



Funksjonshemning og arbeidsliv i tre bransjer

Syssettingsmuligheter og funksjonshemmende barrierer i byggebransjen, IKT-bransjen og helsesektoren

av

Tone Alm Andreassen, Hilde Hauland og Steinar Widding

AFI-notat n2007:12

Fafo-notat 2007:22



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet/Fafo, 2007
© 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.

AFI: ISBN 978-82-7609-218-9/ISSN 0801-7816
Fafo: ISSN 0804-5135

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 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

Publikasjonen kan lastes ned fra: www.afi.no og www.fafo.no



Temaområde
Politikk, organisering og læring

Notat nr.:
12/2007

Tittel:
Funksjonshemming og arbeidsliv i tre bransjer.
Sysselsettingsmuligheter og funksjonshemmende barrierer i byggebransjen,
IKT-bransjen og helsesektoren.

Dato:
2007

Forfatter:
Tone Alm Andreassen, Hilde Haualand, Steinar Widding

Antall sider:
71

Resymé:

Dette notatet er et resultat av prosjektet ”Funksjonshemming, arbeidsliv og velferdsstat”, et samarbeid mellom Forskningsstiftelsen Fafo og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Hensikten med prosjektet, som er finansiert av Velferdsprogrammet i Norges Forskningsråd, er å studere hvordan teknologi og offentlig politikk under ulike bransjemessige forhold påvirker arbeidsgiveres valg, og funksjonshemmedes muligheter for deltakelse i arbeidsmarkedet. Fokus i prosjektet er på arbeidslivet, på barrierer som stenger ute eller støter ut mennesker med funksjonsnedsettelse, og på forhold som bidrar til innlemmelse og inkludering.

Notatet er en beskrivelse av strukturtrekk i tre utvalgte bransjer – IKT-bransjen, byggebransjen og helsesektoren – og av funksjonshemmende barrierer og arbeidsvilkårenes betydning for sysselsetting for mennesker med redusert funksjonsevne i disse tre delene av arbeidslivet. Notatet er basert på etablert statistikk og forskning. Disse kildene er gjennomgått i lys av perspektivene i prosjektet og vi har gransket dem med sikte på avdekke hva de kan fortelle om funksjonshemmedes sysselsettingsmuligheter i de tre bransjene.

I tilnærmingen til de tre sektorene i arbeidslivet har vi hatt to hovedspørsmål i fokus:

1. Hva vet man om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre bransjene?
2. Hva kan vi si om forhold i bransjene som kan medføre utestengning og utstøting, eller som kan bidra til inkludering og økt sysselsetting?

Notatet inneholder ett kapittel om hver av sektorene - IKT, byggebransjen og helsesektoren, og et oppsummerende sluttkapittel som søker å trekke tråder på tvers av bransjene og drøfte hva et bransjeperspektiv kan tenkes å tilføre forskningen om funksjonshemming og arbeidsliv.

Emneord:

- Funksjonshemming,
- funksjonshemmede,
- arbeidsliv,
- velferdsstat,
- inkludering,
- sysselsetting,
- utstøting



Forord

Dette notatet er et resultat av prosjektet ”Funksjonshemming, arbeidsliv og velferdsstat”, et samarbeid mellom Forskningsstiftelsen Fafo og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Hensikten med prosjektet, som er finansiert av Velferdsprogrammet i Norges Forskningsråd, er å studere hvordan teknologi og offentlig politikk under ulike bransjemessige forhold påvirker arbeidsgiveres valg, og funksjonshemmedes muligheter for deltakelse i arbeidsmarkedet. Fokus i prosjektet er på arbeidslivet, på barrierer som stenger ute eller støter ut mennesker med funksjonsnedsettelse, og på forhold som bidrar til innlemmelse og inkludering. Utgangspunktet er et relasjonelt funksjonshemningsbegrep: å studere hvordan funksjonshemming skapes eller oppheves gjennom forhold ved arbeidslivet og hvordan velferdspolitikken spiller inn i forhold til dette. Prosjektet har derfor ikke et bestemt forhåndsdefinert begrep om funksjonshemming. Når vi benytter offentlig statistikk og registerdata, og etablerte datasett som Arbeidskraftsundersøkelsen og tilleggsundersøkelsen om funksjonshemming, er vi henvist til å anvende de definisjoner som er brukt. I våre egne empiriske undersøkelser ønsker vi å studere forståelsen av funksjonshemming i arbeidslivet.

Hovedtilnærmingen i prosjektet er en bransjestudie og en komparasjon mellom tre ulike land. De tre bransjene er bygg- og anleggsbransjen, helsesektoren og IKT-bransjen. Bransjene er valgt med utgangspunkt i at de har ulik grad av teknologianvendelse, ulike krav til kompetanse, og ulik konkurransesituasjon. Bransjestudien fungerer som en overbygning for to spesialstudier: En som fokuserer særlig på småbedrifter og inkludering av funksjonshemmede, og en studie som tar utgangspunkt i IKT-utviklingen og konsekvensene spesielt for døve og sterkt tunghørte.

Studien har et komparativt element ved at norske forhold relateres til erfaringer fra Nederland og Storbritannia, og derfor har prosjektet samarbeidet med Westminster University, London, Institute for Employment Studies, Brighton, og AS/tri Research and Consultancy Group, Leiden. Norge, Nederland og Storbritannia representerer ulike velferdsregimer og har hatt ulike tilnærminger til inkludering av funksjonshemmede i arbeidslivet. Hensikten er å synliggjøre nasjonale variasjoner i betydningen av teknologi, velferdspolitik og bransjeforhold i forhold til sysselsetting av funksjonshemmede.

Medarbeiderne i prosjektet er Tone Alm Andreassen, Knut Fossetøl og Steinar Widding fra AFI, og Inger Lise Skog Hansen og Hilde Haualand fra Fafo. Diskusjonene i prosjektfellesskapet gir viktige bidrag til analysene som presenteres i notater, rapporter, konferanse-papir og artikler.

Tone Alm Andreassen
Prosjektleder



Innholdsfortegnelse

Forord Sammendrag

1	Innledning	1
2	IKT-sektoren – fleksibel, men krevende.....	4
2.1	Innledning	4
2.2	IKT-sektoren	5
2.3	Trekk ved arbeidsstyrken og arbeidsforholdene i IKT-sektoren.....	9
2.4	Teknologi – IKT-bransjens alfa og omega	15
2.5	Tiltak for å rekruttere arbeidstakere med funksjonsnedsettelse.....	16
2.6	IKT-sektoren og funksjonshemmede – noen spørsmål	17
3	Med rullestol i stillaset, liksom? Funksjonshemming i bygge- og anleggsbransjen	21
3.1	Innledning	21
3.2	Strukturelle forhold.....	22
3.3	Arbeidsorganisering.....	24
3.4	Arbeidsmiljøforhold.....	27
3.5	Funksjonshemmede i byggebransjen	33
3.6	Funksjonshemmende og – fremmede forhold.....	33
4	Helsesektoren – en uhelseskapende eller inkluderende sektor?.....	36
4.1	Innledning	36
4.2	Sysselsetting.....	38
4.3	Struktur i helsesektoren.....	40
4.4	Arbeidsoppgaver og arbeidsforhold.....	43
4.5	Sosiale rettigheter, partssamarbeid og fagorganisering	46
4.6	Indikatorer på uhelse?	47
4.7	Helseproblemer, funksjonsnedsettelse og sysselsetting i helsesektoren.....	51
4.8	Helsesektoren, arbeidsbetingelser og funksjonshemming – hva kan vi si?	54
5	Behov for bransjeperspektiv på funksjonshemmende barrierer og fremmede faktorer?	59
5.1	Bransjeforhold, sysselsetting og funksjonshemming.....	59
5.2	Inkluderende forhold og funksjonshemmende barrierer i bransjene.....	64
5.3	Et bransjeperspektiv på sysselsetting og funksjonshemming	68
	Vedlegg: NACE – Standard for hæringsklassifisering.....	71



Sammendrag

Notatet er en beskrivelse av strukturtrekk i tre utvalgte bransjer – IKT-bransjen, byggebransjen og helsesektoren – og av funksjonshemmende barrierer og arbeidsvilkårenes betydning for sysselsetting for mennesker med redusert funksjonsevne i disse tre delene av arbeidslivet. Det er basert på etablert statistikk og forskning. Vi har gjennomgått disse kildene i lys av perspektivene i vårt prosjekt og gransket dem med sikte på avdekke hva de kan fortelle om funksjonshemmedes sysselsettingsmuligheter i de tre bransjene.

I tilnærmingen til de tre sektorene i arbeidslivet har vi hatt to hovedspørsmål i fokus:

- Hva vet man om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre bransjene?
- Hva kan vi si om forhold i bransjene som kan medføre utestengning og utstøting, eller som kan bidra til inkludering og økt sysselsetting?

Utvalget av bransjer er gjort ut fra et felles kriterium om at disse skal kjennetegnes av trekk som vi antar har betydning for funksjonshemmende barrierer, enten ved at barrierer reduseres eller ved at nye funksjonshemmende barrierer skapes. Samtidig har vi valgt ut bransjer som på vesentlige måter er forskjellige.

Hilde Haualand skriver om IKT-bransjen at den preges av to krefter som antakeligvis kan virke mot hverandre når det gjelder funksjonshemming og sysselsetting. På den ene siden har vi en sektor som på grunn av arbeidsoppgavene og arbeidsverktøyet som brukes (datamaskiner som i teorien ofte er enkle å tilpasse individuelle forutsetninger) stiller få krav til fysiske ferdigheter, slik at for eksempel syns-, hørsels- og bevegelsehemninger ikke har avgjørende betydning for å få jobben gjort. Samtidig stiller bransjen store krav til evnen til å kommunisere skriftlig og muntlig, noe som kan ekskludere lese- og skrivesvake grupper samt personer med psykiske problemer. Videre er IKT-sektoren beryktet for å tøye arbeidsmiljøloven. Flere av virksomhetene har hatt relativt kort levetid, og med oppkjøp og omorganiseringer er den enkelte arbeidsplass kanskje ikke like forutsigelig eller sikker som i andre deler av næringslivet. Dermed kan det tenkes at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse som kanskje har brukt mye tid på å finne seg et arbeid, finner at de er mer sårbare innenfor denne bransjen enn andre, selv om arbeidsoppgavene i seg selv er teknologisk/fysisk tilrettelagt og/eller tilgjengelige.

Haualand peker på at flertallet av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse innen IKT-sektoren jobber fulltid, og sier at dette kan ha flere årsaker: For det første har man å gjøre med en arbeidskultur der fokus ikke er på selve arbeidstiden, men på at arbeidsoppgavene blir utført. Det er en høyere andel med fleksitid innenfor IKT-sektoren enn i arbeidsmarkedet generelt sett. Dermed kan det bli lettere å tilpasse arbeidstiden til egne behov og rutiner. En annen årsak kan være at arbeidsoppgavene i liten grad virker funksjonshemmende for arbeidstakerne, slik at eventuelle funksjonsnedsettelse får lite å si for evnen til å utføre arbeid. En tredje årsak, som kan ha med at sysselsatte med funksjonsnedsettelse er underrepresentert i denne bransjen, er at IKT-bransjen kanskje rekrutterer og holder på arbeidstakere med funksjonsnedsettelse som i liten grad blir hemmet av selve arbeidssituasjonen. Hindringer kan lett fjernes, og dermed trenger funksjonshemmede få tilpasninger eller tilrettelegging av arbeidstid- og oppgaver.

Steinar Widding beskriver bygg- og anleggsbransjen og viser en bransje med bekymring for rekrutteringsproblemer og avgang, og med økende fokus på helse, miljø og sikkerhet, men likevel ikke med noen omfattende satsing på inkluderende arbeidsliv. Bildet er sammensatt om man prøver å vurdere hva som kan være funksjonshemmende og funksjonsfremmende eller ekskluderende og inkluderende forhold ved bransjen. Tøffe krav til fysisk funksjonsdyktighet, høyt tidspress, akkordlønn, mange ulykker samt frafalls- og utstøtingsproblemer forteller om en bransje som ikke er for alle. I tillegg preges bransjen av mange småbedrifter, som blir subkontraktører til store entreprenørfirmaer, og av stor mobilitet. En økende fragmentering i underentrepriser øker presset og vanskeliggjør HMS-arbeidet. Perspektivet blir kortsiktig, og å forhindre ulykker kommer mer i fokus enn å forebygge slitasjeskader.

Videre har byggebransjen blitt stadig mer teknologi- og kunnskapsbasert. Teknologi som letter fysiske belastninger kan gjøre det enklere for folk med helseproblemer, for eksempel muskel- og skjelettplager som er det største helseproblemet i bransjen. På den andre siden kan teknologi i form av digitale arbeidstegninger som lett lar seg endre på, stille større krav til digital kompetanse også hos håndverkerne som skal følge instruksjonene. Dette kan skape problemer for personer med lesevansker. Fleksibel arbeidstid eller deltid er lite utbredt i bransjen, og dette kan gjøre det vanskeligere å kombinere helseproblemer med delvis sysselsetting.

Tone Alm Andreassen skriver om helsesektoren at det er den største sektoren i norsk arbeidsliv, den med høyest sykefravær, og det er en kvinnedominert sektor. Det er også en sektor med mangel på arbeidskraft, særlig pleiere. Det er videre en sektor med høyt tidspress, lav kontroll, turnus, ubekvem arbeidstid og deltid. Ikke minst er det en sektor der arbeidet er mentalt krevende, med store deler av arbeidsdagen i direkte møter med mennesker i vanskelige livssituasjoner, og der arbeidstakerne utsettes for utskjelling og aggresjon. I sektoren er det imidlertid store forskjeller mellom yrkesgruppene når det gjelder sykefravær og andel som står utenfor arbeidslivet på atfering eller uførepensjon: det er de lavt utdannende pleierne som rammes hardest, og det er sykehjemmene som er de mest belastende arbeidsplassene.

Helsesektoren er den sektoren som sysselsetter flest funksjonshemmede, og det er fra helsesektoren de fleste unge uføre har arbeidserfaring. Utstrakt deltid i sektoren kan gjøre det lettere å beholde en delvis arbeidstilknytning også med helseproblemer.

Helsesektoren framviser mange potensielt uhelseskapende faktorer, fysiske og psykiske belastninger i arbeidet. Det er derfor rimelig å tro at en del av de sysselsatte i sektoren med redusert funksjonsevne, er de samme personene som senere ender i sykefravær og uføretrygd. På den andre siden, andelen funksjonshemmede sysselsatte som kombinerer arbeidsinntekt med sykepengene, rehabiliteringspengene eller atferingsytelser er litt lavere for funksjonshemmede i helse- og sosialtjenestene enn for alle funksjonshemmede sysselsatte, 11 % mot 13 %. Dette kan tyde på helsesektoren ikke i større grad enn andre sektorer i arbeidslivet har funksjonshemmede i overgangstilstander.

Derimot er det langt flere i helse- og sosialtjenestene som kombinerer yrkesinntekt med uføretrygd, 53 % mot 41 %. Dette kan tyde på en del av overgangen til uføretrygd i sektoren skjer i form av delvis uføretrygd, og gjør at funksjonshemmede arbeidstakere

beholder en viss arbeidstilknytning. Det kan også bety at helsesektoren tar imot delvis uføretrygdede yngre funksjonshemmede.

I et oppsummerende avslutningskapittel drøfter Tone Alm Andreassen to spørsmål: Hva kan vi si om forhold i bransjene som kan medvirke utestengning og utstøting, eller som kan bidra til inkludering og økt sysselsetting? Hva vet vi om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre bransjene? Konkret: Hva kan vi si om hvem som er sysselsatt i bransjene, om hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse kommer inn i bransjene, og om hvem som går ut av bransjene som et resultat av samspill mellom funksjonsnedsettelse og krav i bransjene?

Funksjonshemmede er overrepresentert i helsesektoren, underrepresentert i IKT-sektoren mens andelen funksjonshemmede i byggebransjen er på tilsvarende nivå som andelen funksjonshemmede i arbeidsstyrken totalt. Det er altså i helse- og sosialtjenestene at flest funksjonshemmede er sysselsatt, og det skyldes ikke bare at sektoren favner en stor del av arbeidsstyrken generelt, men også at funksjonshemmede i større grad er sysselsatt i helse- og sosialtjenestene enn i andre sektorer, relativt sett.

Data om hvorvidt sysselsetting kombineres med stønader og trygdeytelser viser at langt færre funksjonshemmede i IKT-sektoren enn i de andre sektorene kombinerer sysselsetting med stønader; bare 13 % i IKT-sektoren, mot 53 % i helsesektoren. Kanskje kan det tyde på at IKT-sektoren i mindre grad enn de andre sektorene fungerer funksjonshemmende, kanskje nettopp ved at teknologi kompenserer funksjonsnedsettelse og gjør at sysselsatte med redusert funksjonsevne ikke er funksjonshemmet i forhold til sitt arbeid.

Både i helsesektoren og byggebransjen er det en del funksjonshemmede som har sykepenger eller rehabiliteringspenger. Dette kan antyde at noen sysselsatte funksjonshemmede i disse sektorene er i forløp som kan ende i uføretrygd og hel eller delvis frakobling fra arbeidslivet. I disse to sektorene er også de funksjonshemmede sysselsatte relativt sett eldre enn arbeidsstyrken i sektoren generelt, og ettersom andelen funksjonshemmede i befolkningen øker med økende alder, kan dette antyde at det delvis dreier seg om funksjonsnedsettelse ervervet i løpet av livet/yrkeslivet.

Kanskje kan en forklaring på rekrutteringen av funksjonshemmede til helsesektoren være at sektoren åpner for at egenerfaring med helseproblemer og funksjonsnedsettelse også kan være et rekrutteringsgrunnlag til sektoren. Det kan skje dels ved at egenerfaringer kan være motivasjon for mennesker til å søke seg til helsesektoren, men det kan kanskje også skje ved at helsesektoren i rekrutteringen også legger vekt på egenerfaring som en særlig kompetanse, og ved at organisasjoner av mennesker med helseproblemer og funksjonsnedsettelse selv tar initiativ til å etablere tilbud og tjenester. Kanskje finnes også lignende sysselsettingsmuligheter innenfor IKT-sektoren, at mennesker med egenerfaring om hindringer i hverdagsliv eller arbeidsliv, tar initiativ til å utvikle og produsere nye teknologiske løsninger som kan overkomme hindringene? Kanskje dreier dette seg om positive rekrutteringsspiraler der mennesker med funksjonsnedsettelse velger å ansette "sine egne", altså at det er mindre skepsis til å velge mennesker med funksjonsnedsettelse når man har egenerfaring med funksjonshemming. Mønsteret gir grunn til å reise spørsmål om det er bestemte segmenter av arbeidsmarkedet som i særlig grad sysselsetter funksjonshemmede. Dette peker på behov for nyanserte perspektiver i forskningen og diskusjonen om funksjonshemming og sysselsetting.

1

Innledning

Av Tone Alm Andreassen

Dette notatet gir en nærmere beskrivelse av strukturtrekk i tre utvalgte bransjer, og av funksjonshemmende barrierer og arbeidsvilkårenes betydning for sysselsetting for mennesker med redusert funksjonsevne i disse delene av arbeidslivet. Innenfor de tre bransjene prosjektet har valgt å studere nærmere – byggebransjen, IKT-bransjen og helsesektoren – har vi også valgt ut tre yrker for mer inngående studier - snekkere, dataingeniører og sykepleiere. I den grad det har vært mulig å finne informasjon om disse yrkene innenfor de tre bransjene, beskrives også forhold knyttet til disse yrkesgruppene i notatet.

Bakgrunnen for at vi valgte et bransjeperspektiv var at dette skulle muliggjøre flernivåstudier. Vi ønsket å kartlegge bransjenes rammebetingelser, som konkurransesituasjon og tilgang på arbeidskraft, og å se hvordan rammebetingelsene setter seg igjennom i de enkelte virksomhetene, i form av kvalifikasjons- og kapasitetskrav til arbeidstakerne.

Notatet er et grunnlagsarbeid for senere empiriske undersøkelser. Det er basert på etablert statistikk og forskning. Vi har gjennomgått disse kildene i lys av perspektivene i vårt prosjekt og gransket dem med sikte på å avdekke hva de kan fortelle om funksjonshemmedes sysselsettingsmuligheter i de tre bransjene. Hensikten er å utlede begrunnede hypoteser om funksjonshemmende forhold og faktorer som muliggjør arbeidslivsdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse. Tanken var at det finnes mye forskningsbasert kunnskap som ikke har vært gjort eksplisitt relevant for analyser av funksjonshemmende og -fremmede forhold i arbeidslivet, og det er derfor viktig å foreta en aktualisering av og reanalyse av denne kunnskapen relatert til de forhold som påvirker deltakelse i arbeidslivet for mennesker med funksjonsnedsettelse.

Vi tar utgangspunkt i et kontekstuel og relasjonelt funksjonshemningsbegrep (Lie, 1989). Ved å sette søkelyset på utstøtings- og utestengingsbarrierer (Zarb, 1995) og tiltak som kan redusere eller fjerne slike, håper vi å komme forbi avgrensingsproblematikken om hvem som er funksjonshemmede. Slik vil vi i større grad kunne analysere funksjonshemmende forhold som trekk ved mer generelle forhold i arbeidslivet, og på denne måten kan vi også spørre hvem som blir og hvordan man blir konstruert som funksjonshemmet. Det er samspillet mellom de kontekstuelle utviklingstrekkene og hvordan de influerer på funksjonshemmedes vilkår i arbeidslivet, vi retter søkelyset mot i dette prosjektet.

I tilnærmingen til de tre sektorene i arbeidslivet har vi hatt to hovedspørsmål i fokus:

- Hva vet man om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre bransjene?
- Hva kan vi si om forhold i bransjene som kan medføre utestengning og utstøting, eller som kan bidra til inkludering og økt sysselsetting?

Utvalget av bransjer er gjort ut fra et felles kriterium om at disse skal kjennetegnes av trekk som vi antar har betydning for funksjonshemmende barrierer, enten ved at barrierer reduseres eller ved at nye funksjonshemmende barrierer skapes. Samtidig har vi valgt ut bransjer som på vesentlige måter er forskjellige.

IKT-sektoren er først og fremst en kunnskapsbransje, der kravene til arbeidstakernes kroppslige funksjonsevne er redusert eller endret betraktelig de senere år. Samtidig stiller bransjen større krav til kommunikative ferdigheter enn hva industrien gjør, noe som kan skape nye utfordringer og hindringer. IKT-sektoren kan representere et "kritisk case" i forhold til potensialet i ny teknologi for å redusere funksjonshemmende barrierer: Man kan tenke at hvis ikke denne bransjen - som skal ligge i forkant av den teknologiske utviklingen - er i stand til å utvikle og ta i bruk teknologiske løsninger som muliggjør arbeidslivsdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse, så vil heller ikke andre bransjer klare å gjøre dette.

Byggebransjen representerer et "motsatt" kritisk case ut fra en antakelse om at hvis denne bransjen kan klare å integrere mennesker med funksjonsnedsettelse, så kan alle klare det. Kravene til fysisk yteevne er fremdeles høye i denne bransjen, samtidig som kravene til lese- og skriveferdigheter øker i tråd med innføring av IKT for planlegging og gjennomføring av arbeidsoppgaver også i denne bransjen. Arbeidsorganisering og teknologisk utvikling kan føre til at arbeidstakere med ellers god fysisk arbeidsevne stenges eller støtes ut fra bygge- og anleggsvirksomhet. Byggebransjen består i hovedsak av små bedrifter. Disse kan ha særlige problemer med å samhandle med et offentlig virkemiddelapparat.

Helsesektoren er en stor sektor i arbeidslivet og utgjør også ofte store arbeidsplasser. Helsetjenesten kan være den viktigste arbeidsplassen i mange mindre lokalsamfunn, og ikke minst representerer helsetjenesten sentrale kvinnearbeidsplasser. Helsesektoren er også en del av arbeidslivet som gjennom forvaltningsmodernisering har vært utsatt for store omstillinger, omorganiseringer og effektiviseringsambisjoner. Videre er helse- og sosialsektoren den bransjen som har høyest legemeldt sykefravær. Den representerer et arbeidsliv både preget av tungt fysisk arbeid og kunnskapskrevende og relasjonelt arbeid, både i møte med pasienter som brukere og klienter, og i tverrfaglig og interorganisatorisk samarbeid på tvers sektorer og nivåer. Helsesektoren er en sektor av arbeidslivet som kan være en produsent av funksjonsnedsettelse, men som samtidig skal ivareta og gi hjelp til mennesker med funksjonsnedsettelse.

Når det gjelder den offentlige arbeidslivsstatistikken vi benytter om bransjene, så opererer denne med andre bransjeavgrensninger enn vi har brukt i prosjektet. Helsetjenestene er slått sammen med sosialtjenestene, slik at når vi her snakker om helsesektoren, så betyr det i noen sammenhenger helse- og sosialtjenestene. Tilsvarende omfatter statistikken om byggebransjen også anleggsbransjen. IKT-sektoren derimot er satt sammen av undergrupper fra fire forskjellige næringer, så her har vi trukket ut en del av bransjen. Se nærmere om utvalget i Hilde Haualand's kapittel.

Notatet består av tre kapitler som belyser hver av de tre sektorene, og et oppsummerende sluttkapittel som sammenligner de tre sektorene og drøfter hvilke forhold som kan ha betydning for funksjonshemmedes sysselsetting. I bransjekapitlene søker vi både å beskrive situasjonen i de tre bransjene generelt, og å kartlegge funksjonshemmedes sysselsetting i bransjene. Sluttkapitlet gir en kort oppsummering om de tre bransjene, men for utførlige beskrivelser og kilder må leseren fordype seg i de enkelte bransjekapitlene. I sluttkapitlet drøfter vi også samspill mellom sysselsetting og funksjonshemming, mønstre i funksjonshemmedes sysselsetting og hensikten med å anlegge et bransjeperspektiv på funksjonshemming i arbeidslivet.

Referanser

- Børing, P. 2004. *Norsk og annen nordisk forskning om yrkesrettet attføring*. Oslo: NIFU.
- Gogstad, A., & Bjerkedal, T. 2001. Stadig flere unge uføretrygdede. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(12): 1452-1456.
- Tveråmo, A., Dalgard, O. S., & Clausen, B. 2003. Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(15): 2011-2015.

2

IKT-sektoren – fleksibel, men krevende

Av Hilde Haualand

2.1 Innledning

Da den såkalte dotcombølgen tok av på slutten av 90-tallet, syntes det som om det var nok med en datamaskin, internettforbindelse, utdanning fra gutterommet og evne til å selge en ide for å gjøre raske penger. I en tidsånd som forkynte at hvem som helst kunne jobbe fra hvor som helst når som helst meldte regjeringen i St.meld 8 (1998-1999) *Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001* at ”IT og ny teknologi gjer det mogleg for funksjonshemmede å finne nye former for arbeid og oppgåver som tidlegare ikkje var tilgjengelege.” Det ble opprettet en egen IT-utdanning for sterkt bevegelseshemmede på høyskolen i Hedmark og prosjektet FunkArbeid ble startet nettopp for å utnytte de mulighetene informasjonsteknologien åpnet for funksjonshemmede. IKT-sektoren skulle ikke bare være for folk under 30 med tilsynelatende ubegrenset arbeidskapasitet og tro på egne ideer. Den kunne også sysselsette funksjonshemmede i en grad man ikke hadde sett i yrkeslivet tidligere. Optimismen var stor på alle vegne, nye bedrifter ble etablert og fusjonert på samlebånd, og både arbeidstempoet og sigarføringen var høy. Men like etter starten på det nye årtusenet gikk det smertefullt kjapt opp for mange at en ide og internettforbindelse ikke lenger var nok til å tjene gode penger. Hele sektoren gikk inn i en bølgedal, og det var ingen ting som tydet på at funksjonshemmede på noen måte hadde oppnådd noen slags form for overrepresentasjon innen IKT-sektoren.

I 2006/07 er sektoren i vekst. IKT-sektoren har modnet noe sammenliknet med tilstandene rundt årtusenskiftet, men den er fremdeles relativt fersk med ung alder på både bedrifter og arbeidstakere, og gir et inntrykk av fleksibilitet, nyskaping og turbotempo. Samtidig er veksten i IKT-sektoren vanskelig å skille ut fra utviklingen på andre områder i arbeidslivet, siden IKT er et verktøy som brukes på tvers av sektorer, bransjer og samfunnsområder. Men arbeidsledigheten synker raskere i IKT-sektoren enn den totale arbeidsledigheten, og etterspørselen etter arbeidskraft er spesielt høy for IKT-konsulent-tjenester (www.dagensit.no). Fremdeles preges IKT-sektoren av både høy utskifting, stadige omstillinger (både teknologisk og på virksomhetsnivå) og mye innovasjon.

Troen på IKT som problemløser for funksjonshemmede er fremdeles fremtredende, men det er få som fremdeles snakker høyt om IKT-sektoren som mulighetenes arbeidsmarked for funksjonshemmede. Andelen funksjonshemmede i IKT-sektoren er lavere enn i både bygge- og helsesektoren. Samtidig er det stadig vekk slik at sektoren (på grunn av dens viktigste arbeidsredskap – en datamaskin med tilbehør) sannsynligvis i mindre grad enn andre sektorer stiller store krav til fysiske ferdigheter og styrke hos arbeidstakerne. Dette lå til grunn for at vi i prosjektet Funksjonshemming, arbeidsliv og velferdsstat (FAV) valgte ut telecombransjen som et av tre bransje-cases. Dette ble begrunnet slik;

”*telecombransjen* er en kunnskapsbransje der kravene til arbeidstakernes kroppslige funksjonsevne er redusert eller endret betraktelig de senere år. Samtidig stiller bransjen større krav til kommunikative ferdigheter, noe som skaper nye utfordringer og hindringer. Telecombransjen representerer på mange måter et kritisk case i forhold til potensialet i ny teknologi til å redusere funksjonshemmende barrierer. Lykkes ikke denne bransjen å ta i bruk teknologiske løsninger som muliggjør arbeidslivsdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse, så vil neppe andre bransjer klare å gjøre det.”

Denne hypotesen gjelder ikke bare telecombransjen, den kan også anvendes på andre deler av arbeidslivet der det viktigste arbeidsredskapet er en datamaskin på en pult og det stilles høye krav til arbeidstakernes kommunikasjonsevne. Som et ”typisk” IKT-yrke ble også softwareutviklere nevnt i prosjektbeskrivelsen, fordi dette er et yrke som krever god kjennskap til datamaskiner, og stiller svært få krav til førlighet. Konsulentvirksomhet knyttet til system- og programvareutvikling utgjør 77 % av de ansatte innenfor næringen IKT-konsulentvirksomhet, som er den største næringen i IKT-sektoren. Hypotesen peker på to særtrekk ved telecombransjen som kan ha betydning for bransjens evne til å inkludere arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne. Kravene til fysisk funksjonsevne har kanskje sunket, mens kravene til kommunikative evner har økt. Dette kan slå ut ulikt for ulike grupper mennesker, og peker mot en samvirkning mellom krav til egenskaper og ferdigheter hos arbeidstakerne og de krav og forutsetninger IKT-sektoren selv stiller med. Ulike bransjer og arbeidsoppgaver stiller ulike krav til arbeidstakerne, og i dette kapitlet vil jeg se på trekk ved IKT-sektoren og så diskutere hvordan disse kan ha betydning for sysselsetning av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse.

2.2 IKT-sektoren

I forhold til FAVs hypotese, er ikke IKT-sektoren som helhet et godt case, på grunn av det store spennet i yrker og næringer. For det første finner man de fysiske arbeidsforholdene som særpreger næringen IKT-konsulentvirksomhet også i andre næringer. IKT er en naturlig del av svært mange arbeidsplasser, og er både arbeidsverktøy og bransje. Bedrifter innenfor andre bransjer som har egne IKT-avdelinger (drift og vedlikehold) registreres ikke inn i IKT-sektoren. Det er utydelig hvor ”grensen” går mellom IKT-baserte arbeidsplasser og spesialiserte deler av IKT-sektoren. For det andre er det stor variasjon i yrker innenfor IKT-sektoren, siden den også omfatter bransjene IKT-industri og IKT-varehandel, som i liten grad passer inn i den populære forståelsen av IKT-virksomhet. En rapport fra DeFacto (2004) konkluderer med at den ”egentlige” IKT-næringen i all hovedsak består av virksomheter som driver med telekommunikasjon, produksjon av telekommunikasjonsutstyr og virksomheter som driver med IKT-rådgivning, altså bransjene IKT-telekommunikasjon og IKT-konsulentvirksomhet. Vanskeligheten med å definere en egen IKT-sektor bekreftes også av Fafo-rapporten om IKT-sektoren, siden IKT etter hvert utgjør et viktig arbeidsredskap i de fleste næringer og sektorer (Jordfald og Olberg 2002).

Næringer som omfattes av IKT-sektoren

IKT-sektoren er satt sammen av næringsgrupper fra ulike næringshovedområder, noe som vanskeliggjør sammenlikning med blant annet helse- og sosialtjenester og bygge- og anleggsvirksomhet, som begge utgjør egne næringshovedområder etter Statistisk sentralbyrås standard for næringsgruppering (SN 2002). I Fafo-rapporten om IKT-sektoren (Jordfald og Olberg 2002), er IKT-sektoren presentert slik, sortert etter SSBs inndeling av næringer:

Tabell 1 IKT-sektoren fordelt etter næringsområder, næring, grupper og undergrupper (kilde www.ssb.no/ikt/)

IKT-industri	IKT-service		
	Varehandel	Telekommunikasjon	Databehandling ¹
3001 Produksjon av kontormaskiner 3002 Produksjon av datamaskiner og annet databehandlingsutstyr 3130 Produksjon av isolert ledning og kabel 3210 Produksjon av elektrorør og elektroniske komponenter 3220 Produksjon av radio og fjernsynssendere mv 3230 Produksjon av radio og fjernsynsmottakere mv 3320 Produksjon av måle og kontrollinstrumenter og utstyr 3330 Produksjon av industrielle prosessstyringsanlegg	51433 Engroshandel med radio og fjernsyn 51434 Engroshandel med plater, musikk- og videokassetter 51640 Engroshandel med maskiner og utstyr for kontor 51654 Engroshandel med maskiner og utstyr for handel, transport og tjenesteyting ellers 52485 Butikkhandel med datamaskiner, kontormaskiner og telekommunikasjonsutstyr	6420 Telekommunikasjoner	7133 Utleie av kontormaskiner mv. 7210 Konsulentvirksomhet maskinvare 7220 Konsulentvirksomhet system og programvare 7230 Databehandling 7240 Drift av databaser 7250 Vedlikehold og reparasjon av kontor og datamaskiner 7260 Annen databehandling

(Jordfald og Olberg 2002)

IKT-industri omfatter produksjon av elektroniske og elektriske komponenter, altså varer med funksjoner relatert til informasjonsoverføring i bred forstand. IKT-service er delt inn i tre næringsgrupper, IKT-varehandel, IKT-telekommunikasjon og IKT-konsulentvirksomhet. Når det i kapitlet skrives om IKT-sektoren er alle næringer som er beskrevet over inkludert, og når det skrives næring eller bransje vises det til en av næringsgruppene (IKT-telekommunikasjon, IKT-konsulentvirksomhet o.s.v.)

Sysselsetning og vekst

Rundt 3 % av de sysselsatte arbeider innenfor IKT-sektoren, mens sektorens andel av samlet økonomi og fastlandsøkonomien unntatt offentlig forvaltning var på 5,9 % i 2005 (SSB 2006). Den er samtidig landets fjerde største sektor målt etter omsetning (177 mrd kroner i 2005, etter næringene Industri, Olje og gass og Bygg og anlegg) (SSB 2006). IKT-sektoren har vokst siden 2000, med noen svingninger og kraftig vekst fra 2004-2005.

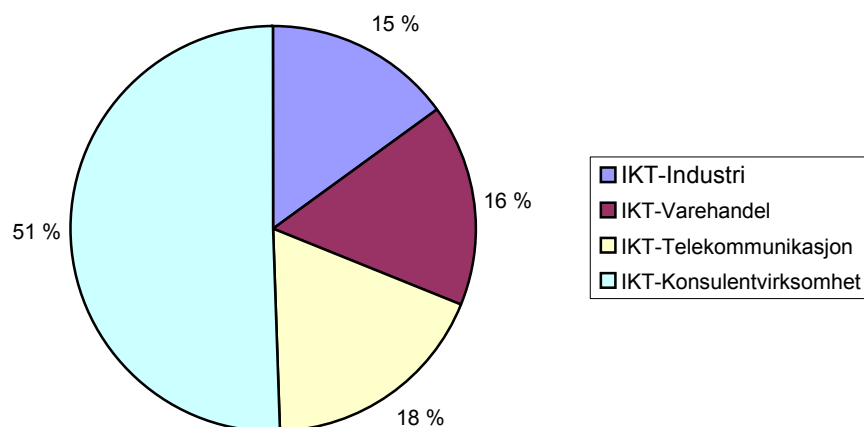
Tabell 2 Sysselsatte i IKT-sektoren 2000-2005

2000	2002	2003	2004	2005
65318	71496	68737	70248	77750

(SSB, AKU)

¹ IKT-databehandling har senere skiftet navn til IKT-konsulentvirksomhet. Det siste begrepet brukes i resten av rapporten, også når det vises til Jordfald og Olberg (2002).

Av figur 1 vil man se at 69 % var sysselsatt innenfor en av næringene IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon.



Figur 1 (SSB 2006)

IKT-konsulentvirksomhet har hatt en betydelig større vekst enn andre næringsgrupper (SSB 2006). Verdiskapningen innenfor sektoren har økt med 42 % siden 1997 (sammenliknet med 35 % i fastlandsøkonomien unntatt offentlig forvaltning), og dette skyldes i stor grad verdiskapningen innenfor IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon der verdiskapningen har vært på henholdsvis 97 % og 76 % siden 1997. Disse næringsgruppene stod for over en tredjedel av verdiskapningen innenfor IKT-sektoren i 2003 (SSB 2006).

Indre omorganiseringer innenfor IKT-sektoren kan også være med på å forklare den sterke veksten i sysselsatte innenfor IKT-konsulentvirksomhet, blant annet ved at virksomheter knyttet til telekommunikasjon har glidd over i databehandlingsbransjen, og at utviklingsdelen i bedrifter i IKT-industri skilles ut fra produksjonsdelen (Jordfald og Olberg 2002). Sammenliknet med andre bransjer har ikke IKT-sektoren samlet hatt spesielt stor økning i antall sysselsatte i perioden 1995-2002 (DeFacto 2004), men her skiller IKT-konsulentvirksomhet seg ut ved at sysselsetningen er blitt mer enn fordoblet siden 1995 (SSB 2006). Antakeligvis er en god del av denne veksten bunnet i tilsig og omorganiseringer i IKT-telekommunikasjon (Jordfald og Olberg 2002).

Sysselsetning av funksjonshemmede i IKT-sektoren

Med sterk etterspørsel etter arbeidskraft og få fysiske barrierer bakt inn i arbeidsverktøy og -metoder, skulle man tro at veien lå åpen for kvalifiserte arbeidstakerne med funksjonsnedsettelse (med relevant utdanning). Mens tre prosent av de sysselsatte totalt jobber i IKT-sektoren, sysselsetter den bare to prosent av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse.

Tilleggsundersøkelsen til AKU viser at andelen funksjonshemmede arbeidstaker i sektoren har sunket siden 2000, med noe vekst frem til 2005.

Tabell 3 Sysselsatte funksjonshemmede i IKT-sektoren 2. kv 2000–2005

	2000	2002	2003	2004	2005
Sysselsatte (totalt)	65318	71496	68737	70248	77750
Sysselsatte funksjonshemmede	5029 (7,7%)	4087 (5,7%)	3584 (5,2%)	3287 (4,6%)	4774 (6%)

(AKU, tilleggsundersøkelsen)

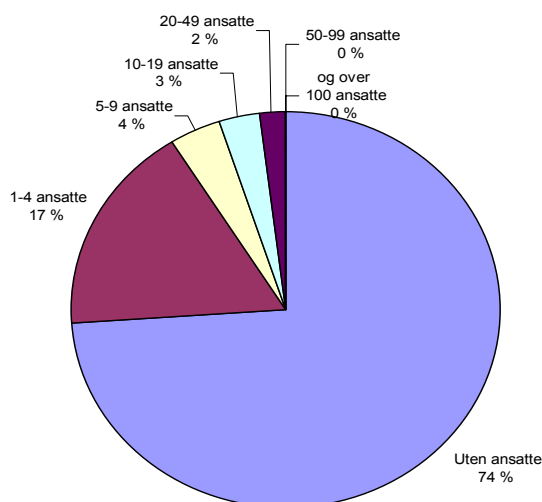
Av den totale arbeidsstyrken er 9 % funksjonshemmede i 2005, mens andelen funksjonshemmede innenfor IKT-sektoren er 6 %. Innenfor helse- og sosialtjenester har 11 % av arbeidstakerne funksjonsnedsettelse, med 9 % innenfor bygge- og anleggsvirksomhet (AKU 2. kv. 2005). Funksjonshemmede er med andre ord underrepresentert i IKT-sektoren sammenliknet med blant annet sektorene helse- og sosialtjenester og bygge- og anleggsvirksomhet. I tillegg følger ikke andelen funksjonshemmede innenfor IKT-sektoren de generelle svingningene i sysselsetningen innenfor sektoren. Ifølge tilleggsundersøkelsen til AKU har andelen funksjonshemmede i IKT-sektoren blitt lavere etter hvert som sektoren har vokst, selv om man i 2005 ser en økning fra året før.

IKT-telekommunikasjon og IKT- konsulentvirksomhet

Selv om FAV-hypotesen refererte til telecombransjen og softwarekonsulenter, vil jeg i dette kapitlet legge vekt på IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon. Innenfor begge disse næringene vil man finne mange unge bedrifter og enkeltmannsforetak/små virksomheter. Samtidig kan arbeidsverktøyene (datamaskiner og tilhørende redskaper) som brukes relativt lett tilpasses arbeidstakere med fysiske funksjonsnedsettelse. Disse er også de største næringene innenfor IKT-sektoren.

IKT-konsulentvirksomhet

De sysselsatte i denne næringen fordeler seg på ulike undergrupper, hvorav konsulentvirksomhet tilknyttet system- og programvare utgjør 77 %. Videre er 74 % av virksomhetene i IKT-konsulent enkeltmannsbedrifter, og ytterligere 17 % har færre enn fem ansatte.



Figur 2 (Kilde: DeFacto 2004, SSB)

Likevel jobber flertallet av de sysselsatte i selskaper med mer enn fire ansatte. 15000 er ansatt i svært små selskaper, mens 23000 av de sysselsatte innenfor IKT-konsulentvirksomhet jobber i selskaper med mer enn fire ansatte (DeFacto 2004).

IKT-telekommunikasjon

IKT-telekommunikasjon har andre tradisjoner enn IKT-konsulentvirksomhet. I likhet med mange andre land, domineres denne sektoren i Norge av et enkelt tidligere statlig monopolselskap. Bransjen har vært gjennom store omorganiseringer de senere tiårene, til dels på grunn av utviklingen på telekommunikasjonsområdet. Telenor har drøyt 12700 ansatte, men en del av disse er ansatt i selskaper som ikke hører inn under IKT-telekommunikasjon (DeFacto 2004).

Skillet mellom IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon er ikke alltid like klart. Jordfald og Olberg (2002) peker på at en av årsakene til den sterke veksten i sysselsetning innenfor IKT-konsulentvirksomhet, kan være at en del av telekommunikasjonsvirksomhetene har glidd over i databehandlingsbransjen som følge av oppsplittingen av Telenor, samt at IKT-industri i større grad skiller mellom produksjon (klassifisert under IKT-industri) og utvikling (klassifisert under IKT-konsulentvirksomhet).

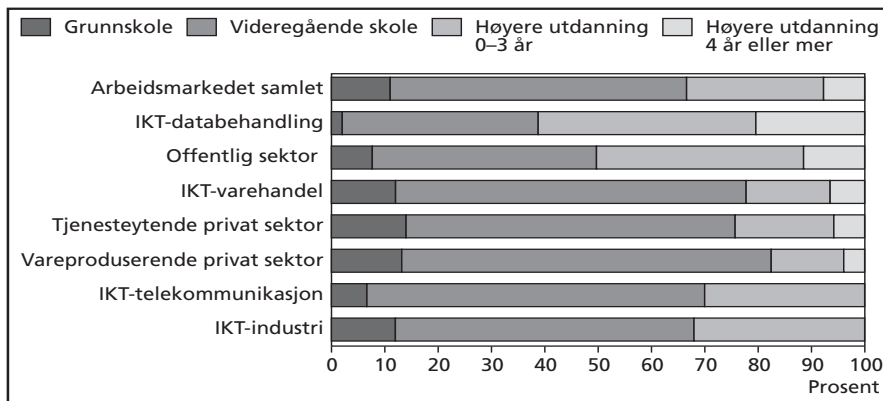
Litt om IKT-industri og IKT-varehandel

Innenfor IKT-varehandel er langt de fleste sysselsatt innenfor engrossalg av kontorutstyr (alt fra viskelær og arkivbokser til kopimaskiner og datamaskiner). Den dominerende virksomheten innenfor IKT-industri i Norge er produksjon av elektroniske komponenter, kommunikasjons- og måleutstyr, radio- og fjernsynsmottakere, og har til dels lange tradisjoner i Norge (DeFacto 2004). IKT-industri har antakeligvis mer til felles med andre industrinæringer enn for eksempel gruppene IKT-telekommunikasjon og IKT-konsulentvirksomhet. Selv om også IKT-industri forutsetter tilgang til forsknings-, utviklings- og innovasjonstjenester er den fysiske vareproduksjonen fremdeles et fremtredende kjennemerke ved dette næringsområdet. IKT-industri har også lange tradisjoner med til dels store bedrifter i Norge (Jordfald og Olberg 2002), og dermed er det heller ikke aktuelt å studere denne delen av IKT-sektoren i forhold til antakelsen om at den antatt unge gjennomsnittsalderen og små størrelser på virksomhetene innenfor IKT-sektoren kan påvirke i hvilken grad arbeidstakere med funksjonsnedsettelse blir inkludert.

2.3 Trekk ved arbeidsstyrken og arbeidsforholdene i IKT-sektoren

Utdanningsnivå

Nærmere halvparten av de sysselsatte i IKT-sektoren har høyere utdanning. Gjennomsnittet for samlet næringsliv er 29 prosent. Bare 4 prosent av de sysselsatte i IKT-sektoren har ikke utdanning utover grunnskolen. I samlet næringsliv var det 10 prosent av de sysselsatte som ikke hadde utdanning utover grunnskolen i 2004 (SSB 2006). Det er store forskjeller mellom de ulike gruppene innenfor IKT-sektoren, med høyest andel sysselsatte med høyere utdanning innenfor IKT-konsulentvirksomhet (i figur 3 oppført som ”data-behandling”).



Figur 3 (Jordfald og Olberg 2002, Levekårsundersøkelsen 2000)

Blant sysselsatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren er det ingen som bare har ungdomsskoleutdanning. 70 % har utdanning på videregående skolenivå, og 30 % har utdanning på universitets- og høyskolenivå. Utdanningsnivået blant sysselsatte funksjonshemmede i sektoren er med andre ord lavere enn i hele sektoren under ett. Men flere funksjonshemmede over 50 år har høyere utdanning enn funksjonshemmede fra 16-49 år (hhv 43,5 % og 27 %). 44 % av de sysselsatte totalt i IKT-sektoren over 50 år har høyere utdanning, hvilket betyr at utdanningsnivået er omtrent det samme for funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede i denne aldersgruppen. Samtlige funksjonshemmede arbeidstakere over 50 år med universitets- og høyskoleutdanning, er menn. 65 % av funksjonshemmede menn over 50 år i sektoren har universitets- eller høyskoleutdanning, mot 37 % av ikke-funksjonshemmede menn i samme alder (Se også tabell 4) (AKU 2005).

Kjønnsfordeling

IKT-sektoren har en lavere andel kvinner enn samlet næringsliv med en kvinneandel på 23 prosent i 2005. Innenfor IKT-sektoren hadde IKT-telekommunikasjon den høyeste kvinneandelen med 31 prosent, mens IKT-varehandel hadde den laveste med 21 prosent. Til sammenligning var kvinneandelen i det samlede næringsliv på 47 prosent (SSB 2006). Kjønnsfordelingen blant sysselsatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren er ikke like skjev som blant ikke-funksjonshemmede². Mens 24 % av de sysselsatte i alt innenfor IKT-bransjen er kvinner, er 34 % av de sysselsatte med funksjonsnedsettelse kvinner (AKU, tilleggsundersøkelsen 2. kv. 2005). Følgelig har en større andel av kvinnene (9 %) en funksjonsnedsettelse enn menn (5 %) (tabell 4). Siden det er flere menn enn kvinner med funksjonsnedsettelse i IKT-bransjen, utgjør den samlede andelen sysselsatte med funksjonsnedsettelse likevel til sammen 6 %.

Utdanningsnivået er lavere for kvinner enn for menn i IKT-sektoren. Dette gjelder både ikke-funksjonshemmede og funksjonshemmede, men forskjellene i utdanningsnivå mellom menn og kvinner er mye større i den siste gruppen, der bare 14 % av de funksjonshemmede kvinnene har utdanning på universitets- eller høyskolenivå, jf tabell 4. For aldersgruppen over 50 år, er det ingen funksjonshemmede kvinner som har universitets- eller høyskoleutdanning. Vi kjenner ikke til hvilke yrker disse kvinnene har, men en spekulasjon er at de kanskje jobber med ulike støttefunksjoner (sekretær, kantine, renhold og lignende).

² Tallmaterialet vedr funksjonshemming, kjønn og utdanning er hentet fra tilleggsundersøkelsen til AKU, 2. kv 2005. Datagrunnlaget er lite, og tallene er ikke signifikante. Tallene om sektor, kjønn, utdanning og funksjonshemming i notatet må leses med dette forbehold, og forstås som tentative. Tallene er oppjustert.

Tabell 4 Utdanningsnivå og kjønn - IKT-sektoren

	Ikke-funksjonshemmede		Funksjonshemmede	
Menn (totalt)	59733		3064	5% av menn totalt
Ungdomsskole	1922	5 %	-	
Videregående skolenivå	24430	40 %	1904	62 %
Universitets- og høyskolenivå	33381	55 %	1160	38 %
Kvinner (totalt)	18017		1611	9 % av kvinner totalt
Ungdomsskole	798	5 %	-	
Videregående skolenivå	9259	51 %	1400	86 %
Universitets- og høyskolenivå	7960	44 %	210	14 %

(AKU 2. kv 2005)

Alderssammensetning

Samtidig som IKT-bransjen er relativt mannsdominert, har den også ord på seg for å være en bransje for den yngre garde av arbeidsstyrken. Det siste stemmer bare delvis. Det som først og fremst særpreger bransjen er at den har en relativt ”sammenklemt” alderssammensetning. 50 prosent av de sysselsatte i IKT-sektoren er i aldersgruppen 25-39 år. I det samlede næringsliv er 35 prosent av de sysselsatte i denne aldersgruppen. Samtidig er gjennomsnittsalderen i bransjen ikke mye lavere enn for resten av arbeidsmarkedet. Gjennomsnittsalderen for IKT-telekommunikasjon er 40 år, mens den er 38 år for IKT-konsulentvirksomhet og for det samlede arbeidsmarked er gjennomsnittsalderen 39 år (SSB 2006, Jordfald og Olberg 2002). Andelen sysselsatte i aldersgruppen 40-54 år er om lag den samme i både IKT-sektoren og det samlede næringsliv. I de andre aldersgruppene er sysselsatte IKT-sektoren underrepresentert i forhold til samlet næringsliv, spesielt for arbeidstakere over 50 år (Jordfald og Olberg 2002).

For arbeidstakere med funksjonsnedsettelse skiller IKT-sektoren seg ut fra helse- og sosialtjenester og bygge- og anleggsvirksomhet ved at andelen funksjonshemmede arbeidstakere over 50 år er lavere enn andelen arbeidstakere totalt over 50 år.

Tabell 5 Sysselsatte i alderen 55-60 år IKT-sektoren

	Ikke-funksjonshemmede 50-66 år	Funksjonshemmede 50-66 år
IKT-sektoren	16020 (20 % av sysselsatte totalt)	704 (15 % av sysselsatte funksjonshemmede)
Bygge- og anleggsvirksomhet	35819 (22 %)	5571 (39 %)
Helse- og sosialtjenester	132669 (30 %)	22970 (46 %)

(AKU, 2. kv 2005)

Disse tallene kan tyde på at de funksjonshemmede som er sysselsatt i IKT-sektoren ikke har fått nedsatt funksjonsevne som følge av slitasje eller skader, siden det er en høyere andel yngre sysselsatte funksjonshemmede i IKT-sektoren. Det kan også være mulig at flere av de sysselsatte med funksjonsnedsettelse allerede hadde en funksjonsnedsettelse ved ansettelsen enn i de andre sektorene.

Lønnsnivå

Lønnsmessig skiller IKT-konsulentvirksomhet seg ut fra resten av arbeidsmarkedet ved at 1/3 tjener mer enn kr 500 000 årlig, mot sju prosent i resten av arbeidsmarkedet. I de andre IKT-næringene er lønnsnivået mer på linje med resten av arbeidsmarkedet. De fleste IKT-

ansatte var fornøyd med lønnen, ifølge Levekårsundersøkelsen 2000. 95 % av den utbetalte lønnen for samtlige yrker er avtalt lønn, og opsjoner, bonus, provisjoner og overtidbetaling utgjør bare en mindre del av lønnen. Slike ordninger er relativt utbredt, spesielt innen IKT-konsulentvirksomhet, men betyr i kroner og øre bare en liten del av den samlede lønnen (Jordfald og Olberg 2002).

Arbeidstid

Innen IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon oppgir tre av fire ansatte at arbeidet er prosjektbasert, og at de ofte jobber i team eller grupper. Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid er noe lengre enn i andre bransjer, og det er flere som arbeider mer enn normal arbeidsuke enn mindre enn dette. Samtidig er tendensen til å jobbe mer enn normal ukentlig arbeidstid noe IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon har til felles med øvrig privat sektor (Jordfald og Olberg 2002). Man kan dermed ikke si at disse næringene utmerker seg *spesielt* med lange arbeidsdager i forhold til andre bransjer innenfor samme marked. I det samlede arbeidsmarkedet har rundt 1/3 av arbeidstakerne fleksitid, mens innenfor IKT-konsulentvirksomhet og IKT-telekommunikasjon har hhv. 78 % og 57 % fleksitid (eller intet bestemt tidspunkt for å arbeide) (Jordfald og Olberg 2002).

Det er totalt 8 % deltidsarbeidende i IKT-sektoren og av sysselsatte med funksjonsnedsettelse er det 17 % som arbeider deltid (AKU, tilleggsundersøkelsen 2. kv 2005). Av alle sysselsatte funksjonshemmede, jobber 42,1 % deltid, og i lys av dette er andelen deltidsarbeidende funksjonshemmede i IKT-sektoren svært lav, noe som også antakeligvis henger sammen med den generelt lave andelen deltidsarbeidende i denne sektoren.

Jordfald og Olberg (2002) konkluderer i sin undersøkelse av IKT-sektoren, basert på indikatorene i Levekårsundersøkelsen 2000, at IKT-sektoren kommer relativt godt ut når det gjelder utvalgte trekk ved det organisatoriske arbeidsmiljøet. Selv om det er lang arbeidstid og høyt press, har arbeidstakerne også en følelse av høy grad av selvbestemmelse i jobben. De har gode muligheter for å utnytte egne ferdigheter og kunnskap, samt muligheter for faglig utvikling og etter- og videreutdanning.

Sykefravær, yrkesskader og mottak av stønad

Sykefravær - årsaker

Sykefraværet var i 2005 to prosentpoeng lavere i IKT-sektoren enn i næringslivet generelt (www.digi.no 18. april 2005). Sykefraværet er helt nede i 4 % i data- og kunnskapsbedriftene (SSB 2004), mot 5,7 % for sysselsatte i alt. Ut fra søk på Internett, virker det som om det er generelt lite fokus på sykefraværet i IKT-sektoren. Kombinasjonene 'IKT'/'IT'-bransje'/'IKT-sektor' mot 'sykefravær', 'ufør?' 'attføring', 'yrkesskade', 'helse' og funksjonshem?' ga ingen treff eller kun 1-2 irrelevante treff. Abelia, organisasjonen for kunnskapsbedriftene i NHO, mener det lave sykefraværet bekrefter "at IKT-bransjen er et godt sted å jobbe" (Arve Aasmundseth, Abelia til www.digi.no 8. juli 2005), samtidig som de erkjenner at det finnes lite forskning om det lave sykefraværet innenfor kunnskapsbedriftene. Man antar blant annet at det lave sykefraværet kan ha med at arbeidsoppgavene sjelden stiller store fysiske krav, og er av en slik art at man gjerne kan jobbe hjemmefra om man føler seg litt puslete en dag, eller lett kan tilpasse arbeidssituasjon og -oppgaver etter dagsform og -behov.

Men IKT-sektoren er ikke helt fri fra helseskader. De såkalte ”muskadene” er svært utbredt i sektoren. I 2001 hadde en tredjedel av de sysselsatte opplevd datarelaterte plager, blant annet vondt i nakke og skuldre. Kvinner var noe mer utsatt enn menn (www.digi.no, 08.10.01). Samtidig er ikke slike skader definert som yrkesskader (www.digi.no 03.03.06), og det er vanskelig å bli erklært arbeidsufør som følge av slitasje ved skjermarbeid. Siden nakke- og muskelskader som følge av ensidig arbeidsstilling foran skjerm med tastatur og mus ikke blir definert som yrkesskade og det for øvrig finnes svært lite dokumentasjon på andre yrkesbelastninger eller skader i bransjen, er det vanskelig å si om IKT-sektoren i særlig grad selv produserer funksjonsnedsettelse blant de sysselsatte, slik man for eksempel ser innenfor helse- og sosialsektoren (se kapitlet til Alm Andreassen).

At arbeidstakere har høy risiko for å ”møte veggen” eller bli utbrent, er en annen antakelse om IKT-sektoren. Det er ikke mulig å få bekreftet at IKT-sektoren peker seg ut som spesielt risikofyllt i forhold til andre sektorer når det gjelder psykiske lidelser som følge av hardt arbeidspres. En svensk undersøkelse (Kjeldberg 2000) viser at leger og lærere er betydelig mer utsatt for utbrenthet. IKT-konsulentvirksomhet skiller seg ut i forhold til resten av arbeidsmarkedet ved å være svært styrt av presise resultatkrav og tidsfrister, men samtidig er arbeidssituasjonen preget av utbredt tidsautonomi (at arbeidstakerne selv kan bestemme *når* de vil jobbe) *innenfor* et regime av tidsfrister (Jordfald og Olberg 2002). Selv om arbeidspreset er høyt i denne sektoren, har de ansatte en relativt stor følelse av autonomi, noe som kanskje motvirker negativ stress og utbrenthet.

Samtidig er mentale lidelser antakeligvis undervurdert som årsak til sykefravær/uføretrygd, til dels på grunn av den lave statusen til psykiske lidelser. Vi vet ikke hvor utbredt det eventuelt er at arbeidstakere som merker at arbeidspreset blir for tøft finner andre arbeidsplasser uten at de samtidig oppgir at psykiske og/eller mentale belastninger er årsaken til dette.

Mottak av stønader

Av ansatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren er det få som mottar stønad i IKT-sektoren sammenliknet med sysselsatte med funksjonsnedsettelse i byggesektoren og helse- og sosialsektoren (AKU 2. kv 2005). I IKT-sektoren er det 13 % av sysselsatte med funksjonsnedsettelse som mottar en eller flere stønader, mens de tilsvarende tallene for byggebransjen og helse- og sosialsektoren er 30 % og 53 %. Det er også mye mindre spredning på de ulike typene stønader ansatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren mottar. 4 % mottar grunn- og hjelpestønad, 5 % mottar attføringspenger/ytelser og 8 % mottar uførepensjon, (noen mottar flere ulike ytelser). Når vi vet at 17 % av funksjonshemmede i sektoren jobber deltid, kan man anta at rundt halvparten av disse mottar uførepensjon. Ingen av de sysselsatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren mottar sykepenger, rehabiliteringspenger eller andre ytelser (AKU 2. kv 2005). Når vi også vet at over 4/5 av sysselsatte med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren arbeider fulltid, er det nærliggende å spørre om sysselsatte med funksjonsnedsettelse i denne sektoren er ”friskere” enn sysselsatte med funksjonsnedsettelse i de andre bransjene, og/eller om den lave andelen som mottar stønader har sammenheng med at selve arbeidssituasjonen er mindre belastende, og at færre faller ut eller får en funksjonsnedsettelse som følge av arbeidet. I denne sammenheng er det også relevant å skille mellom arbeidstakere med fysiske funksjonsnedsettelse (syn, hørsel, bevegelse) og arbeidstakere som får en funksjonsnedsettelse som følge av kronisk sykdom. Forutsatt riktig tilrettelegging av arbeidssituasjonen er det ingen grunn til å anta at den første gruppen skal ha høyere sykefravær eller større behov for redusert arbeidstid enn andre. At langt de fleste

arbeidstakerne med funksjonsnedsettelse i bransjen arbeider full tid, kan også være et tegn på at ansatte med funksjonsnedsettelse innenfor denne bransjen først og fremst har fysiske funksjonsnedsettelse, og i mindre grad har kroniske sykdommer.

Interesseorganisering og avtaler

Relativt få av de ansatte i IKT-sektoren er organisert og det legges stor vekt på individuelle avtaler og fleksible ansettelsesforhold. Igjen ser man store forskjeller på de ulike sektorene i IKT-sektoren, med størst andel fagorganiserte innenfor IKT-industri (62 % fagorganiserte), og færrest innenfor IKT-konsulentvirksomhet (21 %). De fleste som er fagorganisert er å finne i de større og mer etablerte virksomhetene i sektoren. Dominerende arbeidstakerorganisasjoner innenfor IKT-telekommunikasjon og IKT-konsulentvirksomhet er EL&IT, Finansforbundet, STAFO, NITO (Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon) og Tekna (tidligere NIF (Norske Sivilingeniørers Forening)) (Jordfald og Olberg 2002).

På arbeidsgiversiden dominerer bransjeforeningen Abelia i NHO. Abelia organiserer 530 bedrifter med 25 000 ansatte over hele landet. Seksti prosent av de sysselsatte i Abelias medlemsbedrifter jobber i en bedrift som har inngått avtale om IA. Storparten av disse jobber i de største bedriftene innenfor bransjen (Arve Aasmundseth, Abelia).

Det er en del variasjoner mellom virksomhetene når det gjelder arbeidsbetingelser, ansettelsesforhold, arbeidsmiljø, rekrutteringspraksiser og sosiale ordninger. I en del av bedriftene blir slikt ordnet individuelt, mens andre bedrifter er mer opptatt av å ha flere rutiner for regulering og kompensasjon. Antakeligvis avhenger den enkelte bedrifts rutiner på dette feltet både av bedriftsstørrelse og –alder, samt eventuell tilknytning til arbeidsgiver- eller arbeidstakerorganisasjon. Det kan antas at de færreste av de små bedriftene har egne personalansvarlige med spesielt ansvar for eller kunnskap om tilrettelegging for arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Slik formidlingsprosessen for tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede er organisert i Norge, stilles det en del krav til både bedrift og arbeidstaker for å få tilrettelagt en arbeidsplass. Både kunnskap om anskaffelse av tekniske hjelpemidler og den byråkratiske prosessen det er å få tak i dem, vil sjelden finnes andre steder enn i relativt store bedrifter. I små foretak der daglig leder og personalansvarlig utgjør en og samme person (slik det er vanlig i mange IKT-bedrifter), er det ofte ikke kapasitet eller tid til å drive med det som ofte oppfattes som spesiell tilrettelegging for en enkelt arbeidstaker. Store bedrifter har ofte bedre muligheter til å fokusere på sosialt ansvar enn små bedrifter, ved at de for eksempel kan satse på tiltak for arbeidstakere med langvarig sykdom og for å holde på eldre arbeidstakere. Det er også større sjanse for at store bedrifter med sterke partsrelasjoner viser sosialt ansvar, ved å for eksempel å inngå IA-avtale (Midtsundstad 2006). Dette gjør det nærliggende å anta at små og unge IKT-bedrifter i liten grad har en personalpolitikk som aktivt fokuserer på å holde på eller rekruttere arbeidstakere med funksjonsnedsettelse.

På grunn av den store variasjonen innenfor bransjen, er det også vanskelig å hente ut informasjon om hvordan ulike avtaler og rutiner påvirker bransjens evne til å sysselsette arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Det er heller ikke gitt at sterk partsorganisering, spesielt på arbeidstakersiden, virker positivt for nyansettelser og rekruttering av funksjonshemmede. Fagforeningene har gjerne fokus på arbeidstakere som allerede er i arbeid, og mindre fokus på marginaliserte grupper som ønsker seg inn i et arbeidsforhold. Videre har næringen IKT-konsulentvirksomhet preg av mange små og unge bedrifter, med til dels lite fokus på formelle rekrutteringsprosesser. Dette antas å virke *mot* muligheten for

å få jobb for funksjonshemmede, fordi man ved uformelle rekrutteringsprosesser gjerne ansetter bekjente med liknende erfaring og preferanser som de som allerede er ansatt (Clarke, L, et.al 2004).

2.4 Teknologi – IKT-bransjens alfa og omega

Teknologi er IKT-bransjens alfa og omega, og utfordringen er ikke å studere i hvilken grad teknologi brukes i bransjen, men om og hvordan dette eventuelt tilpasses arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er det som forener IKT-bransjen, og er en forutsetning for kommunikasjon og produksjon i en slik grad at man ikke kan snakke om at noen arbeidstakere er mer avhengige av teknologi og tekniske hjelpemidler enn andre. Alle er avhengige av teknologien, både for å få utført arbeidet og i økonomisk forstand. Arbeidstakere med fysiske funksjonsnedsettelse vil med dette perspektivet ikke skille seg spesielt ut fra de andre arbeidstakerne.

Antatt få eller lave krav til fysisk funksjonsevne

Innenfor IKT-telekommunikasjon og IKT-konsulentvirksomhet er det få eller ingen krav til fysisk styrke og gode kroppslige ferdigheter for å utføre arbeidet. I teorien holder det å være i stand til og å ha kunnskap nok til å styre en datamaskin, enten dette skjer via et ordinært tastatur eller ved hjelp av hjelpemidler som gjør at det er nok med lette nikk for å styre avanserte programmer. Begrepet ”frisk og arbeidsfør” trenger i IKT-relaterte yrker ikke å være ensbetydende med å ha to sterke armer, raske ben, en rak rygg og godt syn og god hørsel. Derimot kan bransjen stille krav om andre egenskaper enn optimal fysisk funksjonsevne, noe som kan virke ekskluderende på andre grupper funksjonshemmede. Når teknologien som brukes i så stor grad er rettet mot informasjon og kommunikasjon, krever det også kompetanse i mer enn bare å betjene en datamaskin, man skal også ha evne til å sende og motta informasjon, samt kommunisere dette med både kollegaer og kunder.

Store krav til digital kompetanse og kommunikative ferdigheter

IKT-næringene telekommunikasjon og konsulentvirksomhet er kunnskapsintensive, der mye handler om det som ligger i navnet – kommunikasjon og informasjon. Dette fordrer evne til å kommunisere, herunder behandling (mottak og produksjon) av informasjon. IKT-kompetansen kan og må være både formell og uformell. På den formelle siden kreves utdanning (enten innenfor IKT eller fra andre disipliner) og/eller digital kompetanse. Digital kompetanse ”består både av IKT-ferdigheter, tilsvarende det å lese, skrive og regne, og mer avanserte ferdigheter som sikrer en kreativ og kritisk bruk av digitale verktøy og medier.” (Program for digital kompetanse 2004-2008, Utdannings- og forskningsdepartementet). Det generelt høye utdanningsnivået innenfor IKT-bransjen kan være en medvirkende årsak til at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse er underrepresentert. I Norge er andelen funksjonshemmede med høyere utdanning anslagsvis 10-15 % lavere enn i den voksne befolkning for øvrig. Hvis funksjonshemmede sett under ett har lavere utdanningsnivå enn ikke-funksjonshemmede, vil de også ha mindre sjanse til å få arbeid innenfor de utdanningskrevende næringsgruppene i IKT-bransjen.

På den uformelle siden omfatter kommunikative ferdigheter evne til kontakt og samarbeid med kollegaer og kunder og stor omstillingsevne i en bransje med til dels raske omstillinger og mye innovasjon. Siden graden av organisering er lav i store deler av sektoren er det antakeligvis også en fordel med evne til å ”klare seg selv” i forhold til lønnsforhandlinger og posisjonering på arbeidsplassen.

Motvirkende krefter?

Ut fra en del generelle antakelser om funksjonshemming og arbeidsliv, ser vi dermed to krefter som antakeligvis kan virke mot hverandre. På den ene siden har vi en sektor som på grunn av arbeidsoppgavene og arbeidsverktøyet som brukes (datamaskiner som i teorien ofte er enkle å tilpasse individuelle forutsetninger) stiller få krav til fysiske ferdigheter, slik at for eksempel syns-, hørsels- og bevegelseshemninger ikke har avgjørende betydning for å få jobben gjort. Samtidig stiller bransjen store krav til evnen til å kommunisere skriftlig og muntlig, noe som kan ekskludere lese- og skrivesvake grupper samt personer med psykiske problemer. Videre er IKT-sektoren beryktet for å tøye arbeidsmiljøloven. Flere av virksomhetene har hatt relativt kort levetid, og med oppkjøp og omorganiseringer er den enkelte arbeidsplass kanskje ikke like forutsigelig eller sikker som i andre deler av næringslivet. Dermed kan det tenkes at arbeidstakere med funksjonsnedsettelse som kanskje har brukt mye tid på å finne seg et arbeid, finner at de er mer sårbare innenfor denne bransjen enn andre, selv om arbeidsoppgavene i seg selv er teknologisk/fysisk tilrettelagt og/eller tilgjengelige. Man finner antakeligvis at flere av de bedriftene innenfor bransjen som stiller få krav til fysisk funksjonsevne, også er relativt nye og mangler tradisjoner for kollektive avtaler og fagorganisering, både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden (dette gjelder spesielt sektoren IKT-konsulenttjenester (Jordfald og Olberg 2002)).

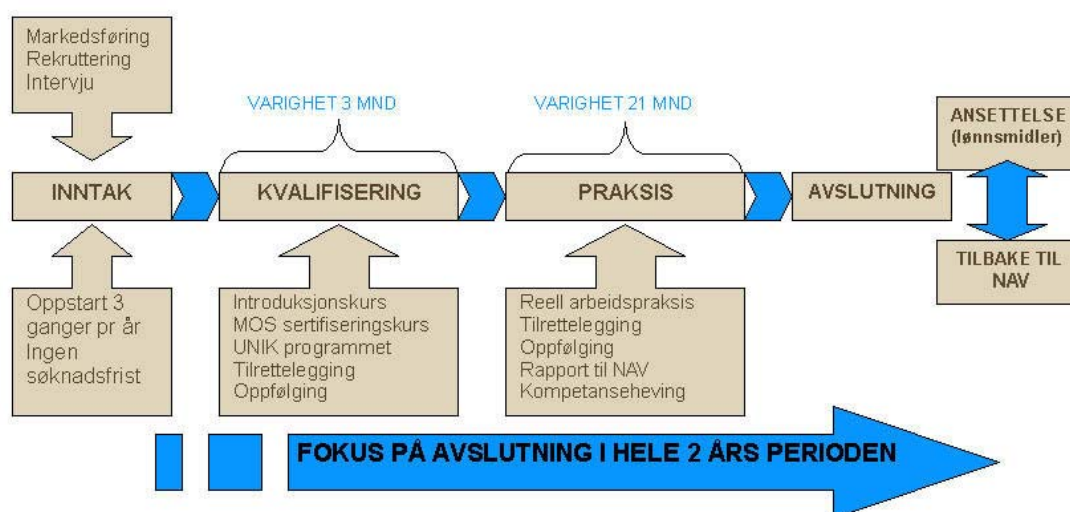
2.5 Tiltak for å rekruttere arbeidstakere med funksjonsnedsettelse

Selv om IKT-bransjene konsulentvirksomhet og telekommunikasjon preges av lav organisering og få kollektive avtaler, er det likevel mulig å finne tiltak som fokuserer på økt sysselsetning av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Blant annet finner man i denne sektoren et av de største og mest kjente programmene for aktiv opplæring og inkludering av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse, nemlig Telenors handicap-program. I tillegg har bransjeforeningen Abelia utviklet en informasjons- og holdningsbrosjyre om funksjonshemmede i arbeidslivet, basert på prosjektet "Gode hoder i arbeid". Både Telenor og Abelia har velfungerende arbeidssøkere med fysiske funksjonsnedsettelse som målgruppe.

Telenors Handicap-program

Telenor tar inn en liten gruppe søkere med fysiske funksjonsnedsettelse eller sansetap til et 2-årig program. Dette gjøres i samarbeid med NAV, som betaler attføring til deltakerne. Først kommer de inn i en kvalifiseringsperiode som innebærer mye kartlegging, og i neste omgang foretar bedriften en grundig evaluering med tanke på om de egner seg for hospitering i en bedrift. Telenor samarbeider med Manpower og Gjensidige Nor (dermed er dette et tiltak som også rekker utenfor IKT-bransjen) for hospiteringsplasser der deltakerne får arbeidserfaring i en periode over 21 måneder. Seks måneder før hospiteringsperioden er over foretas en evaluering. 75 % av deltakerne ender opp med fast ansettelse i hospiteringsbedriften, resten går tilbake til NAV for ytterligere kvalifisering.

Telenors modell av handicap-programmets forløp:



Figur 4 (Hentet fra <http://www.telenor.no/hcp/modellen/>)

Bransjeforeningen Abelia – Gode hoder i arbeid

Abelias prosjekt har ingen aktiveringskomponent med forpliktende avtaler slik som Handicap-programmet, men har laget en veileder (Abelia 2006) for arbeidstakere og arbeidsgivere der de spesielt oppfordrer til å se på holdninger som hindrer ansettelse av arbeidssøkere med funksjonsnedsettelse og gir råd for hvordan både arbeidssøker og arbeidsgiver bør eller kan gå frem i ansettelsesprosessen. Det finnes ingen effekt-evalueringer av denne holdningskampanjen.

2.6 IKT-sektoren og funksjonshemmede – noen spørsmål

Basert på det materialet vi hadde til rådighet for dette notatet, kan det se ut til at den innledende hypotesen fremdeles kan brukes som utgangspunkt for å studere IKT-bransjens forutsetninger for å holde fast på og ansette arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. Det lave sykefraværet og få ansatte som går ut i uføretrygd, tyder på en lite fysisk belastende bransje. Arbeidsverktøyet (datamaskin) er ofte lett å tilpasse den enkelte arbeidstakers forutsetninger, slik at friske arbeidstakere, med eller uten funksjonsnedsettelse, vil ha få problemer med å følge de stadige omskiftingene og høye kravene til rask levering denne bransjen preges av. Dette stiller samtidig krav til både selvstendighet og samarbeidsevner, både i forhold til å styre egen arbeidsdag og evne til å bidra konstruktivt i team-arbeid med kunder og kollegaer.

Selv om den overordnede hypotesen ikke er svekket, gir materialet likevel grunnlag for å reise noen problemstillinger relatert til funksjonshemmede og yrkesdeltakelse innenfor IKT-sektoren.

Underrepresentasjon av arbeidstakere med funksjonsnedsettelse

Det kan virke overraskende at funksjonshemmede er underrepresentert i en sektor som byr på få krav til fysisk funksjonsevne. En årsak til dette kan være at tallene er hentet fra Tilleggsundersøkelsen til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), der respondentene svarte på

arbeidsrelaterte spørsmål. Det kan tenkes at de som har oppgitt om de har hatt en funksjonsnedsettelse har gjort dette ut fra hvorvidt dette har fått konsekvenser for utføring av arbeid. Hvis IKT-bransjen stiller færre krav til fysisk mestringsevne enn andre bransjer, kan det hende at arbeidstakere som ville betraktet seg selv eller blitt vurdert av andre som funksjonshemmet i et annet yrke eller utenfor jobb, har svart ”nei” på spørsmålet om de betrakter seg selv som funksjonshemmet som ansatt innenfor IKT-sektoren. Bransjeforeningen Abelia hevder at hvis de spør medlemsbedriftene om de har ansatte med funksjonsnedsettelser, så får de ofte negativt svar. Men hvis det spørres konkret om det ikke er noen ansatte som ser eller hører dårlig, eller har mobilitetsproblemer, får man oftere ja-svar (samtale med Arve Aasmundseth, Abelia). Dette kan tyde på at en funksjonsnedsettelse ikke alltid oppfattes som en funksjonshemming av verken arbeidstakere eller arbeidsgivere, hvis den ikke får noen merkbare konsekvenser for utførelsen av arbeidet.

En annen årsak til underrepresentasjonen kan være at IKT-bransjen i mindre grad enn andre yrker fungerer som *produsent* av funksjonsnedsettelser, ved at færre får yrkesskader som gjør at de blir funksjonshemmede. Det lave sykefraværet i bransjen støtter opp under en slik hypotese, og det kan være slik at de fysiske arbeidsforholdene oppleves som lite belastende for arbeidstakerne. Dette slår i så fall hull på myten om en IKT-bransje som driver rovdrift på sine ansatte.

Dog kan den lave andelen arbeidstakere med funksjonsnedsettelser også være en indikator på at IKT-bransjen bare er for ”de tøffe”, og at funksjonshemmede holdes utenfor eller blir støtt ut på grunn av høye krav til effektivitet og yteevne. Det er få eldre (over 50 år) i bransjen, men dette antas først og fremst å henge sammen med at mange av bedriftene er unge og at det først og fremst er unge mennesker som har den typen utdanning bransjen etterspør, ikke at arbeidstakerne nødvendigvis blir skviset ut etter at de har nådd en viss alder. Blant ansatte over 50 år finner man også en lavere andel ansatte med funksjonsnedsettelser enn blant de yngre arbeidstakerne. Dette kan tyde på at eventuelle funksjonsnedsettelser er noe man har *før* ansettelsen, og ikke er et resultat av slitasje i arbeidssituasjonen.

Deltidsarbeid – tvungen eller ønskelig tilpasning

Det store flertallet av arbeidstakere med funksjonsnedsettelser innen IKT-sektoren jobber fulltid. Dette kan ha flere årsaker. For det første har man å gjøre med en arbeidskultur der fokus ikke er på selve arbeidstiden, men på at arbeidsoppgavene blir utført. Det er en høyere andel med fleksitid innenfor IKT-sektoren enn i arbeidsmarkedet i alt. Dermed kan det bli lettere å tilpasse arbeidstiden til egne behov og rutiner. En annen årsak kan være at arbeidsoppgavene i liten grad virker funksjonshemmende for arbeidstakerne, slik at eventuelle funksjonsnedsettelser får lite å si for evnen til å utføre arbeid. En tredje årsak, som kan ha med at sysselsatte med funksjonsnedsettelser er underrepresentert i denne bransjen, er at IKT-bransjen kanskje rekrutterer og holder på arbeidstakere med funksjonsnedsettelser som i liten grad blir hemmet av selve arbeidssituasjonen. Hindringer kan lett fjernes, og dermed trenger funksjonshemmede få tilpasninger eller tilrettelegging av arbeidstid- og oppgaver. Andelen arbeidstakere med funksjonsnedsettelser som arbeider deltid kan enten tyde på at sektoren enten er i stand til å tilby deltidarbeid til de som ønsker det, eller at funksjonshemmede arbeidstakere i større grad får tilbud om deltidsstillinger, selv om de kanskje primært ønsker å jobbe full tid. Slik Hansen og Svalund (2006) også påpeker, kan deltidarbeid blant funksjonshemmede både være et

uttrykk for villet tilpasning av arbeidssituasjonen eller et uttrykk for manglende til rettelegging.

Betydningen av utdanning – store forskjeller mellom menn og kvinner

Færre funksjonshemmede enn ikke-funksjonshemmede har utdanning ut over grunnskolenivå. Samtidig skjer det en utjevning av denne forskjellen i de yngre aldersgruppene, ved at andelen funksjonshemmede med høyere utdanning øker noe mer enn andelen ikke-funksjonshemmede med høyere utdanning (Bliksvær og Hanssen 2005). De største forskjellene i utdanningsnivå mellom funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede er i aldersgruppen 45-66 år. Det er fremdeles store forskjeller i utdanningsnivå mellom funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede innenfor den dominerende aldersgruppen i IKT-sektoren (25-49 år), men den relative betydningen av utdanning for yrkesdeltakelse er bortimot tre ganger så høy for funksjonshemmede som for ikke-funksjonshemmede (Bliksvær og Hanssen 2005, OECD 2003).

Dette betyr at det gjennomsnittlige utdanningsnivået innenfor en næring kan ha to mulige (og motstridende) effekter på næringens evne til å inkludere arbeidstakere med funksjonsnedsettelse. På den ene siden kan et høyt utdanningsnivå innen næringen føre til at færre arbeidstakere med funksjonsnedsettelse blir ansatt, fordi det gjennomsnittlige utdanningsnivået blant funksjonshemmede er lavere. Men fordi funksjonshemmede med høyere utdanning har tre ganger så høy sjanse for å få jobb som en funksjonshemmet uten høyere utdanning, skulle man kunne anta at en funksjonshemmedes sjanse for å få jobb i en kunnskapskrevende bransje er høyere enn sjansen for å få jobb som ufaglært.

Tabell 4 viste at utdanningsnivået blant funksjonshemmede i IKT-sektoren var til dels mye lavere enn det generelle utdanningsnivået innenfor sektoren, og at forskjellene var størst mellom funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede kvinner. Også når tallene sammenholder funksjonshemmedes utdanningsnivå generelt, finner man noen forskjeller mellom menn og kvinner som kan være verdt å se nærmere på. 19 % av kvinner med funksjonsnedsettelse har universitets- og høyskolenivå, mens bare 15 % av kvinnene med funksjonsnedsettelse i IKT-sektoren har slik utdanning. Blant menn med funksjonsnedsettelse generelt har bare 15 % utdanning på universitets- og høyskolenivå, men innenfor IKT-sektoren finner man at 37 % av mennene med funksjonsnedsettelse har så høyt utdanningsnivå. Dessuten er det en større andel funksjonshemmede menn over 50 år som har høyere utdanning enn ikke-funksjonshemmede menn over 50 år (hhv 65 % og 57 %). Interessant nok er det ingen funksjonshemmede kvinner over 50 år i IKT-sektoren som har utdanning på universitets- eller høyskolenivå. I den grad IKT-sektoren rekrutterer funksjonshemmede med høyere utdanning, kan det tyde på at det først og fremst er menn med funksjonsnedsettelse som får jobb innenfor IKT-sektoren, mens kvinner med funksjonsnedsettelse og høyere utdanning finner seg jobb innenfor andre sektorer.

IKT-sektoren – fleksibel og krevende

Sektoren er både fleksibel – ved at den gir arbeidstakerne gode muligheter for selv å styre sin arbeidsdag og -situasjon, og samtidig krevende – ved at den stiller store krav til ytelse og produksjon. I et slikt lys må hypotesen som ble presentert innledningsvis presiseres noe. Det kan være at sektoren er ”enkel” for arbeidstakere med fysiske funksjonsnedsettelse som enkelt kan overvinnes med teknologisk eller fysisk tilpasning av arbeidsplassen, men at den ikke er spesielt inkluderende overfor arbeidstakere med behov for redusert arbeidstid, som trenger spesiell pedagogisk eller kognitiv tilpasning og

oppfølging. At funksjonshemmede likevel er underrepresentert i denne sektoren, kan tyde på at det er andre forhold enn tilgjengelighet til arbeidsplasser og -oppgaver som har betydning for sysselsetningen, for eksempel fordommer og manglende kunnskap om funksjonshemmede.

Referanser

- Abelia (2006) *Funksjonshemmede i arbeidslivet*, brosjyre.
http://www.abelia.no/getfile.php/Rapporter_dokumenter/Funksjonshemmede_i_arbeidslivet.pdf
- Bjerke, Paul (2006) *Det nye arbeidslivet – En rapport om IKT-myter*, DeFacto
- Bliksvær, Trond og Jan-Inge Hanssen (2005) *Funksjonshemming, utdanning og arbeidsmarkedsdeltakelse*, Senter for inkluderende arbeidslivsforskning
- Bliksvær, Trond og Jan-Inge Hanssen (2005) *Mennesker med og uten funksjonsnedsettelse. Ulikheter i samfunnsdeltakelse i perioden 1998-2002*, Senter for inkluderende arbeidslivsforskning
- Clarke, L, et.al. (2004) *Overcoming Marginalisation. Structural obstacles and openings to integration in strongly segregated sectors* London : Westminster university.
- Hansen, Inger Lise Skog og Jørgen Svalund (2006) *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet – Et oversiktsbilde* (upublisert pr august 2006).
- Jordfald og Olberg (2002) *IKT-sektoren – perspektiver på sysselsetning, arbeidsmiljø og interesseorganisering*, Fafo-rapport nr 391
- Kjeldberg, Anders (2000) *Fackliga organisationer och medlemmar i Dagens Sverige. 2:a upplagan*. Lund : Arkiv förlag
- Midtsundstad, Tove (2006) ”Virksomhetenes sosiale ansvar” i Torp, Hege (red.) *Nytt arbeidsliv – Medvirkning, inkludering og belønning*, Oslo : Gyldendal Norsk Forlag
- OECD (2003) ”Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people”
- SSB (2006) *Nøkkeltall om informasjonssamfunnet 2005*, Statistisk Sentralbyrå : Oslo-Kongsvinger
- St.meld 8 (1998-1999) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001
- www.digi.no - IKT-bransjens nettavis
- IKT Norge: -Bransjen må ta museskadene på alvor, 8. oktober 2001
 - Ingen oversikt over musesyke, 27. mars 2001
 - Sykefraværet i IT-bransjen stuper, 12. april 2005
 - Mindre sykdom blant IT-ansatte, 8. juli 2005
 - Tungt for musesyke å få uføretrygd, 3. mars 2006

3

Med rullestol i stillaset, liksom? Funksjonshemming i bygge- og anleggsbransjen

Av Steinar Widding

3.1 Innledning

Funksjonshemmede og byggebransje – de størrelsene hører vel ikke akkurat sammen? Alle vet at de som jobber i byggebransjen må kunne ferdes både høyt og lavt, klatre i stillaser i store høyder, bevege seg på bratte tak og rundt på byggeprosjektet mellom plankestabler, hauger med rør og ledninger og utstyr overalt. De må kunne jobbe ute i all slags vær og ta til takke med å bo i spartanske brakker på byggetomta i ukedagene, før de pendler hjem i helgene. De må kunne samarbeide og kommunisere effektivt med folk fra en rekke yrker og etter hvert også fra andre land. Mange har gruppeakkordlønn og det gjør ikke akkurat livet lett for den som ikke kan yte like mye og lenge som de andre på akkordlaget, for da går det ut over alle og hvem vil være den som har skylda for at de andre tjener dårligere? Og er det ikke i byggebransjen man har så mange stygge ulykker? Det er klart at vi her snakker om arbeidsforhold som kan være krevende for noen og enhver, både for de som ikke har og de som har – i alle fall noen former for – funksjonsnedsettelse. Rekrutteringsproblemer, frafall og utstøting er da også problemer som har bekymret partene i bransjen de siste årene (Frøyland et al 2004). På den andre siden vet vi også at ni av ti som jobber i bransjen trives i yrket sitt, og at sykefraværet i bransjen ikke er høyere enn i andre bransjer (Frøyland *ibid.*, SSB 2006). Bygge- og anleggsbransjen var faktisk en av de bransjene som hadde den største reduksjonen i sykefravær i perioden 2001 til 2005³: 12,9 prosent sammenlignet med for eksempel offentlig administrasjon hvor tallet var fem prosent.

Helse-, miljø- og sikkerhetsproblematikken har også kommet mer i fokus de seinere årene, ikke minst som følge av økt rekruttering av utenlandsk arbeidskraft. Pr 2005 var likevel bare om lag 30 prosent av de ansatte i bransjen omfattet av IA-avtalen. Man kan vanskelig hevde at avtalen om et inkluderende arbeidsliv har hatt et stort gjennombrudd i bygge- og anleggsbransjen. Sammenlignet med øvrige bedrifter har imidlertid IA-bedriftene i bransjen flere ansatte med funksjonshemninger: 9,5 prosent av de ansatte i bransjen som hadde en funksjonshemming var ansatt i en IA-bedrift pr desember 2004, sammenlignet med 7,5 prosent av ansatte med funksjonshemninger i øvrige bedrifter (Olsen og Van 2005, Interdepartemental arbeidsgruppe 2005).

Som i mange andre bransjer, er altså bildet sammensatt om man prøver å vurdere hva som kan være funksjonshemmende og funksjonsfremmende eller ekskluderende og inkluderende forhold ved bransjen. Tøffe krav til fysisk funksjonsdyktighet, høyt tidspress, akkordlønn, mange ulykker, frafalls- og utstøtingsproblemer forteller om en bransje som ikke er for alle. I Norge, så vel som i resten av Europa, består bygge- og anleggsbransjen av ”overwhelmingly white, able-bodied male workforce” (Bingham et al 2005). Bransjen omfatter imidlertid både administrativt og tungt fysisk arbeid, men de store yrkesgruppene er manuelle, som for eksempel rørleggere, snekkere, elektrikere, jernbindere, etc.

For å beskrive bransjen og arbeidsforholdene, har jeg valgt å ta for meg:

- Strukturtrekk (konjunkturfølsomhet, virksomhetsstruktur, arbeidsorganisering)

³ Evaluering av Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 2005. Den partssammensatte koordineringsgruppen for oppfølging av IA-avtalen, 15.11.2005

- Arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøforhold
- Rekruttering, avgang og frafall
- Sykefravær
- Funksjonshemmede og – fremmede faktorer

Kapitlet er en sammenfatning av hva eksisterende (norsk og internasjonal) litteratur, dokumentasjon og statistikk, samt intervjuer med aktører i bransjen forteller om arbeidsforholdene i bransjen. Siktemålet er å belyse forhold som er funksjonshemmende, men også å peke på initiativer og forhold som kan bidra til å hindre utstøting, og legge forholdene til rette for at mennesker med funksjonsnedsettelse kan arbeide i bransjen.

3.2 Strukturelle forhold

En konjunkturutsatt sektor

I Europeisk sammenheng er bygge- og anleggsindustrien (heretter BA) en av Europas største industrier. Industrien har en årlig omsetning på mer enn 900 milliarder Euro og sysselsetter mer enn 12 millioner ansatte i EU 15 alene (European Foundation 2005). BA er karakterisert av en høy grad av arbeidsintensivitet og mange små bedrifter. BA er svært konjunkturutsatt og brukes derfor ofte som en trend-indikator: ”a cyclical stabiliser of macro-economic trends, restricted in periods with economic expansion and stimulated in periods of recession” (European Foundation 2006).

I henhold til Standard for næringsklassifisering (NACE) består bygge- og anleggsbransjen av fem undersektorer. De fem undersektorene hadde i Norge i 2004 følgende antall foretak og sysselsatte:

Tabell 1. Næringsgruppe 45: Antall foretak og sysselsatte personer etter næringsundergruppe.

NACE kode		2004	
		Foretak	Sysselsatte (personer)
45.1.	Grunnarbeid	4.261	11.924
45.2.	Annen bygge- og anleggsvirksomhet	16.958	76.571
45.3.	Bygginstallasjon	6.340	42.569
45.4.	Ferdiggjøring av bygninger og konstruksjoner	8.974	16.685
45.5.	Utleie av bygge- og anleggsmaskiner med personell	522	1.452

Kilde: SSB 2006

Sysselsettingen i sektoren i Norge de siste tiårene viser noe av bransjens konjunkturfølsomhet: Mens sysselsettingen i perioden 1966 til 1988 økte fra om lag 80 000 til 126 000, så sank sysselsettingen de neste fire årene fra 1988-1992 med vel 30 prosent og tilbake til nivået på slutten av 1960-tallet. Så kom det en ny vekst utover på 1990-tallet og veksten i byggevirksomheten flatet ut i 2002 for så å stige igjen i 2004, drevet av en kraftig vekst i boligbyggingen. I 2004 var antallet sysselsatte i bygge- og anleggsnæringen tilbake på et høyt nivå, med over 130 000 sysselsatte. To år etter, (2. kvartal 2006) var sysselsettingen steget til 164.000 (alle tall fra SSB). Ved inngangen til 2006 oppstod en mangel på arbeidskraft som har medført at en del byggeprosjekter må utsettes i tid. Noe av arbeidskraftsmangelen i sektoren de siste årene har blitt dekket inn av arbeidsmigrasjon.

Sommeren 2006, hadde 23,3 prosent av bedriftene i B&A brukt arbeidskraft fra de nye EU-landene (Eldring og Dølvig 2006), og tendensen har vært økende.

Sektorens 164.000 sysselsatte utgjør om lag 7 prosent av det totale antall sysselsatte i Norge (AKU, 2.kv. 2006). 6,1 prosent av de ansatte i sektoren på dette tidspunktet var midlertidig ansatt, sammenlignet med 10,2 prosent av samtlige sysselsatte. Om lag 8 prosent arbeidet deltid. 15 prosent hadde ingen skriftlig ansettelseskontrakt i 2003, mot ti prosent av de sysselsatte totalt (SSB). Sju av ti ansatte i bransjen var sysselsatt som håndverkere (AKU 2005), noe som tydelig illustrerer bransjens dominans av manuelt arbeid.

I 2004 var 5.391 (14,6 prosent) av totalt 36.741 foretak i sektoren registrert under NACE-kode 45.42 – snekkerarbeid. Disse bedriftene sysselsatte 6.565 personer, hvorav 2.475 var registrert som lønntakere (SSB strukturstatistikk bygg og anlegg 2004).

Bransjen domineres av mange småforetak

Antallet enkeltmannsforetak i bransjen dominerer sterkt. Hele 23.154 (67 prosent) av de 34.635 virksomhetene som var registrert i Enhetsregisteret i Brønnøysunds database pr 2003, var enkeltmannsforetak. Som i resten av Europa, er det småbedriftene som dominerer i bransjen (jfr Bingham et al 2005, van der Meer 2005): Over 90 prosent av virksomhetene har færre enn 10 ansatte. 56 prosent av de timelønnede ansatte arbeider i virksomheter med færre en 20 ansatte, mens ca 35 prosent arbeider i virksomheter med 30 eller flere sysselsatte. Fire av ti arbeider i bedrifter med ni eller færre ansatte, slik tabellen under viser.

Tabell 2. Hovedtall, etter sysselsettingsgruppe og næringshovedgruppe

Hovedtall, etter sysselsettingsgruppe og næringshovedgruppe. 2004⁴					
	Bedrifter med sysselsetting i næringshovedgruppe 45				
Antall ansatte	I alt	1-9	10-19	20-29	30+
<i>Antall bedrifter</i>	37.292	34.321	1.767	506	698
Prosent bedrifter	100	92	4,7	1,4	1,9
<i>Sysselsatte personer</i>	141.864	56.403	23.609	12.044	49.808
Prosent sysselsatte	100	39,7	16,6	8,5	35,1

På grunn av problemene med å ha oversikt over i hvilken grad de mange små foretakene overholder lover og forskrifter på HMS-området, opprettet myndighetene i 1981 i samarbeid med partene i arbeidslivet en ordning med "regionale verneombud" (RVO). Et regionalt verneombud har de samme fullmakter, myndighet og tilgang på informasjon fra virksomhetene som verneombudene på større foretak. De regionale verneombudene har som oppgave å ha tilsyn med sikkerheten på små byggeplasser hvor det ikke ellers finnes verneombud.

Aldersfordeling

Bygge- og anleggssektoren har flere arbeidstakere i de yngste aldersgruppene (18-29 år) enn man finner blant arbeidstakere totalt, med hele 27 prosent mot 20 prosent totalt (Eriksen og Mehlum 2007). Andelen i alle aldersgrupper fra 40 år og oppover ligger

⁴ Kilde: Statistisk sentralbyrå

derimot noe lavere. Andelen eldre arbeidstakere i bransjen er derfor lavere enn gjennomsnittet for alle næringer under ett.

3.3 Arbeidsorganisering

Mobilitet og koordineringsutfordringer

Bygge- og anleggssektoren er en sektor preget av mobilitet: arbeidssted varierer fra prosjekt til prosjekt og hvert nytt byggeprosjekt representerer nye utfordringer.

Et annet særtrekk ved bygge- og anleggsbransjen er at den består av et stort antall småvirksomheter som ofte samarbeider på store prosjekter, og som gjerne ledes av en av de få store entreprenørene på markedet. Et byggeprosjekt involverer ofte en rekke subkontraktører med spesialiserte funksjoner som skal løse sine oppgaver samtidig eller i en gitt rekkefølge og i løpet av en fastsatt tidsperiode. Dette stiller store krav til planlegging, koordinering og logistikk, noe som ikke alltid fungerer optimalt. Ofte oppstår forsinkelser i et ledd, noe som kan føre til venting for andre involverte aktører og et økt tidspress. Tidspress pga korte tidsfrister⁵, høyt arbeidstempo, koordineringsproblemer, sviktende eller fraværende sikkerhetsarbeid og mangelfull planlegging er utbredte trekk på mange byggeprosjekter, noe som også gir seg utslag i et mangelfullt HMS-arbeid (Frøyland et al 2004).

Den økte tilstrømningen av ansatte med østeuropeisk bakgrunn til bygge- og anleggssektoren de siste årene, har medført økte sikkerhetsproblemer, bl.a. pga sviktende språkferdigheter, kjennskap til og opplæring i norske sikkerhetsprosedyrer (Ødegård 2006).

Fragmentering og bruk av underentrepriser

I litteraturen om byggebransjen (bl.a. ILO 2001) pekes det på at bransjen har gjennomgått en fragmentering de siste tiårene: Det er blitt stadig flere små virksomheter og færre større. Utviklingen de senere årene har gått i retning av en økende bruk av underentrepriser. Internasjonal forskning indikerer at dette bidrar til å øke produksjonspresset samtidig som det øker vanskelighetene med koordinering av arbeidet og oppfølging av sikkerhetsrutiner (Byrne & van der Meer 2000). En undersøkelse av et antall store entreprenører i England viste at arbeidere som ble ansatt gjennom underentreprenører, ikke ble behandlet på samme måte med henblikk på sikkerhet og helse som de som var ansatt hos hovedentreprenøren (Gyi et al. 1999). Studier viser også at mindre firmaer (i rollen som underentreprenør) har dårligere evne til å ta ansvar for sine ansattes sikkerhet enn større entreprenører: Dette skyldes ikke minst at underentreprenørenes mulighet til å øve innflytelse over organiseringen og beslutningstakingen i byggeprosessen er begrenset (Holmes et al. 1999).

Studier viser også at byggekontrakter ofte kan være for svake når det gjelder spesifisering av ansvar, noe som ofte innebærer at ansvarsforhold bestemmes tilfeldig som utslag av maktkamper mellom ulike interessegrupper som forsøker å redusere sine forpliktelser overfor både arbeidsprosessen og det ferdige produktet. Det er følgelig en tendens til at de svakeste, de med færrest ressurser, blir sittende igjen med ansvaret (Loosemore 1999). Utstrakt bruk av underentrepriser kan dermed bidra til å svekke ansvaret for HMS på

⁵ Dagsbøter er en vanlig sanksjon mot virksomheter som ikke holder avtalte tidsfrister.

byggeplassen. Ulykkestall fra ulike land peker mot det samme: Det har vært en økning i antallet ulykker i pakt med at systemet med underentrepriser og -leveranser har fått større utbredelse (ILO 2001: 35–36).

De samme forholdene bidrar også til å svekke betydningen av kollektive ordninger. Dette får innvirkning både på lønnsfastsettelse og på opplæringstilbudet til arbeiderne. I en bransje som består av stadig flere små bedrifter og færre store, svekkes dermed grunnlaget for opplæringsvirksomhet. Dette skyldes dels at opplæring i stor grad er knyttet til de kollektive overenskomstene som det stadig blir færre av, og dels at kontinuiteten i lag og mellom prosjekter er liten og dermed hemmes muligheten for erfaringslæring mellom organisasjoner og prosjekter.

Mye tyder på at utviklingen har bidratt til å øke den økonomiske og sosiale usikkerheten blant bransjens ansatte. Ansvarsforhold på byggeplassen kan lett bli uklare når mange underentrepriser er involvert på samme tid. Behovet for gode planleggings- og koordineringsrutiner øker, samtidig med at mulighetene for dette svekkes i og med at samarbeidsrelasjonene blir mer tilfeldige og fragmenterte. Arbeidsprosessene blir mer uoversiktlige, uforutsigbare og preget av tidspress. Dette skaper stress og psykiske og fysiske belastninger. Samtidig fører mangel på koordinering, kombinert med økt tidspress som følge av dårlig planlegging, til at risikoen for arbeidsulykker øker.

I Norge har man søkt å imøtekomme slike tendenser og forhold gjennom Byggherreforskriften som i praksis handler om at HMS-ansvaret på byggeplassen plasseres fra og med første ledd i aktørkjeden:

Forskrift om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygge- og anleggsplasser («Byggherreforskriften») pålegger byggherre å samordne tiltak for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på arbeidsplasser der aktiviteter og aktører skifter over tid. Manglende samordning ved planlegging og gjennomføring av prosjekter, er medvirkende årsak til mange ulykker.

Forskriften gjelder for all bygge- og anleggsvirksomhet, også vedlikehold og rehabilitering. Alle arbeidsgivere skal sørge for at arbeidstakerne har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. I tillegg gir Byggherreforskriften byggherre et selvstendig ansvar for arbeidsmiljøet på arbeidsplassen. Det samme gjelder prosjektledere for prosjektering, gjennomføring og kontroll med prosjektet.⁶

Selv om intensjonene bak forskriften er klar, tyder praksis på at den har en rekke mangler, for eksempel når det gjelder HMS-området.

En parallell tendens som har gjort seg gjeldene senere år, er økende vekt på outsourcing og "lean production". Vedlikehold, rydding, etc er for eksempel i stadig større grad tatt over av andre firmaer. Dette har bl.a. medført at det er blitt færre alternative jobber tilgjengelig innen samme virksomhet for ansatte som på grunn av helseplager ikke lenger kan utføre sitt vanlige arbeid, og dermed har mulighetene for bedriftsintern attføring blitt svekket.

⁶ <http://www.arbeidstilsynet.no/info/tema/byggherr.html>

Akkordlønssystemer

Akkordlønssystemer (ofte i form av gruppeakkorder) kan bidra til mindre kontroll over arbeidstempo, økt konfliktnivå, redusert sikkerhet, utvikling av et A- og et B-lag av ansatte. Akkordlønssystemet kan imidlertid også bidra til mer medbestemmelse og kontroll over arbeidssituasjonen generelt. Studier (bl.a. Frøyland 2004) tyder på at akkordlønssystemet kan medvirke til utstøting i mange tilfeller, men at dette avhenger av visse forutsetninger. I praksis kan et akkordlønssystem virke godt hvis det er en god organisering og planlegging av byggeprosessen, slik at man unngår at det dukker opp tilleggsarbeid for faggruppene. Dette krever en ledelse som har kontroll og orden på byggeprosessen, som har kunnskap om akkordssystemet og hva som skal til for at det skal fungere. Dessuten må akkordsatsene være adekvate. Det er verdt å merke seg at akkordlønssystemet synes å ha best oppslutning blant de yngre arbeidstakerne.

Teknologi

Byggeindustrien har blitt stadig mer teknologi- og dermed kompetansebasert. Bruk av prefabrikkerte elementer og moduler som skal leveres og monteres "just-in-time" på byggeprosjektene stiller store krav til effektiv logistikk. Nye produkter, verktøy og materialer og mer "samlebåndpreg" har gitt kjappere produksjonsprosesser og mer spesialisert arbeidsfordeling mellom firmaer som er involvert i en byggeprosess. Dette stiller store krav til kompetent håndtering av profesjonelle koordinerings- og prosjektstyringssystemer, noe som blir en rolle som større firmaer i økende grad påtar seg – samtidig som de i økende grad bruker underleverandører til enkeltoppdrag i en totalentreprise. Teknologiske endringer har konsekvenser for hva slags kompetanse og hvilke ferdigheter det stilles krav om til arbeidskraften. IKT tas i stadig større grad i bruk i alle ledd fra design og planleggingsfase, til produksjon og oppfølging. Digitale arbeidstegninger lar seg for eksempel lett endre på, noe som på den ene siden kan gjøre produksjonsprosessen mer fleksibel, og på den andre siden stiller større krav til digital kompetanse hos de som skal håndtere denne typen verktøy. Det økte innslaget av bruk av ny teknologi og mer avanserte verktøy, gjør at det blir færre tilgjengelige jobber for ukvalifisert arbeidskraft.

Hvilke konsekvenser endringer i produksjonsmåter og teknologibruk har for rekruttering og/eller tilrettelegging av ansatte med funksjonsnedsettelse, er ikke umiddelbart lett å overskue. På rekrutteringssiden kan man tenke seg at mangelen (i alle fall under høykonjunkturer) på kvalifisert arbeidskraft, vil kunne åpne for at kvalifiserte arbeidssøkere på tross av funksjonsnedsettelse eller helseproblemer kan få arbeid, kanskje særlig hvis man har tidligere erfaring fra bransjen. Rekruttering av ansatte til bransjen foregår ofte via uformelle kanaler og anbefalinger (van der Meer 2005, Clarke 2005). Dette kan gi fortrinn til de som har gode kontakter og tidligere erfaring fra bransjen og altså kunne tenkes å "kompensere" for eventuelle funksjonsnedsettelse, mens unge rekrutter med funksjonsnedsettelse i større grad må basere seg på å konkurrere på grunnlag av formelle kvalifikasjoner. Det er rimelig å anta at formelle kvalifikasjoner på den måten er viktigere for de unge og uerfarne enn for de som har et etablert nettverk å spille på.

Nye typer verktøy som for eksempel spikerpistoler som brukes mye av snekkere, letter det fysiske arbeidet. På samme måte gjør økt bruk av maskiner det lettere å fungere i hverdagen for mange som har begynt å få slitasjeskader etter lang tid i bransjen.

Et annet forhold som spiller inn, er samspillet mellom det tekniske og det sosiale systemet. Det er for eksempel ikke uvanlig at man innen et arbeidslag fordeler arbeidet slik at de som har eventuelle skader eller begrensinger, kan slippe visse arbeidsoppgaver: Snekker Hansen som har vondt i skuldrene slipper å montere takplatene, men tar seg av andre oppgaver.

Det er neppe mulig å svare entydig på om ”teknologien” i byggebransjen virker funksjonsfremmende eller funksjonshemmende. Det kommer dels an på hva slags type teknologi man har med å gjøre med (CAD/CAM digitalt tegneutstyr, gravemaskiner, spikerpistoler, modulbygging, etc), hvem som håndterer den, hvilken organisatorisk og sosial kontekst den håndteres i og hva slags typer funksjonsnedsettelse man har å gjøre med. I mange tilfeller vil det være riktig å hevde at teknologien har gjort det mulig for arbeidstakere med ulike funksjonsnedsettelse å fungere bedre. I andre tilfeller kan den skape nye barrierer. Viktigheten av å kunne sette seg inn i og håndtere kompliserte manualer for avansert verktøy, skaper for eksempel barrierer for de som har lesevansker. På den måten blir teknologien tvetydig: den kan både styrke og svekke funksjonsdyktigheten.

3.4 Arbeidsmiljøforhold

En ulykkesutsatt sektor

Når det gjelder eksponering for negative arbeidsmiljøfaktorer, så utgjør støv, støy, vibrerende verktøy, asbesteksponering og vanskelige arbeidsstillinger en stor del. Man regner med at det er en underrapportering av senskader som yrkesskader (Eriksen og Mehlum 2007).

Innenfor EU/EØS er bygg- og anleggssektoren den sektoren som er mest utsatt for ulykker. På verdensbasis har ansatte i bygg- og anleggsbransjen tre ganger større sannsynlighet for å bli drept og sjansen er dobbelt så stor for å bli skadet sammenlignet med ansatte i andre bransjer. Undersøkelser foretatt i EU viser at i mer enn halvparten av arbeidsulykkene på bygge- og anleggsplasser i Europa, har medvirkende årsak vært utilfredsstillende arkitektoniske og/eller organisasjonsmessige løsninger eller dårlig planlegging av arbeidene under forberedelsen av prosjektet⁷.

Arbeidstilsynets aksjon i september 2004 mot ulykker i bransjen kan tjene som eksempel til å illustrere en del utbredte forhold i bransjen. Målgruppen for aksjonen var byggherrer og entreprenører. Arbeidstilsynet kontrollerte i løpet av den måneden aksjonen varte 102 byggeplasser med til sammen 406 virksomheter. De fant at ca 40 prosent av byggherrene manglet eller hadde for dårlige HMS-planer og at ca 20 prosent av byggeplassene manglet en oppdatert oversikt over virksomhetene som var inne på byggeplassen på tross av krav om dette i forskrifter. Nesten halvparten av virksomhetene viste seg ikke å ha tilfredsstillende stillaser, om lag 40 prosent av virksomhetene som jobbet på tak, jobbet der uten at de var sikret med rekkverk eller stillas. Ca 20 prosent av virksomheten ble stanset på grunn av overhengende fare for liv og helse. Resultatene fra denne aksjonen avvek ikke i nevneverdig grad fra resultater fra tidligere aksjoner og Arbeidstilsynet konkluderte ”Så langt viser resultatene at det ikke er noen særlig bedring å spore verken hos byggherrene eller hos entreprenørene”.

⁷ <http://www.arbeidstilsynet.no/c26973/artikkel/vis.html?tid=28772>

Ulykker prioriteres foran slitasjeskader

Selv om det skjer mange ulykker i bransjen sammenlignet med andre bransjer, så er det likevel de langsiktige skadene som mange ansatte er mest bekymret for (Frøyland et al 2004). Paradoksalt nok er det imidlertid forebygging av ulykker og ikke de langsiktige slitasjeskadene, som ofte får mest oppmerksomhet i HMS-arbeidet på arbeidsplassene. Dette bunner trolig i at ulykker har mer dramatiske konsekvenser på kort sikt enn slitasjeskader og sykdom som er utviklet over lengre tid og hvor ansvarsforholdene kan være mer uklare. Det kan også ha med ansvarsfragmenteringen på byggeplasser å gjøre. Den som har ansvaret for arbeidssituasjonen (byggeplassledelsen) har ofte ikke det formelle arbeidsgiveransvaret. Byggherrens og hovedentreprenørens insentiver for å prioritere HMS-arbeidet er dermed sterkere når det gjelder ulykker enn skader utviklet over tid, siden deres ansvar for den enkelte ansatte på byggeplassen er kortsiktig, ikke langsiktig. Det langsiktige personalansvaret ligger hos den enkelte underentreprenør, som imidlertid sjelden har særlig innflytelse på premisene for utførelsen av arbeidet på et stort byggeprosjekt med mange involverte aktører og virksomheter.

Tidspress og HMS

Studier viser at et høyt tidspress i arbeidet framstår som et sentralt problemområde i byggeprosjekter (Frøyland et al 2004). Tidspresset påvirker dels arbeidstakernes trivsel og bidrar samtidig til å forsterke problemskapende forhold som kan knyttes til slitasje og ulykker. Tidspresset oppstår ofte som en konsekvens av mangelfull organisering, koordinering og kommunikasjon i forbindelse med arbeidsprosessene.

Problemer med planlegging og koordinering av arbeidet bidrar ofte til at HMS prioriteres ned. Ansatte fristes til å ta snarveier på grunn av tidspress, og farlige situasjoner oppstår. Knappe tids- og økonomiske marginer gjør det vanskeligere å legge til rette for å unngå ensidig gjentakende arbeidsstillinger og få rom for pauser og hvile i forbindelse med tungt arbeid.

Sektoren domineres av mange små bedrifter. Bedriftenes størrelse har igjen en sammenheng med graden av arbeidsmiljøaktivitet på bedriften: Det er de største bedriftene som er mest aktive, noe følgende tabell illustrerer:

Tabell 3. Arbeidsmiljøaktiviteter etter antall sysselsatte i bedriften. (Kilde: SSB 2005)

Arbeidsmiljøaktiviteter for sysselsatte i bedrifter med ulik størrelse. 16-66 år. Prosent					
Kartlegging, handlingsplaner, internkontroll	Alle	1-19 personer	20-49 personer	50-199 personer	200 og flere
Prosentdel sysselsatte i bedrifter som har:					
- kartlagt arbeidsmiljøet siste 3 år	46	27	45	59	63
- utarbeidet handlingsplan siste 3 år	41	24	44	48	56
- Internkontroll	57	42	59	64	70

Vi ser at bare 27 prosent av de minste bedriftene (1-19 personer) hadde kartlagt arbeidsmiljøet siste tre år mot 63 prosent av de største bedriftene. Forskjellene er også store når det gjelder utarbeidelse av handlingsplaner: Bare 24 prosent av de minste hadde gjort dette, mot 56 prosent av de største bedriftene.

Ansatte i BA som jobber i små bedrifter, har sjeldnere tilgang til bedriftshelsetjenester (Johansen 2002). Mens ca 60 prosent av alle norske arbeidstakere er dekket av en bedriftshelsetjenesteordning, så gjelder dette bare ca 20 prosent av de som er ansatt på bedrifter med færre enn ti ansatte. Dette er trolig forhold som kan ha betydning for ansattes helseutvikling over tid.

Å arbeide i en liten bedrift, innebærer også at mulighetene for alternative arbeidsoppgaver, og bedriftsintern attføring er begrenset dersom helsa skulle begynne å skranke.

Sykefravær

Pr 1. kvartal 2006 var det tapte antall dagsverk på grunn av egen- og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år i BA- sektoren på 7,4 prosent - det samme nivå som for alle næringer under ett. Sektoren hadde en nedgang i sykefraværet på ca. 18 prosent fra 1. kvartal 2004, hvor tallet var på 9,1 prosent. (SSB).

SSBs arbeidsmiljøundersøkelse fra 2003 tyder ikke på at det organisatoriske arbeidsmiljøet i BA-bransjen avviker vesentlig fra alle bransjer under ett. Det er også interessant å sammenligne med for eksempel sykepleiere, særlig på bakgrunn av den gjennomgående problematiseringen og oppfatningen man finner i BA-bransjen om høy arbeidsmengde og stort tidspress. Her tyder tallene fra SSB på at det er en større andel sykepleiere enn håndverkere⁸ som føler at de ikke har tid til å utføre arbeidet skikkelig og som er utilfredse på grunn av en for høy arbeidsmengde. Andelen håndverkere med ensidig gjentakende arbeid er imidlertid større enn blant sykepleiere (37 mot 18 prosent).

Tabell 4. Organisasjonisk arbeidsmiljø etter yrke

Organisasjonisk arbeidsmiljø etter yrke. 2003. Prosent			
	Håndverkere	Sykepleie	I alt
Ikke tid til å utføre arbeidet skikkelig	27	40	30
Utilfreds pga for stor arbeidsmengde	6	15	9
Gjentar de samme arbeidsoppgavene mesteparten av tiden	37	18	36
Misfornøyd med mulighetene for variasjon i arbeidet	5	1	7
Antall sysselsatte som svarte	258	117	256
			1

Ser vi på hvilke helseplager som er de vanligste blant yrkesgruppen håndverkere, så er det lite overraskende muskel- og skjelettplager som peker seg ut (30 prosent).

Tabell 5. Yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb etter yrke

Samlemål yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb etter yrke. 2003. Prosent.		
	Håndverkere	I alt
Samlemål muskel- og skjelettplager	30	20
Samlemål psykiske plager	4	2
Samlemål psykosomatiske plager	3	5
Samlemål astma og allergi	4	2
Antall sysselsatte som svarte	258	2561

⁸ Gruppen håndverkere omfatter imidlertid også yrkesutøvere fra andre bransjer enn BA-bransjen.

Det er også muskel- og skjelettplager som peker seg ut som de vanligste helseplagene i bygg- og anleggsnæringen (28 mot 20 prosent i alt). Vi ser også av de neste to tabellene at smerter i rygg, armer/hender og hofter/ben/føtter har en noe høyere forekomst blant håndverkere og i BA-bransjen, enn det man finner i andre yrker og næringer under ett. Det er også verdt å merke seg at antallet fraværsdager på grunn av ulykker, er markant høyere i BA-sektoren enn i alle næringer under ett (11 mot 2 dager).

Tabell 6. Yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb etter næring

Samlemål yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb etter næring. 2003. Prosent.		
	Bygg og anlegg	I alt
Samlemål muskel- og skjelettplager	28	20
Samlemål psykiske plager	3	2
Samlemål psykosomatiske plager	3	5
Samlemål astma og allergi	3	2
Antall sysselsatte som svarte	160	2557

Tabell 7. Yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb etter næring

Yrkesrelaterte helseplager etter næring. 2003. Prosent.		
	I alt	Bygg og anlegg
Smerter i nedre del av ryggen som skyldes jobb	7	10
Smerter i armer, handledd eller hender som skyldes jobb	9	13
Smerter i hofter, bein, kne eller føtter som skyldes jobb	5	11
Antall fraværsdager siste år pga arbeidsulykker, gjennomsnitt	2	11
Hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 mnd	18	20
Antall sykefraværperioder på mer enn 14 dager, gjennomsnitt	2	4
Årsak til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb	9	11
Jobber i bedrift med bedriftshelsetjeneste, andel av ansatte	62	81
Hatt kontakt med bedriftshelsetjeneste siste 12 mnd, andel av ansatte	27	46
Antall ansatte som svarte	2409	139
Antall sysselsatte som svarte	2557	160

Tabell 8. Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær etter yrke

Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær etter yrke. 2003. Prosent.		
	Helseplager	
	I alt	Håndverkere
Smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen som skyldes jobb	14	18
Smerter i nedre del av ryggen som skyldes jobb	7	11
Smerter i armer, handledd eller hender som skyldes jobb	10	12
Smerter i hofter, bein, kne eller føtter som skyldes jobb	5	12
Har vært utsatt for arbeidsulykker, siste 12 mnd	3	7
Antall fraværsdager siste år pga arbeidsulykker, gjennomsnitt	2	6
Hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 mnd	18	18
Jobber i bedrift med bedriftshelsetjeneste, andel av ansatte	62	76
Hatt kontakt med bedriftshelsetjeneste siste 12 mnd, andel av ansatte	27	42
Antall ansatte som svarte	2413	228
Antall sysselsatte som svarte	2561	258

Bransjen har en høyere andel av nye uførepensjonerte i diagnosegruppen åndedretts-sykdommer (4,2 prosent) enn andre næringer (gjennomsnitt for alle var 2,5 prosent), men raten som helhet (0,4 pr 1000 sysselsatte) ligger bare litt over gjennomsnittet for alle næringer (0,3 per 1000) (Eriksen og Mehlum 2007).

Avgang og frafall i bransjen

En undersøkelse fra 2004 (Frøyland op cit) viste at et flertall av arbeidstakere og virksomhetsledere i bransjen framhevet arbeidsmiljø, HMS og tidspress som de viktigste satsningsområdene for å hindre at folk slutter i bransjen. Både arbeidsgiver- og arbeidstakersida var enige om dette.

Sykefraværnsnivå og sykefraværsmønstre er *en* av flere indikatorer på de ansattes helsetilstand og indirekte også på kvaliteten på HMS-arbeidet i bransjen. Dette er forhold som har betydning for omfanget av helsemessig utstøting. Det finnes imidlertid også andre indikatorer. Et helsebetinget (potensielt) utstøtingsforløp kan for eksempel begynne med en langvarig sykemelding som går utover 52 uker og fører den sykemeldte over på medisinsk rehabilitering. Dersom medisinske rehabiliteringstiltak ikke fører fram, kan yrkesmessig attføring eller uførestønad bli de alternativene vedkommende står overfor. En bygningsarbeider med helseplager som har fylt 62 år, kan også, dersom forholdene ligger til rette for det, velge å ta ut avtalefestet førtidspensjon (AFP) framfor å gå inn i et medisinsk eller yrkesmessig attføringsforløp. Et grovt mål på graden av utstøting kan derfor være andel arbeidstakere fra bygge- og anleggsbransjen som man finner igjen på statistikkene over lønnstakere som er i ulike attføringsforløp, mottar uførepensjon eller har valgt AFP. En slik indikator er imidlertid ikke uproblematisk. Det er for eksempel ikke uten videre slik at andelen arbeidstakere som tar ut AFP gjør dette av helsemessige årsaker. Det kan like godt være andre preferanser som ligger bak valget. Når det gjelder attføringsforløp, vil det også være slik at en viss andel av dem lykkes i betydningen at vedkommende kommer tilbake til sitt tidligere arbeid. Behovet for medisinsk eller yrkesmessig attføring kan også ha sitt utspring i andre forhold enn forhold på arbeidsplassen. Man kan derfor ikke uten videre bruke andelen lønnstakere fra en bestemt bransje som mottar ulike former for trygd som en pålitelig indikator for å måle nivået av eventuelle helseskadelige effekter ved å arbeide i bransjen. Sammen med annen informasjon om forhold i bransjen (f.eks. kvaliteten på HMS-arbeidet, sykefraværnsnivå,

ulykkesfrekvenser, m.m.) kan man imidlertid få en grov pekepinn på bransjens tilbøyelighet til å være helseskadende.

Et begrenset datasett fra Statistisk sentralbyrå om visse yrkesgruppers⁹ rekruttering til ulike former for trygd¹⁰ i årene 1999 til 2000 og 2000 til 2001 (se Frøyland et al 2004), indikerte at noen av yrkesgruppene (elektrofagene og tømrerfagene) hadde en relativt større rekruttering til de aktuelle formene for trygd enn de andre utdanningsgruppene. Dette *kan* tyde på at helsebetinget utstøting og valg av AFP som frafallsgrunn er mer utbredt blant disse gruppene, men dette er en usikker konklusjon.

Vi har ikke funnet andre undersøkelser eller data som kan si noe om avgangen fra BA-bransjen til uføre- eller attføringstrygd. Vi vet imidlertid at utstøting og frafall i sektoren bekymrer både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene (jfr. Frøyland et al *ibid*) Grunnene til ufrivillig avgang ble oppgitt å være helsesvikt pga. ulykke eller slitasje som skyldes arbeidet, eller også helsesvikt som ikke kunne knyttes til arbeidssituasjonen. En del sluttet ”preventivt” fordi de så at folk som hadde stått lenge i jobb slet med helsa. De valgte å forlate bransjen mens de ennå hadde helsa i behold.

Initiativer fra partene i bransjen

De viktigste organisasjonene på arbeidsgiversida i bransjen er Byggenæringens Landsforening (BNL) som organiserer 15 bransjeforeninger og Maskinentreprenørenes Forbund (MEF) hvis medlemsbedrifter (1770 medlemmer) organiserer ca 85 prosent av alle ansatte i anleggsbransjen.

På arbeidstakersida er det Fellesforbundet (FF) og Norsk Arbeidsmandsforbund (NAF) som representerer den alt overveiende majoritet av (organiserte) ansatte i BA-sektoren.

Som tidligere nevnt, er bare ca 30 prosent av de ansatte i sektoren omfattet av IA-avtalen. Dette kan delvis ha sammenheng med at bransjen domineres av småbedrifter hvor IA-avtalen har hatt mindre oppslutning enn hos de større bedriftene.

Både på arbeidsgiversidas (BNL, MEF) og blant arbeidstakerorganisasjonene er det arbeidet med, og aktiviteten knyttet til IA-avtalen som prioriteres og som står i fokus i arbeidet med å hindre utstøting og øke rekruttering av personer med funksjonsnedsettelse. Evalueringer av IA-avtalens første periode 2001-2005, viste imidlertid at avtalens delmål 2 om å rekruttere flere personer med funksjonsnedsettelse, i liten grad ble oppfylt (se bl.a. Dale-Olsen et al 2005). Partene er imidlertid enige om å prolongere IA-avtalen nok en fireårsperiode og legge større vekt på rekruttering av personer med funksjonsnedsettelse.

I BNL er satsningsområdene framover (i tillegg til IA- arbeidet) bl.a. mer fokus på HMS i all lederopplæring, videreføring av prosjektet ”Mindre stress og sykefravær – mer effektiv produksjon”, og øke samarbeidet med arbeidstakerorganisasjonene om praktisk HMS-arbeid knyttet til de Regionale verneombudene.

⁹ Gruppene var: elektrofag, rørleggerfag, armeringsfag, forskalingsfag, tømrerfag og malerfag.

¹⁰ Medisinske rehabiliteringspenger, attføringspenger, foreløpig eller permanent uførepensjon og AFP.

3.5 Funksjonshemmede i byggebransjen

Ifølge AKU pr 2. kvartal 2005, oppga 15,4 prosent av befolkningen i alderen 16-66 år å ha en funksjonshemning. Av disse var 44,3 prosent i inntektsgivende arbeid. Det tilsvarende tallet for befolkningen totalt, var 77,8 prosent.

For 2. kvartal 2005 utgjorde sysselsatte med funksjonshemninger 9,2 prosent av samtlige sysselsatte. 161.000 var på dette tidspunktet sysselsatt i bygge- og anleggsvirksomhet. 14.000 av det totale antall sysselsatte med funksjonshemninger, var sysselsatt i BA-sektoren, noe som tilsvarer 8,7 prosent av de sysselsatte i næringen.

6,9 prosent av alle sysselsatte med funksjonshemning var sysselsatt i bygg og anlegg, mot 7,1 prosent av alle sysselsatte totalt.¹¹ Gruppen ”håndverkere” utgjorde på samme tid 11,1 prosent av samtlige sysselsatte, mens håndverkere med funksjonshemninger utgjorde 12,2 prosent av alle sysselsatte med funksjonshemninger.

Sammenligner man gruppen sysselsatte i alt med gruppen sysselsatte med funksjonshemninger, så ser man at gruppen ”stein-, bygge- og anleggsarbeidere” som pr 2.kvartal 2005 var på 97.000 personer, utgjorde 4,3 prosent av sysselsatte i alt. 10.000 (4,6 prosent) av alle sysselsatte med funksjonshemninger hørte til denne gruppa. 10 prosent av alle sysselsatte ”stein-, bygge- og anleggsarbeidere” hadde funksjonshemninger sammenlignet med 9,2 prosent av alle sysselsatte. Andel funksjonshemmede sysselsatte i denne næringsgruppa er dermed bare så vidt over gjennomsnittet for alle næringer.

Data fra den tidligere refererte studien i bransjen (Frøyland et al) tydet på at mange ansatte dels sluttet i bransjen før de fikk helseproblemer og dels sørget for å søke seg til andre yrker (vaktmester var for eksempel et populært alternativ) hvor arbeidspresset var mindre.

3.6 Funksjonshemmende og -fremmende forhold

Jeg har i denne kortfattede beskrivelsen av noen hovedtrekk ved bygge- og anleggsbransjen, pekt på flere forhold som kan virke funksjonshemmende, eller bidra til å ekskludere personer med visse typer funksjonsnedsettelse. Noen forhold som kan tenkes å bidra til å gjøre det vanskeligere for funksjonshemmende å søke seg til eller å bli i bransjen er:

- Mange småforetak. Småbedrifter har færre alternative jobber dersom en ansatt av helsemessige grunner ikke lenger kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver. På den andre siden tyder undersøkelser på at små virksomheter generelt har en større andel funksjonshemmede i arbeidsstokken enn store.¹² Byggebransjen består for det meste av små foretak og skulle dermed ha et integreringspotensiale. Man kan imidlertid hevde at dette motvirkes av den lave andelen ansatte som er omfattet av IA-avtalen (ca 30 prosent).

¹¹ De følgende bygger på tall fra Olsen og Van 2005: Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra en tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), 2. kvartal 2005.

¹² ”De minste virksomhetene har i gjennomsnitt 2,9 prosent mens de største har 1,0 prosent. (De minste virksomhetene sysselsetter nesten 7000 personer med funksjonshemning, mens de største sysselsetter nesten 3000)). IA-virksomhetene hadde en større andel funksjonshemmede enn ikke-IA-virksomhetene og størrelseeffekten finnes primært for IA-virksomhetene. Dale-Olsen et al (2005:70-71)

- Småforetakene har i sjeldnere grad enn de store bedriftene velfungerende HMS-systemer og de er sjeldnere knyttet til bedriftshelsetjenester.
- Fysisk krevende arbeidsoppgaver som skal utføres under til dels vanskelige forhold, utelukker visse grupper ansatte.
- Høyt tidspres og gruppeakkordsystemer medfører at en del ansatte med helseproblemer eller funksjonsnedsettelse ekskluderes når akkordlagene settes sammen.
- Sterk konkurranse på pris de senere årene med et økende innslag av utenlandsk arbeidskraft, har bidratt til økt sikkerhetsrisiko, bl.a. pga mangelfull kommunikasjon og kjennskap til og opplæring i norske HMS-prosedyrer.
- Økt fragmentering, outsourcing og kontraktørvirksomhet bidrar til svekkede og uklare ansvarsforhold for HMS på byggeplasser, noe som kan øke risikoen for ulykker og helseskader.

Pågående initiativer som kan bidra til å styrke arbeidsfastholdelsen for personer med funksjonsnedsettelse i bransjen, er bl.a.

- Et fortsatt arbeid med IA-avtalen med større vekt på målet om å integrere flere med nedsatt funksjonsevne
- Større vekt på det forebyggende HMS-arbeidet bl.a. fra Arbeidstilsynets side.

Flexibel arbeidstid eller deltid er lite utbredt i bransjen, noe som ellers ville kunne øke mulighetene for at arbeidstakere som ikke kan arbeide full tid eller som har visse tilretteleggingsbehov, kunne ha fungert i en tilrettelagt jobb.

Det er imidlertid også interessant å merke seg at sykefraværet i bygge- og anleggsbransjen ikke er høyere enn i andre bransjer. Dette kan ha sammenheng med at bransjen som helhet har en større andel arbeidstakere i de yngste aldergruppene (18-29 år). De manuelle yrkene i bransjen har en noe høyere forekomst av slitasjeskader (muskel- og skjelettplager) og andre yrkesrelaterte plager enn man finner i arbeidslivet under ett, og dette er forhold som kan bidra til å svekke funksjonsevnen blant de eldre arbeidstakerne. Det synes også å være et vanlig fenomen at arbeidstakere søker seg bort fra bransjen og over i yrker og jobber som er mindre slitsomme etter hvert som de blir eldre (Frøyland et. al 2004). Dette bidrar trolig til lavere forekomster av helseproblemer og nedsatt funksjonsevne i bransjen enn om avgangen hadde vært mindre.

Sånn sett kan man si at funksjonshemmede og byggebransje er størrelser som ikke hører så godt sammen. Mange av de som har anledning til det, tenker preventivt og skifter beite før arbeidet går på helsa løs. I samfunnsvitenskapelige termer: De velger "exit" framfor "voice". Men på den måten bidrar de samtidig til å svekke det nødvendige presset som skal til for å styrke det forebyggende arbeidet i bransjen, og det meste kan fortsette som før. På den andre siden ser vi også at mange som har lese- og skrivevansker finner seg jobb i byggebransjen. Bildet er med andre ord flertydig.

Referanser

Bingham et al (2005): *British Sectoral Reports: Construction, ICT and Health*. Prepared for the Norwegian Work Research Institute. Work Package 1, December 2005.

Byrne, J & M. van der Meer (2000): *The construction industry in Spain: Flexibilisation and other corporatist illusions*, paper presented to the International Conference on Structural Change in the Building Industry's Labour Market, Working Relations and

Challenges in the Coming Years. Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, Germany 19 – 20 oktober.

Dale-Olsen et al (2005): *IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2005:9. Oslo.

Dølvik, Jon Erik, et.al (2006) *Grenseløst arbeidsliv? Endringer i norske bedrifters arbeidskraftstrategier etter EU-utvidelsen*. Fafo-rapport 548.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions *EMCC dossier on the European construction sector 2005-09*

Frøyland, K. et. al (2004): *Frafall og utstøting i bygge- og anleggsbransjen*. Arbeidsforskningsinstituttet. Rapport 2/2004. Oslo.

Gyi, D., A. Gibb & R. Haslam (1999): „The quality of accident and health data in the construction industry: Interviews with senior managers“, i *Construction Management and Economics*, 17, Taylor and Francis Ltd., London.

Holmes, N. et al. (1999): “An Exploratory Study of Meanings of Risk Control for Long Term and Acute Effect Occupational Health and Safety Risks in Small Business Construction Firms”, *Journal of Safety Research*, Vol. 30, No. 4.

Albert O. Hirschman. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press

ILO (International Labour Organisation) (2001): *The construction industry in the twenty-first century: Its image, employment prospects and skill requirements*. Rapport for Tripartite Meeting on the Construction Industry in the Twenty-first Century: Its Image, Employment Prospects and Skill Requirements.

Loosemore, M. & P. Lee (2002): “Communication problems with ethnic minorities in the construction industry”, *International Journal of Project Management*, Vol. 20.

Olsen, B. og Mem Thi Van (2005): *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet*. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), 2.kvartal 2005. Statistisk sentralbyrå 2005.

Ødegård, Anne Mette (2006): *Using East European labour – a safety risk on Norwegian construction sites? CLR News, No 3/2006*.

van der Meer (2005): *Dutch Sectoral Reports: Construction, ICT and Health*. Prepared for the Norwegian Work Research Institute. Work Package 1, January 2005.

4

Helsesektoren – en uhelseskapende eller inkluderende sektor?

Av Tone Alm Andreassen

4.1 Innledning

Helsesektoren er en sektor i arbeidslivet med høyt sykefravær og stor avgang til uføretrygd. Sykefraværet i helse- og sosialtjenestene var i år 2005 på 9,0 prosent¹³, og helse- og sosialtjenesten var den næringen i norsk arbeidsliv som hadde høyest sykefravær, en tvilsom rekord helse- og sosialtjenesten har hatt i alle årene fra 2001 til 2005 uavhengig av svingninger i sykefraværet.¹⁴ Helsesektoren er også en sektor som sysselsetter mange med helseproblemer og redusert funksjonsevne (Dale-Olsen, Hardoy, Storvik, & Torp, 2005). Helsesektoren ser dermed ut til å fungere *både* ekskluderende og inkluderende.

Er det da slik at noen trekk ved helsesektoren fungerer ekskluderende, mens andre skaper inkludering? Eller er det snarere motsatt: at det høye antallet ansatte med helseproblemer og redusert funksjonsevne, ikke er et tegn på at sektoren inkluderer mennesker med funksjonsnedsettelse, men snarere skaper slike, altså at helsesektoren er en uhelseskapende sektor? Er de sysselsatte i sektoren med redusert funksjonsevne, de samme personene som senere ender i sykefravær og uføretrygd? Kan det være at det dreier seg om mennesker som er i en prosess på vei mot å bli funksjonshemmede og at de ennå ikke er kommet helt til ende i prosessen? En stor andel nye uføretrygdede har en fortid med sykefravær av varighet ut over arbeidsgiverperioden (to uker): 60 % hadde sykefravær det nest siste året før de fikk uføretrygd, og 23 % hadde sykefravær allerede 10 år før de ble uføretrygdet (Fevang & Røed, 2006).

Ansatte i helse- og sosialtjenestene arbeider med menneskelige smerter og problemer. Mange beskriver dette som en belastning ved arbeidet, men det kan også være at det gir ledere og medarbeidere i sektoren en økt grad av forståelse og toleranse for ansattes svakheter, slik at arbeidsmiljøet fungerer mer hjelpende og støttende overfor mennesker med funksjonsnedsettelse. Kan det bety at helsesektoren dermed også i større grad enn andre sektorer fungerer inkluderende?

Det kan også være at fordi helsesektoren gir hjelp til mennesker i vanskelige livssituasjoner, så tiltrekker den seg også mennesker med motivasjon til å gi slik hjelp? Egenerfaring med vanskelige livssituasjoner er en motivasjon til å hjelpe andre (Alm Andreassen, 2004). Kan en forklaring på en relativt sett høyere andel med funksjonsnedsettelse i helsesektoren være at mennesker med redusert funksjonsevne søker seg til sektoren?

¹³ Tall for 2005 fra SSB: 1.kvartal: 9,5 %, 2.kvartal:8,6 %, 3.kvartal:8,9 %, 4.kvartal:9,2 %
<http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2006-03-22-03.html>

¹⁴ Kilde: Trygdeetatens sykefraværstatistikk: Sykefraværspersent 4.kvartal 2001-2005, IA-avtale, næring og kjønn. Hentet på www.trygdeetaten.no 04.04.2006

For å belyse slike spørsmål må vi se på

- Sykefravær og avgang til uføretrygd
- Veier inn for mennesker med funksjonsnedsettelse, for eksempel fra attføring
- Arbeidsbetingelser som kan fungere inkluderende eller ekskluderende.

Dette kapitlet beskriver hva eksisterende litteratur kan fortelle om helsesektorens sysselsetting av mennesker med funksjonsnedsettelse. Kapitlet har et spesielt fokus på *sykepleiere* fordi dette er en av prosjektets utvalgte yrkesgrupper. I kapitlet ønsker jeg å beskrive arbeidsoppgaver, arbeidsorganisering og arbeidsforhold i sektoren med sikte på å belyse funksjonshemmende barrierer i sektoren og mulighetene for sysselsetting for mennesker med funksjonsnedsettelse. Det gir ikke svar på alle spørsmålene jeg reiste over. Ambisjonen er at det skal gi et noe bedre grunnlag for å tenke rundt dem.

Når det gjelder den mer kvalitative beskrivelsen av arbeidsbetingelser og funksjonshemmende barrierer opererer jeg med en avgrensning av helsesektoren som ekskluderer tannhelsetjenesten. Når det gjelder de statistiske oversiktsbildene av sysselsetting og sykefravær opererer den etablerte statistikken i stor grad med en sektorkategorisering der helse- og sosialtjenestene slås sammen, så beskrivelse av funksjonshemmedes sysselsetting omfatter dermed både helsesektoren og sosialtjenestene.

Det har vært mulig å finne data om funksjonshemmedes sysselsetting (Olsen & Van, 2005), om uførepensjonisters diagnoser og vei inn i uføretrygd (Dahl, 2005) og om kjennetegn ved attføringsdeltakere (Bråthen & Pedersen, 2001). Man har registrert funksjonshemmedes diagnoser og trygdeytelser. Det finnes også en omfattende sykefraværstatistikk og mange sykefraværundersøkelser (se referanser gjengitt senere). Her er det mulig å skille mellom bransjer og yrkesgrupper. Derimot finnes det mindre statistikk eller undersøkelser som viser hvilke bransjer eller yrker uføretrygdede eller yrkeshemmede kommer fra eller går til. Det kan tyde på at oppmerksomheten har vært rettet mot individkjennetegn ved funksjonshemmede, ikke mot funksjonshemmende arbeidsforhold.

Kapitlet er basert på relevant litteratur jeg hadde kjennskap til fra før eller er blitt kjent med underveis i prosjektet, og på det mest sentrale av litteraturen som framkom gjennom søk i BIBSYS. Litteratursøket ble gjort i mars/april 2006. Etter dette er det blitt trukket inn ytterligere litteratur som berører temaet. Det er bare brukt litteratur om norske forhold.

I BIBSYS ble det søkt i fritekst på følgende søkeord: helsetjeneste?+funksjonshem?, helsetjeneste?+ufør?, helsetjeneste?+sykefravær?, helsetjeneste?+attføring?, helsetjeneste?+arbeidsmiljø?, helsesektor?+funksjonshem?, helsesektor?+attføring? (0 treff), helsesektor?+arbeidsmiljø?, helsesektor+ufør? (ga 0 treff), helsesektor?+sykefravær?, helseforetak?+attføring? (ga 0 treff), helseforetak?+sykefravær? (ga 1 treff), sykepleie?+sykefravær?, sykepleie?+ufør? (ga 1 treff, og ikke om uførhet blant sykepleiere), sykepleie?+arbeidsmiljø?, sykepleie?+attføring?. Videre er det søkt etter relevant statistikk og undersøkelser på hjemmesidene til Statistisk Sentralbyrå, trygdeataten og aetat.

Referansene som koblet helsetjeneste eller sykepleie med attføring, uførhet eller funksjonshemming viste at det er skrevet langt mer om helsetjenestens og sykepleiernes roller og oppgaver i forhold til andre menneskers helseproblemer, enn om sykepleiernes egne helseproblemer og konsekvenser i form av funksjonshemming eller uførhet, og langt mer om helsetjenestens helbredende rolle overfor helseproblemer, enn om helsetjenesten

som produsent av helseproblemer, noe som trolig kan forklares med at mye av litteraturen er rettet mot utdanning og etterutdanning. I den grad man i litteraturen er opptatt av helseproblemer i helsesektoren er det sykefravær og arbeidsmiljø som står i fokus.

4.2 Sysselsetting

Norges største "næring"

Over 450.000 mennesker var sysselsatt i helse- og sosialtjenester i 2005, ifølge aetat, og det var en økning på 2 % fra året før. Helse- og sosialtjenestene var Norges største næring målt i antall sysselsatte, med vel 20 % av alle sysselsatte.¹⁵

I 2004 var det 212.000 personer med helse- og sosialfaglig utdanning som arbeidet i helse- og sosialnæringen ifølge Statistisk Sentralbyrå; i tillegg kom ca 140.000 med annen utdanning.¹⁶

Av Norges nesten 460.000 bedrifter omfatter helse- og sosialtjenestene 39.500 bedrifter, eller vel 8,6 % av bedriftene. Nærmere 18.000 av bedriftene er uten ansatte; her finner vi bl.a. privatpraktiserende leger og fysioterapeuter. På den andre siden har 665 bedrifter i helse- og sosialtjenestene 100 ansatte eller mer, og disse utgjør 25 % av alle bedriftene som har 100 ansatte eller mer.¹⁷

Helsesektoren inkludert sosialtjenestene har færre enn gjennomsnittet for de aller yngste i arbeidsstyrken, de under 25 år, noe flere i de midlere aldergruppene, men nokså likt som gjennomsnittet i de eldste aldersgruppene. Skjevheten i forhold til de yngste aldergruppene i arbeidsstyrken har trolig sammenheng med kravene til fagutdanning, gjerne på universitets- og høyskolenivå, i mange av yrkene i sektorene.

Utdrag fra Sysselsatte 15-74 år, etter alder og næring. 4. kvartal 2006. Prosent.¹⁸

Næring	I alt	15-74 år	15-19 år	20-24 år	25-39 år	40-54 år	55-66 år	67-74 år
Hele landet	2 389 000	100,0	4,8	8,5	33,8	34,0	17,1	1,8
85 Helse- og sosialtjenester	461 494	100,0	1,9	7,3	35,3	37,1	16,8	1,5

Årsverksinnsats

Antallet årsverksinnsats i helsesektoren har økt jevnt over lang tid. I somatiske sykehus økte antall årverk fra 46.500 i 1990 til 58.500 i 2000, en økning på nesten 26 %; for leger økte antall årverk med om lag 55 %, for sykepleiere med i overkant av 43 % (Mundal, 2002). I pleie- og omsorgstjenestene fra 1994 til 2002 økte antallet årverk fra vel 68.000 til nærmere 94.000¹⁹. Den medisinske og medisinsk-tekniske utviklingen er en forklaring på økningen i etterspørsel etter helsepersonell (Mundal, 2002).

¹⁵ Kilde: Årsstatistikk om arbeidsmarkedet 2005, Aetat Arbeidsdirektoratet.

¹⁶ Kilde: www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-11-30-01.html Tallene stemmer ikke med det aetat bruker, enda også aetat henter sine tall fra SSB. Jeg har ikke mulighet til å vite hvorfor.

¹⁷ Kilde for dette avsnittet: Statistisk Sentralbyrå: Bedrifter etter ansattegrupper og næring, 1. april 2006.

¹⁸ Kilde: Sysselsetting, hovedtall, Statistisk Sentralbyrå, <http://www.ssb.no/emner/06/01/regsys/tab-2007-06-13-08.html>, Hentet 28.11.07

¹⁹ Kilde: Statistisk årbok 2005, Statistisk Sentralbyrå, www.ssb.no/aarbok/tab/tab-136.html

Yrkesgrupper

Av de sysselsatte i helse- og sosialtjenestene i 2004 arbeidet 48 % i den kommunale forvaltningen, 1,3 % i fylkeskommunal forvaltning og 36 % i statlig sektor. 41 % arbeidet i pleie- og omsorg, 33 % i somatisk spesialisthelsetjeneste og 8 % i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste²⁰. I år 2000 arbeidet vel 9000 leger i spesialisthelsetjenesten, 7000 i somatiske sykehus og 1100 i psykiatriske institusjoner, mens 3800 leger arbeidet i kommunehelsetjenesten, 3000 i ordinær legepraksis, og vel 230 i helsestasjoner og skolehelsetjenesten (Mundal, 2002). Tilsvarende tall for sykepleiere i år 2000 viste at i overkant av 27000 arbeidet i spesialisthelsetjenesten, mens nærmere 19000 arbeidet i kommunehelsetjenesten, i overkant av 16000 i pleie- og omsorgstjenester og 2000 i helsestasjoner og skolehelsetjeneste (ibid).

Kvinnedominans

Norge har generelt et kjønnsdelt arbeidsmarked, og helsesektoren illustrerer dette. Pleieyrkene, sykepleie og hjelpepleie, er kvinnedominert. I legeyrket er fordelingen mer jevn. Andelen kvinnelige leger er nå på vel 37 %, og fortsetter økningen i kvinneandelen i tråd med utviklingen, vil andelen være 50 % rundt 2020 (Aasland, 2006).

I spesialisthelsetjenesten er 78 % kvinner, og også blant legene øker kvinneandelen: Andelen kvinner i overordnede legestillinger er 25 %, i underordnede legestillinger 50 %.

Utdanningsbakgrunn og rekruttering

De aller fleste yrkene i helsesektoren er profesjoner i betydningen at det stilles krav om godkjent utdanningsbakgrunn for å få ansettelse. Formelle krav er altså viktig for ansettelse, og utdanningssystemet en viktig innslusing til sysselsetting i sektoren.

Både sykepleier- og hjelpepleieryrket rekrutterer i dag i stor grad voksne kvinner med erfaring fra pleiesektoren (Abrahamsen & Høst, 2005). Sykepleierstudentene er i snitt blitt syv år eldre de siste 25 årene. I dag er en av tre førsteårs sykepleierstudenter 30 år eller mer, nesten halvparten har etablert familie, og en av fem har barn. Hovedrekrutteringen til hjelpepleierutdanningen kommer ikke fra ungdom i videregående skole som man kanskje kunne forvente, men fra de mange ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren. Den typiske kandidaten er i dag i midten av 30-årene, og de aller fleste har egne barn.

Arbeidskraftetterspørsel og kompetansemangel

Generelt i Norge ventes mangel på arbeidskraft framover. I deler av helsesektoren planlegges noe nedbemanning; dette gjelder deler av helseforetakene. For øvrig har helsesektoren, og kanskje særlig sykehusene, vært preget av en ”permanent midlertidighet” av høy turnover, arbeidskraftmangel og vikarbruk (ref BAAS01). Samtidig synes det å være geografiske variasjoner. I to etterfølgende dager i januar 2007 kan media melde at rekrutteringsbyråer nå må til land i Asia for å lete etter helsepersonell, og at to av tre nyutdannede sykepleiere ikke får faste eller fulle stillinger, og at i Nord-Trøndelag er 70-80 % av alle stillinger i helsevesenet deltidsstillinger.²¹

²⁰ Kilde: <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/main.html>

²¹ Aftenposten mandag 5. februar 2007.

Nesten alle land i Europa har mangel på sykepleiere (ref Hasselhorn), og demografiske endringer kan komme til å forverre situasjonen. I tillegg er det i en del europeiske land slik at sykepleiere har forlatt yrket, og begynt i andre jobber (ibid).

I Norge kan det bli underdekning av sykepleiere som følge av styrking av kommunal pleie- og omsorgstjenesten og av økning i antall eldre i befolkningen (Texmon & Stølen, 2005).

Sykepleiere og hjelpepleiere hadde generelt lav arbeidsledighet ifølge aetats register i en undersøkelse fra 2000, men blant de ledige var over 80 % hjelpepleiere (Fevang, 2003).

Likevel viser en analyse fra 2002 gjort av Statistisk Sentralbyrå, at det er mangel på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, og den vil fortsette å øke, noe som skyldes at tallet på personer som gjennomfører denne typen utdanning, har gått tilbake i de siste årene. Samtidig er det mange eldre arbeidstakere innenfor denne yrkesgruppen som nå går av med pensjon. Tilbudet av arbeidskraft fra personer utdannet som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vokser dermed svakt. Sammen med en forventet klar vekst i etterspørselen innebærer dette etter hvert en betydelig underdekning. Når det gjelder leger og sykepleiere viser de nye analysene at de tiltakene som er satt i verk for å øke studiekapasiteten for disse yrkene, trolig vil være tilstrekkelige til å få bukt med dagens mangel. Samtidig kan økte behov som følge av vedtatte reformer bli dekket. det vil bli en sterk vekst i behovene for ergoterapeuter, psykologer og vernepleiere de nærmeste årene. Dette er også blitt møtt med en betydelig oppjustering av studiekapasiteten for disse gruppene.²²

4.3 Struktur i helsesektoren

Ulike typer virksomheter

Helsesektoren omfatter virksomheter som i karakter er ganske ulike og som også styres på ulike måter. Grovt kan vi skille mellom²³:

- *Spesialisthelsetjenesten* som, etter en reform fra 2002, er statlig eid og organisert etter en foretaksmodell, men som også omfatter private spesialister, sykehus og ikke minst rus-, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Norge har fem regionale helseforetak som eier de offentlige sykehusene, og kjøper tjenester fra de private etter avtale.
- *Kommunehelsetjenesten* som, snevert definert, omfatter fastlegeordningen, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, samt folkehelseoppgaver
- *Pleie- og omsorgstjenestene*, både i og utenfor institusjon, både somatisk og psykiatrisk, som grenser over mot praktisk hjelp og støtte i hverdagen

Tjenestene er politisk styrt, offentlig betalt (sett bort fra pasientenes egenandeler og egenbetalte ikke-prioriterte helsetjenester), men helsetjenesteleverandørene er ikke nødvendigvis offentlig eid. I institusjonsomsorgen står private aktører, først og fremst ideelle organisasjoner, for en stor del av tjenesteytingen, særlig innenfor rusomsorg, men også for sykehus, sykehjem og rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Andelen institusjoner

²² <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2002-08-26-01.html>. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2020

²³ Skillet som anvendes nedenfor er mer gjort av hensyn til karakteren av arbeidsplassene og typene oppgaver, enn ved å benytte organisatoriske ansvarsgrenser. Spesielt når det gjelder den kommunale virksomheten, kommunehelsetjenesten, så går de formelle grensene andre steder. Hjemmesykepleie som her plasseres under pleie- og omsorgstjenestene, er etter loven helsetjeneste, mens fysio- og ergoterapitjenester kan være organisert under pleie- og omsorgstjenesten.

innenfor pleie- og omsorgstjenestene drevet av private foretak og ideelle organisasjoner har ligget nokså konstant på rundt 10 % av det totale antall institusjoner (Vigran, 2002). I tillegg kommer privat *bedriftshelsetjeneste* rettet mot arbeidslivet, og betalt av arbeidsgivere.²⁴

Som arbeidsplasser er de ovennevnte delene av helsetjenesten ganske ulike.

Spesialisthelsetjenesten er i hovedsak institusjonsbasert. Helseforetakene og sykehusene er store ”bedrifter”. Helse Nord RHF²⁵ som dekker de tre nordligste fylkene, har 11.600 ansatte, og er dobbelt så stor som Nord-Norges største private bedrift, Ofoten og Vesterålen Dampskipselskap (OVDS), og frakter i tillegg flere passasjerer enn OVDS, som syketransport. Selv de små helseforetakene under Helse Nord, lokalsykehusene, har rundt 1000 ansatte og er store bedrifter, ofte kommunenes største arbeidsplass. De private institusjonene varierer i størrelse. Noen sykehus er i størrelse på linje med de offentlige sykehusene, mens rehabiliteringsinstitusjonene, innenfor rusbehandling eller opptrening ved somatiske lidelser, kan være mindre.²⁶ I den andre enden av skalaen er de private spesialistene, som ofte er privat praksis, enkeltmannsforetak, eventuelt et lite praksisfelleskap.

Kommunehelsetjenesten har noe av den samme arbeidsplasskarakteren som de private spesialistene. Primærlegetjenesten er etter fastlegereformen i 2001 i stor grad organisert som privat praksis, enten enkeltpraksiser eller organisert i legesentre. Legene er selvstendige, og deres virksomhet er regulert gjennom avtaler med kommunene de jobber i. Helsesøstertjenesten er vanligvis organisert gjennom kommunale ansettelser. Det er også ergoterapitjenesten, mens fysioterapitjenesten kan være privat praksis etter en lignende arbeidsplassmodell som fastlegene.

Pleie- og omsorgstjenesten er dels institusjonsbasert og dels hjemmebasert. Ikke sjelden er tjenestene samorganisert innenfor et geografisk område av kommunen, og formelt er alle ansatt i kommunen. De store yrkesgruppene er sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere. Mens det fysiske arbeidsmiljøet er avgrenset og under arbeidsgivers kontroll i institusjonene, er arbeidsplassene i hjemmetjenestene pasientenes private hjem. Mens arbeidstakerne i institusjonene har kolleger rundt seg hele tiden, arbeider pleierne i hjemmetjenestene stort sett alene.

Endringer og omstillinger i sektoren

Alle tre elementene av helsesektoren har gjennomgått store omstillinger de senere årene, noe som for øvrig også kjennetegner helsetjenesten i andre vestlige land, som England og Nederland (Bingham, Clarke, Michielsen, & Miller, 2007; van der Meer, 2007):

Spesialisthelsetjenesten er flyttet ut av fylkeskommunenes ansvar, og over til staten, samtidig som tjenestene ble organisert etter en foretaksmodell. Statens ansvar for å levere helsetjenesten ble lagt til fem regionale helseforetak, som både har et sørge-for-ansvar for å dekke befolkningens behov for helsetjenester og et eieransvar for de offentlige eide

²⁴ Det har ikke vært mulig å finne noen systematiserte bedrifts-/arbeidsplass-data om bedriftshelsetjenestene.

²⁵ Opplysningene om Helse Nord er hentet fra et foredrag av adm.dir. Lars Vorland, Helse Nord RHF, holdt på Brukerkonferansen 2006, Tromsø, 30.mars 2006.

²⁶ Det har ikke vært mulig å finne noen systematiserte bedrifts-/arbeidsplass-data om opptreningsinstitusjoner eller andre private rehabiliteringsinstitusjoner.

spesialisthelsetjenestene i regionen (utøvende helseforetak). Foretaksmodellen skulle innebære mer selvstendighet og autonomi til tjenesteleverandørene, men statlig eierstyring har også åpnet for mer direkte og enhetlig styring av helsetjenesten ved at staten kan styre de regionale helseforetakene direkte, ikke bare via myndighetsstyring (lover og reguleringer) og bevilgninger, som fylkeskommunene hadde ansvar for å følge opp. Dette har bl.a. gjort det mulig for staten å stille krav om effektivisering og kostnadsreduksjoner. Parallelt ble det foretatt budsjettmessige endringer som innebar at kostnader til bygninger og utstyr ble mer integrert i helsetjenestens utgifter. Både krav om effektivisering og større oppmerksomhet på kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) har medført et press i retning av omorganisering, funksjonsfordeling og sentralisering. En trend i omstillingen av spesialisthelsetjenesten dreier seg altså om mer overordnet planstyring, bl.a. for å sikre kontroll med økonomien.

Økonomien kom ikke under kontroll i den grad det var forventet i politiske målsettinger; kravet til de regionale helseforetakene om budsjettbalanse er blitt stadig forskjøvet framover i tid (Opedal & Stigen, 2005). Likevel mener mange ansatte i helseforetakene at det er mer fokus på økonomi; 59 % svarer i 2004 at i løpet av de siste to årene er det blitt økte økonomiske resultatkrav, mot 4 % som mener det er blitt færre (Grimsmo & Sørensen, 2004).

Helseforetaksreformen skulle også legge til rette for bedre ressursutnyttelse, høyere kvalitet og mindre urasjonell kompetanse og kapasitetsspredning, gjennom omstrukturering og funksjonsfordeling. Dette har betydd nedlegging, sammenslåing og flytting av funksjoner og oppgaver, og har betydd at ansatte har fått nye oppgaver, ledere og arbeidssteder. Blant både foretaksledelsene og klinikkjefene rapporterer en av fire at det har skjedd omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordeling etter at sykehusreformen trådte i kraft, og i tillegg mener rundt halvparten at det har foregått en del endringer (Opedal et al., 2005). Seks av ti sykehusansatte rapporterte i en landsomfattende undersøkelse i 2004 å ha opplevd omfattende omstillinger, omtrent halvparten hadde opplevd nedbemanning, og over halvparten hadde opplevd sammenslåinger/flytting av avdelinger (Grimsmo et al., 2004). I deler av virksomheten der det har foregått eller planlegges store endringer, er en høyere andel enn andre steder bekymret for å miste jobben og for å ikke få ny jobb (Holte et al., 2004).

En tredje trend dreier seg om sterkere styring gjennom klarere forpliktelser for helsetjenesten. Pasientene har fått rett til fritt valg av sykehus ved planlagte undersøkelser og behandling (fra 2003). Helseforetak skal rapportere på nasjonale kvalitetsindikatorer, og resultatene gjøres alment tilgjengelige på nettet. Pasienter som er henvist til sykehus eller spesialistpoliklinikk skal etter pasientrettighetsloven få tilstanden vurdert innen 30 dager etter at henvisningen er mottatt, og få informasjon om den medisinsk-faglige vurderingen som er gjort, og om når behandlingen forventes å bli gitt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, skal få en dato for når denne hjelpen senest kan bli gitt. Datoen skal settes på grunnlag av en medisinsk-faglig vurdering, og vil gjelde alle sykehus pasienten kan velge, inkludert private sykehus som har avtale med regionale helseforetak.

I løpet av de siste årene er konkurranseelementer innført i helsesektoren også. Dette har dels skjedd gjennom en bevisst politikk for å skille det offentlige ansvaret for å sørge for helsetjenesten til befolkningen fra oppgaven med å levere tjenestene, noe som har medført et økt innslag av private helsetjenesteleverandører.

I *kommunehelsetjenesten* er det først og fremst almenlegetjenesten som er endret, gjennom fastlegereformen. Reformen betydde at fastlegene gikk tilbake til å være selvstendige yrkesutøvere med avtale med kommunene, i stedet for å være kommunalt ansatte. Innbyggerne fikk sin faste lege (valgt eller tildelt), legene fikk en liste med faste pasienter. Pasientene kan bytte lege, men bare to ganger i året, og bare hvis den ønskede legen har ledig listeplass. Listelengde synliggjør hvilke leger som er populære, samtidig som lengden påvirker legens inntekt, og fastlegeordningen ser ut til å ha ført til at legene føler et noe større ansvar for sine (liste)pasienter (Heen, 2004). De fleste fastleger (59 %) er fornøyd i sin nåværende praksis, bare 16 % er lite fornøyd (Grytten, Skau, Sørensen, & Aasland, 2003).

Pleie- og omsorgstjenesten har vært kjennetegnet av et kontinuerlig omstillingspress i flere tiår. Det startet med reformer som tilførte kommunene ansvar for sykehjem (fra 1988) og for utviklingshemmede (fra 1991), fulgte opp med sammenslåing av tjenester i og utenfor institusjon, og av tjenester for ulike brukergrupper (eldre, fysisk funksjonshemmede, psykiatriske pasienter). Parallelt har det skjedd nedbygging av sengeplasser i psykiatriske institusjoner uten en tilsvarende oppbygging av hjelpetilbud lokalt, til tross for opptrappingsplanen. Liggetidene på sykehusene er blitt kortere, og pasientene er blitt tidligere definert som ”ferdigbehandlede” og klare til overføring til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Kommunene har fått tidsfrister i forhold til mottak av ”ferdigbehandlede” pasienter, og bøter når fristene overskrides.

En undersøkelse fra 1996 viser at mange ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester opplever at de har mindre tid til brukerne enn tidligere; i eldreomsorgen mener om lag 55 % at de har mindre tid, mens ca 12 % mener de har mer tid; blant hjemmehjelperne er det flest, 62 %, som mener de har fått mindre tid til brukerne, mot vel 8 % som mener de har fått mer; blant sykepleierne er det vel 55 % som mener de har fått mindre tid til brukene, mot vel 15 % som mener de har fått mer (Moland, 1997). Undersøkelsen viser også at 23 % mener de har altfor liten tid til brukerne, og at 43 % er enige i at de stadig har en følelse av at de ikke strekker til i jobben, og det er særlig blant de som opplever at de har altfor liten tid til brukene som mener at de ikke strekker til.

4.4 Arbeidsoppgaver og arbeidsforhold

Arbeidsorganisering og arbeidsforhold

Arbeid i helsesektoren kjennetegnes for mange arbeidstakere i mange yrkesgrupper i sykehusene av et hektisk *tempo* de *ikke* selv har *kontroll* over, dvs av begrensede muligheter til å ta pauser når de selv vil, og av at de ofte må arbeide svært raskt; både sykepleiere og leger skårer høyt her (Holte et al., 2004). I en nasjonal undersøkelse av sykehusansatte i 2004 svarer 54 % at i løpet av de siste to årene er arbeidstempoet økt (mot 5 % som svarer redusert), 42 % svarer at det er blitt mer stramme tidsfrister (mot 5 % som svarer mindre), og 57 % svarer at arbeidsmengden pr ansatt er blitt større (mot 6,3 % som svarer mindre) (Grimsmo et al., 2004).

Arbeid i helsetjenesten kjennetegnes også av *turnus* og ubekvem arbeidstid: 78 % av de sykehusansatte arbeidet turnus i en nasjonal undersøkelse i 2004; blant hjelpepleierne arbeider bare 9 % kun dagtid, mot 23 % av legene og 24 % av sykepleierne (Grimsmo et

al., 2004). Legene har i tillegg lange vakter; 97 % av legene har vakter utover 10 timer, mot bare 7 % av sykepleierne og 3 % av hjelpepleierne (ibid).

Deltid

I helsesektoren anvendes mye *deltid*. Over 40 % av sykepleierne arbeidet i redusert stilling (Askildsen & Holmås, 2001). I somatiske sykehus arbeidet 49 % av sykepleierne deltid i 2000; andelen deltidsarbeidende har holdt seg omtrent konstant i løpet av 1990-tallet, men stillingsandelen har økt fra i underkant av 57 % i 1990 til vel 62 % i 2000 (Mundal, 2002).

Andelen deltidsarbeidende er høy blant sykepleiere i sykehus, men enda høyere blant hjelpepleiere. I Helse Vest, altså i spesialisthelsetjenesten, var f.eks andelen deltidsarbeidende blant sykepleierne nærmere 45 %, mens den for hjelpepleierne og barnepleierne var nesten 60 %, og om lag 1 av 5 av alle som går deltid, svarte at grunnen til dette var at høyere stillingsandel ikke var mulig, mens om lag halvparten sier at familieforhold var grunnen til deltidsstillingen; for sykepleierne var familieforhold begrunnelsen for 63 % (Holte et al., 2004). Undersøkelsen viste imidlertid en viss forskjell mellom heltidsansatte og deltidsansatte i egenvurdert arbeidsevne, andelen med utmerket arbeidsevne var høyere blant heltidsansatte, noe som kan indikere at helsestatus kan ha betydning for valg av deltid.

Også i de kommunale tjenestene er deltidsandelen høy, og tre ganger så høy blant kvinner som blant menn: Menn i kommunal helse- og sosialtjeneste hadde i 1996 en gjennomsnittlig arbeidsuke på 33 timer, mens kvinner hadde et gjennomsnitt på 28 timer (Moland, 1997).

Dels synes deltid å være ønsket og planlagt. Hele 70 prosent av de nyutdannede hjelpepleierne mener at gode deltidsmuligheter var viktig for deres utdanningsvalg; like vanlig er det at sykepleierstudenter vektlegger gode muligheter for deltid når de vurderer framtidige jobber (Abrahamsen et al., 2005). Samtidig er det et visst omfang av uønsket deltid. To tredjedeler i kommunal sektor var i 1996 fornøyd med arbeidstiden; vel 35 % av de som arbeidet deltid, ønsket lenger arbeidstid; blant de med lavest stillingsandeler var andelen misfornøyde høyest, blant de eldste var det færrest som ønsket utvidet stillingsprosent (Moland, 1997).

En undersøkelse i spesialisthelsetjenesten i Helse Vest viste at tilrettelegging for halve stillinger var ønsket også som et seniorpolitisk tiltak, mens det var sykepleiere, sammen med radiografer/stråleterapeuter og bioingeniører, som i størst grad mente at tilpasset arbeidstid var viktig for å arbeide fram til pensjonsalder (Holte et al., 2004). Undersøkelsen viste også at det var blant hjelpepleierne og de som jobbet i service/tekniske drift, tett fulgt av sykepleierne, at det var flest som mente at de kom til å gå av før pensjonsalder pga helse og hardt arbeid.

Teknologikomponent

Med teknologikomponenten i arbeidet tenkes har på teknologiens plass og rolle i virksomheten og arbeidsoppgavene. Med teknologi tenkes her på arbeidsredskaper. I helsesektoren er ny teknologi en selvstendig faktor i bildet av en ny arbeidsorganisering, og det har skjedd implementering av ny teknologi både på den administrative siden, og i behandlingsøyemed (Grimsmo et al., 2004).

Det kan være aktuelt å skille mellom fire ulike typer teknologi i helsetjenestens virksomhet:

Styringsteknologi: saksbehandlingssystemer, registrerings- og dokumentasjonssystemer

Behandlings- og omsorgsteknologi: løfte, bære, overvåke, operere, behandle

Kommunikasjonsteknologi: felles helsenett, telemedisin

Informasjonsteknologi: tilgjengelighet til kunnskap (for både helsepersonell og pasienter)

Ingen undersøkelser jeg har funnet, belyser teknologiens betydning for arbeidet i helse-tjenestearbeid og hvordan denne spiller inn i forhold til krav til arbeidsevne, fungering og kapasitet. Det finnes en rekke studier av bestemte typer teknologi. Å utlede konsekvenser mht sysselsetting og funksjonshemming av disse krever en egen analyse.

I en nasjonal undersøkelse i sykehus ble det spurt etter endringer i systemene rundt arbeidet, og 17 % svarte at de i løpet av de siste to årene hadde opplevd nye systemer for å måle personlig ytelse, 52 % hadde opplevd nye systemer for å styre avdelingen, og 66% nye systemer for journalføring (Grimsmo et al., 2004). Det rimelig å tenke seg at mange av disse systemene kommer i form av det som ovenfor er betegnet som ”styringsteknologi”.

I samme undersøkelse svarer 63 % at de i løpet av de siste to årene har opplevd innføring av nye behandlingsformer, men i hvor stor grad disse er teknologibasert er det vanskelig å si noe om. 65 % svarer derimot direkte at de i løpet av de siste to årene hadde opplevd å få nye arbeidsredskaper/teknologi.

Krav til å være faglig oppdatert, krav til konsentrasjon og hurtige omstillinger var blant faktorer som ble trukket fram i en undersøkelse i spesialisthelsetjenesten i Helse Vest, som en forklaring på at medarbeidere slutter før oppnådd pensjonsalder (Holte et al., 2004).

Fysisk arbeidsmiljø

I en nasjonal undersøkelse av sykehusansatte i 2004 svarer 57 % at de opplever arbeidet som fysisk belastende (Grimsmo et al., 2004). 19 % av hjelpepleierne, 19 % av sykepleierne og 9 % av legene er helt eller delvis enig i at de må gjøre arbeid slik at helsa skades (Grimsmo et al., 2004). Ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester er også utsatt for aggresjon, som må forstås som en fysisk arbeidsmiljøbelastning (Moland, 1997).

Arbeidsmiljøundersøkelsene til Statistisk Sentralbyrås Levekårsundersøkelse viser at en av tre (33 %) av ansatte i helse- og sosialtjenestene mener at de er utsatt for stor risiko for belastningsskader, mot en av fire (25 %) i arbeidslivet generelt.²⁷

Psykiske belastninger og krav til relasjonskompetanse

Arbeidet kjennetegnes også av *emosjonelle jobbkrav*, om å bli konfrontert med død, menneskelig lidelse, aggressive eller trøblete pasienter. Psykologer, sosionomer og vernepleiere skårer høyest her, noe som blant annet forklares av at denne type belastninger er høy i psykisk helsevern, men også blant leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter er det et stort flertall som svarer at de ofte eller alltid blir konfrontert med menneskelig lidelse (Holte et al., 2004). Arbeidsmiljøundersøkelsene til Statistisk Sentralbyrås Levekårsundersøkelse viser at 68 % av ansatte i helse- og sosialtjenestene opplever at arbeidet i høy grad er styrt av kunder, klienter og lignende, mot 53 % i arbeidslivet generelt.²⁸

²⁷ Data hentet fra Statistikkbanken, Statistisk Sentralbyrå, Levekårsundersøkelsen 2003, Arbeidsmiljø.

²⁸ Data hentet fra Statistikkbanken, Statistisk Sentralbyrå, Levekårsundersøkelsen 2003, Arbeidsmiljø.

En av fire sykehusansatte blir i svært stor grad konfrontert med sterke følelser, ytterligere en av tre i stor grad (Grimsmo et al., 2004). 38 % mener at arbeidet er blitt mer mentalt krevende de siste to årene, bare 3 % synes det er blitt mindre. 76 % opplever arbeidet som psykisk belastende (ibid).

En av tre sykehusansatte har ansikt til ansikt kontakt med pasienter eller pårørende nesten hele tiden, ytterligere en av fire ca tre fjerdedeler av tiden (Grimsmo et al., 2004). Mange av disse er i kontakt med helsesektoren nettopp fordi de er i vanskelige og sårbare livssituasjoner. I helsesektoren blir derfor relasjonskompetanse sentralt.

Mange ansatte utsettes også for ubehagelige arbeidssituasjoner. I kommunenes omsorgstjenester svarte tre av fire yrkesutøvere i en undersøkelse fra 1996 at de hadde vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander, og for de fleste er dette situasjoner som har forekommet flere ganger (Moland, 1997). Undersøkelsen viser at det er ansatte som yter tjenester til personer med sosiale eller psykiske problemer som er mest utsatt for utskjelling, og sykepleierne er den yrkesgruppen som får mest kjeft, særlig de som arbeider i hjemmetjenestene. Fysisk aggresjon forekommer særlig i omsorgen for utviklingshemmede, og det er miljøterapeuter og miljøarbeidere som er særlig utsatt. Dette må også betraktes som emosjonelle jobbkrav – å takle ubehagelige arbeidssituasjoner som selv om de kan forstås i lys av pasienters og klienters belastende livssituasjon og problemer, like fullt kan være en belastning for yrkesutøverne.

Undersøkelser viser at spesielt leger, men til en viss grad også sykepleiere, har høyere selvmordsfrekvens enn andre yrkesgrupper (Hem et al., 2004). Hvorvidt dette kan knyttes til psykiske belastninger i arbeidet, belyses ikke. Undersøkelsene har bare utdanning og ikke yrkestilknytning som bakgrunnsvariabel, og kan dermed ikke si om selvmord kanskje først og fremst forekommer blant dem som ikke har yrkestilknytning.

4.5 Sosiale rettigheter, partssamarbeid og fagorganisering

Helsesektoren er i stor grad offentlig sektor, noe som innebærer at de ansatte lenge har vært omfattet av egne pensjonskasseordninger i tillegg til folketrygdens pensjonsordninger. Kollektive livs- og yrkesskadeforsikringer finnes også som en del av avtaleverket i sektoren, og skal omfatte alle med ordnede arbeidsforhold. Arbeidsmiljøloven gjelder alle norske arbeidstakere. I dette kapitlet går jeg ikke inn på goder og rettigheter som er generelle.

En undersøkelse i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fra 1996 viste at mange ansatte ikke hadde kjennskap til sine arbeidstakerrettigheter, særlig kom eldre, ufaglærte kvinner dårlig ut (Moland, 1997). Sektoren har også vært kjennetegnet av et visst omfang av marginale ansettelsesforhold, midlertidige ansettelse og små stillingsbrøker, men innskjerping av Arbeidsmiljøloven har hatt til hensikt å begrense slik arbeidsforhold (Moland, 1997).

Organisasjonsgraden i kommunal sektor er høy, tett opp under 80 % (Moland, 1997). Yrkesorganiseringen i sykehussektoren er preget av mange enkeltforbund, og fem hovedsammenslutninger: Utdanningsgruppenes Hovedorganisasjon, hvor Sykepleierforbundet er

med, er den største; nest størst er LO Stat med Fagforbundet som største forbund; mens legene er organisert i Akademikerne (Hansen, 2004). Organisasjonsgraden i helsesektoren er høy, rundt 80 %, og enda høyere i de helsefaglige profesjonsforbundene – 93 % i Legeforeningen og 90 % i Sykepleieforbundet (ibid).

IA-avtalen – intensjonsavtalen mellom staten og partene i arbeidslivet – om å fremme et inkluderende arbeidsliv er inngått mellom partene på nasjonalt nivå, og den enkelte virksomhet må tilslutte seg avtalen ved selv å inngå avtale om å bli IA-virksomhet. Andelen IA-virksomheter er langt høyere i offentlig enn i privat sektor, ca 22 % i privat sektor våren 2003, mot ca 82 % i statlig forvaltning og ca 73 % i kommunal forvaltning, men når vi ser på andel ansatte som omfattes av avtalen, reduseres forskjellene noe: 32 % i privat sektor, mot vel 74 % i statlig og kommunal forvaltning omfattes av avtalen (Dale-Olsen et al., 2005). Dette har sin bakgrunn i at mange virksomheter i offentlig sektor er store, dvs har mange ansatte. I helse- og sosialtjenestene er 68 % av virksomhetene IA-virksomheter, og 72 % av de ansatte i sektoren omfattes av IA-avtalen (Dale-Olsen et al., 2005). I 2003 var altså helse- og sosialtjenestene noe dårligere enn offentlig sektor generelt til å tilslutte seg IA-avtalen.

4.6 Indikatorer på uhelse?

Arbeidslivsdeltakelse og avgang

Tall fra 2004 (4. kvartal) viser at 95 % av sykepleierne og 90 % av hjelpepleierne var i arbeid et halvt år etter at de hadde avsluttet sin utdanning, mot 86 % av legene (der de fleste av de som ikke var i jobb, videreutdannet seg). Av de ikke sysselsatte hjelpepleierne tok nærmere halvparten videreutdanning, men 10 % var gått til attføring eller uførepensjon. For en del er hjelpepleierutdanning første trinn i et lenger utdanningsforløp: 3 % av dem som var hjelpepleiere i år 2000, hadde en (avsluttet) høyere helse- og sosialfaglig utdanning i 2004, de fleste var blitt sykepleiere.²⁹

Av 345.000 personer med helse- og sosialfaglig utdanning (hvorav 93.000 sykepleiere), er 279.000 i arbeidsstyrken (hvorav 75.000 sykepleiere), mens 18.600 er utenfor og på attføring- eller uførepensjon (hvorav 3.800 sykepleiere). Sykepleierne er den største gruppen blant personer med helse- og sosialfaglig utdanning. Bare hjelpepleiere er en større gruppe enn sykepleiere, totalt 95.000 personer med hjelpepleierutdanning, men tilgjengelig er færre av dem i arbeidsstyrken, 69.000, og forholdsvis flere på attføring- eller uførepensjon, 9.500.³⁰

²⁹ Kilde: www.ssb.no/magasinet/analyse/art-2006-01-05-01.html Artikkelen gir ikke tilsvarende opplysninger for de andre yrkesgruppene.

³⁰ Kilde: SSBs helsestatistikk: <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/tab-2005-06-17-01.html>

Utvalgte yrkesgrupper av personer med helse- og sosialfaglig utdanning etter fagutdanning og arbeidsstyrkestatus, 4.kvartal 2004. Fra Statistisk Sentralbyrå, 2004³¹

	I alt	I Arbeidsstyrken	Lønnstakere	Selvstendig næringsdrivende	På attføring eller uførepensjon
I alt	344684	278793	261944	14387	18627
Hjelpepleiere	94831	68834	66883	1323	9559
Ergoterapeuter	3098	2711	2630	38	95
Fysioterapeuter	10733	8722	5523	3143	230
Helsesøster og jordmor	7805	5746	5654	85	348
Sykepleiere	92868	74998	73682	1078	3787
Barneverns- pedagoger	7135	6374	6191	101	243
Sosionomer	10097	8646	8388	129	471
Leger u/spes	9750	8491	7192	1259	150
Leger m/spes	11339	10152	7649	2498	115
Psykologer	5131	4656	3973	648	87

Nedenfor har jeg på bakgrunn av tallene i tabellen over, beregnet hvor stor andel av arbeidsstyrken som er lønnstakere versus selvstendig næringsdrivende, og hvor stor den andelen som står utenfor arbeidsstyrken pga attføring eller uførepensjon er, i forhold til hvor mange som er i arbeidsstyrken. Sammenligning med antallet i arbeidsstyrken gir en bedre indikator enn sammenligning med antallet med aktuell utdanning, ettersom den siste gruppa også inkluderer alderspensjonister m.m.

³¹ <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/tab-2005-06-17-01.html>

*Utvalgte yrkesgrupper av personer med helse- og sosialfaglig utdanning etter fagutdanning og arbeidsstyrkestatus, 4. kvartal 2004. Fra Statistisk Sentralbyrå, 2004³²
Andel i ulike posisjoner*

	I alt	I arbeidsstyrken	Lønnstakere	Selvstendig næringsdrivende	På attføring eller uførepensjon ³³
I alt	344684	278793	261944	14387	18627
Hjelpepleiere	94831	72,6 % av alle med utdanning	97,2 % av alle i arbeidsstyrken	1,4 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 13,9 % av arbeidsstyrken
Fysioterapeuter	10733	81,3 % av alle med utdanning	63,3% av alle i arbeidsstyrken	36,0% av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 2,3 % av arbeidsstyrken
Helsesøster og jordmor	7805	73,6 % av alle med utdanning	98,4 % av alle i arbeidsstyrken	1,5 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 6,1 % av arbeidsstyrken
Sykepleiere	92868	80,7 % av alle med utdanning	98,2 % av alle i arbeidsstyrken	1,4 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 5,0 % av arbeidsstyrken
Sosionomer	10097	85,6 % av alle med utdanning	97,0 % av alle i arbeidsstyrken	1,5 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 5,4 % av arbeidsstyrken
Leger u/spes	9750	87,1 % av alle med utdanning	84,7 % av alle i arbeidsstyrken	14,8 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 1,8 % av arbeidsstyrken
Leger m/spes	11339	89,5 % av alle med utdanning	75,3 % av alle i arbeidsstyrken	24,6 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 1,1 % av arbeidsstyrken
Psykologer	5131	90,7 % av alle med utdanning	85,3 % av alle i arbeidsstyrken	13,9 % av alle i arbeidsstyrken	Tilsvarende 1,9 % av arbeidsstyrken

Tabellen viser at det er blant fysioterapeutene vi finner den høyeste andelen selvstendig næringsdrivende (noe over 1 av 3), at også legespesialistene har en relativt høy andel (1 av 4), mens hjelpepleiere, sykepleiere og sosionomer så å si alle er arbeidstakere.

Tabellen viser også at det blant hjelpepleierne er en høy andel som er utenfor arbeidsstyrken pga attføring og uføretrygd, sett i forhold til hvor mange som er i arbeidsstyrken. Også sykepleiere og sosionomer ligger langt over leger og psykologer.

Av de som gikk ut av helse- og sosialnæringen fra 2003 til 2004 gikk 14 % til attføring eller uførepensjon, og det er blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere at andelen til att-

³² <http://www.ssb.no/emner/06/01/hesospers/tab-2005-06-17-01.html>

³³ Prosentandelen her er beregnet i forhold til antallet i yrkesgruppa som er i arbeidsstyrken. Personene på attføring eller uførepensjon er ikke med i arbeidsstyrken, men prosenttallet angir et forhold mellom hvor mange som er i arbeidsstyrken sammenlignet med hvor mange som er gått ut av arbeidsstyrken pga attføring eller uførepensjon.

føring eller uførepensjon er høyest: 24 % av de som gikk ut av næringen fra disse yrkesgruppene, gikk til attføring eller uførepensjon, mot 13 % av sykepleierne og bare 4 % av legene.³⁴ (Her finnes det ikke noen sammenligning med andre bransjer.)

Sykefravær

Helsesektoren generelt har et høyt sykefravær, langt høyere enn gjennomsnittet i arbeidslivet. Dette er et mønster vi ser også i andre land (van der Meer, 2007). Sykefraværet varierer imidlertid mellom de ulike delene av helsesektoren.

Sykefraværstall fra 1994 viste at alders- og sykehjem hadde særlig høyt sykefravær, sammenlignet med psykiatriske og somatiske institusjoner, 9,4 % mot 7,5 % og 6,7 % (Guldvog, 1997). Undersøkelsen viste også store forskjeller i fraværsomfanget mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere, henholdsvis 4,3 %, 6,1 % mot 14,4 %.

En undersøkelse på sykefraværstatistikk fra oktober 2000 viser lignende mønster (Fevang, 2003): Hjelpepleiere har høyest fravær, sammenlignet med sykepleiere, og forskjellen skyldes i hovedsak fravær knyttet til muskel- og skjelettlidelser. Blant sykepleiere skiller spesialsykepleiere og administrerende sykepleiere seg ut med lavest fravær.

Sykehus har hatt det laveste fraværet, mens sykehjem det høyeste; hjemmetjenestene nærmer seg sykehjem, mens psykiatriske institusjoner nærmer seg sykehus. Undersøkelsen viste imidlertid også at det var stor variasjon mellom ulike sykehjem i hvor stort fraværet var. Andelen syke i sykehjem med over 50 ansatte, varierte mellom 3 % og 30 % (Fevang, 2003).

Sykefraværstallene for 2005 og 2006 viser imidlertid en økning i sykefravær i sykehus (helseforetak) og ingen tilsvarende økning i kommunehelsetjenesten. Generelt gikk sykefraværsprosenten opp fra 6,6 til 6,8 prosent fra 3. kvartal 2005 til 3. kvartal 2006. Dette gir en vekst på 3,3 prosent, som er om lag den samme tolv månedersveksten som i de to foregående kvartalene i 2006. Av de større næringene hadde undervisning og transport og kommunikasjon sterkest økning med henholdsvis 6,1 og 5,8 prosent. De siste tolv månedene var det lavest vekst i helse- og sosialtjenester med 1,4 prosent, men i statlig forvaltning (inkludert helseforetakene) økte sykefraværet mest. Den statlige helse- og sosialnæringen (i hovedsak helseforetakene) hadde en økning på 4,3 prosent³⁵. Det kan tyde på at omstillingen i sykehussektoren har hatt noen belastninger for ansatte.

Også alder spiller rolle, sykefraværet stiger med alderen, men ikke jevnt, det synker i aldersgruppen 40-44 år (trolig fordi det i denne aldersgruppen er mindre fravær knyttet til svangerskap og fødsler). Likeså hadde stillingsandel betydning i denne undersøkelsen: En som jobbet full stilling hadde 6,2 prosentpoeng større sjanse for å være sykmeldt enn en som jobbet under halv stilling (Fevang, 2003). Andre undersøkelser har imidlertid funnet motsatt sammenheng i sykehus: flere helseplager hos deltidsansatte enn hos heltidsansatte (Christensen, Enersen, & Holmer, 2004; Holte et al., 2004).

Arbeidsmiljøundersøkelser av hjelpepleiere viste store variasjoner i arbeidsbelastninger avhengig av hvilken del av helsetjenesten hjelpepleierne arbeidet i (Abrahamsen 1991, fra Romøren i Den norske velferdsstaten), syke- og aldershjem er mer belastende enn sykehus,

³⁴ Kilde: http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-11-30-01.html

³⁵ Kilde: <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/>

hjemmesykepleie, psykiatriske institusjoner eller omsorg for utviklingshemmede. Slik ansatte vurderer det, er alders- og sykehjem arbeidsplasser som i særlig grad skaper opplevelser av slit og stress. Samtidig viser undersøkelsen også at hjelpepleiere som opplever innflytelse i arbeidssituasjonen og sykehjem som ikke praktiserer hyppige skift av arbeidstid (ikke turnus, men faste skift) gir mindre belastning. En undersøkelse av sykepleiere (Ellefsen 1993 fra Romøren i Den norske velferdsstaten) viste tilsvarende resultater.

Mange av yrkene i helsesektoren er kvinne-dominerte. Kvinner har generelt et høyere sykefravær enn menn. Det går igjen i alle sykefraværundersøkelser. Det er kvinnene i helse- og sosialtjenestene som trekker sykefraværsandelen opp³⁶. Sykefraværet blant menn i helse- og sosialtjenestene ligger også noe over gjennomsnittet for alle yrkesaktive menn (rundt et halvt prosentpoeng over for årene 2001-2005, 5,2 % mot 4,5 % i 2005). Blant menn er likevel sykefraværsandelen høyere i bygge- og anleggsbransjen, og også høyt i industri- og bergverksdrift. Når det gjelder sykefravær blant kvinner ligger helse- og sosialtjenestene høyest av næringene i alle årene fra 2001 til 2005, men også Transport- og kommunikasjonssektoren og Industri- og bergverksdrift ligger høyt.

Noen helseplager rammer kvinner mer enn menn. Flere kvinner enn menn opplever smerter i nakke, skuldre og øvre del av rygg (26 % av yrkesaktive kvinner er svært eller ganske plaget, mot 16 % av mennene), men blant både menn og kvinner svarer vel to av tre i Levekårsundersøkelsen 2003 om arbeidsmiljø at smertene helt eller delvis skyldes nåværende jobb (Andersen, 2006). Pleie- og omsorgsyrkene er blant de yrkene der slike smerter er mest utbredt. Det er også klar sammenheng mellom smerter og ergonomiske belastninger i arbeidet, og sammenheng mellom smerter og liten grad av kontroll i arbeidet (ibid). Mens kvinner ikke opplever større ergonomiske belastninger enn menn, opplever de oftere enn menn liten grad av kontroll i arbeidet (ibid). Arbeidsforhold forklarer det meste av smerteplagene, men også kjønn har betydning.

4.7 Helseproblemer, funksjonsnedsettelse og sysselsetting i helsesektoren

Funksjonshemmende helseproblemer generelt

De typene helseproblemer som utgjør de store gruppene blant mottakerne både av *rehabiliteringspenger* og av *uføretrygd*, er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Mentale lidelser utgjør ikke en tilsvarende stor andel av *sykefraværstilfellene*. Her er sykdommer i luftveiene mer utslagsgivende. Muskel- og skjelettlidelser utgjør den største gruppen også for sykefraværstilfeller.³⁷ Heller ikke blant de registrerte yrkeshemmede under yrkesrettet attføring utgjør psykiske lidelser en like stor andel som når det gjelder rehabiliteringspenger og uføretrygd: 26 % av de yrkeshemmede har psykiske lidelser, mens 40 % har muskel- og skjelett-sykdommer.³⁸

³⁶ Kilde: Trygdeetatens sykefraværstatistikk: Sykefraværspersent 4.kvartal 2001-2005, IA-avtale, næring og kjønn. Hentet på www.trygdeetaten.no 04.04.2006

³⁷ Kilde: Trygdeetatens statistikk for 2001-2005, hentet fra www.trygdeetaten.no 04.04.2006.

³⁸ Kilde: Årsstatistikk om arbeidsmarkedet 2005, aetat, Arbeidsdirektoratet

Aetats registreringer³⁹ viser at stadig flere *yrkeshemmede* sliter med psykiske lidelser. Siden 1994 er antallet yrkeshemmede med psykiske lidelser nær tredoblet, fra 7.900 til 22.000 personer. Yrkeshemmede med psykiske lidelser utgjør også en stadig større andel av de yrkeshemmede. I 1994 utgjorde yrkeshemmede med psykiske lidelser 15 prosent av alle yrkeshemmede. I 2005 var denne andelen økt til 23 prosent. Kvinner er overrepresentert blant yrkeshemmede med psykiske lidelser. Kvinnene utgjør 57 prosent av yrkeshemmede med psykiske lidelser, mens de utgjør 50 prosent av alle yrkeshemmede. Yrkeshemmede med psykiske lidelser har oftere enn andre yrkeshemmede bakgrunn fra helse/pleie/omsorgsykker.

Utdanningsnivået er høyere blant yrkeshemmede med psykiske lidelser, enn blant andre yrkeshemmede. 22 prosent av de yrkeshemmede med psykiske lidelser har høyere utdanning, mens dette bare gjelder 15 prosent av alle yrkeshemmede.

I 2005 skjedde det en markant økning i andelen av de yrkeshemmede som kom i jobb etter endt attføring. Denne bedringen gjaldt også for yrkeshemmede med psykiske lidelser, der andelen som kommer i arbeid økte fra 30 til 36 prosent i løpet av 2005. For yrkeshemmede totalt har andelen som kommer i arbeid økt fra 38 til 42 prosent i samme tidsrom (ifølge sluttmeldekort til Aetat 1. halvår 2004 og 1. halvår 2005).

Generelt er uføresannsynligheten høyere jo lavere utdanningsnivå man har (Fevang et al., 2006). Sannsynligheten for å bli ufør er høy blant hjelpepleiere, og sykepleierne er blant de yrkesgruppene som har høyest sannsynlighet når en sammenligner dem med andre yrkesgrupper med like lang utdanning og ellers like kjennetegn (ibid).

Funksjonshemmedes sysselsetting

Arbeidskraftundersøkelsens Tilleggsundersøkelse om funksjonshemmede⁴⁰ fra 2. kvartal 2004 viser et mønster som også tidligere undersøkelser har vist, nemlig at funksjonshemmede er⁴¹:

- noe overrepresentert i helse- og sosialtjenester
- noe underrepresentert i yrker med krav til høyere utdanning
- i noe høyere grad enn andre midlertidig ansatt.

Helse- og sosialtjenestene er den næringen der virksomhetene⁴² har den høyeste andelen funksjonshemmede arbeidstakere, 4,2 % av arbeidstakerne i virksomheter i helse- og sosialtjenestene er funksjonshemmede, mot 1,8 % i privat sektor, 1,7 % i statlig forvaltning og 2,5 % i kommunal og fylkeskommunal forvaltning (Dale-Olsen et al., 2005). Undersøkelsen viser at transport- og kommunikasjon er den næringen som kommer nest høyest med hensyn til andel funksjonshemmede i virksomhetene, med 2,7 % funksjonshemmede. Helse- og sosialtjenestene sysselsetter altså forholdsvis flere med funksjonsnedsettelse. Dette mønsteret viser seg også i en tilsvarende undersøkelse fra 2005: Andelen av de sysselsatte i helse- og sosialtjenestene som er funksjonshemmede, er 11 %, mens andelen funksjonshemmede av alle sysselsatte er 9 % (Hansen & Svalund, 2007).

³⁹ Fra <http://www.aetat.no/cgi-bin/aetat/imaker?id=41421>, 26.10.05 Prosentandelen her er litt lavere enn den som oppgis i aetats Årsstatistikk for 2005, men begge tallene er fra aetats hjemmesider.

⁴⁰ Definisjon av funksjonshemming som "fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv",

⁴¹ Kilde: "Flere funksjonshemmede i arbeid" i Samfunnsspeilet, nr. 1/2005, nettutgaven, Frigitt 3. mars 2005

© Statistisk sentralbyrå

⁴² Her er bare tatt med virksomheter med mer enn 10 ansatte.

For funksjonshemmedes sysselsetting i helsesektoren har det liten betydning om virksomheten har IA-avtale eller ikke, andelen funksjonshemmede er omtrent lik mellom virksomheter som har og ikke har IA-avtale (Dale-Olsen et al., 2005).

41 % av alle sysselsatte funksjonshemmede kombinerer yrkesinntekt med ulike stønader, og i helse- og sosialtjenestene er andelen med kombinasjonsinntekt enda høyere, 53 % (Hansen et al., 2007). Når vi ser nærmere på hvilke stønader som kombineres med sysselsetting i helsesektoren, så er det 37 % som kombinerer med uføretrygd (mot 24 % blant alle sysselsatte funksjonshemmede), 11 % som kombinerer med sykepenger, rehabiliteringspenger eller attføringsytelser (mot 13 % for alle funksjonshemmede sysselsatte) og 3 % som kombinerer med grunn- og hjelpestønad (samme nivå som for alle) (ibid).

Helse- og sosialsektoren hadde høyest rate for uførepensjonering i 2005 – 16 nye uførepensjonister pr 1000 sysselsatte i sektoren, og det er en rate som ligger over gjennomsnittet med en rate på 13 (Eriksen & Mehlum, 2007). Også når det gjelder unge uføre (under 35 år) er det fra helse- og sosialtjenestene den største gruppen uføre har arbeidserfaring (Blekesaune, 2005). Andelen uføre fra denne sektoren er høyere enn andelen sysselsatte under 35 år i sektoren for hele befolkningen, og det er den eneste sektoren i arbeidslivet at dette er tilfellet (ibid). Blekesaune stiller spørsmål om dette kan skyldes at helse- og sosialtjenestene ikke er noen god næring å integrere funksjonshemmede i, eller om det skyldes at sektoren mer enn andre gir mulighet til funksjonshemmede for å prøve seg i arbeidslivet. Overrepresentasjonen av funksjonshemmede sysselsatte i sektoren tyder på at det siste er tilfelle.

Det er særlig blant unge uføre menn at andelen med helse- og sosialtjenesten som viktigste arbeidsforhold før uførepensjonering, er høyere enn andelen sysselsatte menn i sektoren i forhold til hele befolkningen (Blekesaune, 2005). Andelen uføre unge kvinner med bakgrunn fra sektoren er lavere enn sysselsettingsandelen i aldersgruppen under 35 år i befolkningen (ibid).⁴³ Det er altså særlig unge (funksjonshemmede) menn som prøver seg i jobb i helse- og sosialtjenestene, i større grad enn det som er vanlig for unge menn i befolkningen. Hva som ligger bak dette, kan vi bare spekulere over. Det kan være at det helse- og sosialtjenestene er mer åpne for å slippe til unge funksjonshemmede. Det kan også være at det er egenerfaringen til unge funksjonshemmede som senere blir uføretrygdet, hvorav mange har helsesvikt som er ervervet før de ble voksne, som både gir dem en kjennskap til helse- og sosialtjenestene og en motivasjon for å søke jobb i sektoren.

Av personer registrert som yrkeshemmede i 1998 utgjorde personer med yrkesbakgrunn i helsepleie nesten 3000 av nærmere 53000 yrkeshemmede, eller 6 %. Den største gruppen yrkeshemmede kom fra industrien, 26 %, mens serviceyrker utgjorde 14 % (Bråthen et al., 2001).

Generelt sier to av tre funksjonshemmede som er i arbeid, at funksjonshemmingen begrenser hva slags type arbeidsoppgaver de kan utføre, selv når de tar hensyn til hjelpemidler de har til rådighet. Av funksjonshemmede som er i arbeid oppgir en av fire at de har fått arbeidssituasjonen tilpasset og justert på en eller annen måte. I underkant av 40

⁴³ Holdes de uføre med ukjent arbeidssektor utenfor, blir også kvinner overrepresentert i helse- og sosialtjenestene (ibid).

prosent av funksjonshemmede som er i arbeid har fått tilpasset arbeidstiden, en av fem har fått tilpasset arbeidsoppgavene sine og en av syv har fått arbeidsplassen fysisk tilrettelagt, for eksempel med hjelpemidler. Imidlertid sier om lag 20 prosent av dem som er sysselsatt at de har behov for tilrettelegging, eller mer tilrettelegging enn de allerede har i dag. Behovet for tilrettelegging fordeler seg nokså jevnt på tilpasninger knyttet til arbeidsoppgaver, arbeidstid og fysisk tilrettelegging (AKU 2003).⁴⁴

4.8 Helsesektoren, arbeidsbetingelser og funksjonshemning – hva kan vi si?

Hva kan vi så si om forhold generelt og ved helsesektoren spesielt som er viktige for at funksjonshemmede kan komme i og beholde jobb, eller som hindrer sysselsetting for mennesker med funksjonsnedsettelse?

Arbeidsbetingelser som fremmer eller hemmer funksjonshemmedes sysselsetting

For marginaliserte grupper på arbeidsmarkedet regnes formelle rekrutteringsprosesser som en fordel for å få innpass i arbeidslivet; helsesektorens vekt på formell kompetanse kan derfor være en fordel for funksjonshemmede. For funksjonshemmede er videre utdanning mer utslagsgivende for sysselsettingen enn for befolkningen generelt. At helsesektoren sysselsetter mange yrkesgrupper med fagutdanning på universitets- og høyskolenivå, kan derfor bidra til at funksjonshemmede oftere er sysselsatte i helsesektoren enn i arbeidslivet generelt.

Helsesektoren preges av hektisk arbeidshverdag, der den enkelte i liten grad selv kan styre tiden. I tillegg er turnus og ubekvem arbeidstid utbredt. For mennesker med redusert funksjonsevne og variabel arbeidskapasitet kan det være et problem ikke å kunne tilpasse arbeidsinnsatsen til egen form. På den andre siden, kan arbeidstid på andre tidspunkter enn normalarbeidsdagen kanskje gjøre det lettere for mennesker med funksjonsnedsettelse som krever at de bruker tid for å komme i gang om morgenen.

Videre kan den utstrakte muligheten til deltidsarbeid i helsesektoren gjøre det lettere for mennesker med funksjonsnedsettelse å ha en tilknytning til arbeidslivet også om de ikke kan make en heltidsjobb. Andelen sysselsatte med funksjonsnedsettelse som jobber deltid, er høyere enn andelen som jobber deltid i sektoren generelt, men sett i forhold til andre deler av arbeidslivet, er andelen ikke så veldig mye høyere, 63 % med deltid blant funksjonshemmede mot 45 % med deltid generelt. Ettersom deltid er ”normalt”, vil ikke funksjonshemmede ansatte skille seg synlig ut fra mange andre arbeidstakere i helsesektoren.

Krav til å holde seg faglig oppdatert, jobbe konsentrert og kunne omstille seg, som helsesektoren også kjennetegnes av, kan være en belastning for mennesker med kognitive problemer eller med psykiske problemer. Av de yrkeshemmede fra helse og omsorgssektoren er andelen med psykiske lidelser høyere enn blant andre yrkeshemmede fra andre deler av arbeidslivet. De psykiske belastningene i arbeidet kan være en forklaring, men det kan også spille inn om mennesker med erfaringer med psykiske problemer særlig søker til sektoren på bakgrunn av sin egenerfaring. Dette vet vi lite om. Arbeidsmiljøundersøkelsen i Levekårsundersøkelsen (Statistisk Sentralbyrå⁴⁵) viser at andelen sysselsatte i helse- og

⁴⁴ Kilde for avsnittet: http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2003-12-12-01.html

⁴⁵ Data hentet fra Statistikkbanken, Statistisk Sentralbyrå, Levekårsundersøkelsen 2003, Arbeidsmiljø.

sosialtjenestene som oppgir at de har psykiske plager som skyldes jobben er liten, 1 % i 1996 og 2 % i 2003. Noen flere sier de har psykosomatiske plager som skyldes jobben, 7 % både i 1996 og 2003. Men selv om arbeidet ikke er årsak til psykiske plager, kan det likevel tenkes at det er vanskeligere i helse- og sosialsektoren å fungere med psykiske plager nettopp fordi man i store deler av arbeidsdagen er i direkte kontakt med pasienter og klienter.

Når det gjelder andelen av yrkesgruppene i helsesektoren som er utenfor arbeidsstyrken pga attføring eller uføretrygd, skiller leger, psykologer og fysioterapeuter seg ut på den positive siden ved at få er utenfor arbeidsstyrken. Dette er samtidig yrkesgrupper som skårer høyt på emosjonelle jobbkra, og svarer at de ofte møter menneskelig lidelser og død. Dette kan være en indikator på at det ikke er de emosjonelle jobbkraene i møtet med pasienter og klienter som skaper psykiske vansker, men andre trekk ved jobbene i helsesektoren.

På den negative siden skiller hjelpepleierne seg ut. Denne yrkesgruppen ligger høyest på alle belastningsstatistikker, sykefravær, attføring og uføretrygd, og indikerer at vi står overfor tradisjonelle arbeidsbelastninger i helsesektoren – fysisk hardt arbeid og liten kontroll i arbeidet. Særlig belastende synes arbeidet å være for hjelpepleierne, de er i høyere grad enn andre yrkesgrupper i helsesektoren utenfor arbeidslivet på attføring eller uføretrygd. Hjelpepleierne jobber også i større grad i de delene av helsesektoren som har det mest belastende arbeidet, og det høyeste sykefraværet. På den andre siden skjer en overgang til attføring og uføretrygd også allerede i starten av hjelpepleiernes yrkesløp, i løpet av første halvår etter endt utdanning. En forklaring her kan være at hovedrekrutteringen til hjelpepleierutdanningen skjer fra ufaglærte jobber i pleie- og omsorgssektoren. De har altså bak seg belastende arbeidssituasjoner allerede før de starter hjelpepleierutdanningen.

Andelen utenfor arbeidsstyrken pga attføring og uføretrygd er nokså lik for sykepleiere og sosionomer. Dette kan være en indikasjon på at det ikke er betydelige forskjeller mellom helsetjenestene og sosialtjenestene når det gjelder funksjonshemmende barrierer eller utstøtingsmekanismer for personer med disse høyskoleutdanningene. På den andre siden viser analyse av kjennetegn ved bakgrunnen til nye uføretrygdede, at sykepleiebakgrunn øker sannsynligheten for å bli uføretrygd (Fevang et al., 2006).

En ekskluderende eller inkluderende sektor?

Jeg startet kapitlet med å peke på at det ser ut til at helsesektoren fungerer *både* ekskluderende og inkluderende, og vil avslutningsvis drøfte om det kan være tilfelle.

Helsesektoren har både høyt sykefravær og høy avgang til uføretrygd for store yrkesgrupper i sektoren (hjelpepleiere og sykepleiere); det kan tyde på at sektoren skaper helseproblemer og funksjonsnedsettelse. Helsesektoren framviser mange potensielt uhelseskapende faktorer, fysiske og psykiske belastninger i arbeidet. I hvert fall tyder det på at helsesektoren har krav til arbeidsevne som gjør det vanskelig å fungere om man har funksjonsnedsettelse.

Generelt synes ny teknologi som innføres i helsesektoren å øke kravene til konsentrasjon og kompetanse og bli en funksjonshemmende mer enn en fremmede faktor. Her kan det imidlertid hende at antallet som opplever at teknologien gir muligheter relativt sett er lite,

slik at det ikke kommer fram i undersøkelser som kartlegger forholdene generelt for alle arbeidstakere i sektoren.

Disse forholdene gjør det rimelig å tro at en del av de sysselsatte i sektoren med redusert funksjonsevne, er de samme personene som senere ender i sykefravær og uføretrygd. På den andre siden, andelen funksjonshemmede sysselsatte som kombinerer arbeidsinntekt med sykepenger, rehabiliteringspenger eller attføringsytelser er litt lavere for funksjonshemmede i helse- og sosialtjenestene enn for alle funksjonshemmede sysselsatte, 11 % mot 13 %. Dette kan tyde på helsesektoren ikke i større grad enn andre sektorer i arbeidslivet har funksjonshemmede i overgangstilstander.

Derimot er det langt flere i helse- og sosialtjenestene som kombinerer yrkesinntekt med uføretrygd, 53 % mot 41 %. Dette kan tyde på at en del av overgangen til uføretrygd i sektoren skjer i form av delvis uføretrygd, og gjør at funksjonshemmede arbeidstakere beholder en viss arbeidstilknytning. Det kan også bety at helsesektoren tar imot delvis uføretrygdede yngre funksjonshemmede. Blekesaunes undersøkelse viste jo at mange unge uføre hadde arbeidserfaring fra helse- og sosialsektoren (Blekesaune, 2005). Vi vet ikke hvor mange som hadde redusert funksjonsevne før de ble sysselsatt i sektoren.

Det forhold at en del av funksjonshemmede i helse- og sosialtjenestene kombinerer sysselsetting med grunn- og hjelpestønad, kan antyde at en del av de funksjonshemmede sysselsatte i helsesektoren hadde redusert funksjonsevne da de ble ansatt. Selv om grunn- og hjelpestønad kan tildeles også når mennesker blir funksjonshemmet senere i livet, er dette typiske stønader ved medfødte og tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

Generelt er andelen som ikke har 100 % uførepensjon høyere for kvinner enn for menn (bare 75,2 % av de kvinnelige uførepensjonistene hadde i 2004 100 % uførepensjon mot 96,4 % av de mannlige uførepensjonistene)⁴⁶. Det gjelder også for unge uføre (under 35 år), og særlig er skjevheten synlig for de som har halv uførepensjon (Blekesaune, 2005). Helsesektoren er en del av arbeidslivet med utbredt deltid; det kan gjøre det lettere for funksjonshemmede å kombinere arbeidslivsdeltakelse og uføretrygd. Om muligheten til å kombinere sysselsetting og uføretrygd også har sammenheng med at ledere og medarbeidere i helsesektoren gjennom arbeidet med mennesker i vanskelige livssituasjoner erverver økt forståelse og toleranse for medarbeidere med helsesvakheter og redusert funksjonsevne, det har vi ikke undersøkelser som kan si noe om.

Om disse resonnementene holder, fungerer helsesektoren både ekskluderende og inkluderende.

Referanser

- Abrahamsen, B., & Høst, H. 2005. *Deltid rekrutterer til pleieyrkene*. Oslo: Høyskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier.
- Alm Andreassen, T. 2004. *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Dr.avhandling ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Andersen, A. 2006. Muskelsmerter - kjønn eller arbeidsforhold. *Samfunnsspeilet*(1).

⁴⁶ Kilde: Trygdestatistisk årbok 2005, Rikstrygdeverket. Utredningsavdelingen.

- Askildsen, J. E., & Holmås, T. H. 2001. Arbeidsmarkedet for helsepersonell i Norge: Hvor blir det av sykepleierne? In J. E. Askildsen, & K. Haug (Eds.), *Helse, økonomi og politikk*. Oslo: Cappelen.
- Bingham, C., Clarke, L., Michielsen, E., & Miller, S. 2007. *British Sectoral Report: Construction, ICT and Health*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet/ FAFO.
- Blekesaune, M. 2005. *Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra?* Oslo: NOVA.
- Bråthen, M., & Pedersen, T. 2001. *Tilpasning på arbeidsmarkedet for personer som går ut av status som yrkeshemmet i SOFA-søker-registeret - 1998*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Christensen, N., Enersen, M., & Holmer, G. 2004. *Sykefravær i helsesektoren. En undersøkelse av det psykososiale arbeidsmiljøet ved et norsk helseforetak*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Dahl, G. 2005. *Uførepensjonisters bakgrunn*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Dale-Olsen, H., Hardoy, I., Storvik, A., & Torp, H. 2005. *IA-avtalen og yrkesaktivitet blant personer med redusert funksjonsevne*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Eriksen, T., & Mehlum, I. S. 2007. *Nye mottakere av uføreytelser i 2005 fordelt på næring, kjønn og alder*. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse.
- Fevang, E. 2003. *De syke pleierne: en analyse av sykefravær blant sykepleiere og hjelpepleiere*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Fevang, E., & Røed, K. 2006. *Veien til uføretrygd i Norge*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Grimsmo, A., & Sørensen, B. A. 2004. *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Grytten, J., Skau, I., Sørensen, R. J., & Aasland, O. G. 2003. *Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Guldvog, B. (Ed.). 1997. *Helsepersonells arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. Mot et bedre arbeidsmiljø i sykehusene*. København/ Nordbyhagen: Nordisk helsepolitisk forum/ Heltef.
- Hansen, I. L. S. 2004. *Fra forvaltning til helseforetak. Utfordringer for LO i en fristilt sykehussektor*, Vol. Faf-notat. Oslo.
- Hansen, I. L. S., & Svalund, J. 2007. *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Et oversiktsbilde*. Oslo: Forskningsstiftelsen Faf.
- Heen, H. 2004. *Tilgjengelighet og ventetid - Organisering av legekontor i fastlegeordningen*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglun, P., & Ekeberg, Ø. 2004. *Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. Psychological Medicine*, 35: 873-880.
- Holte, K. A., Lie, T., Olsen, E., Gundersen, M., Jøsendal, K., & Mikkelsen, A. 2004. *Medarbeiderundersøkelse i foretaksgruppen Helse Vest*. Stavanger: RF - Rogalandsforskning.
- Moland, L. E. 1997. *Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*. Oslo: FAFO.
- Mundal, A. 2002. *Personell ved somatiske sykehus*. In S. Sentralbyrå (Ed.), *Helse- og omsorgstjenester*, Vol. Statistiske analyser: 61-72. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Olsen, B., & Van, M. T. 2005. *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2005*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

- Opedal, S., & Stigen, I. M. (Eds.). 2005. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Texmon, I., & Stølen, N. M. 2005. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- van der Meer, M. 2007. *Dutch Sectoral Report: Construction, ICT and Health*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet/ FAFO.
- Vigran, Å. 2002. Pleie- og omsorgstjenestene. In S. Sentralbyrå (Ed.), *Helse- og omsorgstjenester*, Vol. Statistiske analyser: 113-120. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Aasland, O. G. 2006. Legerollen - fra pidestall til skammel. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126(1): 61-62.

5

Behov for bransjeperspektiv på funksjonshemmende barrierer og fremmede faktorer?

Av Tone Alm Andreassen

Bakgrunnen for dette notatet var å gjennomgå etablert kunnskap om situasjonen i byggebransjen, helsesektoren og IKT-bransjen for å kunne utlede begrunnede hypoteser om funksjonshemmende forhold og faktorer som muliggjør arbeidslivsdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse. I dette sluttkapitlet skal jeg summere opp rundt to hovedspørsmål:

- Hva kan vi si om forhold i bransjene som kan medvirke til utestengning og utstøting, eller som kan bidra til inkludering og økt sysselsetting?
- Hva vet vi om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre bransjene? Konkret: Hva kan vi si om hvem som er sysselsatt i bransjene, om hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse kommer inn i bransjene, og om hvem som går ut av bransjene som et resultat av samspill mellom funksjonsnedsettelse og krav i bransjene?

I dette avslutningskapitlet skal vi sammenligne bransjene og trekke noen forsøksvise konklusjoner om funksjonshemming og sysselsettingsmuligheter i de tre bransjene.

5.1 Bransjeforhold, sysselsetting og funksjonshemming

Krav i arbeidslivet – den generelle utviklingen

Arbeidslivet generelt har i etterkrigstiden vært preget av overgangen fra industriproduksjon til tjenesteyting og kunnskapsproduksjon. Det preges også av høyere grad av konkurranseeksponering, hyppige endringer og omorganiseringer. Betydningen av formell kompetanse og utdanning øker, samtidig som arbeidslivet også krever omstillingsevne og relasjonell kompetanse.

Mange yrker krever nye måter å samarbeide med andre på, på tvers av tradisjonelle fag og hierarkiske grenser, og kunden og brukeren sitter sammen med yrkesutøverne eller titter dem i kortene på andre måter enn tidligere (Fossestøl, mfl 2004). Vekten på samarbeid, nyskaping og mer utbredt kundeorientering krever sosial kompetanse. Dette stiller større og ikke mindre krav til arbeidstakerne. I tillegg synes dette arbeidslivet også å stille høyere krav til kognitiv kapasitet, til konsentrasjon, hukommelse, simultankapasitet mv. Samtidig gjør arbeidslivet i økende grad bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi. IKT setter lavere krav til fysiske ferdigheter, men stiller samtidig krav om digital kompetanse og kommunikative ferdigheter.

Videre synes det som de gamle arbeiderkollektivene svekkes, tross økt innflytelse fra ansatte og deres organisasjoner på den enkelte arbeidsplass og i arbeidspolitikken. Internasjonale arbeidslivsstudier beskriver nye organisasjonsformer med liten grad av kollektive regler og reguleringer (Miles og Snow, 1996); nye lojalitetsformer der båndene knyttes mest til egen karriere og profesjonell selvutvikling, snarere enn til arbeidsplassen (Deal & Kennedy 1999). Også de tradisjonelle korporative ordningene knyttet til forholdet mellom partene i arbeidslivet og staten endres, selv om omfanget av denne endringen diskuteres (Heiret, Korsnes, Venneslan, Bjørnson, 2003). På den andre siden inngår staten

og partene i arbeidslivet samarbeid om å arbeide for et inkluderende arbeidsliv der å øke arbeidsdeltakelsen for funksjonshemmede er ett av tre hovedmål.

Disse forholdene peker på flere trekk ved arbeidslivet som det kan være viktig å studere nærmere i de ulike bransjene, så som konkurranseutsatthet og press, økt betydning av utdanning, kombinert med krav til relasjonell kompetanse, kognitiv kapasitet og evne til å kommunisere, eventuelt svekket betydning av fag/yrkesorganisering og partssamarbeid

Bransjetrekk i bygg, helse og IKT – skjematisk oppsummering

Tabellen nedenfor oppsummerer en del sentrale trekk ved bransjene etter noen dimensjoner som muliggjør sammenligning på tvers.

Tabell 1 Bransjetrekk

Bransjer	BYGG	IKT Konsulentvirksomhet Telekommunikasjon	HELSE (og sosial)
Dimensjoner			
Konjunktursituasjonen	Vekst	Vekst (men nedgang i sysselsettingen fra 2003-2004)	Vekst (men også omstrukturering)
Sysselsettingsandel	7% av arbeidsstyrken	3% av arbeidsstyrken	20% av arbeidsstyrken
Arbeidsstyrkens sammensetning (kjønn og alder)	Mannsdominans. Skjev aldersfordeling, flere unge og færre eldre enn gjennomsnittet.	Lav kvinneandel (24% i 2004), og ”ung” arbeidsstokk: 50% i gruppa 25-39 år	Kvinnedominans, unntatt legeyrket. Færre enn gjennomsnittet blant de yngste i arbeidsstyrken.
Bedriftsstørrelse	Mange små og noen få store bedrifter Out-sourcing/ fragmentering	Mange små og noen store bedrifter	Mange store, men også mange små/enmannsbedrifter
Strukturtrekk:	Rekrutteringsproblemer og stor avgang Akkordlønnssystem	Unge bedrifter, med kort levetid?	Rekrutteringsproblemer
Arbeidsmiljøproblemer:	Arbeidsulykker Tidspress	Lang arbeidstid. Høyt press Høy grad av selvbestemmelse Gode muligheter for å utnytte og utvikle egen kompetanse	Høyt tempo, lav kontroll. Turnus og ubekvem arbeidstid. Fysisk og psykisk belastende

Tidspress (fra SSB, arbeidsmiljøus 2003) ⁴⁷	1996: 30 % 2003: 33 %	(Tall ikke tilgjengelig pga bransjeinndeling)	1996: 35 % 2003: 40 %
Yrkesrelaterte helseplager som skyldes jobb (fra SSBs arbeidsmiljøus 2003, som over)	Fysiske: 1996: 26 % 2003: 28 % Psykiske: 1996: 1 % 2003: 3 % Psykosomatiske: 1996: 6 % 2003: 3 %	(Tall ikke tilgjengelig pga bransjeinndeling)	Fysiske: 1996: 22 % 2003: 23 % Psykiske: 1996: 1 % 2003: 2 % Psykosomatiske: 1996: 7 % 2003: 7 %
Organiseringsgrad		Lav organiseringsgrad. Liten tradisjon for kollektive avtaler og partssamarbeid	Høy organiseringsgrad
Utdanningsnivå	Lavt	Høyt (nærmere halvparten med høyere utdanning)	Høyt for mange yrker (univ/høysk)
Rekruttering	Uformell	Uformell	Formalisert
Kompetansekrav:	Krav til fysisk funksjonsevne og styrke. Økende krav til lese- og skriveferdigheter, og til digital kompetanse	Relasjonell kompetanse Omstillingsevne Digital kompetanse (bruk av IKT som arbeidsverktøy) Lese- og skriveferdigheter Språkferdigheter?	Relasjonell kompetanse Emosjonelle jobbkra Krav til faglig oppdatering Krav til fysisk funksjonsevne
Sykefravær:	6,6 % i 2005 (som gjennomsnitt)	4 % i data- og kunnskapsbedrifter 5,7 % for ansatte i alt i sektoren	9 % i 2005 (høyest av alle sektorer). Særlig høyt i sykehjem, og blant hjelpepleiere
Andel IA-bedrifter	25 % var i 2003	(kunnskap mangler)	68 % var i 2003
Bransjeinitiativ	HMS-fokus, primært på ulykkesforebygging. Arbeidstilsynet: fokus på HMS.	Telenors Handicapprogram - kvalifisering Bransjeforeningen Abelia: "Gode hoder i arbeid" - veileder	Arbeidstilsynet: to kampanjer, en i hjemmebasert omsorg, og en i sykehusene

Funksjonshemmedes sysselsetting i de tre sektorene

Her skal vi se nærmere på hva vi vet om funksjonshemmedes sysselsetting i de tre sektorene. Beskrivelsen er basert på et annet notat utarbeidet i prosjektet Funksjons-

⁴⁷ Data hentet fra Statistikkbanken, Statistisk Sentralbyrå, Levekårsundersøkelsen 2003, Arbeidsmiljø. Andel som sier de ikke tid til å utføre arbeidet skikkelig. For alle bransjer: 1996: 31%, 2003: 30%.

hemning, arbeidsliv og velferdsstat (Hansen & Svalund, 2007) og oppsummert i tabellen nedenfor.

Tabell 2 Funksjonshemmedes sysselsetting i bransjene

	BYGG	IKT	HELSE (og sosial)
Sysselsettingsandel	7 % av arbeidsstyrken 7 % av sysselsatte funksjonshemmede	3 % av arbeidsstyrken 2 % av sysselsatte funksjonshemmede	20 % av arbeidsstyrken 24 % av sysselsatte funksjonshemmede ⁴⁸
Andel funksjonshemmede: Totalt: 9 %	Funksjonshemmede likt representert: 9 %	Funksjonshemmede under representert: 6 %	Funksjonshemmede over representert: 11 %
Arbeidsstyrkens kjønnsammensetning, generelt og for arbeidstakere med funksjonsnedsettelse	Mannsdominans. Svak overrepresentasjon blant menn i de funksjonshemmede ansatte.	Lav kvinneandel, men høyere blant funksjonshemmede ansatte	Kvinnedominans, unntatt legeyrket. Lik kjønnsfordeling blant funksjonshemmede som i arbeidsstyrken generelt.
Stønader ved funksjonshemming	30 % av funksjonshemmede mottar, 14 % har uførepensjon, 9 % har sykepengen eller rehabiliteringspenge. Ingen har grunn- eller hjelpestønad	13 % av funksjonshemmede mottar, 8 % har uførepensjon, men ingen har sykepenge eller rehabiliteringspenge. 4 % har grunn- eller hjelpestønad.	53 % av funksjonshemmede mottar. 37 % har uførepensjon, 8 % har sykepenge eller rehabiliteringspenge. 3 % har grunn- eller hjelpestønad
Aldersfordeling funksjonshemmede og andre sysselsatte	Flere blant funksjonshemmede er eldre (50-66år)	Færre blant funksjonshemmede er eldre	Flere blant funksjonshemmede er eldre (50-66år)
Deltidsarbeid:	6 % totalt 18 % blant funksjonshemmede 3x så høyt	8 % totalt 17 % blant funksjonshemmede 2x så høyt	45 % totalt 63 % blant funksjonshemmede Knapt ½ x så høyt
Funksjonshemmede ansatte i sektorene	Eldre arbeidstakere som er blitt funksjonshemmede i løpet av yrkeslivet? Og som delvis er på vei ut av yrkeslivet?	Unge, ”friske” funksjonshemmede, ansatt med funksjonshemming? Stabile (og fysiske) funksjonsnedsettelse som kan overvinnes med tilpasning?	Eldre arbeidstakere som er blitt funksjonshemmede i løpet av yrkeslivet? Og som delvis er på vei ut av yrkeslivet? Men også nyansettelser av funksjonshemmede?

Vi vet at funksjonshemmede er overrepresentert i helsesektoren og underrepresentert i IKT-sektoren mens andelen funksjonshemmede i byggebransjen er på tilsvarende nivå som andelen funksjonshemmede i arbeidsstyrken totalt. Det er altså i helse- og sosialtjenestene

⁴⁸ Varierer mellom 21 og 26% i årene 2000 til 2005.

at flest funksjonshemmede er sysselsatt, og det skyldes ikke bare at sektoren favner en stor del av arbeidsstyrken generelt, men også at funksjonshemmede i større grad er sysselsatt i helse- og sosialtjenestene enn i andre sektorer, relativt sett.

IKT, som skulle kunne representere et best-case ved å kunne kompensere for funksjonsnedsettelse gjennom teknologiske løsninger, viser seg altså ikke å gjøre det i den grad at sektoren i større grad enn andre sysselsetter mennesker med redusert funksjonsevne.

Bildet nyanseres når vi ser på hvorvidt sysselsetting kombineres med stønader og trygdeytelser. Langt færre funksjonshemmede i IKT-sektoren enn i de andre sektorene kombinerer sysselsetting med stønader, bare 13 % i IKT-sektoren, mot 53 % i helsesektoren. Kanskje kan det tyde på at IKT-sektoren i mindre grad enn de andre sektorene fungerer for funksjonshemmede, kanskje nettopp ved at teknologi kompenserer funksjonsnedsettelse og gjør at sysselsatte med redusert funksjonsevne ikke er funksjonshemmet i forhold til sitt arbeid.

Når vi så ser nærmere på hvilke typer stønader som kombineres med sysselsetting, er det i alle sektorene en del som kombinerer sysselsetting med delvis uføretrygd, færrest i IKT-bransjen, noen flere i byggebransjen og desidert flest i helsesektoren, noe som kan ha sammenheng med at det er lett å kombinere delvis uføretrygd og delvis sysselsetting i en sektor der deltidsarbeid er så vidt vanlig.

Videre ser vi at både i helsesektoren og byggebransjen er det en del funksjonshemmede som har sykepenger eller rehabiliteringspenger. Dette kan antyde at noen sysselsatte funksjonshemmede i disse sektorene er i forløp som kan ende i uføretrygd og hel eller delvis frakobling fra arbeidslivet. I disse to sektorene er også de funksjonshemmede sysselsatte relativt sett eldre enn arbeidsstyrken i sektoren generelt, og ettersom andelen funksjonshemmede i befolkningen øker med økende alder, kan dette antyde at det delvis dreier seg om funksjonsnedsettelse ervervet i løpet av livet/yrkeslivet.

Endelig viser oversikten at både i IKT-bransjen og i helsesektoren er det noen funksjonshemmede som kombinerer yrkesdeltakelse med grunn- og/eller hjelpestønad. Det er det ikke i byggebransjen. Både grunn- og hjelpestønad er typisk stønader som gis ved medfødte/tidlig oppståtte funksjonshemninger. Det er i aldergruppen opp til 18 år at de fleste nye mottakerne finnes. Det er stønader som gis for ekstra utgifter eller særlig tilsyns- eller pleiebehov ved varig sykdom eller funksjonshemming. Pga innvilgelseskriteriene er det rimelig å anta at dette er stønader som mottakerne ofte beholder gjennom hele livsløpet når de først er innvilget. At ingen i byggebransjen har slike stønader kan tyde på at ingen blir ansatt i byggebransjen med funksjonshemming (av den typen som utløser grunn- eller hjelpestønad), mens at det finnes slike stønader blant funksjonshemmede ansatte i IKT-bransjen og i helsesektoren kan tyde på at her ansettes det også mennesker med redusert funksjonsevne, altså personer som hadde en funksjonsnedsettelse også da de ble ansatt. Det at funksjonshemmede i IKT-sektoren også er relativt sett yngre enn ansatte generelt i sektoren, kan støtte opp under et slikt resonnement. I et slikt perspektiv kan IKT-sektoren sies å være en sektor der det er mulig å overkomme en del typer funksjonsnedsettelse.

Kanskje kan overrepresentasjonen av funksjonshemmede i helsesektoren skyldes en "dobbel" tilførsel av funksjonshemmede: både gjennom at sektoren ansetter mennesker med redusert funksjonsevne og gjennom at sektorens medarbeidere utsettes for belastninger og erverver helseproblemer og funksjonsnedsettelse. Byggebransjen kjenne-

tegnes bare av ervervede funksjonsnedsettelse. Om byggebransjen kan vi spissformulert si at der ansettes ingen med redusert funksjonsevne. Det er imidlertid en påstand vi skal moderere om litt. Videre er det grunn til å stille spørsmål om underrepresentasjonen av funksjonshemmede i IKT-sektoren, og den relativt sett lavere alderen på funksjonshemmede enn på arbeidsstokken generelt i sektoren, kan skyldes at presset i sektoren er slik at mennesker som erverver helseproblemer eller funksjonsnedsettelse slutter i sektoren og går over i andre bransjer. På den andre siden kan indikasjonene på at sektoren ansetter mennesker som har funksjonsnedsettelse allerede før ansettelsen, tyde på et inkluderende potensiale (som kanskje ikke er fullt utnyttet?).

Hvilke forhold kan så forklare dette mønsteret? Hvilke trekk ved de tre sektorene er det som muliggjør eller hindrer funksjonshemmedes sysselsetting? Jeg skal nå gå nærmere inn i trekk ved arbeidslivet i de tre bransjene og se nærmere på hva som kan forklare de mønstrene vi har funnet i bransjene når det gjelder funksjonshemmedes sysselsetting.

5.2 Inkluderende forhold og funksjonshemmende barrierer i bransjene

Strukturelle forhold

Når det gjelder en del grunnleggende strukturelle trekk er de tre bransjene i prosjektet ikke så forskjellige. De er alle vekstbransjer, og både helsesektoren og byggebransjen har rekrutteringsproblemer. De er også alle bransjer som opplever tidspress, selv om det bare er i helsesektoren at andelen som opplever tidspress er høyere enn i gjennomsnittet for alle bransjer. Byggebransjen og IKT-sektoren er mer konkurranseutsatt, men i løpet av de siste årene er konkurranseelementer innført i helsesektoren også. Dette har dels skjedd gjennom en bevisst politikk for å skille det offentlige ansvaret for å sørge for helsetjenesten til befolkningen fra oppgaven med å levere tjenestene, noe som har medført et økt innslag av private helsetjenesteleverandører. Dels har det skjedd gjennom økt valgfrihet for pasientene, fritt valg av sykehus ved planlagte undersøkelser og behandlinger, og mulighet til å velge/bytte fastlege.

Samtidig er det sektorer i arbeidslivet som opplever arbeidskraftsmangel, og som først og fremst ser ut til å søke løsninger på dette ved å rekruttere fra utlandet. En kunne tenke at arbeidskraftmangel og turnover fikk bransjene til å fokusere på å nå nye grupper utenfor arbeidsmarkedet, som funksjonshemmede, og på å øke innsatsen for å beholde allerede ansatte. Både i England og Nederland har helsesektoren iverksatt handlingsplaner for å redusere arbeidsmiljøbelastninger og redusere avgangen til uføretrygd (Bingham, Clarke, Michielsen, & Miller, 2007; van der Meer, 2007). I Norge har vi ikke sett tilsvarende initiativer i helsesektoren. I byggebransjen derimot har turn-over og avgangsproblemer stått i fokus (Frøyland et.al 2005). Likevel synes det i Norge å være et potensiale for større innsats for å rekruttere og beholde mennesker med funksjonsnedsettelse.

Sammenheng mellom utdanningsnivå og sysselsetting

Generelt er det en sammenheng mellom utdanning og sysselsetting: De som ikke har utdanning utover grunnskolen er mest utsatt for å bli yrkeshemmet (Dahl, Nilsen, & Vaage, 2003; Wold Eide, 2000). Mottakere av sykepenger, attføringspenger og uførepensjon har betydelig lavere utdanning enn andre (Clausen & Haugstedt, 2000). Spørsmålet om hvorvidt utdanning er viktigere enn yrke når det gjelder bruk av trygder har vært diskutert, og det har vært argumentert at hvis utdanning dominerer over yrke kan man

regne med at kunnskap og forståelse er viktigere enn belastninger og insentiver i arbeidet (Børing, 2004).

Utgangspunktet i vårt prosjekt er snarere at utdanning påvirker yrkesmulighetene, og at ulike yrker representerer ulike krav og belastninger som igjen kan øke utsattheten for funksjonsnedsettelse og skape barrierer for mennesker med redusert funksjonsevne. En kvalitativ studie som fulgte yrkesløpene til en gruppe kvinner med funksjonshemmende muskelsmerter, pekte på at for mange syntes utdanning ut av det segmentet av arbeidsmarkedet kvinnene befant seg i (service- og omsorgsykker uten eller med lave utdanningskrav), å være den mest aktuelle veien for å muliggjøre fortsatt arbeidslivs-deltakelse (Alm Andreassen, 1999).

I helsesektoren er det nettopp lavutdanningsgruppene som hjelpepleierne som har høyt sykefravær, høy avgang og relativt sett flest som er utenfor arbeidslivet pga atferd og uføretrygd. Trolig er det nettopp blant hjelpepleierne vi finner en god del av de funksjonshemmede som er sysselsatt i sektoren, men som også har uføretrygd, sykepenger eller rehabiliteringspenger.

Mer uforståelig er det kanskje at byggebransjen ligger så vidt midt på treet både når det gjelder sykefravær og sysselsetting av funksjonshemmede. Både hardt fysisk arbeid, arbeidsulykker og tidspress i arbeidet skulle tilsi at dette var en tøff bransje, samtidig som det er en bransje der utdanningsnivået er lavere enn i helsesektoren og IKT-sektoren. Kanskje kan det også i byggebransjen være slik at presset gjør at en del slutter og går ut av bransjen når de opplever helse- og funksjonsproblemer? Det kan være forklaringen på at bransjen har en høyere andel yngre og en lavere andel eldre arbeidstakere enn arbeidsstyrken som helhet.

Sammenhengen mellom utdanning og sysselsetting går også motsatt vei: Jo høyere utdanning, jo høyere sysselsetting, men "utdanningseffekten" er sterkere for funksjonshemmede enn for andre (Hansen et al., 2007) (Bliksvær og Hanssen 2005). Yrkeshemmedes sannsynlighet for å gå over i arbeid øker med økende utdanning (Aetat, 2004). Vi så at både IKT-sektoren og helsesektoren ansetter funksjonshemmede (slik vi tolket dataene over). Dette er også sektorer der mange yrker krever høyere utdanning. Muligheten til å kompensere funksjonsnedsettelse med utdanning synes å være til stede både i IKT-sektoren og i helsesektoren: funksjonshemmede kan utdanne seg til yrker der en del typer redusert funksjonsevne ikke er noen hindring.

Utdanning og formell rekruttering

Generelt pekes det på at det er en sammenheng mellom formaliserte rekrutteringsprosesser og formalkrav til utdanning for adgang til et yrke: Jo mer formalisert rekruttering, jo bedre er mulighetene for marginaliserte grupper til å få innpass (Bingham et al., 2007; Clarke, 2004; Gilbride, Vandergoot, Golden, & Stensrud, 2006). Dette kan være en virksom faktor i helsetjenesten, mens både byggebransjen og IKT-sektoren har stor grad av uformell rekruttering – rekruttering basert på kjennskap og kontakter. Likevel er disse to bransjene helt forskjellige når det gjelder mønsteret i funksjonshemming og sysselsetting. Av disse to er det bare IKT-sektoren som rekrutterer funksjonshemmede, slik vi tolker dataene over.

I byggebransjen kan gode kontakter muligens "kompensere" for funksjonsnedsettelse for erfarne i bransjen, mens unge med funksjonsnedsettelse må basere seg på å konkurrere på

grunnlag av formelle kvalifikasjoner. Mønsteret i funksjonshemmedes sysselsetting tyder på at da taper de unge. Byggebransjen rekrutterer ikke funksjonshemmede.

Det ser ut til at sammenhengen mellom formalisert rekruttering og å forhindre marginalisering, ikke er entydig for funksjonshemmede.

Utdanning, lese- og skrivevansker og teknologisk utvikling

Utdanning øker sysselsettingsmulighetene for funksjonshemmede, det synes å være en sentral sammenheng for helsesektoren og IKT-sektoren. På den andre siden kan det være at noen typer funksjonsnedsettelse ikke kommer til syne og blir barrierer i byggebransjen, særlig aktuelt er lese- og skrivevansker som er anerkjent av bransjeaktørene som et problem. Ca 1/3 av den norske voksenbefolkningen, eller vel 1,1 million mennesker ligger under nivået for leseferdigheter som er nødvendig for å fungere i arbeids- og samfunnsliv. Det viser den såkalte ALL-undersøkelsen (Referert fra (Solheim & Ytrehus, 2005)). Det er negativ sammenheng mellom leseferdighet og sysselsetting: svake leseferdigheter gir økt sannsynlighet for arbeidsledighet (Gabrielsen, 2002) (Referert fra (Solheim et al., 2005)). I et utvalg som har deltatt på kurs for sine lese- og skrivevansker, svarer 85 % at vanskene har påvirket deres utdannings- og yrkesvalg, og mer enn halvparten har holdt vanskene skjult for arbeidsgiver (Solheim et al., 2005). Andelen er like høy for alle aldersgrupper, noe som tyder på at det ikke har skjedd noen utvikling som gjør at vanskene kompenseres i større grad gjennom tiltak i utdannings- og arbeidsliv for de yngste (ibid).

Samtidig skjer det teknologiske endringer i arbeidslivet som gjør at arbeidstakere som har kunnet fungere til tross for lese- og skrivevansker, nå kan få problemer. I forhold til bransjene i vårt prosjekt skjer det i helsetjenesten en overgang til elektronisk journal, og til elektronisk rapportering i stedet for muntlig rapport. I byggebransjen styres byggeprosessene i økende grad gjennom elektroniske styringssystemer (digitale tegninger) som alle ansatte må forholde seg til ettersom de åpner for at det kan gjøres endringer i prosjektene underveis i byggeprosessen.

På den andre siden, IKT er et viktig hjelpemiddel i opplæring for bedre lese- og skriveferdigheter (Solheim et al., 2005) (Helle 2000).

Generelt er det slik at type yrkeshemming påvirker sysselsettingssjansene: Personer med fysiske yrkeshemninger har lettere for å komme i jobb enn personer med psykiske eller sosiale yrkeshemninger (Børing, 2002). Teknologi som reduserer fysiske belastninger og krav i arbeidssituasjonen, kan være en inkluderende faktor innenfor helsesektoren og IKT-sektoren, særlig for en del av yrkene i bransjen.

Dette peker på at det er behov for nyanserte, detaljerte og spesifikke vurderinger om en skal drøfte konsekvenser av teknologiutviklingen for funksjonshemmedes sysselsetting.

Funksjonshemming som fortrinn?

Vi har pekt på forhold ved arbeidsbetingelser i bransjene som kan fungere som eller bidra til å redusere sysselsettingsbarrierer for mennesker med funksjonshemming, og her særlig pekt på mulighetene i IKT-bransjen og helsesektoren. Resonnementet er bygget på en forutsetning om funksjonsnedsettelse som en begrensning. Kanskje er det også mulig å snu premissene: Er det mulig å tenke seg funksjonsnedsettelse som et fortrinn i noen sysselsettingssammenhenger?

Kanskje kan en forklaring på rekrutteringen av funksjonshemmede til helsesektoren være at sektoren åpner for at egenerfaring med helseproblemer og funksjonsnedsettelse også kan være et rekrutteringsgrunnlag til sektoren. Det kan skje dels ved at egenerfaringer kan være motivasjon for mennesker til å søke seg til helsesektoren, men det kan kanskje også skje ved at helsesektoren i rekrutteringen også legger vekt på egenerfaring som en særlig kompetanse, og ved at organisasjoner av mennesker med helseproblemer og funksjonsnedsettelse selv tar initiativ til å etablere tilbud og tjenester. Vekt på brukermedvirkning, på likemannshjelp og på læring og mestring gjennom bruk av brukernes egenerfaring kan åpne for at mennesker med helseproblemer og funksjonsnedsettelse får arbeidstilknytning til helsesektoren (Alm Andreassen, 2004). Et nytt eksempel i lang tradisjon av tiltak drevet av grupper og organisasjoner av funksjonshemmede er ULOBA – et andelslag *av og for* mennesker som har personlig assistanse (Askheim, 2006) - som dermed også er en arbeidsplass der redusert funksjonsevne ikke er en ulempe, men en kvalifikasjon.

Kanskje finnes også lignende sysselsettingsmuligheter innenfor IKT-sektoren; at mennesker med egenerfaring om hindringer hverdagsliv eller arbeidsliv, tar initiativ til å utvikle og produsere nye teknologiske løsninger som kan overkomme hindringene? Bransjeinitiativene i sektoren har åpnet en slik sysselsettingsmulighet. Leder for Handikapprogrammet i Telenor har egenerfaring som funksjonshemmet.

Mønstre i funksjonshemmedes sysselsetting?

Våre bransjestudier har pekt på to ulike sysselsettingsmønstre for mennesker med redusert funksjonsevne – et mønster der arbeidslivsdeltakelsen foregår etter at man er blitt funksjonshemmet, og kanskje også, delvis på grunn av funksjonsnedsettelsen, og et mønster der funksjonsnedsettelse erverves i løpet av, og kanskje delvis på grunn av belastninger i arbeidslivet. Mens helsesektoren kjennetegnes av begge mønstrene, ser IKT-bransjen ut til bare å ha det første og byggebransjen bare det siste.

Et lite utvalg av brukerne av Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) (Askheim, 2006), alle sterkt fysisk funksjonshemmet, kan tjene som illustrasjon på mønstrene⁴⁹: Av 20 BPA-brukere er det seks som har hatt jobb, men er gått ut av jobben pga funksjonshemning eller høy alder. En av disse har jobbet i helsevesenet mens hun har vært funksjonshemmet; en annen var snekker og ble funksjonshemmet etter en arbeidsulykke. Av de øvrige er to hjemme med små barn, to har vernet arbeid, mens tre har ikke vært i arbeid. Av de sju som er i jobb, jobber to i databransjen og tre i ULOBA.

Det typiske er: Databransjen sysselsetter flere med alvorlig funksjonsnedsettelse. En arbeidsulykke i byggebransjen skaper uførhet og utgang fra arbeidslivet. I helsevesenet har det vært mulig å jobbe også med funksjonsnedsettelse, og ULOBA skaper nye jobbmuligheter i helse- og sosialsektoren.

Det overraskende i dette bransjemønsteret er ikke avgangen fra byggebransjen, det er sysselsettingen i helse- og sosialsektoren, og kanskje også i IKT-sektoren. Vi kan her se en type sysselsetting hvor funksjonsnedsettelse synes å være et rekrutteringsgrunnlag. Dette kan dels dreie seg om kombinasjoner av egeninitiativ og egenerfaring – at arbeidsplasser skapes av og for mennesker som ser både behov og løsninger og omgjør disse til

⁴⁹ Dataene om sysselsetting for BPA-brukere er hentet fra intervjuene med brukerne, og basert på presentasjonen i boka.

sysselsettingsmuligheter. Det kan også dreie seg om positive rekrutteringsspiraler der mennesker med funksjonsnedsettelse velger å ansette "sine egne", altså at det er mindre skepsis til å velge mennesker med funksjonsnedsettelse når man har egenerfaring med funksjonshemming. Mønsteret gir grunn til å reise spørsmål om det er bestemte segmenter av arbeidsmarkedet som i særlig grad sysselsetter funksjonshemmede.

5.3 Et bransjerspektiv på sysselsetting og funksjonshemming

I prosjektet Funksjonshemming, arbeidsliv og velferdsstat har vi valgt et bransjerspektiv på sysselsetting og funksjonshemming. Hensikten var å komme nærmere i inngrep med funksjonshemmende forhold og faktorer som muliggjør arbeidslivsdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse.

Dette notatet er et grunnlagsarbeid basert på etablert statistikk og forskning. Tanken var å samle og syntetisere etablert kunnskap og relatere den til forhold som påvirker deltakelse i arbeidslivet for mennesker med funksjonsnedsettelse. En erfaring fra dette arbeidet framstår særlig iøynefallende: Bransjerspektivet på funksjonshemming var mer uvanlig enn vi trodde, det har rett og slett vært vanskelig å finne data.

Det finnes en rekke undersøkelser om sykefravær og arbeidsmiljøforhold og disse har et bransjerspektiv. Ut fra slike undersøkelser kan vi peke på funksjonshemmende barrierer og funksjonsbelastende arbeidsforhold.

På den andre siden finnes en rekke undersøkelser om yrkeshemmede, mottakere av uføretrygd og om trygdekarrierer. Dette er gjerne undersøkelser som selv om de kartlegger individenes bakgrunnsvariable, sjelden registrerer hvilke bransjer eller yrker individene har (hatt) tilknytning til. I undersøkelsene kan det for eksempel trekkes skiller mellom ulike utdanningsnivå – grunnskole, yrkesfaglig, universitet og høyskole, eller mellom arbeidere og funksjonærer osv, men ikke etter typer utdanninger (som igjen leder mot bestemte yrker). Det kan også være undersøkelser som følger løp gjennom trygdesystemet og registrerer sykefravær, arbeidsledighet, attføring osv, men sjelden registreres hvilke deler av arbeidslivet individene kommer fra eller går til. Illustrerende er en litteraturovergang av norsk og nordisk forskning om yrkesrettet attføring der ingen av undersøkelsespresentasjonene inneholder informasjon om bransjer eller yrker de yrkeshemmede kommer fra eller går til (Børing, 2004).

En forklaring på denne manglende kunnskapen om arbeidsuførhet, yrkeshemming og arbeidsliv, kan ligge i datagrunnlaget i registrene som brukes i undersøkelsene. Illustrerende her er at mens flere studier av økningen i antallet unge og unge voksne uføretrygdede, særlig med psykiske diagnoser, peker på krav i arbeidslivet som en mulig forklaring, gir ikke dataene mulighet for å undersøke dette (Gogstad & Bjerkedal, 2001; Tveråmo, Dalgard, & Clausen, 2003).

En annen forklaring kan ligge i vanskelighetene med å koble registerdata om yrke og bransje med funksjonshemmende arbeidsforhold. Utdanning forteller ikke nødvendigvis om yrke, ettersom man kan jobbe i andre yrker enn man er utdannet til. Yrke forteller ikke nødvendigvis om bransje, ettersom yrket kan finnes i flere bransjer enn den yrket vanligvis hører hjemme i. Yrkesbakgrunn forteller ikke nødvendigvis noe om arbeidsinnhold, ettersom både administrative og utøvende stillinger registreres innenfor de samme kategoriene

for bransjer og yrker. Endelig, det kan ta tiår før belastende arbeidsforhold slår ut i belastningsskader og funksjonsnedsettelse.

Det er imidlertid også rimelig å reise spørsmålet om en forklaring på kunnskapsmangelen kan ligge i problemforståelsen som ligger til grunn for analysene som gjøres. Har det vært en tendens til å søke forklaringer i individenes holdninger og handlinger, både i politikken og i forskningen? I debatten pekes det på at helsetilstanden i befolkningen ikke er blitt forverret, mens avgangen til uføretrygd er økt. Det pekes på endringer i arbeidsetikken og normer som gjør det mer sosialt akseptabelt å leve på trygd, og på økonomiske insentiver som ikke stimulerer til å søke arbeidsinntekt. Det pekes også på legenes sykemeldingspraksis, at legene er for slepphendte med sykemeldinger og attester til søknader om uføretrygd. I den andre enden, pekes det på forklaringer i arbeidsgiveres holdninger, deres åpenhet for eller diskriminerende fordommer mot å sysselsette funksjonshemmede eller diskriminering (Gilbride, Stensrud, Ehlers, Evans, & Peterson, 2000).

Når avgangen til uføretrygd øker selv om helsetilstanden i befolkningen ikke er forverret, kan det ha sammenheng med endrede krav i arbeidslivet. Det er, som sagt, sammenhengen mellom arbeidslivets krav, funksjonshemmende barrierer og sysselsettingsmulighetene for mennesker med funksjonsnedsettelse som er temaet i vårt prosjekt. Vi har pekt på sysselsettingsmønstre for funksjonshemmede som antyder at det både er variasjoner mellom bransjer og variasjoner mellom yrker og kanskje også segmenter i bransjene når det gjelder funksjonshemmedes sysselsettingsmuligheter. Vi mener å se at dette viser både behov for mer forskning om sammenhenger mellom arbeidsforhold, funksjonshemming og sysselsetting, og at det viser at virkemidlene for å øke funksjonshemmedes sysselsettingsmuligheter bør ta hensyn til slike variasjoner.

Referanser

- Aetat. 2004. *Oppfølgingsundersøkelse av arbeidssøkere som sluttet å melde seg ved aetat høsten 2002. Del 2: Yrkeshemmede arbeidssøkere*. Oslo: Aetat Arbeidsdirektoratet.
- Alm Andreassen, T. 1999. "Tidlig inngripen" - Om egnet og uegnet inngripen i sykefraværsløp. In K. Fossetøl (Ed.), *Mellom individ og marked - utføringsevne i velferdsstaten*, Vol. Skrifteserie: 33-58. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Alm Andreassen, T. 2004. *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Dr.avhandling ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Askheim, O. P. 2006. *Å leve er mer enn å overleve. Funksjonshemmede med brukerstyrt personlig assistanse forteller*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bingham, C., Clarke, L., Michielsen, E., & Miller, S. 2007. *British Sectoral Report: Construction, ICT and Health*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet/ FAFO.
- Børing, P. 2002. Varighet av yrkesrettet utføring: Kommer yrkeshemmede arbeidssøkere i jobb? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 19(2): 157-167.
- Børing, P. 2004. *Norsk og annen nordisk forskning om yrkesrettet utføring*. Oslo: NIFU.
- Clarke, L. 2004 *Overcoming marginalisation*. London: Westminster University.
- Clausen, B., & Haugstedt, K. T. S. 2000. *Hvem er stønadsmottakere og representerer de en mulig arbeidsreserve? Rapport fra NHO-prosjekt nr 1604 - Trinn 1*. Oslo: Statens Helseundersøkelser.
- Dahl, S. Å., Nilsen, Ø. A., & Vaage, K. 2003. Gender Differences in Early Retirement Behaviour. *European Sociological Review*, 19(2): 179-198.

- Gabrielsen, E. 2002. *Gjør vi nok for å sikre befolkningen lesekompetanse?* Stavanger: Senter for Leseforskning, Høyskolen i Stavanger.
- Gilbride, D., Stensrud, R., Ehlers, C., Evans, E., & Peterson, G. 2000. Employers' Attitudes Toward Hiring Persons with Disabilities and Vocational Rehabilitation Services. *Journal of Rehabilitation*, 66(4): 17-23.
- Gilbride, D., Vandergoot, D., Golden, K., & Stensrud, R. 2006. Development and Validation of the Employer Openness Survey. *Rehabilitation Conseling Bulletin*, 49(2): 81-89.
- Gogstad, A., & Bjerkedal, T. 2001. Stadig flere unge uføretrygdede. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(12): 1452-1456.
- Hansen, I. L. S., & Svalund, J. 2007. *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Et oversiktsbilde*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Solheim, I., & Ytrehus, S. 2005. *Lese- og skriveopplæring som nytter. Etterundersøkelse av deltakere på AOFs lese- og skrivekurs*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.
- Tveråmo, A., Dalgard, O. S., & Clausen, B. 2003. Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123(15): 2011-2015.
- van der Meer, M. 2007. *Dutch Sectoral Report: Construction, ICT and Health*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet/ FAFO.
- Wold Eide, C. L. 2000. *Forholdene på arbeidsmarkedet, økonomiske incentiver og risikoen for å bli yrkeshemmet*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.

Vedlegg: NACE – Standard for næringsklassifisering for kategori 45 Bygge- og anleggsvirksomhet

45.1 Grunnarbeid

45.11 Riving av bygninger og flytting av masse

45.12 Prøveboring

45.120 Prøveboring

45.2 Annen bygge- og anleggsvirksomhet

45.21 Oppføring av bygninger og andre konstruksjoner

45.211 Oppføring av bygninger

45.212 Oppføring av andre konstruksjoner

45.22 Takarbeid

45.221 Blikkenslagerarbeid

45.229 Takarbeid ellers

45.23 Bygging av veier, flyplasser og idrettsanlegg

45.24 Bygging av havne- og damanlegg

45.240 Bygging av havne- og damanlegg

45.25 Annen spesialisert bygge- og anleggsvirksomhet

45.3 Bygginstallasjon

45.31 Elektrisk installasjonsarbeid

45.32 Isolasjonsarbeid

45.33 VVS-arbeid

45.34 Annen bygginstallasjon

45.4 Ferdiggjøring av bygninger og konstruksjoner

45.41 Stukkatørarbeid og pussing

45.42 Snekkerarbeid

45.43 Gulvlegging og tapetsering

45.44 Maler- og glassarbeid

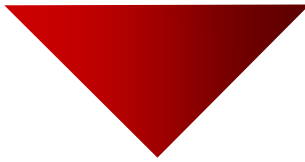
45.441 Malerarbeid

45.442 Glassarbeid

45.45 Annen ferdiggjøring av bygninger

45.5 Utleie av bygge- og anleggsmaskiner med personell

45.50 Utleie av bygge- og anleggsmaskiner med personell



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

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

Se www.afi.no

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

Postboks 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no

