godt argument for at seniorpolitikk ikke kan vente til ansatte er 62

år («AFP-alder») men må ha et forebyggende perspektiv som gjør det mulig for ansatte å stå i arbeid lenge nok til å oppnå pensjoneringsalder og kunne velge selv. Tidligutstøtning av helsegrunner er en del av en helhetlig personal- og seniorpolitikk og må også tas hensyn til. Små endringer kan også være tilfeldige og krever lengre tidsserier før vi kan si med sikkerhet om det er en trend eller tilfeldig variasjon.

Gjennomsnittlig alder uførepensjon 2009-2011	År		
	2009	2010	2011
Gjennomsnittlig alder Uførepensjon 100 %	49,16 år	49,04 år	48,64 år
Gjennomsnittlig alder Uførepensjon delvis dvs. mindre enn 100 %	49,55 år	48,97 år	49,20 år
Gjennomsnittlig alder uførepensjon for personer med uttak etter 55 år	59,02 år	59,0 år	58,98 år

En annen relevant effektindikator i forbindelse med seniorpolitikk er **sykefravær**. Sykefraværet er relevant av flere grunner. Dels handler utstøtning fra arbeidslivet gjennom uføretrygd om et lengre sykefraværsforløp i forkant, slik at sykefraværet kan indikere risiko for utstøtning. Dels er sykefraværet interessant i seg selv. Det er mange myter om eldre og helse, og populær forståelse tilsier at hvis seniorer arbeider lenger går sykefraværet opp. Nå vet vi at det ikke uten videre stemmer, selv om det likevel er en kjensgjerning at helsen svekkes med alderen, om enn i ulikt tempo og i ulik grad for ulike grupper av arbeidstakere (Solem 2012). Det er dermed interessant å se om økt sykefravær er en kostnad St. Olavs Hospital må betale for å holde på senioren lenger.

Sykefravær er et fokusert tema på St. Olavs Hospital, og er et prioritert område i IA-arbeidet (arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv).

Netto sykefraværsprosent St. Olavs Hospital	År			
	Totalt 2009	Totalt 2010	Totalt 2011	Totalt 1. halvår 2012
Alder				
Samlet for alle aldersgrupper	8,5 %	8,1 %	8,6 %	8,6 %
>= 55	10,3 %	9,8 %	10,6 %	10,2 %

Sykefraværet for senioren (55+) er noe høyere enn det samlede fraværet. Sykefraværet er lavest i gruppen under 25 år, og menn har lavere sykefravær enn kvinner (ref. Årsrapport for St. Olavs Hospital 2011).

Aldersgruppen 55+ ligger noe over gjennomsnittet for St. Olavs Hospital, men interessant nok ligger sykefraværet stort sett stabilt selv om avgangsalder er økende. Det er i seg selv et viktig resultat og viser at man ikke behøver å få økt sykefravær selv om senioren står lenger i jobb. Samtidig kan det skyldes at alle de andre tiltakene i seniorpolitikken (og den generelle personalpolitikken) er med på å hindre sykefraværskning, selv der folk med helseproblemer arbeider lenger enn før. Uansett er sykefravær også viktig å følge opp når man skal vurdere om seniorpolitikken virker som ønsket.

4.4 Spredning av erfaringer

Formidling er både viktig for kunnskapsspredning overfor omverden og for å understøtte lokal aktivitet. Jo mer St. Olavs Hospital løftes frem som et godt eksempel på seniorpolitikkområdet, jo viktigere blir det at man også internt lever opp til dette. Dette kan gi et nødvendig påtrykk i en travel hverdag med mange kolliderende hensyn.

Prosjektet har vært bredt omtalt på sykehusets intranett «Kilden», med bl.a. en artikkel fra et av seniorkursene. Det har vært viktig å løfte frem seniorpolitikken internt for å skape oppmerksomhet og oppslutning rundt seniorpolitikken.

Prosjektleder og kontaktperson på St. Olavs Hospital presenterte seniorpolitikkarbeidet på St. Olavs Hospital og evalueringsprosjektet på KLPs workshop for prosjekter de støtter økonomisk i november 2011.

KLP har også utarbeidet en brosjyre for St. Olavs Hospital som heter «Det lønner seg å satse på et godt arbeidsmiljø». Denne presenterer kort samarbeidet mellom KLP og St. Olavs Hospital om god seniorpolitikk, informerer om seniorpolitikken på sykehuset og om KLPs tjenester i den sammenheng. Brosjyren er til bruk overfor ansatte på sykehuset, men fungerer også godt som introduksjon til samarbeidet for andre.

I tillegg har arbeidet på sykehuset fått stor ekstern oppmerksomhet. St. Olavs Hospital i Trondheim mottok prisen Årets seniorinitiativ i 2011, en årlig pris som deles ut av Senter for seniorpolitikk (SSP) for å løfte frem gode initiativ og eksempler fra norsk arbeidsliv. I sin vurdering vektla juryen det positive verdigrunnet for den seniorpolitiske satsingen ved sykehuset: Dels arbeidsgivers syn på viktigheten av å beholde kompetanse og arbeidskraft, og dels betydningen av at arbeidstakere skal føle seg verdsatt og respektert. Satsingen er forankret i alle ledd i organisasjonen, ledelse, ansatte, styre og hos tillitsvalgte og verneombud. Årets seniorinitiativ har gitt stor oppmerksomhet utad og er bredt omtalt på SSPs hjemmesider.

I etterkant av prisen har organisasjonsdirektøren ved St. Olavs Hospital presentert seniorpolitikkarbeidet på sykehuset i flere sammenhenger, nasjonalt og internasjonalt. St. Olavs Hospital ble presentert som nasjonalt case da statsminister Jens Stoltenberg representerte Norge på Northern Future Forum i Stockholm med åtte andre statsministre vinteren 2011/2012. Organisasjonsdirektøren var i Brussel sammen med arbeidsgiverforeningen Spekter på EPSU-HOSPEEM Technical Seminar on the Ageing Workforce. September 2012 er St. Olavs Hospital også representert med en poster på FNs ministerkonferanse UNECE 2012 om aldring i Wien.

I tillegg er prosjektet presentert på nasjonale seniorpolitikkarrangementer og -konferanser.

Verdien ved denne typen oppmerksomhet er merkbar på St. Olavs Hospital. Helsevesenet utsettes stadig for kritikk i media, og det gjør godt å få positiv omtale også. I tillegg har det skapt et internt forventningspress som understøtter fortsatt aktivitet på seniorpolitikkområdet. Jo bedre kjent seniorpolitikken er, jo mer etterspør senioren aktivitet fra sine ledere på området.

5. Hva har vi lært av prosjektet?

Digitale møteplasser virker ikke som forum for erfaringsutveksling om seniorpolitikk. Ikke fordi seniorenne ikke er på nett, men fordi sykehus ikke primært er en skjerarbeidsplass. Det etablerte nettstedet, Nettverk 55+, har fortsatt en verdi som informasjonskanal og synliggjøring av seniorpolitikkarbeidet på St. Olavs Hospital, men ikke for det opprinnelige formålet i evalueringen.

Seniorpolitikken på St. Olavs Hospital ser ut til å lykkes både når det gjelder effekter og ansattes opplevelser og ser ut til å være på riktig vei. Allikevel er det verdt å løfte en utfordring. Seniorpolitikk er ikke annerledes enn alt annet utviklingsarbeid på virksomhetsnivå. Det trenger forankring i linjen og eierskap hvis det skal prioriteres (Hilsen, Olsvik & Steinum 2009). Hva gjør St. Olavs Hospital for å opprettholde fokus på seniorpolitikk også når prosjektperioden er over? I en tidligere undersøkelse (Hilsen & Salomon 2010) fant man tidligere gode seniorpolitiske eksempler preget av det som forskerne kaller en "seniorpolitisk tretthet", dvs. at tidligere engasjement hadde avtatt og praksis mistet mye av styrken. Undersøkelsen fant at endrede betingelser, som økonomiske nedgangstider, nedbemanninger, eierskifte, lederskifter, omorganiseringer etc. hadde påvirket det interne arbeidsmiljøarbeidet (som seniorpolitikken er en del av) og tidligere godt innarbeidet praksis hadde forvitret i større eller mindre grad.

De gode seniorpolitiske eksemplene som hadde «overlevd», der det fortsatt var god praksis, så ut til å ha innarbeidet de seniorpolitiske virkemidlene og tankegangen i ordinær drift på en måte som gjorde at de hadde mistet «prosjektpreget» og blitt en del av en helhetlig personalpolitikk eller livsfasepolitikk. Forankring hos toppledelsen viste seg også å være en viktig betingelse for at god seniorpolitikk skal opprettholdes over tid.

Dette er et viktig signal til St. Olavs Hospital. Prosjektperioden må ikke bli slutten på seniorpolitikken, og lederengasjementet må utvides og videreføres, ikke avsluttes. St. Olavs Hospital har god «drahjelp» av all oppmerksomheten de har fått både i inn- og utland. På det tidspunktet evalueringen sluttføres er det flere inngåtte avtaler om å formidle fra prosjektet på konferanser om seniorpolitikk, og flere venter. Sykehuset har selv vært aktive i formidlingen, og kombinasjonen av organisasjonsdirektør og foretakstillitsvalgt som formidlere gir en troverdig og balansert fortelling om hvordan og hvorfor St. Olavs Hospital har satset på seniorpolitikk. Med en slik formidling skaper man både oppmerksomhet og forventningspress internt, og dette kan støtte godt opp under fortsatt seniorpolitisk aktivitet i årene fremover. Som det står i KLPs brosjyre, utarbeidet i samarbeid med sykehuset, basert på Helse Midt-Norges policy dokument: «Erfarne medarbeidere med den særlige kompetansen disse har ervervet seg gjennom et langt yrkesliv, er av stor betydning for at St. Olavs Hospital skal nå sine mål».

Referanser

- Baklien, B. (1993): «Evalueringsforskning i Norge». Tidsskrift for samfunnsforskning, 34 (3): 261-274.
- Botnen, A. & Hilsen, A.I. (2010): "Vi må ikke glemme at vi er høye, mørke og sterke..." - Seniorprosjekt Sykehuset Telemark 2007 – 2009. AFI-notat 3/2010. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Centra, J.A. (1987): «Formative and Summative Evaluation: Parody or Paradox?» New Directions for Teaching and Learning, 31: 47-55.
- Chelmsky, E. (2006): The Purpose of Evaluation in a Democratic Society. In I.F. Shaw, J.C. Greene & M.M. Mark (eds.) The Sage Handbook of Evaluation, pp. 33-55. London: Sage.
- Cook, T.D., Scriven, M., Coryn, C.L.S. & Evergreen, S.D.H. (2010): «Contemporary Thinking About Causation in Evaluation: A Dialogue with Tom Cook and Michael Scriven». American Journal of Evaluation 31 (1): 105-117.
- Dalen, E. (2011): Norsk seniorpolitisk barometer 2011, Ledere i arbeidslivet. Publisert på www.seniorpolitikk.no.
- Dehar, M.A., Casswell, S. & Duignan P. (1993): «Formative and Process Evaluation of Health Promotion and Disease Prevention Programs». Evaluation Review, 17 (2): 204-220.
- Dobbs, L. & Moore, C. (2002): «Engaging Communities in Area-based Regeneration: The Role of Participatory Evaluation». Policy Studies, 23(3/4): 157-171.
- Donaldson, S.I. & Lipsey, M.W. (2006): «Roles for Theory in Contemporary Evaluation Practice: Developing Practical Knowledge». In I.F. Shaw, J.C. Greene & M.M. Mark (eds.) The Sage Handbook of Evaluation, pp. 56-75. London: Sage.
- Evensen, H. (2008): Seniorpolitiske tiltak ved St. Olavs Hospital. Evalueringsrapport oktober 2008. Internt dokument.
- Gamperiene, M., Hilsen, A.I. & Skarpaas, I. (2010): Hvis bare helsa holder... - En kartleggingsstudie av kvinners helse, arbeidsevne og holdninger til pensjonering. AFI-notat 2010/8. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Haveri, A. (2008): «Evaluation of Change in Local Governance: The Rhetorical Wall and the Politics of Images». Evaluation, 14 (4): 141-155.
- Hilsen, A.I. (2012): Følgeevaluering av Langtidsfrisk-arbeidet ved SI Kongsvinger. AFI-rapport 12/2012. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hilsen, A.I., Olsvik, V.M. & Steinum, T. (2009): På seniorvis. Seniorpolitikk i kvinnedominerte bransjer, tiltak for å hindre tidligavgang i hotell og helsevesen. AFI-rapport 2009:4. Oslo: AFI.
- Hilsen, A.I. & Salomon, R. i samarbeid med Heen, H., Reichborn-Kjennerud, K., Rusnes, I., Skarpaas, I. & Ødemark, G. (2010). Seniorpolitikk – virker virkemidlene? AFI-rapport 4/2010. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Jobin, D. (2008): « A Transaction Cost-Based Approach to Partnership Performance Evaluation». Evaluation, 14 (4): 437-465.
- Khakee, T. (2003): «The Emerging Gap between Evaluation Research and Practice». Evaluation, 9 (3): 340-352.

- Ling, T. (2007): «New Wine in Old Bottles? When Audit, Accountability and Evaluation Meet». In Belmans-Videc, M.L., Lonsdale, J. & Perrin, B. (eds.). *Making Accountability Work*, pp. 127-142. New Jersey: Transaction Publishers.
- Martin, S. & Sanderson, I. (1999): «Evaluating Public Policy Experiments: Measuring Outcomes, Monitoring Processes or Managing Pilots?» *Evaluation*, 5 (3): 245-258.
- Midtsundstad, T., Hermansen, Å. & Nielsen, R.A. (2012): «Effects of Companies' Initiatives to Reduce Early Retirement Among Older Workers.» In *Nordic Journal of Working Life Studies*, vol. 2, number 3: 89-108.
- Midtsundstad, T. (2006) *Hvordan bidra til lengre yrkeskarrierer. Erfaringer fra norsk og internasjonal forskning og tidligpensjonering og seniortiltak. Fafo- rapport 534.* Oslo: Fafo.
- Midtsundstad, T. & Bogen, H. (2011): *Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv. Fafo-rapport 2011:10.* Oslo: Fafo.
- Pressman, J.L. & Wildavsky, A. (1984): *Implementation.* Berkley: University of California Press.
- Rogers, P.J. (2008): «Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions». *Evaluation*, 14 (1): 29-48.
- Russo, M. & Rossi, F. (2009): «Cooperation Networks and Innovation: A Complex Systems Perspective to the Analysis and Evaluation of a Regional Innovation Policy Programme». *Evaluation*, 15 (1): 75-99.
- Sharkey, S. & Sharples, A. (2008): «From the Beginning: Negotiation in Community Evaluation». *Evaluation*, 14 (3): 363-380.
- Shaw, I., Greene, J.C. & Mark, M.M. (2006): «The Evaluation of Policies, programs and Practices». In I.F. Shaw, J.C. Greene & M.M. Mark (eds.) *The Sage Handbook of Evaluation*, pp. 1-30. London: Sage.
- Solem, P.E. (2012): *Ny kunnskap om aldring og arbeid. NOVA Rapport 6/12.* Oslo: Nova.
- Steinum, T. Hilsen, A.I. & Bull, H., (2007). *Kunnskapsstatus for programmet FARVE (forsøksmidler arbeid og velferd) - Tema: Å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen. AFI-notat 10/2007.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Tømte, C.E. (2005): *Å snakke skriftlig sammen. En studie av skriftbasert, digital kommunikasjon i organisasjoner. Avhandling for graden Doctor Artium, Institutt for språk og kommunikasjonsstudier, Det historisk-filosofisk fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Trondheim: NTNU.*

Arbeidsforskningsinstituttet er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt.

Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:
www.afi.no

Arbeidsforskningsinstituttet
Postboks 6954 St. Olavs plass
0130 Oslo
Telefon 23 36 92 00
www.afi.no

