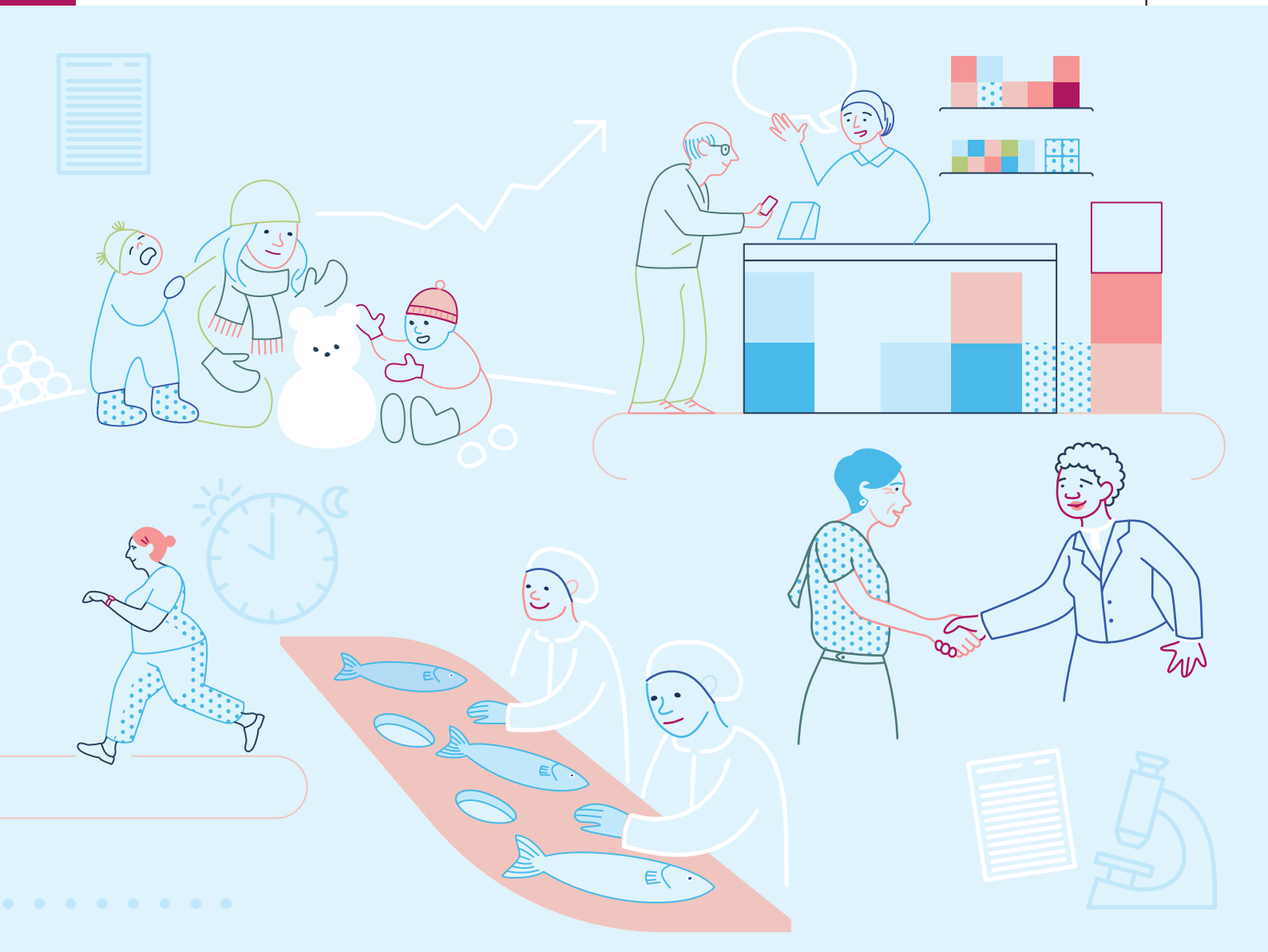


# Kvinneres arbeidshelse

Kunnskap og tiltak



# Norges offentlige utredninger 2025

Seriens redaksjon:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
Teknisk redaksjon

---

1. Felles ansvar, felles gevinst  
*Kunnskapsdepartementet*
2. Samfunnsvern og omsorg  
*Justis- og beredskapsdepartementet og  
Helse- og omsorgsdepartementet*
3. Ny kulturmiljølov  
*Klima- og miljødepartementet*
4. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2025  
*Arbeids- og inkluderingsdepartementet*
5. Kvinners arbeidshelse  
*Arbeids- og inkluderingsdepartementet*

**NOU**

Norges offentlige utredninger **2025: 5**

# Kvinneres arbeidshelse

Kunnskap og tiltak

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 8. mars 2024.

Avgitt til Arbeids- og inkluderingsdepartementet 1. april 2025.

ISSN 0806-2633 (online)  
ISSN 0333-2306 (trykt utg.)

---

Aksell AS

## Til Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Kvinnearbeidshelseutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 8. mars 2024 for å utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. På grunnlag av kunnskapsgrunnlaget skal utvalget videre foreslå tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Utvalget legger med dette fram sin utredning.

Oslo 1. april 2025

Nina Tangnæs Grønvold  
Leder

Andreas Christensen	Marit Christensen	Jon Anders Drøpping
Migle Helmersen	Hege Herø	Eirik Hognestad
Andreas Holtermann	Kari Ingstad	Håkon Andre Johannessen
Julian Vedeler Johnsen	Julie Lødrup	Silje Naustvik
Carl Fredrik Riise	Yogindra Samant	Anne Turid Wikdahl

---

Tone Kjeldsberg  
Sekretariatsleder

Stine Fossum

Ragnhild Olsen Hvoslef

Anna Skårberg

Tonje Strømholm

Bodil Stueflaten



# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	9	3.9.1	Organisasjonsgraden på arbeidstakersiden .....	52
1.1	Kvinnearbeidshelseutvalgets oppsummering .....	9	3.9.2	Organisasjonsgraden på arbeidsgiversiden .....	53
1.2	Utredningens oppbygging og innhold .....	11	3.9.3	Tariffavtaledekning .....	54
1.3	Om del I Bakgrunn .....	11	3.10	Virkksomheter og virksomhetsstørrelse .....	55
1.4	Om del II Kunnskapsgrunnlag .....	12		Yrker og næringer .....	55
1.5	Om del III Utvalgets vurderinger og forslag .....	14	3.11		
			<b>4</b>	<b>Generelt om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse</b> .....	58
<b>Del I</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	19	4.1	Definisjon av arbeidsmiljø og arbeidsmiljøfaktorer .....	59
<b>2</b>	<b>Utvalgets sammensetning, mandat og arbeid</b> .....	21	4.2	Arbeidsrelaterte helseplager .....	60
2.1	Utvalgets oppnevning og sammensetning .....	21	4.3	Legemeldt sykefravær etter diagnose .....	61
2.2	Utvalgets mandat .....	22	4.4	Selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær .....	63
2.3	Utvalgets fortolkning av mandatet .....	23	4.5	Arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet .....	64
2.4	Utvalgets kunnskapsgrunnlag og innspill til utvalgets arbeid .....	24	4.5.1	Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer .....	67
2.4.1	Utvalgets kunnskapsgrunnlag .....	24	4.5.2	Organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer .....	68
2.4.2	Bestilte utredninger og innspill .....	26	4.5.3	Mekaniske (ergonomiske) belastninger .....	73
2.4.3	Inviterte innledere .....	27	4.5.4	Kjemiske og biologiske faktorer ..	74
2.4.4	Skriftlige innspill .....	28	4.5.5	Fysiske arbeidsmiljøfaktorer .....	75
			4.5.6	Kombinasjon av flere eksponeringer .....	75
<b>Del II</b>	<b>Kunnskapsgrunnlag</b> .....	29	4.5.7	Beskyttende og helsefremmende faktorer .....	78
<b>3</b>	<b>Kvinnens deltakelse i arbeidslivet – status og utvikling</b> .....	31	4.5.8	Ny teknologi .....	80
3.1	Overordnet om yrkesdeltakelse i Norge .....	31	4.5.9	Kunnskapsbehov om arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og arbeidsdeltakelse .....	80
3.1.1	Innvandrerens yrkesdeltakelse .....	35	4.6	Sosiale forskjeller i helse knyttet til arbeidsmiljø .....	81
3.2	Det kjønnsdelte arbeidslivet .....	35	4.6.1	Arbeidsmiljø og arbeidshelse for innvandrerkvinner .....	84
3.3	Kvinnens arbeidstid og arbeidstidsordninger .....	36	4.7	Heltid/deltid .....	85
3.4	Heltid – deltid .....	38	4.8	Midlertidige ansettelse .....	86
3.5	Tilknytningsformer .....	41			
3.5.1	Midlertidig ansettelse .....	41	<b>5</b>	<b>Kvinnens arbeidsmiljø og arbeidshelse i utvalgte yrker og næringer i Norge</b> .....	87
3.5.2	Innleie av arbeidstakere fra bemanningsforetak/vikarbyrå .....	42	5.1	Arbeidsmiljøtilstanden i kvinne-	
3.6	Plattformarbeid .....	42	5.1.1	dominerte yrker og næringer .....	87
3.7	Sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uførhet .....	42	5.1.2	Helse- og sosialsektoren .....	88
3.7.1	Sykefravær .....	42		Undervisningssektoren .....	95
3.7.2	Arbeidsavklaringspenger .....	46			
3.7.3	Uførhet .....	48			
3.8	Alderspensjon .....	51			
3.8.1	Tidligpensjon .....	51			
3.8.2	Særaldersgrenser .....	51			
3.9	Organisasjonsgrad og tariffavtaledekning .....	52			

5.1.3	Frisører .....	96	7.2.4	Myndighetssamarbeid .....	161
5.1.4	Renholdere .....	97	7.2.5	De arbeidsmedisinske	
5.2	Kvinnerens arbeidsmiljø i yrker og næringer som ikke er kvinne- dominerte .....	99	7.3	avdelingene .....	161
5.2.1	Kvinnerens arbeidsmiljø i petroleumsnæringen .....	99	7.3.1	Rammer og oppfølging i regi av toparts- og trepartssamarbeidet ...	162
5.2.2	Kvinnerens arbeidsmiljø i nærings- middelindustrien .....	100	7.3.2	Arenaer for trepartssamarbeid ....	162
5.2.3	Kvinnerens arbeidsmiljø i vare- handelen .....	101	7.3.2	Det kollektive avtaleverket .....	166
5.2.4	Kvinnerens arbeidsmiljø på kontor- arbeidsplasser .....	103	7.3.3	Samarbeid på arbeidsplassene ....	167
5.3	Arbeidshelse i kvinnedominerte yrker og næringer .....	103	7.4	Opplæring i arbeidsmiljøarbeid ...	169
5.3.1	Helse- og sosialsektoren .....	104	<b>8</b>	<b>Samfunnsøkonomiske</b>	
5.3.2	Undervisningssektoren .....	109	8.1	<b>virksomheter og potensial for</b>	
5.3.3	Frisør/kosmetolog og renholder ..	110	8.1.1	<b>forebygging</b> .....	172
5.4	Kvinnerens arbeidshelse i yrker og næringer som ikke er kvinne- dominerte .....	112	8.1.2	Samfunnsøkonomiske kostnader..	173
5.4.1	Varehandel .....	112	8.1.1	Hovedresultater .....	173
5.4.2	Kvinner sysselsatt i nærings- middelindustrien og petroleums- næringen .....	114	8.1.2	Kvinnerens fravær og frafall fra arbeidslivet som følge av arbeids- relatert sykefravær og helsetap ....	174
5.4.3	Kvinner som jobber på kontor og i utvalgte næringer med hovedsakelig kontorarbeid .....	115	8.1.3	Behandlingskostnader, arbeids- relatert helsetap .....	176
<b>6</b>	<b>Andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet</b> .....	118	8.1.4	Tap av liv, arbeidsulykker og arbeidsrelaterte dødsfall .....	176
6.1	Kvinnerens livsfaser .....	119	8.1.5	Tap av produktivitet .....	177
6.1.1	Livsfaser med hormonell påvirkning .....	119	8.1.6	Kostnader over offentlige budsjetter .....	177
6.1.2	Arbeid – familiebalansen – «De tre skiftene» .....	123	8.2	Gevinstpotensial ved forebygging og tilrettelegging .....	178
6.2	Vold og seksuelle overgrep .....	124	<b>Del III</b>	<b>Utvalgets vurderinger</b>	
6.3	Kvinnerens sykdom .....	126	<b>8</b>	<b>og forslag</b> .....	179
6.4	Sykdomsattferd .....	127	<b>9</b>	<b>Utvalgets vurderinger av</b>	
<b>7</b>	<b>Rammebetingelser og oppfølgingstiltak</b> .....	129	9.1	<b>kunnskapsgrunnlaget</b> .....	181
7.1	Myndighetenes rammer og oppfølging .....	129	9.1	Kvinnearbeidshelseutvalgets oppsummering .....	181
7.1.1	Utviklingen av arbeidervern- lovgivningen .....	133	9.2	Overordnede vurderinger .....	183
7.1.2	Dagens rettslige rammer .....	135	9.2.1	Data og dokumentasjon av anerkjent faglig kvalitet .....	183
7.1.3	Yrkesskaderegelverket .....	149	9.2.2	Definisjoner og avgrensninger ....	183
7.2	Arbeidsmiljømyndighetenes ansvar og virksomhet .....	151	9.2.3	Viktig bakteppe for sysselsetting..	183
7.2.1	Arbeidstilsynet .....	151	9.2.4	Sammensatte utfordringer, med arbeidsplassen i sentrum .....	184
7.2.2	Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) .....	158	9.2.5	Samfunnsøkonomiske kostnader ved redusert kvinnearbeidshelse..	184
7.2.3	Informasjon og veiledning .....	158	9.3	Hovedtrekk i kunnskaps- grunnlaget .....	185
			9.3.1	Om kunnskapsgrunnlaget .....	185
			9.3.2	Kvinnerens deltakelse i arbeids- livet .....	185
			9.3.3	Kvinnerens arbeidsmiljø, arbeids- forhold og arbeidshelse .....	186
			9.3.4	Andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet..	189
			9.3.5	Rammebetingelser og oppfølging .....	190



9.4	Utvalgets oppsummerende vurderinger .....	193	10.7	Forskningssatsing og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser .....	207
<b>10</b>	<b>Satsing på kvinners arbeidshelse: Tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner .....</b>	<b>195</b>	10.7.1	Forskningssatsing på kvinners arbeidshelse .....	208
10.1	Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene .....	196	10.7.2	Kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse .....	208
10.2	Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene .....	198	10.7.3	Forskning på sammenhenger mellom kvinners livsfaser, helse og arbeidsdeltakelse .....	209
10.3	Partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse .....	200	10.7.4	Styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag for arbeidsmiljø- og arbeidshelseområdet .....	209
10.4	Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse .....	201	<b>11</b>	<b>Konsekvensvurderinger av utvalgets tiltaksforslag .....</b>	<b>212</b>
10.5	Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser .....	205	11.1	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	212
10.6	Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene .....	207	11.2	Nyttevirkninger .....	213
			<b>Referanser .....</b>		<b>215</b>

### **Digitale vedlegg**

- Vedlegg 1: STAMI (2025a). Kunnskapsoppsummering – Arbeidsmiljøets påvirkning på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning.
- Vedlegg 2: STAMI (2025b). Vedlegg til Kunnskapsoppsummering – Arbeidsmiljøets påvirkning på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning.
- Vedlegg 3: Arbeidstilsynet (2025). Kvinnearbeidshelse – Regelverksutvikling og Arbeidstilsynets oppfølging.
- Vedlegg 4: Vista Analyse (2025). Samfunnsøkonomiske perspektiver på kvinners arbeidshelse.
- Vedlegg 5: Fafo (2024). Fafos forskning og kunnskapsutvikling på heltids- og deltidsfeltet de siste 15 årene.
- Vedlegg 6: OsloMet (2025). Kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse – Analyser av registerdata.
- Vedlegg 7: NOVA (2025). Helserelatert avgang fra arbeidslivet blant kvinner – Analyser av data fra NorLAG-studien.
- Vedlegg 8: Havindustritilsynet (2024). Kvinners arbeidsmiljø i petroleumsnæringen – Notat til presentasjon holdt for Kvinnearbeidshelseutvalget.
- Vedlegg 9: English summary.
- Vedlegg 10: Kildevedlegg.





Figur 1.1

## Kapittel 1

# Sammendrag

### 1.1 Kvinnearbeidshelseutvalgets oppsummering

Kvinnearbeidshelseutvalget ble oppnevnt 8. mars 2024, for å utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse og foreslå tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Kunnskapsgrunnlaget framgår av del II i utredningen, og anses i seg selv som en hovedleveranse fra utvalget.

Det er høy yrkesdeltakelse blant kvinner i Norge. 75 prosent av kvinnene er sysselsatt, men en tredjedel arbeider deltid. Norsk arbeidsliv beskrives som kjønnsdelt, ved at kvinner og menn er ulikt representert i ulike næringer, sektorer, yrker og stillinger.

I de kvinnedominerte næringene omfatter arbeidet ofte direkte samhandling med pasienter, brukere, elever, kunder og klienter. Kvinner i disse næringene og yrkene har høyere forekomst av psykososiale arbeidsbelastninger som emosjonelle krav, rollekonflikter, lav selvbestemmelse, samt vold og hets eller trusler enn gjennomsnittet av sysselsatte. Dette eksisterer ofte i kombinasjon med mekaniske (ergonomiske) eksponeringer som tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger.

I situasjoner der arbeidstakere utsettes for flere arbeidsmiljøfaktorer samtidig, kan dette forsterke de enkelte faktorenes effekter på helsen. En stor andel kvinner utsettes for en kombinasjon av psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøbelastninger. Høy eksponering for psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer øker særlig risikoen for psykiske plager, muskel- og skjelettplager og sykefravær. Det er behov for mer kunnskap om helseeffektene av slik kombinert eksponering, til bruk i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Arbeidsmiljøfaktorer kan også bidra til sosiale forskjeller i helse. I noen av de kvinnedominerte yrkene med mest belastende arbeidsmiljø er det en høy andel kvinner med lavere utdanning, og i noen yrker også en høy andel kvinner med innvandrerbakgrunn.

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. Slike faktorer kan være selvbestemmelse, sosial støtte og godt samarbeid med kollegaer, anerkjennelse for arbeidet, muligheter for å bruke kompetanse og ferdigheter, samt muligheten til faglig utvikling. I tillegg kan forhold på organisasjonsnivå, som god ledelse og håndterlig lederspenn, god

opplæring av de ansatte og kollegastøtte og mentorordninger virke positivt på kvinners arbeidshelse.

Det høyeste sykefraværet i Norge finner vi blant kvinner i typiske kvinne­dominerte næringer og yrker. Kvinner rapporterer også mer arbeidsrelatert fravær enn menn, og fraværet for gravide er omtrent fire ganger så høyt som for ikke-gravide kvinner. Muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser er de klart mest brukte diagnosene i kvinners sykmeldinger. Frafall fra arbeidslivet med uføretrygd er også større enn gjennomsnittet i flere kvinne­dominerte næringer.

Turnusarbeid og deltidstillinger kjennetegner arbeidsforholdene i mange av de kvinne­dominerte næringene og yrkene. Arbeid utenom vanlig dagtid kan gi økt risiko for helseplager, sykdommer og sykefravær. Små stillinger er ofte knyttet til dårligere faglig utvikling og redusert læringsmiljø. Turnusordninger basert på hele stillinger og heltidskultur assosieres med en praksis med godt arbeidsmiljø, god kompetanse, forutsigbar arbeidstid og lønn, kontinuitet i arbeidet og bedre tjenestekvalitet. *Utvalget* antar derfor at tiltak for å øke andelen kvinner som jobber heltid kan ha betydning for kvinners arbeidsmiljø og -helse. Samtidig er det behov for mer kunnskap om arbeidstidsorganisering og sammenhengen med arbeidshelse, fravær og arbeidstilknytning.

Forskjeller i omfanget av arbeidsrelaterte helseplager, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper kan skyldes ulik arbeidsbelastning eller risiko. Måltrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i næringer der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt, og hvor antallet kvinner er stort, kan bidra til økning av kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet.

De fleste voksne kvinner har god egen­vurdert helse. Samtidig lever mange med ulike helseplager som migræne, hodepine, smerter i kroppen, og psykiske plager som depresjon og angst. Det er lite forskning på hvordan kroniske sykdommer og tilstander påvirker kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning, og generelt behov for mer kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes arbeidsrelaterte påvirkninger og arbeidsdeltakelse. Dette kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjoner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner.

Det er flere innfallsvinkler til forståelse av livsfaseproblematikk. Hormonelle endringer påvirker kvinners liv gjennom ulike livsfaser, som svangerskap og overgangsalder, samtidig som de samme

livsfasene også preges av ansvar og oppgaver knyttet til familierelasjoner og arbeid – familiebalansen. Arbeidsmiljøet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen kan ha betydning for kvinners arbeidsdeltakelse gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner. *Utvalget* foreslår tiltak som fremmer arbeidstilknytning i ulike livsfaser, basert på eksisterende forskning, og peker samtidig på områder med behov for mer kunnskap. Arbeidstakere som er eller har vært voldsutsatt kan ha behov for oppfølging og tilrettelegging på jobben. *Utvalget* mener det er viktig å gi arbeidsgivere og virksomheter tilgang til relevant kunnskap og veiledning om aktuelle virkemidler på dette området.

Kvinnerns høye sykefravær har vært forsøkt forklart gjennom ulike hypoteser: «Arbeidsmiljøhypotesen» forklarer kvinners relativt høye nivå av helseplager og fravær med at mange kvinner jobber i yrker med stor arbeidsbelastning som øker risikoen for helseplager eller forverring av plager, og/eller kan gjøre det utfordrende å stå i jobb med helseplager. «Den biologiske hypotesen» forklarer kvinners helseplager og sykdommer med biologiske faktorer som øker risikoen for helseplager, herunder konsekvenser av menstruasjonsplager, graviditet og overgangsalder. «Dobbeltarbeidshypotesen» forklarer kvinners nivå av helseplager med at kvinner, i større grad enn menn, kombinerer yrkesaktivitet med større ansvar og tidsbruk knyttet til omsorgsoppgaver i hjemmet. «Den sosiokulturelle hypotesen» forklarer kjønnsforskjeller ut fra ulik sykdoms­atferd mellom kvinner og menn. Oppsummert viser forskningen at når de ulike hypotesene prøves ut, gjenstår likevel uforklarte forskjeller i sykefravær. Det pekes derfor på et videre behov for forskning og kunnskapsutvikling.

Vista Analyse anslår samfunnsøkonomiske kostnader ved nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet til 59 mrd. kroner årlig. Det er vanskelig å vurdere hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial, og derfor betydelig usikkerhet knyttet til disse tallene. *Utvalget* legger likevel til grunn at det kan være et samfunnsøkonomisk gevinstpotensial på i størrelsesorden flere milliarder kroner forbundet med å lykkes med tiltak som forbedrer kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, og som reduserer fravær og frafall fra arbeidslivet.

Kunnskapen viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. Samtidig vil en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer være felles, noe som innebærer at også bransjespesifikke

verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Kunnskapsgrunnlaget viser samtidig at det er et forbedringspotensial i arbeidet med risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid både i virksomhetene generelt og kvinnedominerte yrker spesielt. Etablert kunnskap og målrettede virkemidler og verktøy når ikke i tilstrekkelig grad ut. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

For å fremme kvinners arbeidsmiljø og arbeidstilknytning er det derfor nødvendig å engasjere alle ansvarlige aktører; myndighetene, partene i arbeidslivet, kompetansemiljøer og virksomhetene lokalt, i en satsing på kvinners arbeidshelse – i samarbeid og innenfor sine respektive ansvarsområder. Det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet må legges til grunn for satsingen, og *utvalget* mener at formidling av kunnskapsgrunnlaget i seg selv er et hovedtiltak. Der nest peker *utvalget* på at det er nødvendig å utvikle ny og oppdatert kunnskap om kvinners arbeidshelse. Det største potensialet for forbedringer vurderes å ligge i å forsterke det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, hovedsakelig innenfor gjeldende krav og rammer, understøttet av nasjonale kunnskapsbanker, bransjeprogrammer og veiledningsmaterieell mv., og med partene i arbeidslivet som aktive pådrivere.

Tiltaksforslagene rettes mot alle aktører i denne kjeden og innebærer vurderinger og oppfølging av regelverk, veiledning, myndighetsoppfølging, kunnskapsutvikling, partssamarbeid, tariffavtaler, opplæring, organisert samarbeid og rammebetingelser på arbeidsplassene.

## 1.2 Utredningens oppbygging og innhold

Kvinnearbeidshelseutvalgets utredning består av tre deler.

*Del I: Bakgrunn* (kapittel 2) beskriver utvalgets sammensetning, mandat og arbeid.

*Del II: Kunnskapsgrunnlag* (kapittel 3–8) omfatter et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners deltakelse i arbeidslivet, kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse, andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet, rammebetingelser og oppfølgingstiltak, samt samfunnsøko-

nomiske virkninger og potensial for forebygging. Noen yrker og næringer omtales særskilt.

*Del III: Utvalgets vurderinger og forslag* (kapittel 9–11) omfatter utvalgets vurdering av kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse og utvalgets forslag til tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Tiltakene er inndelt i sju innsatsområder:

1. Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene
2. Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene
3. Partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse
4. Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse
5. Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser
6. Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene
7. Forskningsinnsats og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser

I det følgende gis det en kort omtale av innholdet i utredningen og av kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse. Deretter følger en beskrivelse av utvalgets vurdering av kunnskapsgrunnlaget, og en oversikt over alle tiltakene utvalget foreslår.

## 1.3 Om del I Bakgrunn

I kapittel 2 beskrives *Utvalgets sammensetning, mandat og arbeid*, samt utvalgets fortolkning av mandatet. Det redegjøres også for hvilken kunnskap og hvilke bidrag utvalget har innhentet gjennom utredninger, møter med fagpersoner og skriftlige innspill, bl.a. på utvalgets nettside. Kvinnearbeidshelseutvalget skal utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. På grunnlag av dette kunnskapsgrunnlaget skal utvalget foreslå tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Tema for Kvinnearbeidshelseutvalgets arbeid er både arbeidsmiljøets og arbeidsforholdenes betydning for kvinners helse (arbeidshelse) og tilknytning til arbeidslivet og hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til at kvinner som av ulike årsaker har helsemessige utfordringer, kan stå lenger i arbeid. Utvalgets arbeid avgrenses mot oppfølging og tiltak på overordnet samfunnsnivå.

Det er godt dokumentert at ulike arbeidsmiljøforhold har betydning for arbeidshelse, fravær og frafall fra arbeidslivet. En rekke individuelle forhold, som helseutfordringer knyttet til arv, livsfase og livssituasjon, livsstil eller sykdom som ikke henger sammen med arbeidet har også betydning for kvinners sykefravær og deltakelse i arbeidslivet. Rammebetingelser i arbeidslivet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen har betydning for om kvinner med ulike helseutfordringer blir sykmeldt eller står lenger i arbeid.

Med «arbeidshelse» menes helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. «Arbeidsmiljø» handler om selve arbeidet som skal utføres, og er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og utfører arbeidet. Hvordan arbeidsmiljøet påvirker kvinners helse og deltakelse i arbeidslivet, både i positiv og negativ retning, er et sentralt tema for utvalget. *Utvalget* legger til grunn at alle arbeidsplasser er forskjellige og har ulike arbeidsmiljøutfordringer.

I tillegg til vurderinger knyttet til arbeidsmiljø og arbeidshelse, omfatter utvalgets oppdrag å vurdere hvordan arbeidslivet kan legges til rette for at kvinner som har helseproblemer som i utgangspunktet ikke skyldes jobben, kan arbeide. Denne rammen innebærer at utgangspunktet for utvalgets diskusjoner er forhold som berører både arbeid og helse og hvordan disse forholdene henger sammen. Problemstillinger og tiltak som ikke omhandler forholdet ved og mellom arbeid og helse, anses i utgangspunktet ikke som relevante for dette utvalgets arbeid.

## **1.4 Om del II Kunnskapsgrunnlag**

I tråd med mandatet har utvalget utarbeidet et helhetlig kunnskapsgrunnlag relatert til kvinners arbeidshelse, jf. del II i utredningen. Kunnskapsgrunnlaget er en hovedleveranse fra utvalget. Kunnskapsgrunnlaget bygger på data og dokumentasjon av anerkjent faglig kvalitet. Dette tilsier at det kan legges til grunn for kunnskapsbaserte tiltak og for utvikling av mer kunnskap. Det vises på flere områder til kunnskapshull og behov for videre kunnskapsutvikling om kvinners arbeidshelse.

*Kapittel 3 Kvinners deltakelse i arbeidslivet – status og utvikling* gir et overordnet bilde av kvinners tilknytning til arbeidslivet ved å presentere statistikk som viser omfanget av kvinners arbeidsdeltakelse, i hvilke sektorer og yrker de arbeider, og hvordan og i hvilken grad de er tilknyttet

arbeidslivet. Kapittelet belyser også noen av ulikhetene mellom kvinners og menns arbeidsdeltakelse, samt kjennetegn ved innvandrerbefolkningens arbeidstilknytning. Norske kvinner har høy arbeidsdeltakelse og høy deltidsandel, i et kjønnsdelt arbeidsliv.

Kapittel 3 omtaler også sykefraværstall for kvinner, og data om kvinners avgang og frafall fra arbeidslivet. Dette gir et bakteppe for påfølgende beskrivelser av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse, og årsaker til helsepåvirkninger og frafall. I tillegg omtales organisasjonsgrad og tariffavtaledekning i det norske arbeidslivet.

*Kapittel 4 Generelt om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse* baseres i hovedsak på forskning som studerer kvinner, eller har analyser som skiller mellom kvinner og menn, eller studier gjort i kvinnedominerte næringer der hoveddelen av den studerte gruppen er kvinner. Utvalget redegjør i dette kapittelet for omfanget av arbeidsrelaterte helseplager, sykdom, sykefravær og arbeidsskader blant kvinner, og noen overordnede forskjeller mellom ulike yrker og næringer.

Det redegjøres grundig for kunnskap om ulike kategorier av arbeidsmiljøfaktorer, herunder organisatoriske, psykososiale, fysiske, kjemiske og biologiske og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøforhold, og hvordan disse kan henge sammen med ulike helseeffekter, og med sykefravær og frafall fra arbeidslivet blant kvinner. Det vises særlig til at en stor andel kvinner utsettes for en kombinasjon av negative psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer, i tillegg til arbeid utenom ordinær dagtid. I situasjoner der arbeidstakere er utsatt for flere arbeidsmiljøfaktorer samtidig, kan kombinasjoner av ulike faktorer forsterke hverandres negative eller positive effekter på helsen. Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan også virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet.

Kapittel 4 omfatter også en grundig gjennomgang av kunnskap om helseeffekter av arbeidstid og arbeidstidsordninger. Videre beskrives betydningen av «heltidskultur», som innebærer noe mer enn at heltidsandelen er høy. Med heltidskultur assosieres også en praksis med godt arbeidsmiljø, god kompetanse, kontinuitet i driften og bedre tjenestekvalitet. I denne sammenheng beskrives også kjennetegn ved såkalte «bærekraftige arbeidsmiljøer», der ansatte klarer å arbeide heltid til pensjonsalder, og «den gode vakta» som et fundament for å oppnå et bærekraftig arbeidsmiljø i helse- og omsorgssektorens turnusarbeid.

I kapittel 4 vises det videre til at arbeidslivet er i stadig endring, og til at innføring av ny teknologi kan ha positiv, men også negativ, innvirkning på ansattes trivsel og helse. Kunstig intelligens kan f.eks. brukes til turnusplanlegging i helsevesenet, men som en «føre-*var*» strategi er det behov for mer kunnskap om hvordan bruk av kunstig intelligens påvirker arbeidshelse og sikkerhet. Kapitlet omhandler også særskilt arbeidsmiljø og arbeidshelse for innvandrerkvinner og sosiale forskjeller i helse knyttet til arbeidsmiljø. Det pekes på videre behov for kunnskap om arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og arbeidsdeltakelse, samt behov for styrking av data- og dokumentasjonsgrunnlag i denne sammenheng.

*Kapittel 5 Kvinner arbeidsmiljø og arbeidshelse i utvalgte yrker og næringer i Norge* beskriver arbeidsmiljøfaktorer som kvinner eksponeres for og kvinners arbeidshelse, sykefravær og frafall i ulike yrker og næringer, med vekt på kvinners egenvurderte arbeidsrelaterte helseplager og deres legemeldte sykefravær. Herunder vurderes arbeidsmiljø og arbeidshelse i relevante kvinne-dominerte yrker og næringer nærmere, i tillegg til kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse i utvalgte yrker og næringer med ulik kvinneandel. Disse yrkene og næringene representerer noen andre utfordringer enn det de kvinne-dominerte yrkene og næringene gjør.

Kvinne-dominerte næringer og yrker som beskrives er helse- og sosialsektoren, undervisning, frisører og renholdere. Gjennomgangen av kvinners arbeidsmiljø i yrker og næringer som ikke er kvinne-dominerte omfatter petroleumsnæringen, næringsmiddelindustrien og varehandelen. I tillegg beskrives arbeidsmiljøfaktorer som er relevante for kontorarbeidsplasser.

I utvalgets mandat pekes det bl.a. på at konsekvensene av arbeidsrelaterte plager og sykdommer rammer kvinner som jobber i helse- og omsorgssektoren i særlig grad. Kunnskapsgrunnlaget viser at sykefraværet og omfanget av tapte dagsverk i denne sektoren er høyt. Arbeidsmiljøforhold i helse- og omsorgssektoren er derfor et sentralt tema i utvalgets arbeid. Helseeffekter i form av muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, både hver for seg og i kombinasjon, er særlig relevante i denne sammenheng.

I *kapittel 6 Andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet* viser utvalget til kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes påvirkninger fra arbeidet/arbeidsmiljøet (arbeidshelse) og arbeidsdeltakelse. Det kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjo-

ner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner. Det er flere innfallsvinkler til forståelse av livsfaseproblematikk. Hormonelle endringer påvirker kvinners liv gjennom ulike livsfaser, samtidig som de samme livsfasene preges av ansvar og oppgaver knyttet til familierelasjoner (arbeid – familiebalansen). Blant livsfaser med hormonell påvirkning, og hvordan disse kan påvirke kvinners arbeidsdeltakelse, beskrives særlig betydningen av menstruasjonsplager, graviditet og overgangsalder. Blant øvrige livssituasjoner som har betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet, gjennomgås kunnskapsstatus om vold og seksuelle overgrep og plager og sykdommer som i stor grad rammer kvinner, men som ikke karakteriseres som «kvinnesykdommer».

Slike «andre forhold» ble grundig behandlet i Kvinnehelseutvalgets utredning (154), der det drøftes hvordan biologiske forutsetninger kan påvirke kvinners deltakelse i arbeidslivet.

*Kvinnearbeidshelseutvalget* peker på områder hvor det er nødvendig med mer forskning, og foreslår tiltak som kan fremme kvinners arbeidstilknytning i ulike livsfaser, basert på den kunnskap som foreligger. *Utvalget* legger vekt på at samfunnet ikke skal sykeliggjøre normale tilstander, som følger av kvinners biologiske livsfaser med hormonell påvirkning. Samtidig er *utvalget* opptatt av at relevante problemstillinger som gjelder for mange kvinner skal løftes fra et individuelt til et strukturelt nivå.

*Kapittel 7 Rammebetingelser og oppfølgingstiltak* redegjør for utvikling, oppfølging og status for regelverk og myndighetsoppfølging som er særlig relevant for kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og rettigheter. Herunder beskrives internasjonale rammer og føringer for helse, miljø og sikkerhet som innebærer folkerettslige forpliktelser for Norge. Videre gjennomgås rammer og oppfølging i regi av to- og trepartssamarbeidet. Dette omfatter bl.a. samarbeidsarenaer og det kollektive avtaleverket. Det vises til merverdien av trepartssamarbeidet, herunder gjennom arbeidet med IA-avtalen og kunnskapsbasert veiledning om og virkemidler for målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid som er utarbeidet i den sammenheng. Partene er enige om å forsterke den forebyggende innsatsen og arbeidsmiljøarbeidet i den nåværende IA-avtalen (2025–2028). Det pekes også i denne sammenheng på betydningen av god opplæring i arbeidsmiljøarbeid, og at innsatsen på den enkelte arbeidsplass er sentral.

I *kapittel 8 Samfunnsøkonomiske virkninger og potensial for forebygging* gjennomgås Vista Analy-ses overordnede samfunnsøkonomiske beregning

av effekter av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet. Det gjøres også en tilsvarende vurdering av potensialet knyttet til forebyggende og tilretteleggende tiltak.

En vurdering og tallfesting av de samfunnsøkonomiske kostnadene som følge av arbeidsrelaterte helseplager kan bidra til å øke bevisstheten om viktigheten av å skape gode arbeidsmiljøer, redusere risikofaktorer og fortrinnsvis også bidra til helsefremmende arbeidsmiljøer. Samtidig bidrar kunnskap om kostnader til informerte beslutninger om behov og hvor stor ressursinnsats som kan forsvares på området. Kostnadene forbundet med arbeidsrelaterte helseplager sier også noe om gevinstpotensialet ved mulige tiltak.

Vista Analyses beste anslag for samfunnsøkonomiske kostnader av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet er beregnet til 59 mrd. kroner årlig. Kostnadene er betydelig høyere enn resultatene fra andre tilsvarende beregninger som er foretatt tidligere. Denne forskjellen skyldes i første rekke ulike beregninger av antall arbeidsdager som bortfaller som følge av sykefravær, arbeidsavklaring eller uførhet. Til tross for at denne utredningen kun ser på kvinner, er antall arbeidsrelaterte fraværsdager som følge av helsetap større enn det som tidligere er antatt for begge kjønn samlet.

Det realiserbare gevinstpotensialet defineres som den nytteøkningen som kan oppnås ved å gjennomføre alle realiserbare forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner. Vista Analyse beskriver ulike tilnærminger og flere scenarier for å synliggjøre realiserbart gevinstpotensial ved ulike forebyggende og tilretteleggende tiltak.

*Utvalget* viser til at de beregnede samfunnsøkonomiske kostnadene ved produksjonstap, produktivitetstap, dødsfall og behandlingstap som følge av dårlig kvinnearbeidshelse og arbeidsrelatert fravær hos kvinner utgjør svært store beløp. Det er vanskelig å vurdere hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial, og derfor betydelig usikkerhet knyttet til disse tallene.

## **1.5 Om del III Utvalgets vurderinger og forslag**

*Utvalgets* vurderinger og forslag til tiltak for å styrke kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet baserer seg på en analyse av kunnskapsgrunnlaget, jf. del II i utredningen.

*Kapittel 9 Utvalgets vurdering av kunnskapsgrunnlaget* tar utgangspunkt i utredningens del II. I dette kapitlet redegjøres det for hvordan kunnskapsgrunnlaget legges til grunn for en felles problemforståelse – en «rød tråd» fra tolkningen av utvalgets oppdrag og mandat til forståelsen av dokumentert kunnskap og av rammer for mulige tiltak og målrettet oppfølging når det gjelder kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet.

Det pekes også på at knapphet på kompetent arbeidskraft ventes å bli vesentlig større framover, sett i lys av at befolkningen eldes og at behovet for helse- og omsorgstjenester dermed antas å øke. Beregninger kan tilsi at potensialet for å øke sysselsettingen og antall årsverk i arbeid er størst ved å iverksette tiltak som reduserer antall personer som faller ut av arbeidslivet og går over til uføretrygd. Det er derfor viktig med innsats for å bedre arbeidsevnen tidlig i forløpet. Reduksjon i sykefraværet, særlig langtidsfraværet, vil kunne redusere frafall fra arbeidslivet og overgang til arbeidsavklaringspenger, og senere til uføretrygd.

*Utvalget* er enige om at kunnskapsgrunnlaget representerer den beste faglige dokumenterte kunnskapen vi har i dag. Det vises samtidig til at det på flere områder er kunnskapshull og behov for videre kunnskapsutvikling om kvinners arbeidshelse.

*Utvalget* viser til at omfanget av arbeidsrelaterte helseplager, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper kan skyldes forskjeller i graden av arbeidsbelastninger eller risikofylte arbeidsforhold.

Forekomsten av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager er relativt høy i flere kvinnedominerte næringer, sammenlignet med gjennomsnittet. *Utvalget* viser til at Vista Analyse anslår samfunnsøkonomiske kostnader ved nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet til 59 mrd. kroner årlig, relatert til produksjonstap, produktivitetstap, dødsfall og behandlingstap. *Utvalget* peker på at det dermed kan være et samfunnsøkonomisk gevinstpotensial på i størrelsesorden flere milliarder kroner dersom man lykkes med tiltak som forbedrer kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, og som reduserer fravær og frafall fra arbeidslivet.

Det største potensialet antas å ligge i tiltak innen kvinnedominerte næringer og yrker, som omfatter mange kvinner og hvor arbeidet preges av emosjonelle og relasjonelle krav og mekaniske (ergonomiske) belastninger. Dette er arbeidsmiljøforhold som er vist å ha betydning for de dominerende arbeidsrelaterte årsakene til sykefravær



og frafall fra arbeidslivet; lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan også virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. *Utvalget* mener derfor at målrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i næringer der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt, og hvor antallet kvinner er stort, har potensial for å påvirke kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet samlet sett.

*Utvalget* viser også til at det er behov for mer kunnskap om helseeffektene av kombinert eksponering for både psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. Denne kunnskapen må brukes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

*Utvalget* mener at det kan være mulig å redusere sykefraværet blant gravide ved å tilrettelegge bedre for gravide som har svangerskapsrelaterte plager og som jobber i belastende yrker.

*Utvalget* viser videre til at det er behov for mer kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes påvirkninger fra arbeidet/arbeidsmiljøet og arbeidsdeltakelse. Dette kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjoner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner.

*Utvalget* viser også til at det er etablert formelle strukturer og et handlingsrom gjennom regelverk, partssamarbeid og andre formelle rammebetingelser for oppfølging av arbeidshelse, både når det gjelder kravene til hva som skal til for å skape gode arbeidsmiljøer og arenaene for partssamarbeid.

Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Det er utviklet kunnskap og kunnskapsbaserte, virksomhetsrettede verktøy og virkemidler til bruk i virksomhetenes HMS-arbeid.

Kunnskapsgrunnlaget viser likevel at det er et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene. Etablert kunnskap og målrettede virkemidler og verktøy når ikke i tilstrekkelig grad ut til virksomhetene. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Bransjerettet informasjon etterlyses i HMS-opplæringen.

*Utvalget* peker på at det er et potensial for å bruke det etablerte handlingsrommet i arbeidslivet, slik at virksomheter får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om regelverk og virkemidler

til å arbeide målrettet og effektivt med forebyggings- og tilretteleggingsarbeidet. Kunnskapen viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. Dette er et viktig utgangspunkt for arbeidet med risikovurderinger og handlingsplaner i virksomhetene. Samtidig påpeker *utvalget* at en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer vil være felles, slik at bransjespesifikke verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

For å fremme kvinners arbeidsmiljø og arbeidstilknytning er det derfor nødvendig å engasjere alle ansvarlige aktører; myndighetene, partene i arbeidslivet, kompetansemiljøer og virksomhetene lokalt i en satsing på kvinners arbeidshelse – i samarbeid og innenfor sine respektive ansvarsområder. Det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet må legges til grunn for satsingen, og *utvalget* mener at formidling av kunnskapsgrunnlaget i seg selv er et hovedtiltak. Der nest peker *utvalget* på at det er nødvendig å utvikle ny og oppdatert kunnskap om kvinners arbeidshelse. Det største potensialet for forbedringer vurderes å ligge i å forsterke det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, hovedsakelig innenfor gjeldende krav og rammer, understøttet av nasjonale kunnskapsbanker, bransjeprogrammer og veiledningsmaterieell mv., og med partene i arbeidslivet som aktive pådrivere.

*Utvalgets* forslag til tiltak rettes mot alle aktører i denne kjeden og innebærer vurderinger og oppfølging av regelverk, veiledning, myndighetsoppfølging, kunnskapsutvikling, partssamarbeid, tariffavtaler, opplæring, organisert samarbeid og rammebetingelser på arbeidsplassene.

I *kapittel 10 Satsing på kvinners arbeidshelse: Tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner* presenteres utvalgets 47 forslag til tiltak.

*Utvalget* har lagt til grunn at tiltaksforslagene skal:

- svare på utvalgets mandat
- bygge på kunnskapsgrunnlaget
- ha betydning for kvinners arbeidshelse og helse relatert fravær og frafall fra arbeidslivet

*Kvinnearbeidshelseutvalget* foreslår en helhetlig satsing på kvinners arbeidshelse, i regi av virksomhetene, partene i arbeidslivet, myndighetene og kompetansemiljøer. Kunnskapsgrunnlaget må legges til grunn for satsingen. Satsingen kan inngå i en ny nasjonal arbeidsmiljøstrategi, dersom en slik strategi etableres.

*Utvalgets* forslag omhandler oppfølging av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse generelt, både i kvinnedominerte yrker og næringer, og i yrker og næringer med ulik kvinneandel. Det største potensialet antas å ligge i tiltak som forsterker det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, og særlig innen kvinnedominerte næringer og yrker, som omfatter mange kvinner og der arbeidet preges av emosjonelle og relasjonelle krav i kombinasjon med mekaniske (ergonomiske) belastninger.

Tiltaksforslagene omhandler også kvinners livsfaser, vold og overgrep utenfor arbeidet og helseforhold som i utgangspunktet ikke er forårsaket av arbeidsmiljøet, men som likevel påvirker kvinners arbeidstilknytning og arbeidsdeltakelse.

*Utvalget* foreslår en forskningssatsing på kvinners arbeidshelse, herunder å utvikle og oppdatere faglig og dokumentert kunnskap om kvinners arbeidsmiljø, og arbeidsmiljøets betydning for helse, frafall fra og tilknytning til arbeidslivet. Forslagene omfatter også kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinnerens arbeidshelse, og forskning på sammenhenger mellom kvinners livssituasjon, helse og arbeidsdeltakelse. For å få bedre kunnskap om arbeidsfaktorer som påvirker forekomsten av arbeidsrelatert sykdom, arbeidsrelatert sykefravær og uførhet blant kvinner i Norge, foreslår *utvalget* også tiltak som kan styrke omfanget av, kvaliteten på og tilgangen til datagrunnlaget på arbeidsmiljø- og helseområdet for analyse- og forskningsmiljøer.

Tiltak som foreslås skal bidra til å sette arbeidsgivere og arbeidstakere på den enkelte arbeidsplass bedre i stand til å jobbe målrettet, forbyggende og helsefremmende med arbeidsmiljøforholdene, og til at arbeidet tilrettelegges slik at arbeidstakere med helseutfordringer kan stå i arbeid, og at sykmeldte kan komme raskere tilbake. Tiltakene skal legge til rette for effektiv myndighetsoppfølging og et velfungerende partssamarbeid om målrettet, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljø- og tilretteleggingsarbeid. Arbeidsplassene og partene i arbeidslivet skal ansvarliggjøres i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Tiltakene skal videre bidra til utvikling av nødvendig kunnskap og kompetanse, og til oppfølging av og tilrettelegging for at kvinner med helseutfordringer følges opp i virksomhetene, uavhengig av om helseutfordringene har sammenheng med arbeidet eller ikke.

Oppsummert anbefaler *utvalget* at en satsing på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning omfatter følgende innsatsområder:

1. Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene

2. Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene
3. Partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse
4. Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse
5. Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser
6. Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene
7. Forskningssatsing og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser

Vista Analyse har bistått utvalget med konsekvensberegninger av tiltaksforslagene.

*Kvinnerarbeidshelseutvalget* foreslår følgende tiltak for oppfølging av kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet:

#### *Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene*

1. Styrke det systematiske HMS-arbeidet i virksomhetene, med vekt på kvinners arbeidshelse.
2. Bruke bedriftshelsetjenesten for å fremme kvinners arbeidshelse
3. Forsvarlig arbeidsmiljø for kvinnelige arbeidstakere med innvandrerbakgrunn

#### *Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene*

4. Organisering og ledelse som legger til rette for god oppfølging
5. Organisasjonstiltak som fremmer arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning
6. Arbeidstidsordninger som fremmer helse og heltid
7. Virkemidler for håndtering av emosjonelle belastninger
8. Økt utvikling og bruk av digitale og teknologiske hjelpemidler

#### *Partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse*

9. Implementering av kunnskap om kvinners arbeidshelse i IA-bransjeprogrammene
10. Vurdere nye IA-bransjeprogram i kvinnedominerte bransjer
11. Partene i arbeidslivet fremmer tiltak for kvinners arbeidshelse
12. Partene i arbeidslivet bidrar til HMS-opplæring som omfatter kvinners arbeidshelse

13. Partene i arbeidslivet bidrar til bruk av bedriftshelsetjenesten
14. Organisert arbeidsliv som virkemiddel for inkludering av innvandrerkvinner i arbeidslivet
15. Partene i arbeidslivet bidrar til at flere kvinner kan stå lenger i jobb

#### *Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse*

16. Nasjonal arbeidsmiljøstrategi, med kvinners arbeidshelse som et av satsingsområdene
17. Oppdatere og formidle nasjonale verktøy og kunnskapsbanker om arbeidsmiljø
18. Lederstøtte om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og sykefraværsoppfølging
19. Oppdatere rammene for HMS-opplæring i virksomhetene
20. Utvikle verktøy for evaluering av endret organisering og nye arbeidsmetoder og arbeidsverktøy i virksomhetene
21. Utvikle opplæringstilbud om kvinners arbeidshelse for sykmeldere
22. Digitalt samhandlingsrom for enklere og bedre informasjonsdeling i sykefraværsoppfølgingen
23. Intensivere og målrette sykefraværsoppfølgingen
24. Oppdatere Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten med kunnskap om kvinners arbeidshelse, og videreføre denne satsingen
25. Økt tilsyn med at verneutstyr er tilpasset kvinner
26. Forebygging og håndtering av vold, trusler og trakassering i arbeidslivet
27. Nasjonalt veiledningsmaterieell om balansen mellom innbyggernes lovfestede rettigheter og arbeidstakernes krav på forsvarlig arbeidsmiljø
28. Sørge for opplæring om personforflytning, emosjonelle og relasjonelle krav og vold og trusler i kvinne-dominerte utdanninger
29. Ny nasjonal strategi for innvandrerhelse, med særlig omtale av kvinners arbeidshelse
30. Målrettet HMS-arbeid overfor kvinner med innvandrerbakgrunn

#### *Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser*

31. Tilrettelegge for kvinners livsfaser i virksomhetene

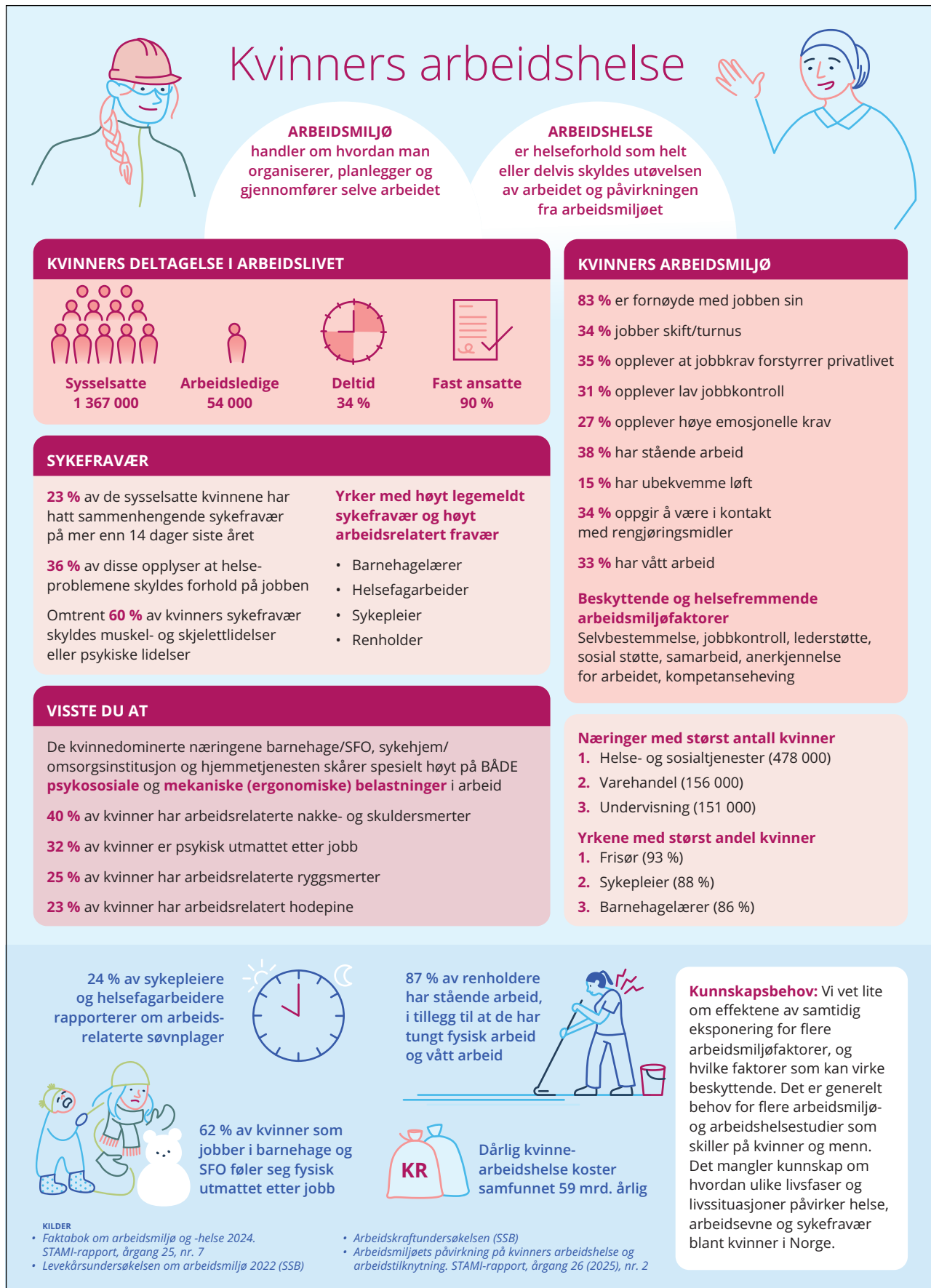
32. Nasjonalt veiledningsmaterieell om tilrettelegging for gravide i arbeidslivet, inkludert om fertilitetsbehandling
33. Nasjonalt veiledningsmaterieell om svangerskapspenge
34. Nasjonalt veiledningsmaterieell om amme-fri fra jobben
35. Nasjonalt veiledningsmaterieell om overgangsalderen på arbeidsplassen
36. Nasjonal oppmerksomhet om tiltak som kan bidra til at flere kvinner står lenger i jobb
37. Spre kunnskap om aktivitets- og redegjøringsplikten (ARP), som verktøy for styrking av kvinners arbeidsmiljø

#### *Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene*

38. Etablere et kompetansetilbud for arbeidslivet om vold i nære relasjoner
39. Inkludere tematikk relatert til arbeidsplassen og arbeidsgiveres oppfølging i veilederen for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner

#### *Forskningssatsing og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser*

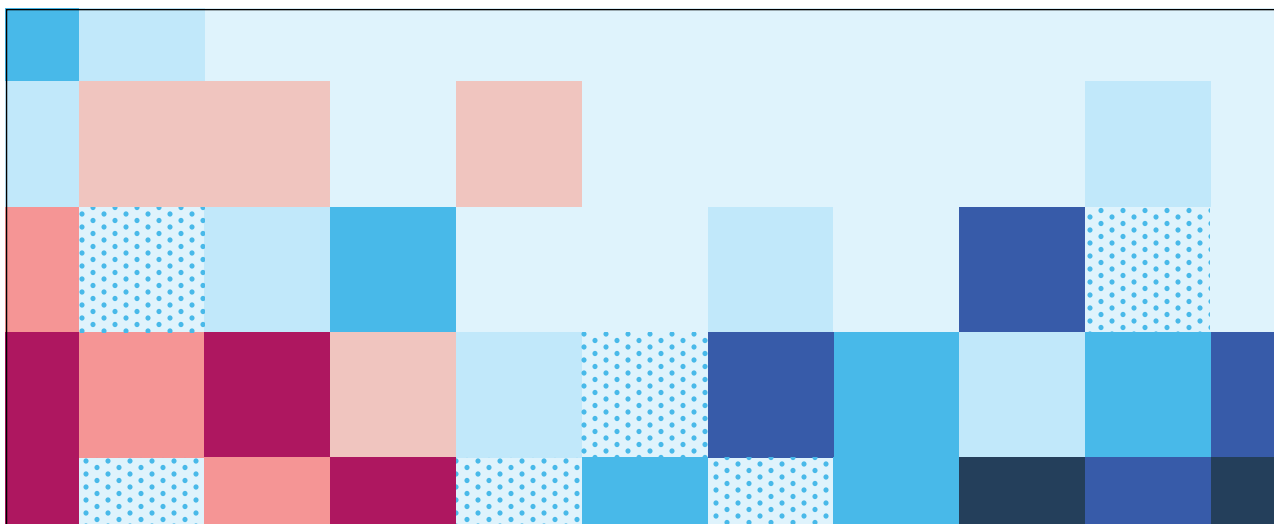
40. Etablere en samlet og koordinert forskningssatsing på forhold av betydning for kvinners arbeidshelse og helse-relatert tilknytning til arbeidslivet
41. Gjennomføre kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse
42. Utvikle forskningsbasert kunnskap om hvordan livsfaser påvirker kvinners arbeidshelse
43. Utvikle registerbasert informasjon om arbeidsrelatert sykefravær
44. Forenkle og digitalisere legenes meldesystem om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet
45. Inkludere problemstillinger om arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidsrelatert sykdom i de regionale og nasjonale systematiske helseundersøkelsene
46. Legge til rette for kobling av data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø med norske helseregistre
47. Bedre tilgjengeligheten av arbeidstidsdata fra offentlig sektor gjennom oppdatering av regelverk



Figur 1.2

*Del I*  
*Bakgrunn*





Figur 2.1

## Kapittel 2

# Utvalgets sammensetning, mandat og arbeid

### 2.1 Utvalgets oppnevning og sammensetning

Kvinnehelseutvalget anbefalte i NOU 2023: 5 Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse (tiltak 50) at det skulle nedsettes et offentlig utvalg som skal se særskilt på kvinners arbeidshelse, herunder gjøre opp kunnskapsstatus og utrede kvinners vilkår for deltagelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær. Det er godt dokumentert at ulike arbeidsmiljøforhold har betydning for arbeidshelse, fravær og frafall fra arbeidslivet. En rekke individuelle forhold, som helseutfordringer knyttet til arv, livsfase/livs-situasjon, livsstil og/eller sykdom som ikke henger sammen med arbeidet har også betydning for kvinners sykefravær og deltagelse i arbeidslivet. Rammebetingelser i arbeidslivet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen har betydning for om kvinner med ulike helseutfordringer blir sykmeldt eller står lenger i arbeid.

Kvinnearbeidshelseutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 8. mars 2024. Utvalget skal utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. På grunnlag av dette kunnskapsgrunnlaget skal utvalget foreslå tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fra-

vær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Tema for Kvinnearbeidshelseutvalgets arbeid er både arbeidsmiljøets og arbeidsforholdenes betydning for kvinners helse (arbeidshelse) og tilknytning til arbeidslivet og hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til at kvinner som av ulike årsaker har helsemessige utfordringer, kan stå lenger i arbeid. Utvalgets arbeid avgrenses mot oppfølging og tiltak på overordnet samfunnsnivå.

Utvalget har vært sammensatt av representanter for partene i arbeidslivet og faglige eksperter med relevant og tverrfaglig kompetanse. Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Lege Nina Tangnæs Grønvold, utvalgsleder
- Forskningssjef Andreas Holtermann
- Professor Marit Christensen
- Førstemanuensis Migle Helmersen
- Overlege Yogindra Samant
- Professor Kari Ingstad
- Førstemanuensis Julian Vedeler Johnsen
- Forskningsleder Håkon Andre Johannessen
- Førstesekretær Julie Lødrup, Landsorganisasjonen i Norge (LO)
- Sykepleier og leder Silje Naustvik, Unio
- Avdelingsleder Hege Herø, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

- Seniorrådgiver Andreas Christensen, Akademikerne
- Advokat Eirik Hognestad, Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
- Seniorrådgiver Jon Anders Drøpping, KS
- Utviklingsdirektør Anne Turid Wikdahl, Arbeidsgiverforeningen Spekter
- Fagsjef Sandra Marie Gripsgård Herlung, Hovedorganisasjonen Virke (til 1. oktober 2024)
- Advokat Carl Fredrik Riise, Hovedorganisasjonen Virke (fra 1. oktober 2024)
- Seniorrådgiver Camilla Hjelle, KS, deltok som stedfortreder i utvalget i perioden 19. august – 24. september 2024.

Utvalget har hatt et sekretariat som har vært ledet av Tone Kjeldsberg (Arbeids- og inkluderingsdepartementet) og med følgende medlemmer: Bodil Stueflaten, Anna Skårberg og Ragnhild Olsen Hvoslef (Arbeids- og inkluderingsdepartementet), Tonje Strømholm (Arbeidstilsynet) og Stine Fossum (Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)).

## 2.2 Utvalgets mandat

Kvinnearbeidshelseutvalget fikk følgende mandat fra regjeringen:

«God helse medfører ofte god arbeidsevne, samtidig som det å være i arbeid for mange er helsefremmende i seg selv. Utgangspunktet for utvalgets oppdrag og arbeid er kvinners arbeidshelse. «Arbeidshelse» defineres som helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. Det er godt dokumentert at ulike arbeidsmiljøforhold har betydning for arbeidshelse, fravær fra og manglende deltagelse i arbeidslivet. Dette kan være både organisatoriske forhold, som arbeidstid, tilsettingsforhold, heltid/deltidsarbeid mv., samt fysiske, kjemiske og psykososiale utfordringer i arbeidsmiljøet. Dokumentert kunnskap om arbeidsmiljø og arbeidshelse blant innvandrere generelt viser at arbeidsskader og opplevd mobbing og diskriminering er mer utbredt blant sysselsatte innvandrere enn blant øvrige sysselsatte. I dette bildet er det også kjønnsforskjeller. 1 av 3 sykefraværstilfeller oppgis å være arbeidsrelaterte, noe som betyr at man vurderer at sykefraværet helt eller delvis skyldes forhold i jobben. Dette indikerer et betydelig forebyggings- og utviklingspotensial knyttet

til kvinners arbeidsmiljø og arbeidsmiljøets betydning for helse, frafall fra og deltagelse i arbeidslivet.

En rekke individuelle forhold, som helseutfordringer knyttet til arv, livsfase/livssituasjon (f.eks. pårørendeomsorg), livsstil og/eller sykdom som ikke henger sammen med arbeidet har også betydning for kvinners sykefravær og deltagelse i arbeidslivet. Selv om slike helseforhold ikke henger direkte sammen med utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet, vil rammebetingelser i arbeidslivet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen ha betydning for om kvinner med ulike helseutfordringer blir sykmeldt eller står lengre i arbeid.

Tema for utvalgets arbeid vil derfor være både arbeidsmiljøets og arbeidsforholdenes betydning for kvinners helse (arbeidshelse) og tilknytning til arbeidslivet og hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner som av ulike årsaker (herunder stor totalbelastning, omsorgsoppgaver, seksuell trakassering og vold) har helseutfordringer.

I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* pekes det på at konsekvensene av arbeidsrelaterte plager og sykdommer rammer kvinner som jobber i helse- og omsorgssektoren i særlig grad. Det rapporteres også om ulik grad av jobberelaterte plager og sykdommer blant ulike grupper av helsefagarbeidere. Arbeidsmiljøforhold i helse- og omsorgssektoren vil også være et naturlig og sentralt tema i utvalgets arbeid. Helseeffekter i form av muskelskjelettlidelser og lettere psykiske lidelser er særlig relevante i denne sammenheng.

Samtidig er det behov for en bredere innfallsvinkel til kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse. Dokumentert kunnskap om kvinners arbeidsforhold og arbeidsmiljøeksponeringer, arbeidshelse, fravær og frafall i flere ulike yrker og næringer med ulik kvinneandel må inngå i utvalgets vurderinger. Arbeidsmiljøets betydning for kvinners helse gjennom ulike livsfaser og kjønnsforskjeller i fysiologiske og biologiske forutsetninger og arbeidshelse er også av interesse. I utvalgets mandat inngår også en vurdering av mulige og relevante tiltak for å forebygge arbeidsrelaterte plager og sykdommer og fremme god arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet blant kvinner i ulike yrker og næringer.

Kvinnerns arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet er en sammensatt problematikk,



som også kan henge sammen med samfunnsstrukturelle forhold, som utforming av helse- og velferdsrelaterte ytelser og pensjonsordninger, eldreomsorg og lønssystemer. Utvalgets arbeid skal likevel avgrenses mot oppfølging og tiltak på overordnet samfunnsnivå.

Utvalgets rapport skal bygge på faglig og dokumentert kunnskap og skal bl.a. omfatte en analyse av kunnskapsgrunnlaget og vurderinger og forslag knyttet til:

1. kvinners tilknytning til og frafall fra arbeidslivet
2. arbeidsmiljøforhold av betydning for kvinners arbeidshelse, trivsel og deltagelse i arbeidslivet
3. sammenheng mellom kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse, sykefravær og deltagelse i ulike yrker og næringer
4. kvinners fysiske forutsetninger, arbeidsmiljø, arbeidshelse, sykefravær og deltagelse i ulike yrker og næringer
5. betydningen av arbeidsforhold og arbeidsmiljø for helse gjennom kvinners livsfaser, med særlig blick på reproduktiv helse, overgangsalder og sykdommer og helseutfordringer som i større grad rammer kvinner, som muskel- og skjelettplager og migrene
6. ulikheter mellom offentlig og privat sektor når det gjelder kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet
7. tiltak for å forebygge og tilrettelegge arbeidet ved arbeidsrelaterte plager og sykdommer (helseskader) og fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner i ulike yrker og næringer
8. rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet som kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner som av ulike årsaker (herunder stor totalbelastning, omsorgsoppgaver, seksuell trakassering og vold), har helseutfordringer
9. økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte tiltak
10. eventuelt andre forhold av betydning

Utvalget skal vurdere tiltak i tråd med utredningsinstruksens krav, herunder ulike alternative tiltak og deres virkninger. Minst ett av alternativene til de samlede tiltakene skal være budsjettneutralt. Det foreligger en veileder i offentlig utvalgsarbeid: Utvalgsarbeid i staten, som gir veiledning om hvordan utredningsinstruksens krav kan etterleves.

Utvalget sammensettes av representanter for partene i arbeidslivet og faglige eksperter med relevant og tverrfaglig kompetanse. Utvalget kan innhente faglige innspill, vurderinger og dokumentasjon når det er behov for det. Utvalgets rapport skal foreligge innen 1. april 2025. Dersom utvalget finner tiltak som det er bred enighet om, kan de velge å legge frem dette i en underveisrapport før endelig rapport skal foreligge.»

## 2.3 Utvalgets fortolkning av mandatet

Utvalget har hatt et omfattende mandat, og har hatt kort tid på sitt arbeid. Det var derfor nødvendig å innledningsvis foreta en nøye vurdering av mandatets oppdrag og avgrensning, og prioritere utvalgets arbeid på bakgrunn av dette.

Regjeringens oppdrag til utvalget er i utgangspunktet å utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. Dette kunnskapsgrunnlaget skal bygge på faglig og dokumentert kunnskap. Det er videre viktig at kunnskapsgrunnlaget er nøytralt og uavhengig. Et godt, faglig dokumentert og objektivt kunnskapsgrunnlag er derfor en hovedleveranse fra utvalget. Utvalget har i denne forbindelse tatt utgangspunkt i den beste tilgjengelige kunnskapen som foreligger i dag, samt innhentet egne relevante kunnskapsgjennomganger, utredninger og dataanalyser. Det er lagt vekt på at kunnskapen bygger på datagrunnlag av god, anerkjent vitenskapelig og faglig kvalitet, slik at kunnskapsgrunnlaget kan komme best mulig til nytte for ettertiden. Kunnskapsgrunnlaget og arbeidet med dette beskrives nærmere i kapittel 2.4 og i utredningens del II.

Utvalgets vurderinger og forslag til tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner tar utgangspunkt det dokumenterte kunnskapsgrunnlaget. Det er bl.a. godt dokumentert at kvinner har et høyere sykefravær og frafall fra arbeidslivet enn menn, samtidig som årsaksforholdene i denne sammenheng er komplekse og uklare. Det er et stort behov for arbeidskraft i framtiden, spesielt innenfor enkelte kvinnedominerte bransjer. Det å delta i arbeidslivet kan være helsefremmende i seg selv, så lenge arbeidsmiljøet er godt. Både av hensyn til kvinners likestilling, livskvalitet og helse og behovet for arbeidskraft i framtiden, er det en målsetting å øke kvinners arbeidstilknytning. Et viktig formål med utvalget er derfor å vurdere kunnskap og tiltak som kan bidra til økt arbeidstilknytning blant kvinner. Utvalget har

ikke fått særskilt i oppdrag å drøfte kjønnsforskjeller i arbeidshelse, fravær fra eller tilknytning til arbeidslivet, men det vil i noen sammenhenger være naturlig å beskrive slike forskjeller.

Med «arbeidshelse» menes helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet, jf. mandatet. *Utvalget* legger videre til grunn arbeidsmiljømyndighetenes og partenes definisjon av «arbeidsmiljø», som innebærer at arbeidsmiljø handler om selve arbeidet som skal utføres. Dette innebærer at:

- arbeidsmiljø er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet
- alle arbeidsplasser er forskjellige og har ulike arbeidsmiljøutfordringer
- arbeidsmiljø har stor betydning for ansattes helse og trivsel og for produktivitet og driftsresultater

Hvordan arbeidsmiljøet påvirker kvinners helse og deltakelse i arbeidslivet, både i positiv og negativ retning, er derfor et sentralt tema for utvalget.

I tillegg til slike vurderinger knyttet til arbeidshelse, omfatter utvalgets oppdrag å vurdere hvordan rammebetingelser og arbeidslivet/arbeidsmiljøet kan legges til rette for at kvinner som har helseproblemer som i utgangspunktet ikke skyldes jobben, kan arbeide. Denne rammen innebærer at utgangspunktet for utvalgets diskusjoner er forhold som berører både arbeid og helse og hvordan disse forholdene henger sammen. Kvinners helse i mer bred forstand er nylig behandlet av Kvinnehelseutvalget i NOU 2023: 5. Kvinner er forskjellige, og spørsmål om arbeidshelse kan også omfatte hvordan ulike helseutfordringer, f.eks. knyttet til kvinners biologi eller livsfaser, kan gi behov for tilrettelegging eller rammebetingelser, slik at kvinner kan arbeide og stå lenger i arbeid. Problemstillinger og tiltak som ikke omhandler forholdet ved og mellom arbeid og helse, anses i utgangspunktet ikke som relevante for dette utvalgets arbeid.

Det framgår av mandatet at utvalgets arbeid skal avgrenses mot oppfølging og tiltak på overordnet samfunnsnivå. En slik prioritering har vært hensiktsmessig med tanke på den begrensede tid utvalget har hatt til rådighet. Blant ordninger på overordnet samfunnsnivå kan i denne sammenheng nevnes ordninger som sykelønnsordningen og andre stønadsordninger, pensjonssystemet, utdanningssystemet, annet overordnet lovverk, prioriteringer i helsevesenet mv.

*Utvalget* anser punkt 1 i mandatet, dvs. en gjennomgang av kvinners tilknytning til og frafall fra

arbeidslivet, som helt sentralt i sitt arbeid. Punkt 2 og 3, om arbeidsmiljøforhold av betydning for kvinners arbeidshelse, trivsel og deltakelse i arbeidslivet og sammenhengen mellom kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse, sykefravær og deltakelse i ulike yrker og næringer omhandler forhold som særlig påvirker arbeidstilknytning og fravær. Herunder er det viktig å se nærmere på arbeidsmiljø og arbeidshelse i relevante kvinnedominerte yrker og næringer, i tillegg til eksponeringer som påvirker kvinner og menn på ulik måte i yrker og næringer med ulik kvinneandel. *Utvalget* har derfor prioritert å gå nærmere inn på noen relevante yrker og næringer.

*Utvalget* har ikke behandlet problemstillinger knyttet til kjønnsinkongruens eller individuelle forhold som livsstil mv. og hvordan disse kan påvirke kvinners helse og deltakelse i arbeidslivet. Dette er forhold som anses å ligge utenfor utvalgets mandat.

Utvalgets mandat omfatter heller ikke spesifikt en vurdering av kunnskap og tiltak for å øke systemsettingen blant kvinner eller grupper som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet. *Utvalget* viser likevel til at dette er viktige utfordringer av stor samfunnsmessig betydning, og at godt forebyggende arbeidsmiljø- og sykefraværarbeid og oppfølgingstiltak i arbeidslivet vil bidra til å forebygge og redusere sykefravær og frafall og legge til rette for inkludering. Gjennom å jobbe godt og systematisk med å forebygge og redusere sykefravær og frafall, skapes også gode inkluderingsarenaer i arbeidslivet.

Utvalget hadde sitt første møte 10. april 2024, og har hatt i alt 16 møter, hvorav seks todagersmøter. Utvalget har lagt vekt på faglige innspill, og møtene har vært kombinert med fagdager med innledninger og innspill fra forskningsmiljøer og berørte myndigheter. Utvalget hadde sitt siste møte 27. februar 2025.

## **2.4 Utvalgets kunnskapsgrunnlag og innspill til utvalgets arbeid**

### **2.4.1 Utvalgets kunnskapsgrunnlag**

I mandatet understrekes det at utvalget skal legge faglig og dokumentert kunnskap til grunn for sine vurderinger. I del II av utredningen gis et helhetlig kunnskapsgrunnlag relatert til kvinners arbeidshelse, herunder en beskrivelse av sentrale utviklingstrekk ved kvinners deltakelse i arbeidslivet som kan ha innvirkning på kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse. Kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse er vurdert mot utviklingen

### Boks 2.1 Vurdering av forskning og evidens

For å undersøke om faktorer i arbeidslivet kan forårsake eller medvirke til helseplager, sykdom eller frafall fra arbeidet, kan ulike studiedesign benyttes. Hvilket perspektiv og hvordan denne forskningen blir utført er av betydning for kunnskapen som utvikles. Overordnet skiller man ofte mellom deskriptive og analytiske studiedesign. Deskriptiv forskning forsøker å gi et bilde av hva som skjer i populasjonen som studeres, ofte med en kvalitativ tilnærming gjennom intervjuer eller observasjon. Kvalitative studier vektlegges for å belyse komplekse sosiale og kulturelle faktorer som kan bidra til å utvikle nye teorier og hypoteser. Med kvalitative studier kan man ikke generalisere på populasjonsnivå, men utvide forståelseshorizonten og løfte data fra et mindre utvalg til et mer teoretisk nivå som kan testes videre i kvantitative studier. Analytisk forskning forsøker å kvantifisere en sammenheng mellom to faktorer (en intervensjon eller eksponering og et utfall). Analytisk forskning kan enten være eksperimentell eller observasjonell.

Eksperimentell forskning er av stor betydning for å kunne bidra til å avklare årsaksfaktorer til mange sykdommer, der *kliniske randomiserte forsøk*, som etablerer kontroll med alle utenforliggende faktorer, har vært ansett som det optimale valg. Denne metoden er imidlertid lite tilgjengelig som kunnskapskilde når en skal dokumentere sammenhenger mellom eksponeringer i arbeid og sykdom. Bl.a. av etiske grunner, kan vi ikke eksponere personer for antatt skadelige stoffer, for å lære mer om årsakssammenhenger. En hovedkilde til kunnskap om arbeidsrelatert sykdom har derfor vært *observa-*

*sjonelle studier*, der eksponeringen allerede er gitt. I godt designede observasjonsstudier, også kalt epidemiologiske studier, følger man studiedeltakere over tid, og forsøker på den måten å sikre at den antatte årsaken inntreffer før den antatte virkningen i tid. For å kunne si noe sikkert om en mulig årsakssammenheng er det en rekke faktorer som må tas med i vurderingen. Vurdering av evidens bygger på akkumulert kunnskap fra ulike studier av høy kvalitet, gjerne med ulike design som hver for seg kan være utsatt for ulike typer skjevheter. Om kunnskapen blir vurdert å være tilstrekkelig («sterk nok» evidens) eller ikke, vil kunne avhenge av hva kunnskapen skal brukes til. Det kan vurderes om kunnskap med begrenset evidens kan være tilstrekkelig til å redusere eksponering i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, før evidensen vurderes å være tilstrekkelig sterk nok til å konkludere med en sikker årsakssammenheng. Det kan være metodologiske svakheter i studier som gjør det vanskelig å si noe om en sikker (kausalt) årsakssammenheng mellom en eksponering og et gitt utfall, men det kan likevel vurderes å være tilstrekkelig evidens til å gi forebyggende råd om å redusere eksponering. Hvis man f.eks. har mange observasjonsstudier av god kvalitet på ulike populasjoner med samme resultat, vil man kunne tilnærme seg kausale slutninger. Det vil kunne være godt nok til å gi forebyggende råd – f.eks. at organiseringen av nattarbeid bør gjøres med forebygging av brystkreftrisiko som en av premissene. I situasjoner der det skal vurderes juridisk om det er en sikker årsakssammenheng vil det stilles andre krav til grad av evidens.

over tid der hvor det finnes data. På noen områder ses det også nærmere på forskjeller mellom ulike yrkesgrupper og sektorer/bransjer.

Et viktig formål med kunnskapsgrunnlaget er å identifisere utfordringer og tiltaksområder, men det har også vært en selvstendig målsetting å opparbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse basert på faglig og dokumentert kunnskap. Det er videre vektlagt at kunnskapsgrunnlaget er nøytralt og uavhengig. Det er i kunnskapsgrunnlaget tatt utgangspunkt i den beste tilgjengelige kunnskapen som foreligger i

dag, samt innhentet relevante kunnskaps gjennomgang, utredninger og dataanalyser. Det er lagt vekt på at kunnskapen bygger på datagrunnlag av god, anerkjent faglig kvalitet, slik at kunnskapsgrunnlaget kan komme best mulig til nytte for ettertiden.

Kunnskapsgrunnlaget bygger på norsk og internasjonal forskning innenfor arbeidslivsområdet, befolkningsundersøkelser som arbeidskraftundersøkelsen (SSB), levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB) og YS Arbeidslivsbarometer (AFI-OSLOMET), registerdata og innspill fra

Arbeidstilsynet, Havindustri- og partene i arbeidslivet. I tillegg har Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) hatt sentrale bidrag, herunder utarbeidet en systematisk kritisk kunnskapsoppsummering om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse og en kunnskapsoversikt over arbeidsmiljøtilstanden for kvinner i norsk arbeidsliv. Beskrivelsen av arbeidsmiljøtilstanden blant kvinner i norsk arbeidsliv baserer seg på metodene for det nasjonale overvåkingssystemet ved STAMI. Overvåkingssystemet har som formål å framskaffe, forbedre og formidle relevante data og forskning om arbeidsmiljøtilstanden og å beskrive den nasjonale arbeidsmiljø- og arbeidshelsestatusen. Dette blir gjort i samarbeid med Arbeidstilsynet og Havindustri- og partene, som er sentrale både som brukere og som dataleverandører til systemet. Det er også etablert et eget samarbeid med partene i arbeidslivet gjennom fagrådet til STAMI. Overvåkingssystemet kartlegger og vurderer en rekke datakilder, både spørreskjemabaserte og registerbaserte. Som et viktig supplement til registerdataene gir befolkningsundersøkelser, i særlig grad SSBs levekårsundersøkelse om arbeidsmiljø, grunnlag for å tegne et representativt bilde av arbeidsmiljøet blant kvinner i Norge, basert på det de yrkesaktive selv gir opplysninger om. Disse undersøkelsene gir et godt bilde av forekomster av sykdom og plager i befolkningen, men har mindre presis informasjon om sykdom og diagnoser. Med utgangspunkt i foreliggende data, arbeider det norske overvåkingssystemet med å definere og utvikle indikatorer som er egnet til å gi en beskrivelse av tilstanden og utviklingen tilknyttet arbeidsmiljørisiko, arbeidsrelatert helse eller systematisk forebyggende arbeid. Samtidig gir det en oversikt over områder hvor man har manglende eller utilstrekkelig data-grunnlag.

Et viktig kriterium som ligger til grunn for kunnskapsgrunnlaget, er derfor at det kan vises til dokumentert sammenheng mellom arbeidsmiljø og helse. På områder hvor det er gjort mye forskning, er de mest oppdaterte systematiske litteraturgjennomgangene som er publisert i fagfellevurderte tidsskrift lagt til grunn. Videre er det i tillegg lagt vekt på å løfte fram enkeltstudier fra Norge der dette har vært relevant, f.eks. når det gjelder spørsmål om frafall eller arbeidstilknytning for kvinner som har helseproblemer som i utgangspunktet ikke skyldes jobben. På dette feltet har det vært relativt lite forskning. Her er det vist til norske studier for å eksemplifisere hva som er gjort på området, men som i mindre grad kan

gi sikker kunnskap om årsakssammenhenger. Kilde- og litteraturliste framgår av uttrykt vedlegg.

## 2.4.2 Bestilte utredninger og innspill

Som grunnlag for utvalgets arbeid igangsatte Arbeids- og inkluderingsdepartementet faglige gjennomganger i regi av STAMI og Arbeidstilsynet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har også igangsatt særskilte utredninger og bestilt datagrunnlag av særlig relevans for arbeidet.

### 2.4.2.1 Kunnskapsoppsummering om kvinners arbeidshelse

Som bidrag til utvalgets kunnskapsgrunnlag, har STAMI gjennomført et systematisk litteratursøk etter forskning som er publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrift, og som kan bidra til å gi en oversikt over hvordan fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer påvirker kvinners arbeidshelse og tilknytning til og frafall fra arbeidslivet. Rapport fra denne systematiske kunnskapsoppsummeringen følger som uttrykt vedlegg til utredningen.

STAMI har videre utarbeidet en egen del om kvinners arbeidsmiljø og helse i «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» (1).

### 2.4.2.2 Kvinnearbeidshelse: Regelverksutvikling og Arbeidstilsynets oppfølging

Som grunnlag for utvalgets kunnskapsgrunnlag har Arbeidstilsynet foretatt en gjennomgang og faktabeskrivelse mht. utvikling av og innretning på regelverk og annen myndighetsoppfølging som er relevant når det gjelder kvinners arbeidshelse og oppfølging av kvinnedominerte yrker og arbeidsplasser. Arbeidstilsynets rapport følger som uttrykt vedlegg.

### 2.4.2.3 Samfunnsøkonomiske vurderinger knyttet til kvinners arbeidshelse

Som grunnlag for utvalgets arbeid, ble Vista Analyse i juli 2024 tildelt et todelt prosjekt om samfunnsøkonomiske vurderinger av kvinners arbeidshelse.

Prosjektet innebar faglig bistand til vurdering på to områder:

1. Det er gjennomført en overordnet samfunnsøkonomisk beregning av effekter av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet, samt en tilsvarende vurdering av potensialet knyttet til forebyggende og tilretteleggende tiltak. Både konsekvenser og

forebyggingspotensiale er vurdert med hensyn til den enkelte, arbeidslivet/virksomhetene og samfunnet.

2. Prosjektet har også gitt faglig bistand til en vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av utvalgets forslag. Dette arbeidet ble i hovedsak gjennomført i perioden januar og februar 2025.

Rapporten fra Vista Analyse følger som uttrykt vedlegg.

#### 2.4.2.4 Oppsummering av Fafos forskning om heltid/deltid, med særlig fokus på kvinner

Som bidrag til utvalgets arbeid, har Fafo foretatt en oppsummering av sin kunnskapsutvikling om heltid/deltid publisert i Fafos rapport- og notatserie de siste 15 årene. Oppsummeringen gir et komprimert og helhetlig bilde av sentrale trekk i forskningsfunnene. Rapporter og notater som beskriver utfordringer, tiltak og forsøk i kvinne-dominerte næringer er særlig interessante i denne sammenheng.

Notat fra Fafo følger som uttrykt vedlegg.

#### 2.4.2.5 Kvinnerens arbeidsmiljø og arbeidshelse – analyser av registerdata

OsloMet har de senere årene utviklet jobbindeks-er basert på de fem siste levekårsundersøkelse-ene om arbeidsmiljø. Indeksene muliggjør kob-linger mellom arbeidsmiljø- og registerdata om helseutfall.

Oppsummerende notat om saken følger som uttrykt vedlegg.

#### 2.4.2.6 Ulike forhold av betydning for kvinnerens avgang fra arbeidslivet. Analyse av NorLAG-data

Velferdsforskningsinstituttet NOVA har brukt lon- gitudinelle data fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) for å kunne følge et utvalg kvinner over tid og undersøke en rekke ulike forhold som kan ha betydning for om de har en helserelatert avgang fra arbeidslivet eller ikke. Det er brukt en kombinasjon av registerdata og surveydata for å fastslå om og på hvilken måte kvinner med en helseavgang skiller seg fra resten av utvalget med hensyn til arbeidsforhold, familie- situasjon (inkludert eventuelle omsorgsoppgaver) og helsestatus.

Notat fra NOVA følger som uttrykt vedlegg.

#### 2.4.2.7 Kvinnerens arbeidsmiljø i petroleums- næringen. Notat fra Havindustritilsynet

På grunnlag av data fra Risikonivå Norsk petrole- umsvirksomhet (RNNP) 2023, har Havindustritil- synet utarbeidet et notat om kvinnerens arbeidsmiljø i norsk petroleumsvirksomhet. Notatet er utarbei- det til bruk for Kvinnearbeidshelseutvalget og føl- ger som uttrykt vedlegg.

### 2.4.3 Inviterte innledere

Følgende innlegg har vært holdt for utvalget:

- Kvinnerens arbeidshelse og arbeidsmiljø – Hva vet vi og hva trenger vi kunnskap om? ved The- rese Nordberg Hanvold, direktør, STAMI
- Kunnskapsoppsummering om kvinnerens arbeidshelse, ved Dagfinn Matre, ledende seni- orforsker og Suzanne Merkus, forsker, STAMI
- Helseeffekter av ulike arbeidstidsordninger, med særlig vekt på effekter av lange vakter, ved Dagfinn Matre, ledende seniorforsker og Suzanne Merkus, forsker, STAMI
- Arbeidsrelaterte helseproblemer og arbeidsbe- lastning blant kvinner – et søkelys på kvinnedo- minerte næringer/yrker med utgangspunkt i nasjonale data, ved Tom Sterud, seniorforsker, analyse- og utviklingssjef, STAMI
- Kvinnerens arbeidsmiljø og arbeidshelse i petro- leumsvirksomheten, ved Astrid Schuchert, seniorrådgiver, Havindustritilsynet
- Kvinnerens arbeidsmiljø og arbeidshelse i et livs- løpsperspektiv – analyser av registerdata, ved Åsmund Hermansen, professor, OsloMet
- Utvikling og innretning mht. myndighetenes oppfølging, regelverk, tilsyn, informasjon mv., ved Gunn Robstad Andersen, seksjonsleder, Arbeidstilsynet
- Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljø- arbeid, ved Lisbeth Øyum, seniorforsker, SIN- TEF
- Emosjonelle krav og belastninger i yrker som jobber for og med mennesker, ved Lisbeth Øyum, seniorforsker, SINTEF
- Oppfølgingstiltak i arbeidslivet: Tilrettelegging og samarbeid på arbeidsplassene, samarbeid mellom partene. IA-samarbeidet, bransjeprog- rammer mv., ved Olav Kvam, arbeidslivsdi- rektør, Arbeidsgiverforeningen Spekter
- Orientering om systematikken som er utviklet i bransjeprogrammet for sykehus, ved Mette Jørgensen, spesialrådgiver, Arbeidsgiverfore- ningen Spekter

- Orientering om forskningsprogrammet «Kvinner på skinner», ved Anne Dorthe Gløtvold-Moore, spesialrådgiver, Arbeidsgiverforeningen Spekter
- Kvinner helse og betydningen for deltakelse i arbeidslivet, ved Marianne Gjellestad, Ph.d., Universitetet i Agder og folkehelserådgiver, Agder fylkeskommune
- Vold og overgrep og konsekvenser for arbeidsdeltagelse, ved Maria Teresa Grønning Dale, forsker II og Anja Duun Skauge, stipendiat, Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
- Bidrag fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, NorLag, ved Tale Hellevik, forsker 1, OsloMet
- Orientering om prosjektet KLAR – Kvinnehelse, overgangsalder og arbeidsliv, ved Inger Haukenes, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen
- Betydningen av arbeidsmiljø i framtidens arbeidsmarked, ved Ulf Andersen, statistikk-sjef, Nav Kunnskap
- Oppsummering av Fafos forskning om heltid/deltid, med et særlig fokus på kvinner, ved Ketil Bråthen, forsker og Leif Moland, seniorforsker, Fafo
- Samfunnsøkonomiske vurderinger knyttet til kvinners arbeidshelse, ved Ingeborg Rasmussen, partner og samfunnsøkonom og Tyra Ekhaugen, assosiert partner og samfunnsøkonom, Vista Analyse AS, samt Andrea Rørvik Marti, seniorutreder, ideas2evidence
- Orientering om Vestre Viken HFs arbeid med å tilpasse arbeidstidsordninger for bedre drift, arbeidsmiljø og redusert sykefravær, ved Lisbeth Sommervoll, administrerende direktør, Vestre Viken HF
- Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet – en studie av omfang, håndtering og konsekvenser blant fem yrkesgrupper, ved Marte Pettersen Buvik, seniorforsker, SINTEF
- Orientering om det svenske arbeidet og prosjekter rettet mot bedring av kvinners arbeidsmiljø og praktisk arbeidsmiljøarbeid, særlig i kvinnedominerte sektorer og yrker, ved Minke Wersäll, senior analyt, Arbetsmiljöverket, Sverige
- IA-bransjeprogram – barnehager, virkemidler i arbeidsmiljøarbeidet, ved Kristin Hovland, prosjektleder, KS
- IA-bransjeprogram – sykehjem, virkemidler i arbeidsmiljøarbeidet, ved Aina Frankrig, prosjektmedarbeider, KS
- Bedriftshelsetjenestens erfaringer med kvinners arbeidshelse – gjennomgang av utviklingsmuligheter, ved Tor Erik Danielsen, medisinsk fagsjef, Avonova

#### 2.4.4 Skriftlige innspill

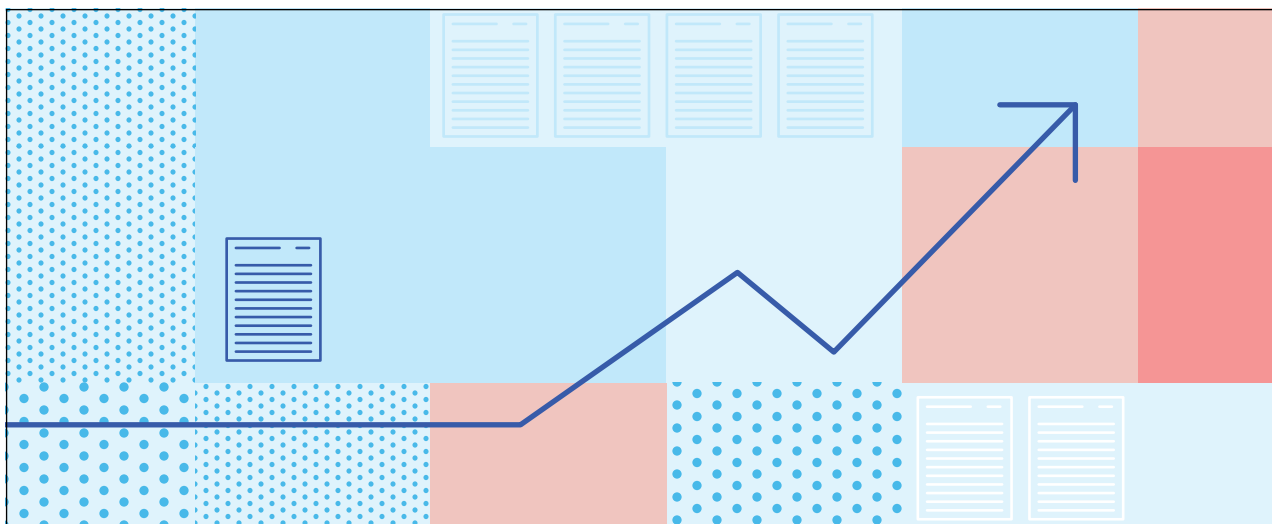
Utvalget har fått skriftlige innspill, bl.a. gjennom utvalgets nettside. Innspillene har bidratt til bakteppet for utvalgets arbeid, vurderinger og forslag. Følgende har kommet med skriftlige innspill til utvalgets arbeid:

- Likestillings- og diskrimineringsombudet
- JURK – Juridisk Rådgivning For Kvinner
- CARE Norge
- SAFE
- Norsk Kvinnesaksforening
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Balansekunst
- Forskningsgruppen Arbeidshelse i nord ved UiT Norges arktiske universitet
- MiRA-Senteret
- Helse Sør-Øst RHF
- Ressursgruppen Kvinnehelse i Equinor
- Norsk Ergoterapeutforbund
- Hvild AS
- Pårørendealliansen
- Norske Kvinners Sanitetsforening
- Kvinnehelsealliansen
- Astellas Pharma Norway
- Landsforeningen 1001 dager
- Norsk Flygerforbund
- 23 enkeltpersoner

*Del II*  
*Kunnskapsgrunnlag*







Figur 3.1

## Kapittel 3

# Kvinnerns deltakelse i arbeidslivet – status og utvikling

### 3.1 Overordnet om yrkesdeltakelse i Norge

Den norske arbeidsstyrken bestod i 2024 av rundt tre millioner mennesker; 1 421 000 kvinner, og 1 588 000 menn. Det tilsvarer om lag 73 prosent av befolkningen mellom 15 og 74 år. I 2024 var det 1 367 000 sysselsatte kvinner i Norge. Kvinnene utgjorde 47 prosent av de sysselsatte (2).

Statistisk sentralbyrå (SSB) har gjennom Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) dokumentert befolkningens arbeidsdeltakelse og arbeidstid siden 1972. Ifølge AKU besto arbeidsstyrken i 1972 av rundt 1 676 000 personer i aldersgruppen 15–74 år. Av disse var litt over en tredjedel (614 000) kvinner. Andelen av den kvinnelige befolkningen som var i jobb, tilsvarte 45 prosent. I 2024 har andelen økt til 69,7 prosent (2).

Yrkesdeltakelsen i Norge er blant de høyeste i Europa, noe som særlig skyldes høy yrkesdeltakelse blant kvinner, unge og eldre. Sysselsettingsandelen blant kvinner er på nivå med de andre nordiske landene, med unntak av Island (se tabell 3.1 og figur 3.4).

En annen måte å beregne arbeidsdeltakelse på er å se på den samlede tiden hver enkelt sysselsatt bruker på arbeid. Det viser at den gjennom-

snittlige arbeidstiden per sysselsatt i Norge er noe lavere enn gjennomsnittet i EU. Antallet timeverk per innbygger ligger bare litt over gjennomsnittet i EU. Dette skyldes bl.a. at Norge har en nokså kort normalarbeidsuke og en relativ høy andel deltidsansatte sammenlignet med andre land (3). Samtidig har Norge et høyt sysselsettingsnivå, særlig blant kvinner og i den eldre og yngre delen av befolkningen. Dette bidrar til at gjennomsnittsarbeidstiden per uke i Norge ligger over gjennomsnittet i EU. I tabell 3.2 vises gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid for kvinner i Norge, sammenlignet med de nordiske landene og EU.

I «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» viser Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) utviklingen av utførte timeverk per sysselsatt og for befolkningen over tid. Beregningen viser at den samlede arbeidstiden for befolkningen har holdt seg relativt stabil siden 1976, se figur 3.5. Utførte timeverk per sysselsatte kvinne er også stabil gjennom perioden, og kvinner står i dag for rundt 40 prosent av summen av utførte timeverk. Forskjellene i arbeidsdeltakelse mellom kjønnene er altså større når vi ser på andel timeverk, enn når vi ser på andel sysselsatte (1).

### Boks 3.1 Definisjoner

**Sysselsatte** er personer som utførte betalt arbeid i minst én time i referanseuka eller som var midlertidig fraværende fra jobben sin pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. Personer på sysselsettingstiltak med lønn fra arbeidsgiver regnes også som sysselsatte. Personer på andre typer tiltak (kvalifiseringstiltak) hvor det bare utbetales en kursstønad e.l. regnes ikke som sysselsatt. Personer som har vært permittert fra jobben sammenhengende i inntil 3 måneder blir også regnet som sysselsatte.

Sysselsettingsandelen regnes i prosent av hele befolkningen i samme aldersgruppe.

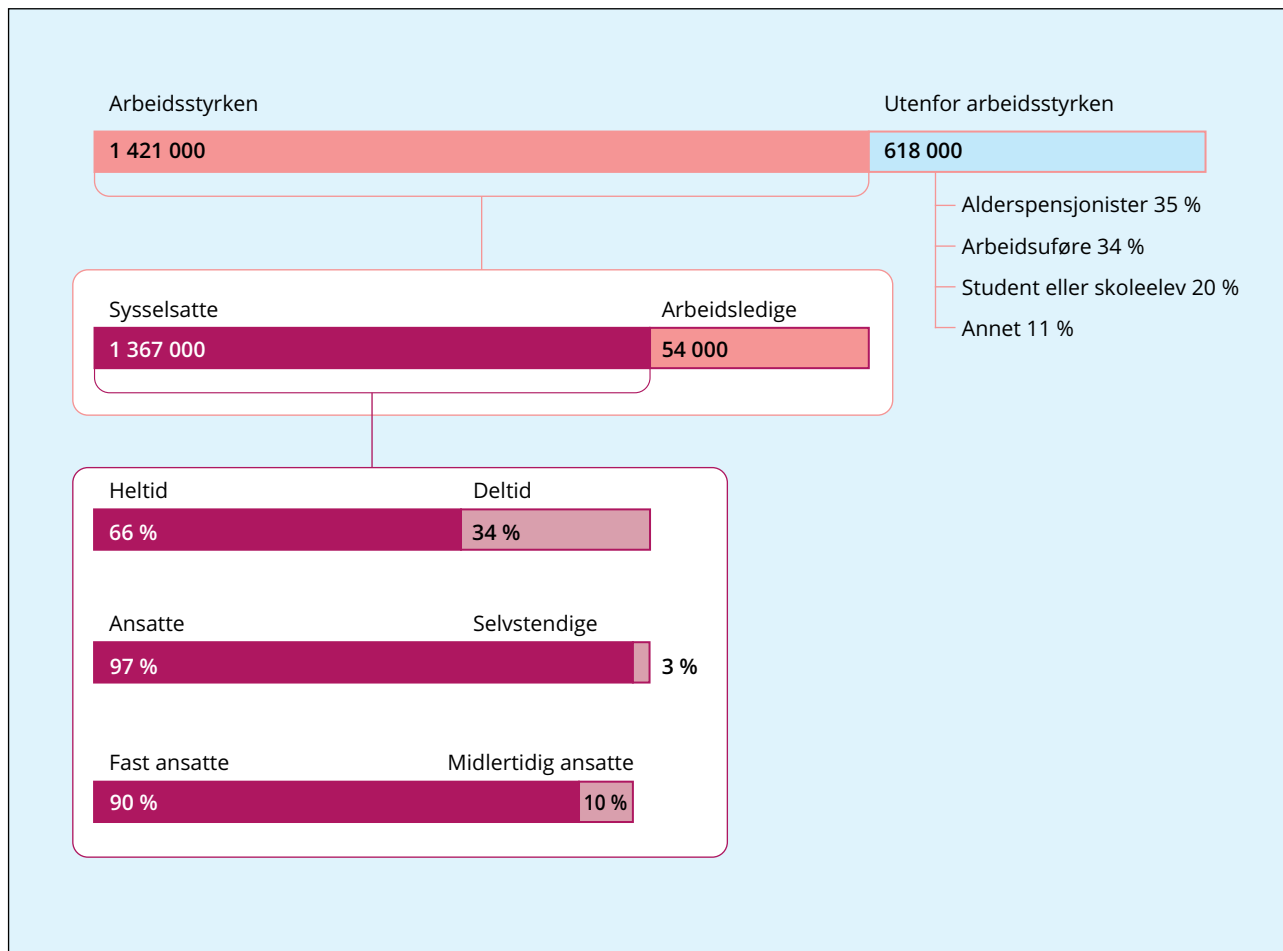
**Arbeidsledige** er personer som ikke utførte betalt arbeid og som aktivt forsøkte å skaffe seg arbeid i

løpet av de siste fire ukene og som kunne ha påtatt seg arbeid i løpet av referanseuka eller de to påfølgende ukene. Alle de tre kriteriene må være oppfylt samtidig. Personer som har vært eller forventer å være permittert i mer enn tre måneder regnes også som arbeidsledige dersom de oppfyller kriteriene om søking og tilgjengelighet.

Arbeidsledighetsandelen regnes i prosent av arbeidsstyrken.

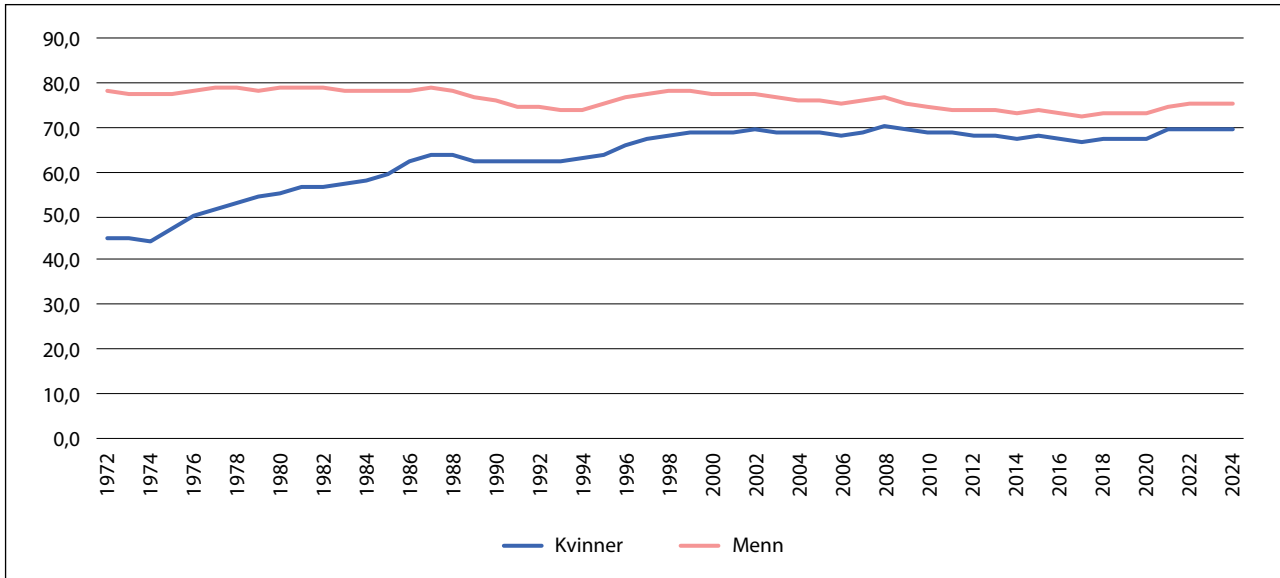
**Arbeidsstyrken** er summen av de sysselsatte og de arbeidsledige, dvs. alle personer som aktivt tilbyr arbeidskraften sin på arbeidsmarkedet. Disse omtales også ofte som yrkesaktive.

Kilde: SSB Statistikkbanken/AKU



Figur 3.2 Kvinnerns deltakelse i arbeidslivet

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen 2024. Statistikkbanken, tabell 05612, 13564, 13584.



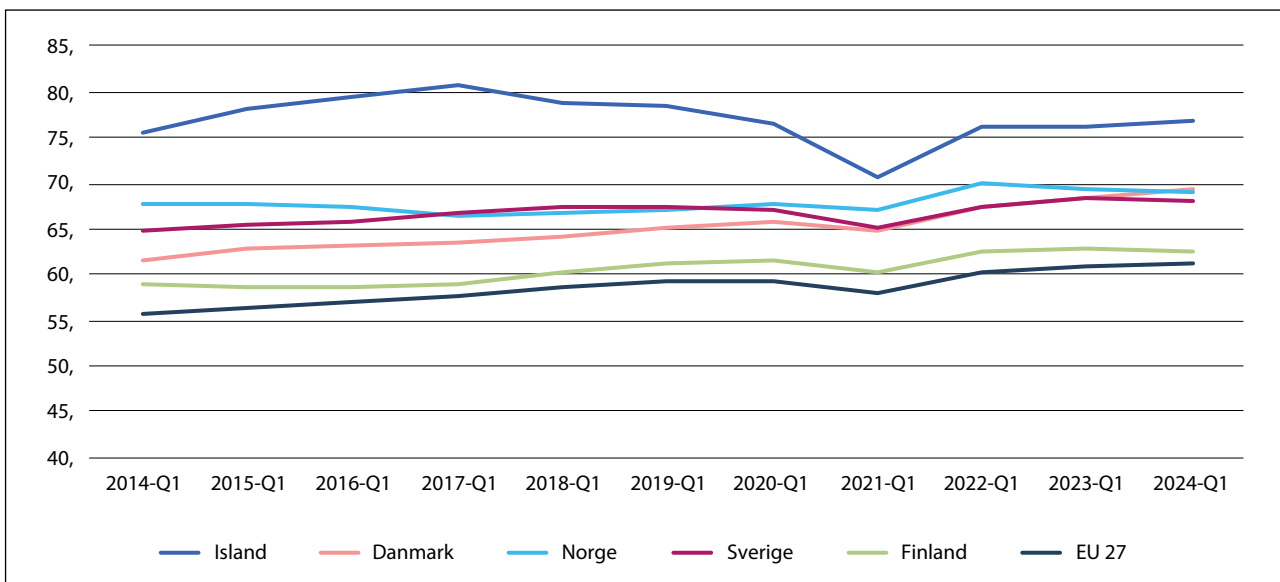
Figur 3.3 Kvinner og menns arbeidsdeltakelse i Norge 1972–2024

Prosentandel kvinner og menn i arbeidsstyrken, 1972–2024.

Kilde: SSB Statistikkbanken/AKU 2024, tabell 03780.

I årene framover forventes det at andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder reduseres betyde-

lig. Veksten i personer i yrkesaktiv alder er beregnet til å stanse opp, mens antallet eldre vil øke (3).



Figur 3.4 Sysselsettingsandel (kvinner) etter statsborgerskap

Figuren viser utviklingen i sysselsettingsandelen for kvinner med nordiske statsborgerskap, samt snittet i EU, for aldersgruppen 15–74 år.

Kilde: Eurostat 2024. Employment rates by sex, age and citizenship.

Tabell 3.1 Prosentandel sysselsetting og arbeidstid i timer for sysselsatte og befolkningen (15-64 år) i Norge, Norden og EU-landene, 2022

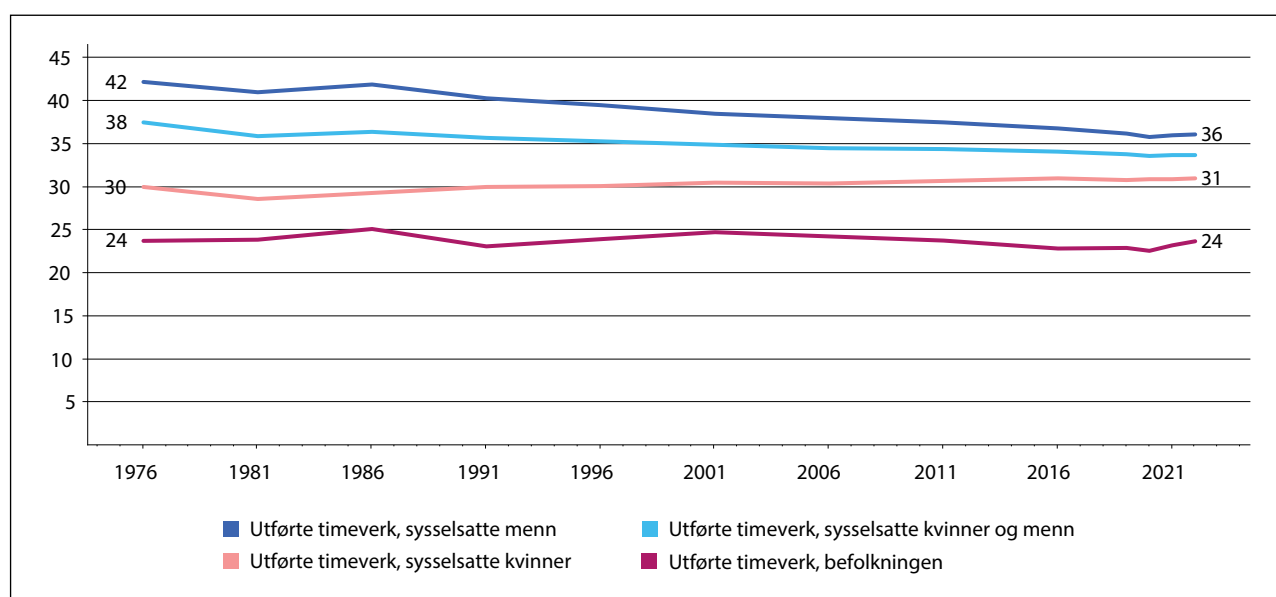
	Norge	EU	Danmark	Finland	Island	Sverige
Sysselsetting totalt	78	70	77	74	83	77
Sysselsetting kvinner	75	65	75	74	81	75
Sysselsetting 15-24 år	58	35	56	46	71	45
Sysselsetting 25-54 år	85	82	85	83	87	86
Sysselsetting 55-64 år	75	62	73	71	83	77
Timer per uke, sysselsatte	33,3	36,2	33,6	34,4	35,5	35,4
Timer per uke, befolkningen	26,0	25,3	25,9	25,5	29,5	27,3

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/AKU, Eurostat Statistikkbank).

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid i primærjobb for kvinner (15-64 år)

	1. kvartal 2024
Sverige	36,7
EU 27	34,3
Island	34,0
Finland	33,8
Norge	32,4
Danmark	31,2

Kilde: Eurostat Statistikkbank. Average number of usual weekly hours of work in main job, by sex, age, professional status, full-time/part-time and economic activity.



Figur 3.5 Gjennomsnittlig faktisk arbeidstid for sysselsatte, 1976-2022

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/AKU).

### 3.1.1 Innvanderers yrkesdeltakelse

Innvandrere har lavere sysselsettingsgrad enn den øvrige befolkningen, men det er samtidig betydelige forskjeller mellom innvandrere når vi ser på innvandringsårsak, botid og kjønn. I 2023 var 72 prosent av innvandrer menn og 64 prosent innvandrer kvinner i Norge registrert som sysselsatte. Innvandrer kvinner fra landgruppe 2 har særlig lav sysselsettingsgrad, og kjønnsforskjellene i sysselsetting er størst blant de som har vært bosatt i Norge i under fire år.<sup>1</sup> For innvandrere fra landgruppe 1 som har vært bosatt i Norge i 7 år eller mer, er det tilnærmet lik andel sysselsatte menn og kvinner (4).<sup>2</sup>

En studie fra 2018 viser at innvandrere i privat sektor er dobbelt så utsatt for å miste jobben som personer uten innvandrerbakgrunn. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet skriver i rapporten «Hvordan går det med integreringen i Norge?» at nesten tre av ti innvandrere i landgruppe 2 opplever at de står i fare for å miste jobben, mot drøyt én av ti i befolkningen ellers. Innvandrere er i større grad enn resten av befolkningen ansatt i midlertidige stillinger. Dette henger også sammen med hvilke sektorer innvandrere jobber i. Eksempelvis arbeider mange innvandrere fra afrikanske land i helse- og omsorgssektoren – som også er en sektor med en høy andel midlertidige stillinger (4).

## 3.2 Det kjønnsdelte arbeidslivet

Arbeidslivet i Norge kan beskrives som kjønnsdelt, gjennom at kvinner og menn er ulikt representert i ulike næringer, sektorer, yrker og stillinger. Kjønnsdelingen kan måles på ulike måter.

Kjønnsfordelingen på tvers av yrker i Norge er omtrent på nivå med gjennomsnittet i OECD-landene. Kvinner er overrepresentert i nærings- og yrkesgrupper innenfor helse og omsorg, offentlig forvaltning og undervisning (1). I figur 3.6 vises prosentvis fordeling av sysselsatte etter kjønn og yrkesgruppe. Frisør, sykepleier og barnehagelærer er yrkene med den høyeste kvinneandelen i Norge.

Analyser fra Institutt for Samfunnsforskning (ISF) i perioden 1995–2014 viser at kjønnsforde-

lingen i det norske arbeidsmarkedet har vært relativt stabil i perioden. Særlig kjønnsdelingen på yrke og næring er helt klart stabil (5). Kvinnedominansen i næringer som helse- og sosialtjenester, undervisning og offentlig administrasjon holder seg gjennom perioden. Yrkesfordelingen mellom kvinner og menn blir imidlertid likere mot slutten av perioden. Denne endringen skyldes i stor grad at yngre kvinner og menn gjør likere utdanningsvalg, noe som igjen påvirker hvilke yrker de ender opp i. Kjønnsforskjellene er også større når man ekskluderer innvandrere fra analysen. Innvandrer kvinner har en lavere sysselsettingsgrad enn gjennomsnittsbefolkningen, noe som kan påvirke kjønnsfordelingen. Innvandrere fra Europa jobber i mer kjønnsstradisjonelle deler av arbeidsmarkedet enn innvandrere fra andre områder. Det overordnede mønsteret ser ifølge ISFs rapport imidlertid ut til å være at (mannlige) ikke-europeiske innvandrere i større grad enn norskfødte arbeider i de tradisjonelt kvinnedominerte delene av arbeidsmarkedet. Gjennom at enkelte grupper av innvandrer menn er overrepresentert i en del kvinnedominerte yrker, bl.a. innenfor pleie og omsorg og renhold, bidrar innvandrere til et mindre kjønnsdelt arbeidsmarked.

Analysen viser at forskjellene i kjønnsfordeling er relativt høye blant 20-åringene, faller fram mot 30-årene og stiger igjen etter 30-årene og fram til 60 års alder. Mønsteret går igjen hos alle alderskohortene av arbeidstakere, men forskjellene i kjønnsandel er lavere for yngre kohorter enn eldre når de er like gamle. Dette kan bety at kjønnsforskjellene på arbeidsmarkedet blir mindre i framtiden. Forskjellene i kjønnsandel er størst for ansatte med videregående som høyeste utdanningsnivå (5).

Andelen sysselsatte i kjønnsbalanserte yrker økte fra 1999 til 2014.<sup>3</sup> Samtidig har også kvinnedominerte yrker økt sin andel sysselsatte. Økningen i sysselsatte i kjønnsbalanserte yrker skyldes at den mannsdominerte delen av arbeidsmarkedet har blitt relativt sett mindre.

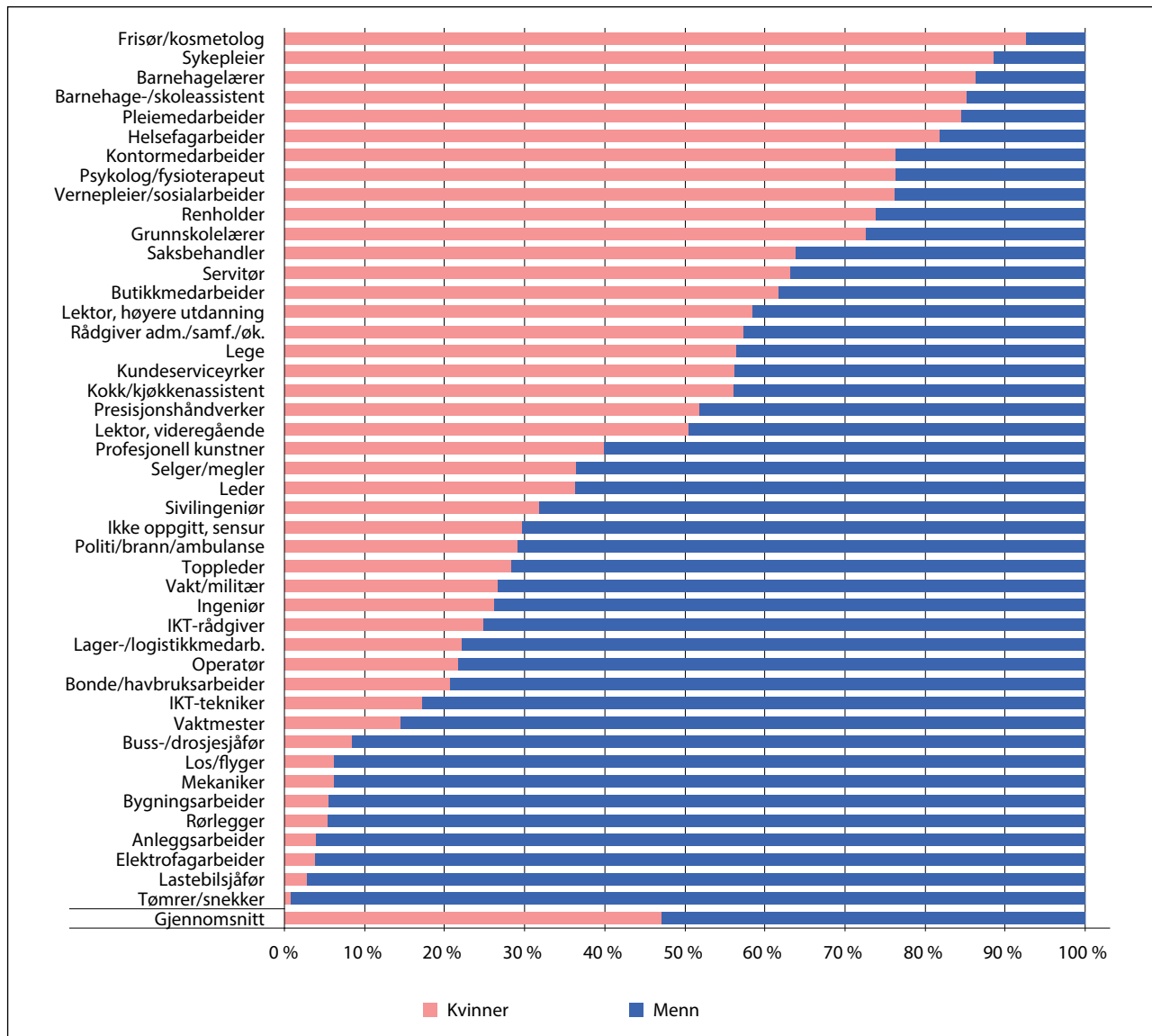
Kjønnsdelingen er også tydelig i skillet mellom offentlig og privat sektor. I offentlig sektor er 70 prosent av de sysselsatte kvinner, mens andelen kvinner i privat sektor er 37 prosent (6). Andelen kvinner blant sysselsatte i offentlig sektor har økt over tid (5).

Kjønnsdeling i arbeidslivet kan også beskrive hvordan kvinner og menn fordeler seg ulikt i stillingshierarkiet. Fordelingen mellom menn og

<sup>1</sup> Landgruppe 2: Land i Asia med Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og europeiske land utenfor EU/EØS.

<sup>2</sup> Landgruppe 1: EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand.

<sup>3</sup> I ISFs analyse er kjønnsbalanserte yrker definert som yrker med en kvinneandel på mellom 40–60 prosent.



Figur 3.6 Prosentvis fordeling av sysselsatte, etter kjønn og yrkesgruppe

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/AKU).

kvinner i ulike yrker vil ofte også påvirke fordelingen i et stillingshierarki. Ulike yrker gir ulike mulige karriereløp videre, med tilhørende ulike muligheter for framtidige topp-posisjoner i arbeidslivet (5). Kvinner er fremdeles underrepresentert i norske topplergrupper og styrer, selv om kvinneandelen har økt noe de siste årene (7).

### 3.3 Kvinners arbeidstid og arbeidstidsordninger

I dagens samfunn stilles det krav om kontinuerlig drift i en rekke ulike næringer og sektorer. En naturlig konsekvens av dette er skift- og turnusordninger og nattarbeid. I dagligtale brukes

begrepene om hverandre, men ordningene er definert av Skift/turnusutvalget i 2008 (NOU 2008: 17) og lagt til grunn av Arbeidstidsutvalget i 2016 (NOU 2016: 1). *Skiftarbeid* kjennetegnes ved at ordningen har faste arbeidslag som etter en viss rytme skifter mellom dag-, kvelds- og nattarbeid. Skiftarbeid blir benyttet i virksomheter som har et jevnt bemanningsbehov på alle skift, f.eks. i mange produksjonsvirksomheter (8). Når arbeidstiden er organisert i *skiftlag*, har skiftlaget fri samtidig, og er på jobb samtidig (1, 9).

*Turnusarbeid* beskriver ordninger der bemanningsbehovet varierer gjennom døgnet og uka. Arbeidstakeren tilhører ikke et fast arbeidslag, og arbeidslagets størrelse varierer avhengig av om det er dag, kveld, natt, lørdag eller søndag.

Tabell 3.3 Prosentandel sysselsatte som oppgir arbeid utenom dagtid, nattarbeid, lange arbeidsuker og mindre enn 11 timers hviletid

Alder	Kjønn	Arbeid utenom dagtid	Nattarbeid	Lange arbeidsuker (>48 timer)	Hviletid (<11 timer)
Alle	Begge	32	11	8,2	12
Alle	Menn	29	13	11	9,8
Alle	Kvinner	34	10	4,6	14
17–24 år	Menn	51	15	6,0	12
17–24 år	Kvinner	67	15	1,4	24
25–34 år	Menn	31	16	9,6	11
25–34 år	Kvinner	36	15	6,0	15
35–44 år	Menn	27	12	12	10
35–44 år	Kvinner	27	7,8	4,0	12
45–54 år	Menn	25	12	14	10
45–54 år	Kvinner	27	6,4	5,6	11
Over 55 år	Menn	24	10	13	7,7
Over 55 år	Kvinner	28	6,5	4,4	11

Lange arbeidsuker defineres i LKU-A som å arbeide mer enn 48 timer per uke i hovedarbeidsforholdet. I forskningslitteraturen brukes ofte mer enn 55 timers arbeid per uke som definisjon. For tabell 3.3 er det grenseverdien på 48 timer fra LKU-A som er brukt. Kilde: STAMI/NOA. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024 (SSB/LKU-A 2022).

Turnus er typisk innen helse- og omsorgssektoren, hvor behovet for bemanning er sterkt varierende over døgn og ukedager (8).

I forskningslitteraturen er det vanligvis ikke et klart skille mellom skift- og turnusarbeid, det engelske begrepet «*shift work*» brukes som samlebetegnelse. Skift- og turnusarbeid er ikke definert i arbeidsmiljøloven. I statistikken brukes «arbeid utenom ordinær dagtid» som begrep. Arbeid utenom ordinær dagtid viser til alle typer arbeidstidsordninger som avviker fra ordinær dagtid (1).

*Nattarbeid* defineres i arbeidsmiljøloven som arbeid mellom klokken 21:00 og 06:00. Lovens utgangspunkt er at nattarbeid er ulovlig, og bare tillat dersom arbeidets art gjør det nødvendig. Begrunnelsen for forbudet mot nattarbeid er beskrevet i forarbeidene til arbeidsmiljøloven; arbeidstakerne skal vernes mot de helsemessige belastningene det innebærer å arbeide om natten (10).

I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A) i 2022 (SSB) oppga i alt 32 prosent av alle

ansatte at de arbeider utenom dagtid. Andelen var høyere blant kvinner (34 prosent) enn blant menn (29 prosent). Når det gjelder nattarbeid, rapporterte i alt elleve prosent om nattarbeid. Andelen var noe høyere blant menn (13 prosent) enn blant kvinner (ti prosent) (1). En oversikt over andelen sysselsatte som oppgir at de jobber utenom dagtid, fordelt på alder og kjønn, vises i tabell 3.3.

STAMI har utarbeidet en oversikt over næringer etter hvor høyt de skårer på indikatorene arbeid utenom dagtid, nattarbeid og lange arbeidsuker, se figur 3.7.

Oversikten viser at innen helse- og sosialsektoren er det flere næringer med en høy andel sysselsatte som oppgir arbeid utenom dagtid. Blant de kvinnelige sysselsatte gjelder det 88 prosent i sykehjem/omsorgsinstitusjoner, 77 prosent i hjemmetjenesten og 55 prosent i sykehustjenester (11). Sykehjem/omsorgsinstitusjon og sykehustjenester har sammen med overnatting og servering, den høyeste andelen nattarbeid for de kvinnelige sysselsatte i de ulike næringene.

	Lange arbeidsuker (>48 timer)		Nattarbeid		Arbeid utenom ordinær dagtid	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
NOA-næringsgrupper N1 med noe N2 mod.						
Sykehjem/omsorgsinstit.	2,2	12	29	40	88	84
Overnatting og servering	6	9,8	24	33	67	78
Landbruk/fiske/akvakultur	22	33	8,5	34	47	58
Sykehustjenester	4,1	15	36	34	55	48
Transport og lagring	14	21	18	35	43	59
Hjemmetjenesten	-	-	19	18	77	73
Forsvar/nødetater/fengselsvesen	-	12	18	37	29	46
Utvinning av olje og gass	12	20	8,4	26	21	47
Næringsmiddelindustri	-	5,4	6,8	19	32	44
Varehandel og bilverksted	2,8	8,5	2,3	5,1	47	29
Øvrig tjenesteyting	4,8	11	5,2	9,5	30	34
Legetjen./helseklinikker	6	19	10	9,6	21	21
Sosialtjenester/barnevern	3,1	-	7,2	16	19	30
Industri (ekskl. næringsm.)	3,8	8,4	6,3	10	19	20
Undervisning	6,4	7,7	1,4	3,7	16	17
Faglig/vitensk. tjenesteyting	7,4	15	2,4	5,4	8,8	11
Informasjon og kommunikasjon	4,6	7,7	5,1	4,2	15	11
Bygg/anlegg/kraft/vann/avløp/ renovasjon	5,7	9,9	-	3,9	11	12
Offentlig adm./trygdeforvaltning	2,8	3,3	1,4	2,2	11	7,1
Bank, finans og forsikring	4,3	15	-	-	4,6	3,3
Barnehage og SFO	1,3	-	-	-	8,5	17
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>4,6</b>	<b>11</b>	<b>9,8</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>29</b>

Figur 3.7 Prosentandel som arbeider utenom ordinær dagtid, har nattarbeid og lange arbeidsuker, sortert etter næringsgruppene med høyest forekomst (fordelt på kjønn)

Fargemarkering viser næringsgruppene med høyest forekomst per indikator.

- betyr at tall ikke kan oppgis pga. for få i næringsgruppene som oppgir arbeidsmiljøfaktoren/for få respondenter i datamaterialet til å oppgi tall.

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A 2022). Data brutt ned på kjønn av NOA til utvalgets arbeid.

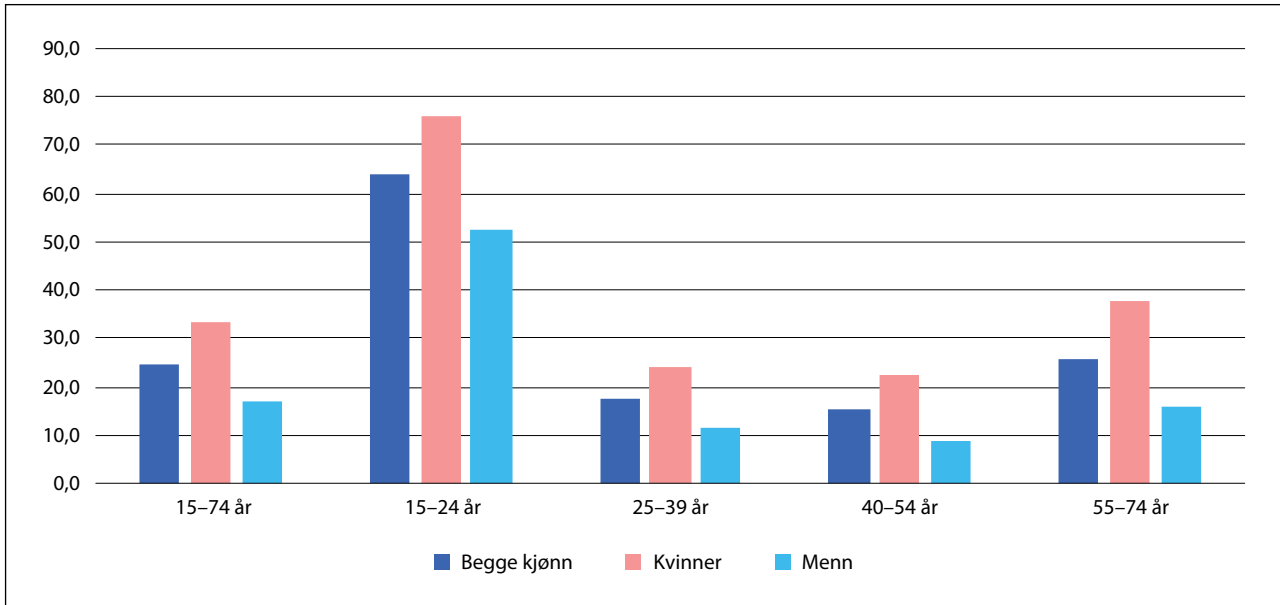
### 3.4 Heltid – deltid

Av de rundt 2,9 millioner sysselsatte i alderen 15–74 år, jobber 25 prosent deltid. Deltidsomfanget er klart høyest blant de yngste sysselsatte (15–24 år), og nest høyest blant de eldste (55–74 år), se figur 3.8. Blant kvinner er det rundt 34 prosent som jobber deltid, tilsvarende 458 000 personer. Andelen kvinner som jobber deltid, er redusert de siste årene, se figur 3.11. Ifølge Arbeidskraftundersøkelsen 2024 var det blant deltidssysselsatte kvinner 14,9 prosent som jobbet ufrivillig deltid, tilsvarende 68 000 personer (2). Undersøkelsen definerer ufrivillig deltid som deltidssysselsatte personer som ønsker å jobbe mer og som kan starte med økt arbeidstid innen en måned.

I Arbeidskraftundersøkelsen regnes det som deltid dersom en har vanlig arbeidstid under 32 timer, eller varierende arbeidstid eller vanlig arbeidstid på 32–36 timer hvor respondenten oppgir at dette er deltid (2). Deltid deles ofte opp i kort deltid (1–19 timer) og lang deltid (20–36 timer) (1).

Det arbeider flest deltidsansatte i helse- og omsorgssektoren. Andelen deltidsansatte er imidlertid høyere i varehandelen, overnattings- og serveringsbransjen og i personlig tjenesteyting, se figur 3.11. Dette er næringer der også andelen og antallet kvinner som jobber er høyt. Noen av disse næringene beskrives nærmere i kapittel 5.1 og 5.2.





Figur 3.8 Deltidsomfang blant sysselsatte (15–74 år). Etter kjønn og aldersgruppe, 2024

Kilde: SSB/AKU 2024. SSB Statistikkbanken, tabell 13564.

Som et grunnlag for Kvinnearbeidshelseutvalgets arbeid laget Fafo i 2024 en oppsummering av sin forskning på heltid-deltidsfeltet de siste 15 år, jf. kapittel 2.4.2.4. I oppsummeringen vises det til at helse- og omsorgstjenestene har den største andelen sysselsatte som arbeider uønsket deltid. Datagrunnlaget, som er hentet fra AKU, viser at kvinner, personer med lavere utdanning, sysselsatte i helse- og sosialtjenester eller skift/turnusarbeidere er mest utsatt for langvarig undersysselsetting (12).

Kvinnedominerte yrker uten krav til høyere utdanning er de yrkene med høyest andel deltidsansatte som ønsker lengre arbeidstid. Yrker som peker seg ut er helsefagarbeidere (hjelpepleiere, omsorgsarbeidere), servitører, butikkmedarbeidere og kantinemedarbeidere. Menn i kvinnedominerte yrker arbeider langt sjeldnere uønsket deltid (12). SSB viser også til at kvinnelige sykepleiere og helsefagarbeidere har lavere gjennomsnittlige stillingsandeler enn sine mannlige kolleger (14).

Det eksisterer flere oversikter over heltids- og deltidsandelen blant utlyste stillinger for ulike yrkesgrupper. Norsk Sykepleierforbunds «Heltidsbarometer» viser f.eks. at 68 prosent av utlyste sykepleierstillinger i 2023 var heltidsstillinger. Det har vært en jevn stigning i heltidsandelen blant utlysningene siden 2017, da den lå på 48 prosent (15). Fagforbundets oversikt «Deltidslista» viser at andelen heltid blant utlyste helsefagarbeiderstillinger i 2023 var på 27 prosent. Også blant hel-

sefagarbeidere har det vært en økning i utlyste heltidsstillinger de siste årene, fra en andel på 18 prosent i 2020 (16).

Sysselesettingsutvalget pekte i sin utredning på at deltidsandelen blant kvinner fremdeles er klart høyere enn blant menn, men at mønsteret likevel er slik at i deler av arbeidsmarkedet der det er mye deltid blant kvinner, er det også mye deltid blant menn (18).

Blant innvandrerkvinner jobber 36 prosent deltid, en høyere andel enn blant sysselsatte kvinner generelt. Dette kan ha sammenheng med hvilke yrker innvandrerkvinner jobber i (4). Innvandrere av begge kjønn fra Afrika og Asia er f.eks. overrepresentert i yrkesgrupper der deltidarbeid er utbredt, slik som renhold og pleie- og omsorgsykker (17). Tall fra arbeidskraftundersøkelsen viser også at innvandrere (begge kjønn) oftere jobber ufrivillig deltid (4).

Det er også ulikheter i hvordan kvinner og menn arbeider deltid. Sysselesettingsutvalget viser til at blant deltidsarbeidende jobber kvinner oftere deltid gjennom hele yrkeslivet, mens menn i hovedsak jobber deltid i starten og slutten av sitt yrkesliv (18). Fafos kunnskapsoppsummering omtaler også ulikheter i de kvinne- og mannsdominerte fagarbeideryrkene, og hvorvidt nyutdannede fagarbeidere starter i en heltids- eller deltidsstilling. F.eks. har 85 prosent av elektrikere en heltidsstilling et år etter bestått fagprøve, mens dette bare gjelder 35 prosent av barne- og ungdomsarbeiderne (12). Ulikhetene i deltidsan-

### Boks 3.2 Frivillig/ufrivillig deltid

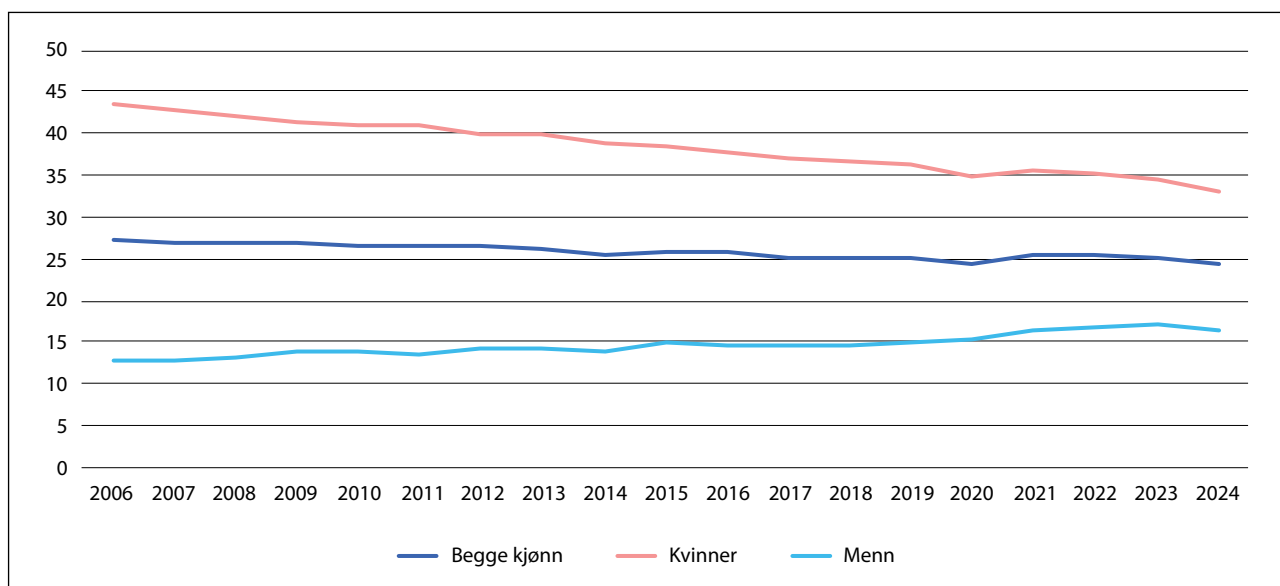
*Frivillig og ufrivillig deltid* er vanlige begreper i arbeidslivsforskningen. Frivillig deltid innebærer at arbeidstakeren selv ønsker å jobbe deltid, mens ufrivillig deltid refererer til en situasjon der arbeidstakeren ønsker en større stilling eller heltidsstilling uten å få ønsket oppfylt (12). Ønsket eller valget om heltid/deltid vil ofte være påvirket av flere faktorer enn et rent valg. Fafo har, for å beskrive dette, vist til en modell der de deler inn deltidssysselsatte i fem kategorier, se figur 3.9. Kategoriene mot venstre

beskriver uønsket deltid, mens mot høyre blir deltiden mer ønsket. Den midterste kategorien er etter denne modellen en gruppe sysselsatte som kunne ønsket seg større stilling dersom arbeidet var annerledes organisert eller de fikk tilrettelegging. Fafo påpeker at denne kategorien vanligvis blir betegnet som frivillig deltid i undersøkelser (13). I organisasjoner med en sterk deltidskultur kan sysselsatte bli sosialisert inn i en kultur der deltid blir det naturlige å velge.



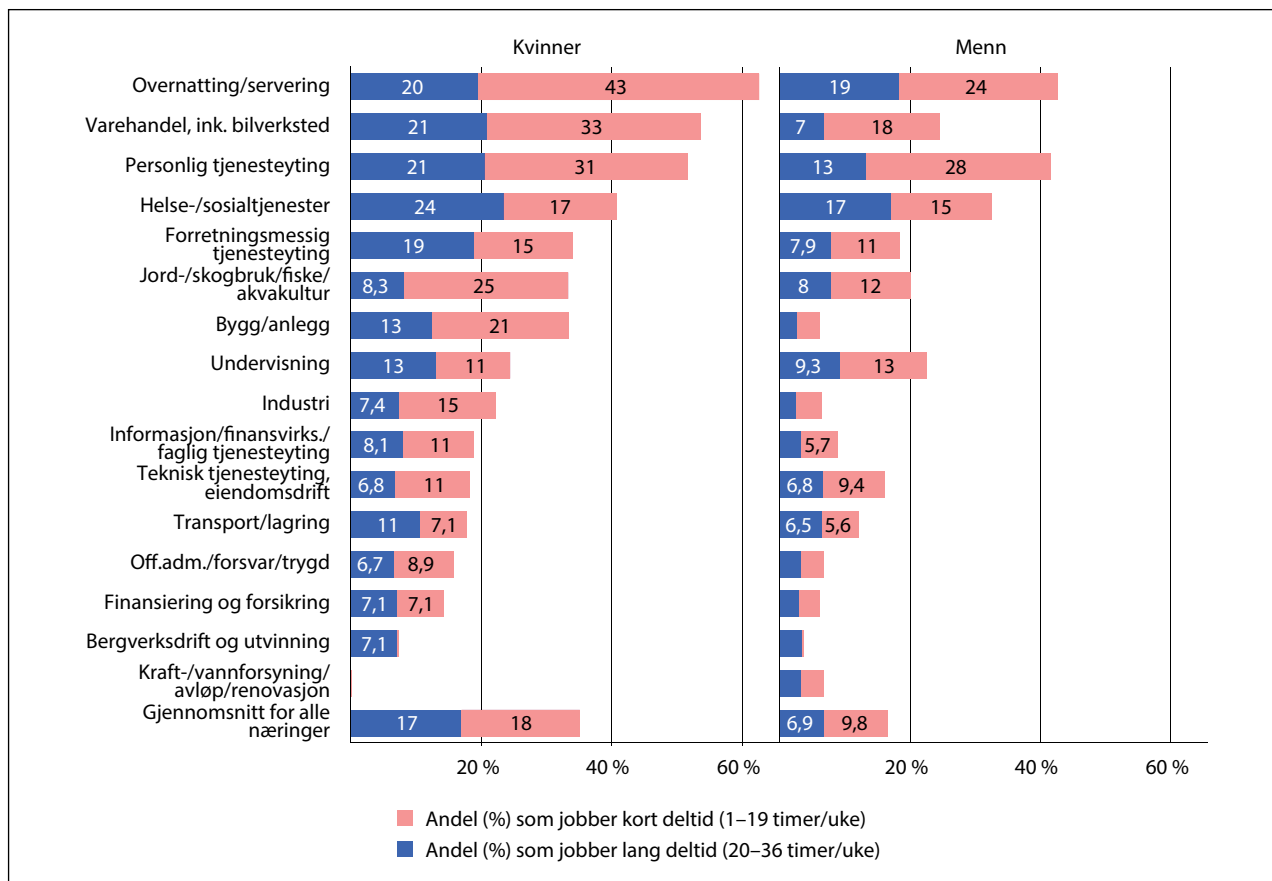
Figur 3.9 Fra «undersysselsatt» til «ønsket deltid»

Kilde: Moland, L.E. (2013). Heltid–deltid – En kunnskapsstatus: Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:2.



Figur 3.10 Deltidsandelen blant sysselsatte, 2006–2024

Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 08417.



Figur 3.11 Prosentandel sysselsatte med deltidsarbeid etter næring og kjønn

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/AKU).

delen blant kvinner og menn har slik tydelige sammenhenger med det kjønnsdelte arbeidsmarkedet.

Heltidsandelen i en gruppe øker med utdanningsnivået, særlig i statlig og privat sektor (12).

Arbeidstakere som selv velger å jobbe deltid oppgir ulike grunner til at de velger dette. Det kan være ønske om mer fritid enn de får i en heltidsstilling, hensyn til omsorg for barn, eller at de synes det er slitsomt å jobbe heltid (12).

### 3.5 Tilknytningsformer

I norsk sammenheng skiller man ofte mellom fem hovedformer for arbeidstilknytning; fast ansettelse, midlertidig ansettelse, innleie av arbeidstakere fra annen virksomhet eller bemanningsforetak, bruk av selvstendig oppdragstakere/frilansere og kjøp av tjenester fra andre virksomheter (entrepriser). Dette er bl.a. beskrevet i NOU 2021: 9 *Den norske modellen og fremtidens arbeidsliv*. Fast, direkte ansettelse er hovedregelen i arbeidsmiljøloven, og den store majoriteten av sysselsatte

i Norge er fast ansatte. Midlertidig ansettelse og arbeid gjennom vikarbyrå er regulert av unntaksbestemmelser til hovedregelen om fast ansettelse (19).

#### 3.5.1 Midlertidig ansettelse

Utbredelsen av midlertidig ansettelse i Norge er relativt lav sammenlignet med de fleste andre land, og har ligget rimelig stabilt på rundt åtte prosent de siste ti årene. Andelen midlertidig ansatte er noe høyere for kvinner enn for menn, med 10,0 prosent for kvinner og 6,8 prosent for menn i 2024 (2). Nivået av midlertidig ansettelse er betydelig høyere blant arbeidstakere under 30 år. Noen næringer skiller seg ut med en høyere andel midlertidig ansatte enn andre. Disse er undervisning (15,6 prosent), overnattings- og serveringsvirksomhet (13,2 prosent), personlig tjenesteyting (13,1 prosent) og helse- og sosialtjenester (11,4 prosent) (1, 2). Næringene hvor det er høyest andel av kvinnelige ansatte med midlertidig ansettelsesforhold er forretningsmessig tjenesteyting (18 prosent), undervisning (17 prosent) og helse-

og sosialtjenester (14 prosent). Den tilsvarende andelen for menn i de samme næringene var høyere eller lik (1).

### 3.5.2 Innleie av arbeidstakere fra bemanningsforetak/vikarbyrå

I sysselsettingsstatistikken består bemanningsbransjen av arbeidstakere som tilhører næringen «utleie av arbeidskraft». Arbeidstakerne er ansatt i et vikarbyrå eller bemanningsforetak, som formidler arbeidstakere til kunders virksomheter i en begrenset periode for å supplere kundens arbeidsstyrke. Antall personer som er sysselsatt i bemanningsbransjen har vokst fra å utgjøre om lag en prosent av alle sysselsatte i begynnelsen av 2000-årene, til å utgjøre rundt to prosent av de sysselsatte for årene 2009–2021 (1). Det klart vanligste yrket blant utleid arbeidskraft er skole- og barnehageassistenter. Tall fra arbeidskraftundersøkelsen i 2021 viser at blant disse er det også flest kvinner, så kvinnelige assistenter i sektoren står for rundt 1/6 av all utleid arbeidskraft. Sykepleiere stod i samme år for rundt en prosent av de utleide (20). Basert på data fra a-meldingen i 2023 viser SSB at det etter barnehage- og skolefritidsassistenter (6 200 arbeidsforhold) er blant yrkesgruppene kontormedarbeidere (3 600 arbeidsforhold), tømrere og snekkere (3 500 arbeidsforhold) og lagermedarbeidere (3 500 arbeidsforhold) det er flest jobber i utleienæringen. Forskjellen mellom avtalt arbeidstid er imidlertid mindre, da assistentene i snitt har færre avtalte arbeidstimer per uke (21).

Fafo har i rapporten «Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester» beregnet omfanget av innleie i helse- og omsorgssektoren. På bakgrunn av data fra KOSTRA, Norsk Sykepleierforbund, Sykehusinnkjøp og Leverandørdatabasen estimerer de at utgiftene til innleie av helse- og omsorgspersonell fra vikarbyrå er mer enn doblet i perioden 2012–2021. Fafo påpeker at utgiftene likevel er små sammenlignet med de samlede lønnskostnadene i sektoren (22).

Utleide bytter jobb vesentlig oftere enn andre sysselsatte, og nesten ingen har samme utleiejobb i mer enn to år. Når det kommer til arbeidstid er det nesten ingen forskjell mellom utleide og andre sysselsatte i faktisk arbeidstid, i begge grupper er det mest vanlig å jobbe heltid (20).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> SSB påpeker at næringen Utleie av arbeidskraft (næringskode 78.2) er liten, og at usikkerheten rundt dataene derfor er større enn for andre analyser av sysselsetting som baserer seg på et større datagrunnlag.

## 3.6 Plattformarbeid

Plattformarbeid betegner arbeid som er organisert gjennom en digital arbeidsplattform og som utføres av en person på grunnlag av et kontraktsforhold mellom den digitale arbeidsplattformen og den enkelte. Plattformarbeid har ofte basert seg på selvstendige oppdragstakere og ikke faste ansatte. Noen arbeider viser til at i mange tilfeller er disse arbeiderne i praksis ansatte, men oppdragsgiveren organiserer dem som selvstendige oppdragstakere for å unngå regulering av arbeidsforholdene (19). Selv om det ikke foreligger noen offisiell statistikk over sysselsatte innen plattformarbeid, antas det å være beskjedent (1). I en SSB-undersøkelse i 2022 rapporterte omtrent fem prosent av alle sysselsatte at de hadde deltatt i inntektsbringende aktivitet via digitale plattformer det siste året. Av disse var 40 prosent kvinner (23).

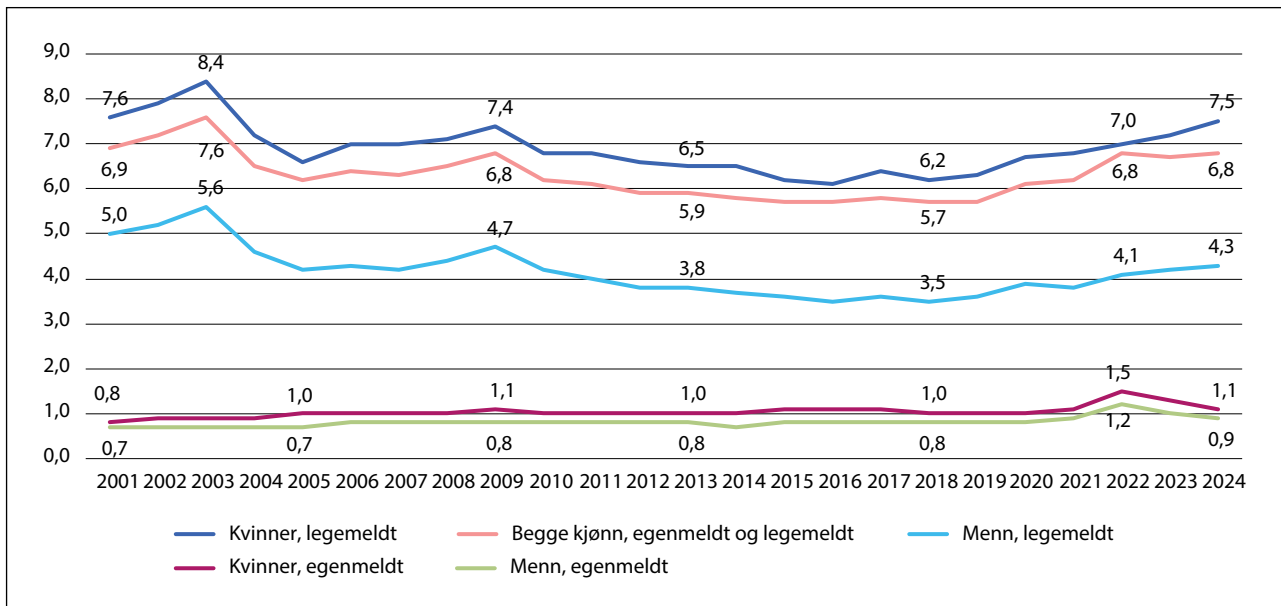
## 3.7 Sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uførhet

Sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er alle helserelaterte trygdeytelser. Ved utgangen av 2023 var det registrert om lag 642 000 mottakere av disse ytelsene bosatt i Norge. Det tilsvarer 18,2 prosent av befolkningen i aldersgruppen 18–66 år (24).

### 3.7.1 Sykefravær

Sykefravær er et sammensatt fenomen som påvirkes av sosiale, økonomiske, individuelle og politiske forhold. Sykdom, skade og subjektive helseplager vil kunne påvirke muligheten en arbeidstaker har til å komme på jobb. Hvilke arbeidsoppgaver man har, hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes, og hvordan arbeidsmiljøforholdene er på jobben, er også forhold som påvirker muligheten man har til å jobbe tross sykdom eller helseplager (1, s. 173).

Sykefravær deles gjerne i egenmeldt og legemeldt fravær. Figur 3.12 viser trenden i legemeldt og egenmeldt sykefravær for kvinner og menn i perioden 2001–2024. Det egenmeldte fraværet holder seg nokså stabilt omkring en prosent. Når det gjelder det legemeldte fraværet, har kvinner gjennomgående et fravær som er 2,5–3 prosentpoeng høyere enn menn. Det har vært variasjoner gjennom perioden, men i tidsrommet 2012–2019 var sykefraværet relativt stabilt. I perioden 2020–2022 ses en økning i sykefraværet, noe som for en



Figur 3.12 Lege- og egenmeldt sykefravær 2001–2024

Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 12441.

stor del kan tilskrives koronapandemien. I 2024 var det samlede sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) på 6,8 prosent.

De aller fleste sykefraværstilfellene er kortvarige, og arbeidstakerne kommer raskt tilbake i arbeid. Om lag 69 prosent av alle legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2022 ble avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager. 14 prosent hadde en varighet på åtte uker eller mer. Det er de noe lengre fraværene som har størst innvirkning på sykefraværsprosenten, og de er i større grad arbeidsrelaterte. Potensialet for å redusere fravær og frafall kan dermed være størst hvis man retter den forebyggende innsatsen mot de langvarige fraværene (1).

### 3.7.1.1 Egenmeldt sykefravær

Egenmelding kan brukes i opptil tre kalenderdager om gangen i opptil fire ganger i løpet av et år. Dette er en minimumsordning, og alle virksomheter kan bruke en utvidet rett til egenmelding i inn-til hele arbeidsgiverperioden. I mange virksomheter praktiseres utvidet rett til egenmelding, og de ansatte har rett til å bruke egenmelding i opptil åtte kalenderdager om gangen og opptil 24 kalenderdager i løpet av ett år. Med utvidet egenmeldingsordning er det ikke en årlig begrensning i antall ganger egenmelding kan brukes. Ved bruk av egenmeldingsdager kreves ikke legeerklæring. Andelen virksomheter med utvidet rett til egenmelding har vært rimelig stabil de siste ti årene, men det er store forskjeller mellom privat og

offentlig sektor. Omtrent alle virksomheter i offentlig sektor har utvidet rett til egenmelding, mens det samme kun gjelder 1/3 av private virksomheter (25).

Data om egenmeldt fravær innhentes gjennom utvalgsundersøkelser gjort av SSB. I 2024 var det egenmeldte sykefraværet på 1,1 prosent for kvinner. I perioden 2001–2024 har det egenmeldte fraværet holder seg nokså stabilt omkring 1 prosent. Det egenmeldte fraværet utgjør om lag 15 prosent av det totale fraværet.

### 3.7.1.2 Legemeldt sykefravær

Data om legemeldt fravær registreres hos Nav på grunnlag av sykmeldinger. Det legemeldte sykefraværet var på 5,8 prosent i 2024 fordelt på 7,5 prosent for kvinner og 4,3 prosent for menn. Dette er det høyeste årnsnivået siden 2009. Det legemeldte fraværet utgjør om lag 85 prosent av det totale fraværet.

For kvinner var sykefraværet i 2024 høyest i aldersgruppen 30–34 år. I denne gruppen er det legemeldte fraværet over dobbelt så høyt blant kvinner som blant menn. Tidligere var sykefraværet for kvinner høyest for den eldste aldersgruppen (65–69 år). Sykefraværet for aldersgruppen 30–34 år forklares vanligvis med å ha sammenheng med svangerskapsrelatert fravær, men det siste året har det også vært en stor økning i sykefravær med psykiske lidelser for denne gruppen (26). Kvinner med barn har et høyere sykefravær enn kvinner uten barn, spesielt i aldersgruppen 25–35 år (24).

Tabell 3.4 Hovednæringer med høyest antall sykefraværsdagsverk for kvinner, 2. kvartal 2024

Næring	Antall sykefraværsdagsverk 2. kvartal 2024
Helse- og sosialtjenester	2 139 772
Undervisning	611 349
Varehandel (inkl. reparasjon av motorvogner)	455 129

Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 12450.

SSBs analyser av registerdata viser at sykefraværet er vesentlig høyere blant fast ansatte enn blant midlertidig ansatte. For andre kvartal 2024 er sykefraværet blant kvinner med fast ansettelse 8,1 prosent, mens det er 5,3 prosent blant kvinner med midlertidig ansettelse (27).

Det er i næringene hvor det jobber mange kvinner at vi også finner det største antallet sykefraværsdagsverk for kvinner. Ifølge tall fra SSB var de tre hovednæringene med flest antall legemeldte sykefraværsdagsverk for kvinner i 2. kvartal 2024 helse- og sosialtjenester, undervisning og varehandel. Antall tapte dagsverk vises i tabell 3.4.

Aldersgruppene med flest antall legemeldte sykefraværsdagsverk for kvinner i 2. kvartal i 2024 var aldersgruppene 30–34 år (743 756) og 35–39 år (683 515).<sup>5</sup>

I kapittel 5 beskrives sykefraværet i utvalgte yrker og næringer nærmere.

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene, og spesielt de delene av tjenesten med turnusdrift, har høyere legemeldt sykefravær enn det øvrige arbeidslivet. Turnusansatte har generelt høyere sykefravær enn arbeidstakere som ikke går turnus (28). Det er små forskjeller i sykefravær

blant personer som jobber todelt skift, todelt turnus og tredelt turnus (8).

I Faggruppen for IA-avtalens rapport for 2024 gjennomgås utviklingen i sykefraværet fra 2018 til 2023. Som det framgår av figur 3.13 økte sykefraværet i alle næringsgrupper i denne perioden. Sykefraværet varierer mye mellom næringene. Helse- og sosialtjenester, søylen lengst til venstre, er næringen med det høyeste sykefraværet. Dette er også den største næringen i Norge målt i antall sysselsatte. Rundt hver femte arbeidstaker jobber i næringen, og om lag 80 prosent av dem er kvinner. Fordi næringen er så stor, har sykefraværet her stor innvirkning på nivået for det totale sykefraværet (24).

Faggruppen peker også på at samtidig som kvinner har et høyere sykefravær enn menn, er det en lavere andel av kvinner enn menn som faller ut av arbeidslivet etter en langtidssykemelding.<sup>6</sup> Mens 34,7 prosent av mennene falt ut av arbeidslivet etter ni måneders sykefravær, gjaldt dette 26,9 prosent av kvinnene.

Innvandrerbefolkningen har et marginalt høyere sykefravær enn befolkningen ellers, med noe

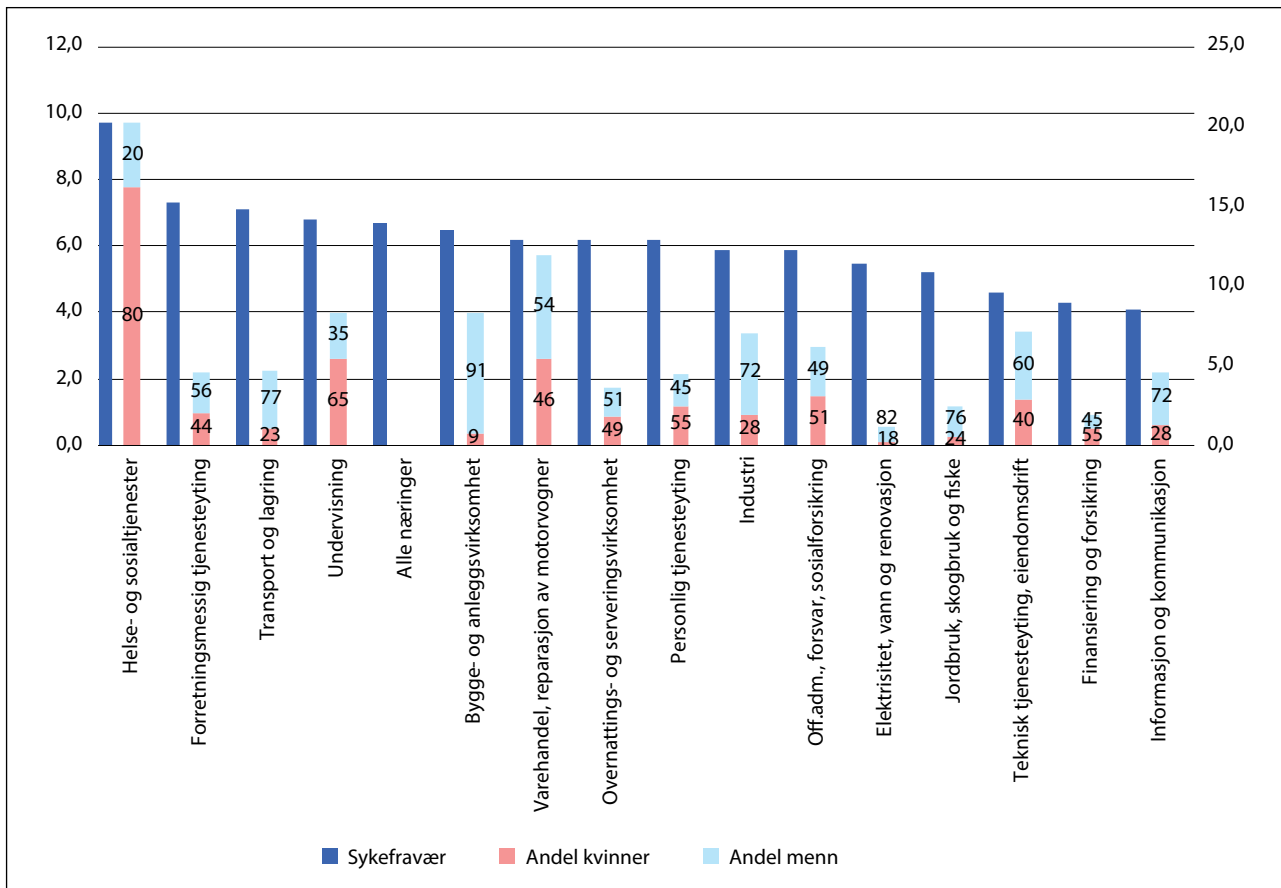
<sup>6</sup> Frafall er i faggruppen for IA-avtalens rapport definert som ansatte som ikke kommer tilbake til arbeid etter langtidssykefravær målt seks måneder etter at den ansatte har hatt ni måneder sammenhengende sykefravær.

<sup>5</sup> SSB Tabell 12446.

Tabell 3.5 Antall og andel (i prosent) lønnstakere (begge kjønn) i utvalgte tjenesteområder etter legemeldt sykefravær og om de arbeider turnus. Per 4. kvartal 2021, etter hovedarbeidsforhold.

Tjenesteområder	Antall ansatte	Andel turnusansatte	Sykefraværsprosent	
			Ansatte i turnus	Ansatte som ikke går i turnus
Kommunehelsetjenesten	38 113	19,3	8,8	7,1
Kommunal pleie og omsorg	199 459	80,1	10,2	8,3
Sykehus tjenester	142 519	46,3	8,2	6,3
Hele arbeidslivet	2 665 330	14	8,2	5,3

Kilde: SSB/Fafo. Moland, L. & Bråthen, K. (2024). Omfang og forklaringer i Helse- og omsorgstjenestene.



Figur 3.13 Sykefraværprosent og andel sysselsatte av total sysselsetting. Næring og kjønn, 2023

Sykefraværprosent (venstre akse) og andel sysselsatte av total sysselsetting (høyre akse) i 2023, fordelt på næring. Høyre søyle i hver næring viser kjønnsandelen blant de sysselsatte i næringen.

Kilde: Faggruppen for IA-arbeidet. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. 2024. (SSB/AKU).

variasjon mellom ulike innvandrergupper. Innvandrere fra øst-europeiske land utenfor EU har det høyeste sykefraværet, på 6,7 prosent (29). Innvandrerkvinner har høyere sykefravær enn menn, og sykefraværet i innvandrerbefolkningen øker raskere med alder enn i resten av befolkningen (30).

### 3.7.1.3 Arbeidsrelatert sykefravær

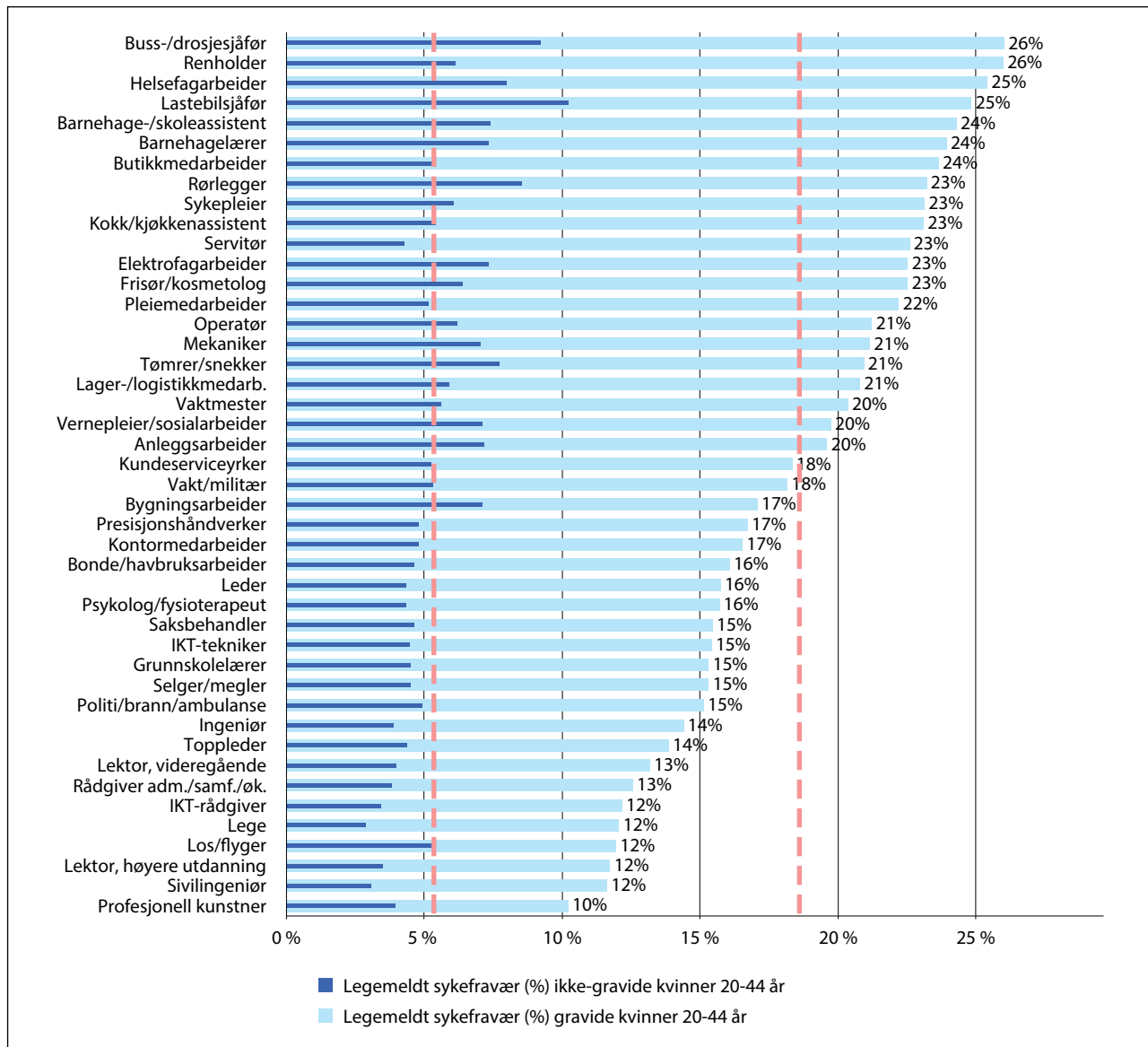
I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB) har man ved bruk av selvrapporterte data kartlagt hvor stor del av sykefraværet som kan skyldes arbeidsrelaterte forhold. I 2022 oppga om lag 19 prosent av de sysselsatte at de hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager i løpet av det siste året. Det tilsvarer om lag 489 000 personer. Mer enn én av tre av disse oppgir at fraværet skyldtes helseproblemer som helt eller delvis var forårsaket av jobben, noe som tilsvarer om lag 187 000 personer. Andelen med arbeidsrelatert fravær er høyere blant kvinner (8,3 prosent) enn blant menn (6,0 prosent) (1).

Arbeidsrelatert sykefravær og omfang i ulike yrker og næringer beskrives nærmere i kapittel 4.4 og kapittel 5.

### 3.7.1.4 Sykefravær og svangerskapsenger blant gravide

Sykefravær blant gravide kan brukes som en indikator på graden av tilrettelegging på arbeidsplassen, og det gjelder særlig for sykefravær i svangerskapets siste del.

I perioden 2015–2022 var sykefraværet for gravide mellom 20 og 44 år 19 prosent. For ikke-gravide i den samme aldersgruppen var sykefraværet fem prosent (31). Sykefravær under svangerskap er en medvirkende faktor for kvinners sykefravær. Fraværet for gravide er omtrent fire ganger så høyt som for ikke-gravide kvinner. Ser man på sykefraværet for gravide kvinner i ulike aldersgrupper (innenfor aldersspennet 20–44 år), finner man en U-formet sammenheng. Sykefraværet er lavest i aldersgruppen 30–34 år og noe høyere både blant yngre og eldre gravide. I aldersgrup-



Figur 3.14 Legemeldt sykefravær (korttids- og langtidsfravær) for gravide og ikke-gravide kvinner i alderen 20–44 år.

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (Nav 2015–2022).

pen 20–39 år utgjør dette fraværet 38 prosent av kjønnsforskjellene i sykefravær (1). Sykefraværet øker jo lenger ut i svangerskapet man kommer. Sykefraværet er lavest blant førstegangsfødende, og det stiger med antall barn de gravide har fra før. Dette gjelder i alle aldersgrupper. Høyest sykefravær blant gravide finner vi i yrker og næringer knyttet til transport, barnehage, helsevesen og renhold, altså i jobber som typisk er fysisk krevende. Dette er også jobber som ofte innebærer skift- eller nattarbeid, stressende arbeidssituasjoner og lav jobbkontroll. En oversikt over legemeldt sykefravær blant gravide ses i figur 3.14.

Svangerskapspengene kan gis til friske, gravide kvinner som ikke kan fortsette i arbeid under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret. Det må i tillegg dokumenteres at det ikke er mulig med omplassering eller tilrettelegging til annet arbeid. I løpet av 1.–3. kvartal 2024 mottok 7 350 kvinner svangerskapspengene. Dette er en økning på over 1000 kvinner sammenlignet med samme periode i 2023. Det tilsvarer en økning på 16 prosent (32).

### 3.7.2 Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger skal sikre arbeidstakere inntekt i perioder der de pga. sykdom eller



Tabell 3.6 Mottakere av arbeidsavklaringspenger 2024

	Mottakere av arbeidsavklaringspenger	Mottakere av arbeidsavklaringspenger desember 2024 (andel av befolkningen 18–66 år i prosent)
Kvinner	93 500	5,4
Menn	65 100	3,6
Hele befolkningen	158 600	4,5

Kilde: Arbeidsavklaringspenger – Statistikknotat 2024. Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025).

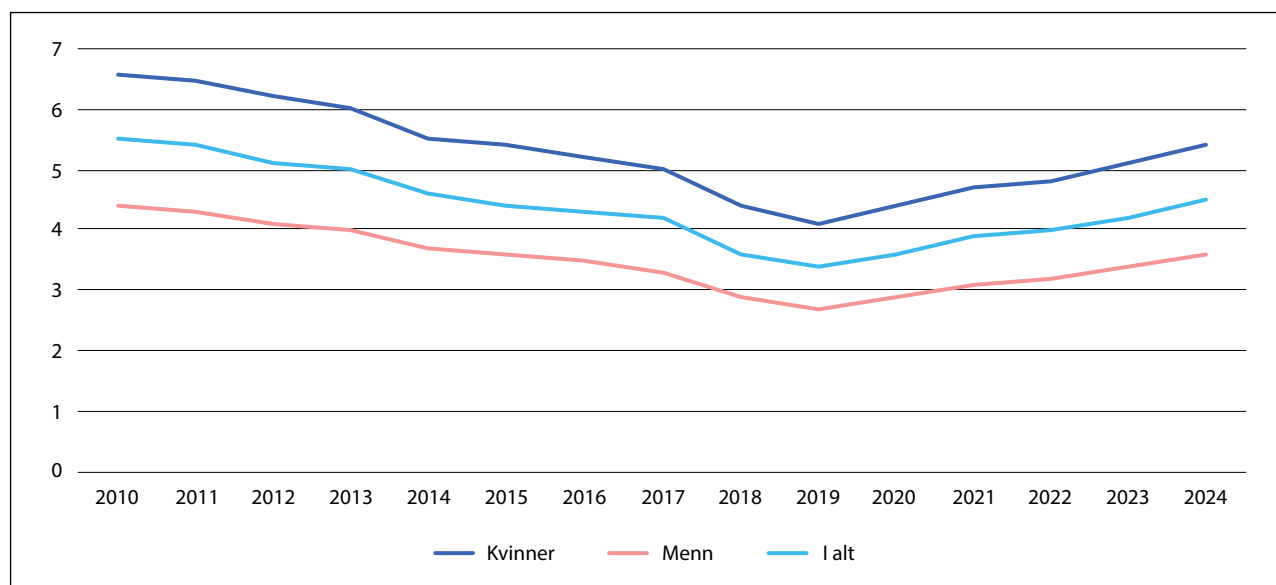
skade har behov for bistand for å komme i arbeid. Bistanden kan bestå av arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra Nav. Stønadsperioden vil variere fra person til person, men som hovedregel kan man ikke få arbeidsavklaringspenger i mer enn tre år. Dersom man har brukt opp sykepengerrettighetene, men fortsatt ikke har arbeidsevne, kan man søke om arbeidsavklaringspenger. For å få innvilget uføretrygd kan det bli stilt krav om at man må ha gjennomgått arbeidsavklaring (1).

Ved utgangen av 2024 var det 158 600 mottakere av arbeidsavklaringspenger i befolkningen, tilsvarende 4,5 prosent av befolkningen i aldersgruppen 18–66 år. Antallet mottakere av arbeidsavklaringspenger steg med 9 500 personer i løpet av 2024. Økningen er marginalt redusert fra 2023, som var året med størst økning siden 2010 (33). Figur 3.15 viser utviklingen i mottakere av arbeidsavklaringspenger som andel av befolkning

gen i perioden 2010–2024, fordelt på kjønn. Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger påvirkes bl.a. av hvor mange som går ut den maksimale sykmeldingsperioden på ett år. Et høyt sykefravær kan derfor bidra til en direkte økning i antallet som starter på arbeidsavklaringspenger.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har sett nærmere på ulike mål for arbeidstilknytning blant mottakere av arbeidsavklaringspenger. Basert på disse målene finner direktoratet at rundt 26 prosent av mottakerne av arbeidsavklaringspenger er i arbeid. Andelen er svakt økende over tid.

Den vanligste yrkesgruppen blant mottakere av arbeidsavklaringspenger (2023) er yrker i helse- og sosialtjenester, der rundt 30 prosent av alle som mottar arbeidsavklaringspenger som samtidig arbeider, er registrert. Deretter følger varehandel (inkludert reparasjon av motorvogner) med 16 prosent, og undervisning med elleve prosent. Dette mønsteret samsvarer overordnet



Figur 3.15 Andel mottakere av arbeidsavklaringspenger av befolkningen, 2010–2024, fordelt på kjønn

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet. 2025.

med fordelingen for alle mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det er en liten tendens til at helse- og sosialtjenester utgjør en større andel over tid, mens varehandel reduseres, men det er overordnet relativt små endringer i hvilke typer yrker mottakere av arbeidsavklaringspenger har (34).

Blant kvinner som mottar arbeidsavklaringspenger, er om lag 30 prosent samtidig aktive i et arbeidsforhold. Andelen for menn ligger på et betydelig lavere nivå; 19 prosent (34).

I sitt årsnotat for arbeidsavklaringspenger peker Arbeids- og velferdsdirektoratet på at det er en klar sammenheng mellom det å være i et aktivt arbeidsforhold og sannsynligheten for å ha avsluttet arbeidsavklaringspenger seks måneder senere. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger som fører arbeidstimer, er sju prosent i jobb seks måneder senere. For de som ikke førte arbeidstimer i samme periode er tilsvarende andel 1,6 prosent (34).

### 3.7.3 Uførhet

Ved utgangen av 2024 var det registrert 373 000 mottakere av uføretrygd i Norge, av dem var 219 000 kvinner. Det var en økning på 6 400 personer sammenlignet med året før. I 2024 økte andelen uføretrygdde i aldersgruppen 18–49 år, mens den gikk ned for de over 60 år. Andelen uføretrygdde kvinner i befolkningen var 12,6 prosent, mens den tilsvarende andelen for menn var 8,5

**Boks 3.3 Uføretrygd**

For å ha rett til uføretrygd, må sykdom og/eller skade være hovedårsaken til nedsatt arbeids- og inntektsevne.

I tillegg må en som hovedregel fylle disse vilkårene:

- være mellom 18 og 67 år
- ha vært medlem av folketrygden de siste fem årene før du ble syk eller skadet
- ha minst 50 prosent redusert arbeids- og inntektsevne

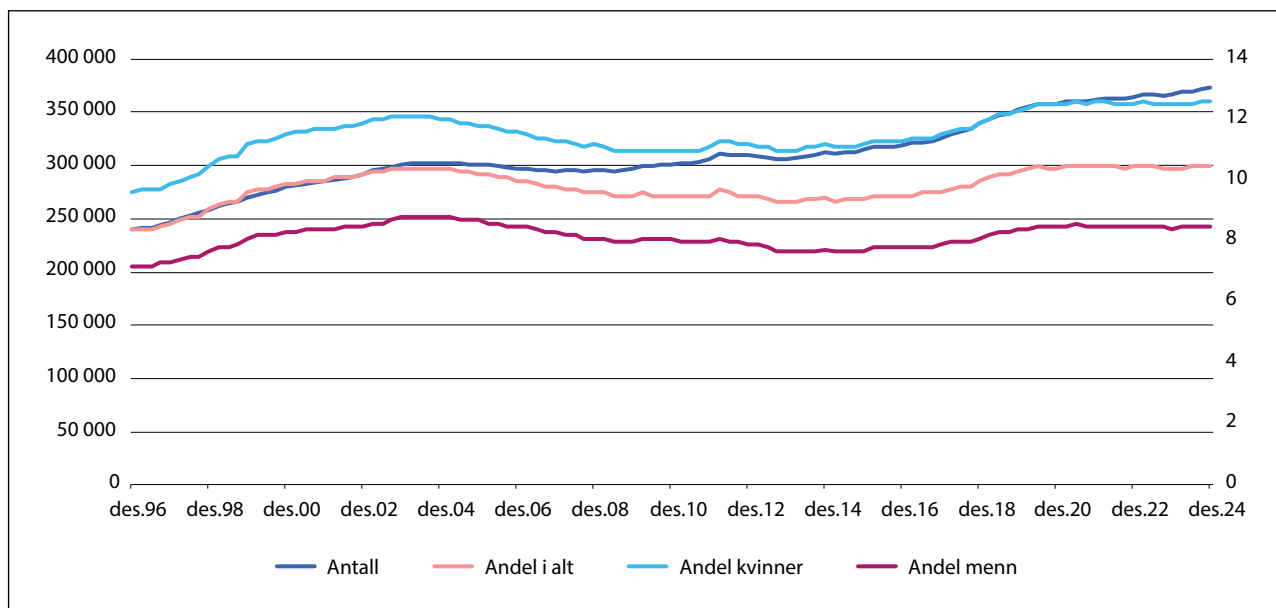
Mulighetene til å være i arbeid må være avklart. Det betyr at en må ha gjennomført:

- hensiktsmessig behandling som kan bedre arbeidsevnen din
- arbeidsrettede tiltak for å bedre inntektsevnen din og avklare hvor mye du kan jobbe

Kilde: [www.nav.no/uforetrygd](http://www.nav.no/uforetrygd)

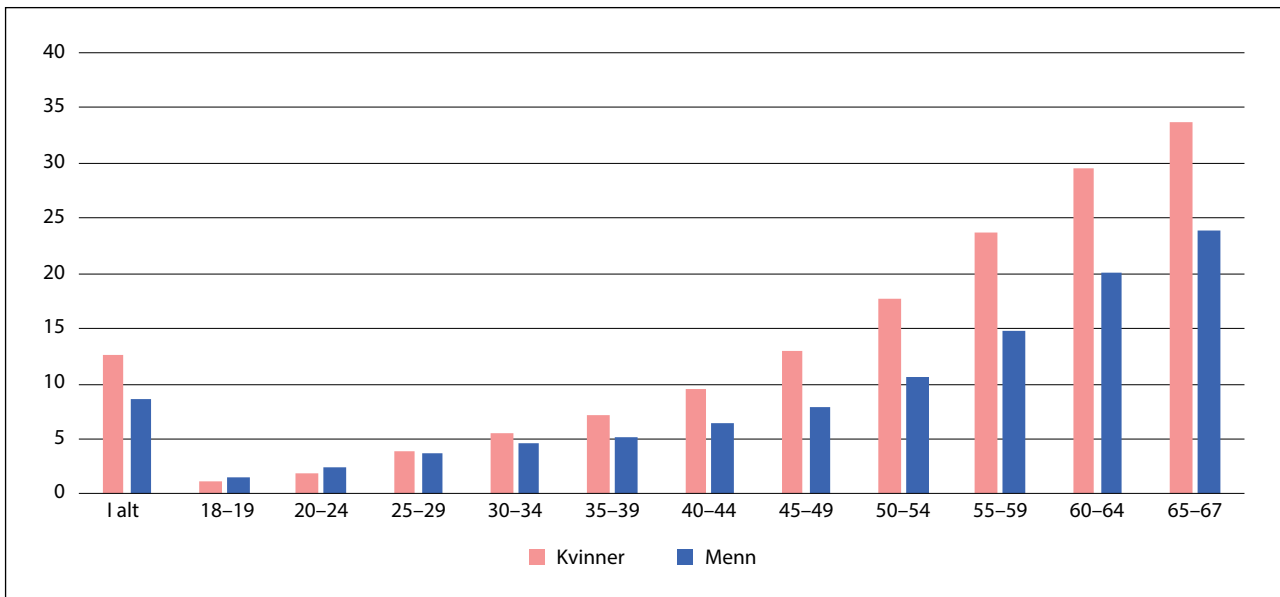
prosent (35). Figur 3.16 viser utviklingen i andelen uføre kvinner og menn de siste årene. Økningen blant kvinner er sterkere enn blant menn.

I figur 3.17 ser vi andelen uføretrygdde i befolkningen gruppert etter kjønn og alder. I de yngste aldersgruppene er andelen uføretrygdde



Figur 3.16 Antall mottakere av uføretrygd (venstre akse) og som andel av befolkningen (høyre akse). 18–67 år. 1996–2024

Kilde: Utvikling i uføretrygd 2024 – Statistikknotat. Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025)



Figur 3.17 Uføretrygdde som andel av befolkningen etter kjønn og alder (18–67 år) per 31.12.2024

Kilde: Utvikling i uføretrygd 2024 – Statistikknotat. Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025).

menn større enn andelen uføretrygdde kvinner. Andelen unge uføre har aldri vært høyere enn ved årsslutt i 2024. Andelen unge uføre er lavere blant kvinner enn blant menn (2,6 prosent mot 2,8 prosent). I aldersgruppene fra 25 år og oppover er andelen uføretrygdde større blant kvinner enn blant menn. Andelen unge uføre i befolkningen samlet har økt betraktelig de siste ti årene (35).

Næringen sosialtjenester/barnevern har den høyeste forekomsten av nye uføretrygdde blant alle næringer (1).

Yrker med tidlig forventet avgang fra arbeidslivet er forbundet med både lav yrkesinntekt og lav samlet pensjon (36).

I en gjennomgang av yrkes- og næringsbakgrunn til nye uføretrygdmottakere i 2020 viser SSB at salgs- og serviceyrker er det mest overrepresenterte yrkesfeltet blant nye uføre. Figur 3.18 viser noen utvalgte yrkesgrupper, og hvor stor over- og underrepresentasjonen er av nye uføretrygdmottakere, sammenlignet med yrkesfordelingen i samme aldersgruppe. Andelen nye uføretrygdmottakere er 13 prosentpoeng høyere i salgs- og serviceyrker enn andelen lønnstakere i sektoren skulle tilsi. Det er særlig pleie- og omsorgsarbeidere og salgsykker som fører til overrepresentasjonen. Figuren viser at for kvinner i alderen 25–34 år i salgsykker er andelen nye mottakere av uføretrygd 19,3 prosentpoeng høyere enn snittet for alle lønnstakere i samme aldersgruppe. For kvinnelige pleie- og omsorgsarbeidere i samme aldersgruppe er den tilsvarende

overrepresentasjonen 11,1 prosentpoeng. Akademiske yrker er den nest største sektoren i antall når det gjelder overgang til uføretrygd, men når vi ser på andelen sysselsatte er de underrepresentert i antall nye uføre, fordi akademiske yrker totalt sett er det største yrkesfeltet (37).

SSB har sett på i hvilket omfang delvis uføre jobber, og i hvilke bransjer. I 2019 jobbet 24 prosent av de helårs uføre minst én måned i løpet av året, tilsvarende 76 900 personer. Av disse var rundt 44 500 i arbeid hele året, og to tredjedeler av dem var kvinner. SSB peker på at dette har en klar sammenheng med at kvinner er gradert uføre langt oftere enn menn. Den høye andelen kvinner blant uføre som jobber kan også ha en viss sammenheng med at kvinner er overrepresentert i yrker med mye deltid som enklere lar seg kombinere med uføretrygd (38).

Blant de uføre som var i jobb i 2019, jobbet 37 prosent i salgs- og serviceyrker. Blant uføre kvinner jobbet 44 prosent i denne yrkesgruppen. Det er klart flest som jobber som pleie- og omsorgsarbeidere, men også salgsykker sysselsetter en del uføre kvinner.

Andelen som sluttet å jobbe og gikk over til uføretrygd var høyest i yrkesgruppene «Salgs- og serviceyrker» og «Renholdere, hjelpearbeidere mv.». Kvinner hadde større sannsynlighet enn menn for å bli uføre i alle yrkesgrupper, mens høyere utdanning øker sannsynligheten for at uføre er i arbeid (38).

	18-67 år			18-24 år			25-34 år			35-44 år			45-54 år			55-61 år			62-67 år			
	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	Alle	Menn	Kvinner	
		12,7	6,5		13,0	3,7		5,1	1,8		29,7	18,9		33,4	18,9		12,7	18,6		16,5	10,5	16,6
Salgs- og serviceyrker	0,7	1,4	0,3	3,0	2,1	3,8	2,4	1,1	2,9	1,6	1,4	1,2	1,9	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9	1,2	1,0	1,0
Yrker innen personlig tjenesteyting	4,0	2,4	4,1	0,8	5,8	-4,5	17,5	13,6	19,3	7,3	7,7	5,9	3,8	6,5	4,0	2,2	4,9	1,9	1,0	1,0	1,8	
Salgsyrker	7,9	2,5	8,4	0,9	-1,4	2,9	9,6	3,3	11,1	9,6	9,1	9,1	4,1	8,9	7,2	2,5	7,8	6,2	1,8	1,8	5,7	
Pleie- og omsorgsarbeidere	0,1	0,2	0,2	-0,9	-1,5	-0,4	0,3	1,0	0,1	0,3	0,6	0,4	0,8	0,3	0,1	0,1	0,3	0,0	-0,1	0,1	0,2	
Sikkerhetsarbeidere	-10,5	-10,3	-13,4	-5,9	-3,3	-8,7	-22,2	-15,5	-30,4	-14,0	-18,2	-11,0	-11,8	-13,6	-9,5	-10,6	-10,5	-8,3	-10,5	-8,3	-8,2	
Akademiske yrker	-2,2	-2,9	-1,3	-0,3	-0,3	-0,3	-2,8	-3,2	-2,2	-3,2	-3,8	-2,2	-2,6	-3,7	-1,2	-2,2	-3,6	-2,2	-2,3	-3,6	-0,4	
Realister, sivilingeniører mv.	-1,3	-0,6	-3,5	-1,6	-0,3	-3,1	-5,2	-0,2	-9,6	-1,6	-1,1	-4,2	-0,9	-0,8	-2,6	-0,8	0,0	-2,5	-0,6	-0,4	-2,1	
Medisinske yrker	-1,9	-1,6	-3,5	-2,9	-1,7	-4,1	-5,9	-3,2	-9,2	-2,3	-1,9	-4,6	-1,9	-1,7	-3,8	-1,5	-1,2	-2,6	-0,8	-1,4	-1,2	
Undervisningsyrker	-2,5	-2,1	-3,3	-0,5	-0,2	-0,9	-4,4	-3,1	-5,6	-3,8	-3,5	-4,8	-3,2	-2,3	-4,4	-3,2	-3,1	-3,8	-2,8	-2,7	-3,1	
Rådgivere innen økonomi, administrasjon og salg	-1,5	-2,3	-0,5	-0,3	-0,4	-0,2	-2,3	-3,2	-1,1	-1,9	-2,8	-0,6	-1,6	-2,4	-0,6	-1,2	-2,0	-0,3	-0,8	-1,2	-0,2	
IKT-rådgivere	-1,0	-0,8	-1,3	-0,3	-0,4	-0,2	-1,7	-0,9	-2,7	-1,4	-1,3	-1,8	-0,9	-1,0	-1,0	-0,6	-0,7	-0,6	-1,1	-1,2	-1,1	
Juridiske, samfunnsvitenskapelige og humanistiske yrker	3,8	4,7	3,1	13,9	15,5	12,4	3,7	6,0	2,5	2,8	5,5	1,1	4,2	5,4	3,0	4,5	4,8	3,8	4,2	4,9	3,2	
Renholdere, hjelpearbeidere mv.	2,3	1,6	2,3	3,5	3,7	3,3	1,1	1,0	0,8	1,7	1,9	0,8	2,4	2,0	2,0	2,4	1,4	2,6	2,7	1,8	2,7	
Renholdere mv.	0,1	0,2	0,1	2,5	2,0	3,1	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hjelpearbeidere i jordbruk, skogbruk og fiske	0,4	1,5	0,1	3,3	3,9	2,6	0,7	2,6	0,1	0,5	2,1	0,0	0,5	1,6	0,1	0,8	1,8	0,2	0,8	2,2	0,1	
Hjelpearbeidere i bergverk, industri bygg og anlegg og transport	0,6	0,4	0,5	2,1	3,7	0,5	0,9	0,6	1,0	0,3	0,5	-0,1	0,9	0,6	0,8	0,7	0,3	0,9	0,6	0,4	0,5	
Kjøkkenassistenter	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,0	0,5	0,7	0,4	0,3	0,6	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	
Reklame-distributører mv.	0,2	0,7	0,0	2,2	1,7	2,8	0,2	0,7	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,7	0,0	0,4	1,0	0,1	0,1	0,5	-0,2	
Renovasjons- og gjenvinningsarbeidere mv.																						

Figur 3.18 Yrke siste år for nye uføretrygdete, 2020

Yrke (2-siffer) i siste år med registrert kode i perioden 2009–2019 for nye uføretrygdete i 2020, etter kjønn og alder. Prosentpoengs forskjell målt mot yrkesfordelingen alle 18–67 år i 2019. Lønnstakere med registrert yrke.

Fargelagte felter er de 10 høyeste og laveste verdiene av yrke (2-siffer) blant de utvalgte yrkene, samt de 10 høyeste verdiene på overordnet yrkesfelt. For fullstendig tabell, se kilde.

Kilde: Hetland, A., Hetland, A., & T. M. Normann. Yrker og næringer blant nye mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger. SSB (2022).

### 3.8 Alderspensjon

Alderspensjon er en ytelse som har som formål å erstatte bortfall av arbeidsinntekt fordi man har nådd en viss alder. Pensjonering er dermed overgangen fra å hovedsakelig ha arbeidsinntekt til å hovedsakelig ha pensjonsinntekt.

Som figur 3.19 viser er det langsiktige bildet at eldres sysselsetting har økt blant begge kjønn. Blant kvinner i alderen 60–64 år har det vært en jevn økning i sysselsettingen siden 1970-tallet.

Gjennomsnittlig alder ved første uttak av alderspensjon var i 2023 65,6 år. For kvinner var gjennomsnittlig alder 66,2 år, mens for menn var den 65,1 år. Om lag dobbelt så mange menn som kvinner starter uttak av alderspensjon ved alder 62–66 år. Blant kvinnene som tar ut alderspensjon i dette aldersintervallet, er det 51 prosent som starter når de er 62 år.

I rapport fra Pensjonspolitisk arbeidsgruppe<sup>7</sup> (2024) vises det til at en del av forklaringen på den store kjønnsforskjellen i uttak av alderspensjon i alderen 62–66 år er at flere menn har tilstrekkelig opptjening til å kunne starte uttak i dette aldersintervallet. I tillegg er det en større andel av kvinner som mottar uføretrygd eller offentlig avtalefestet pensjon (AFP).

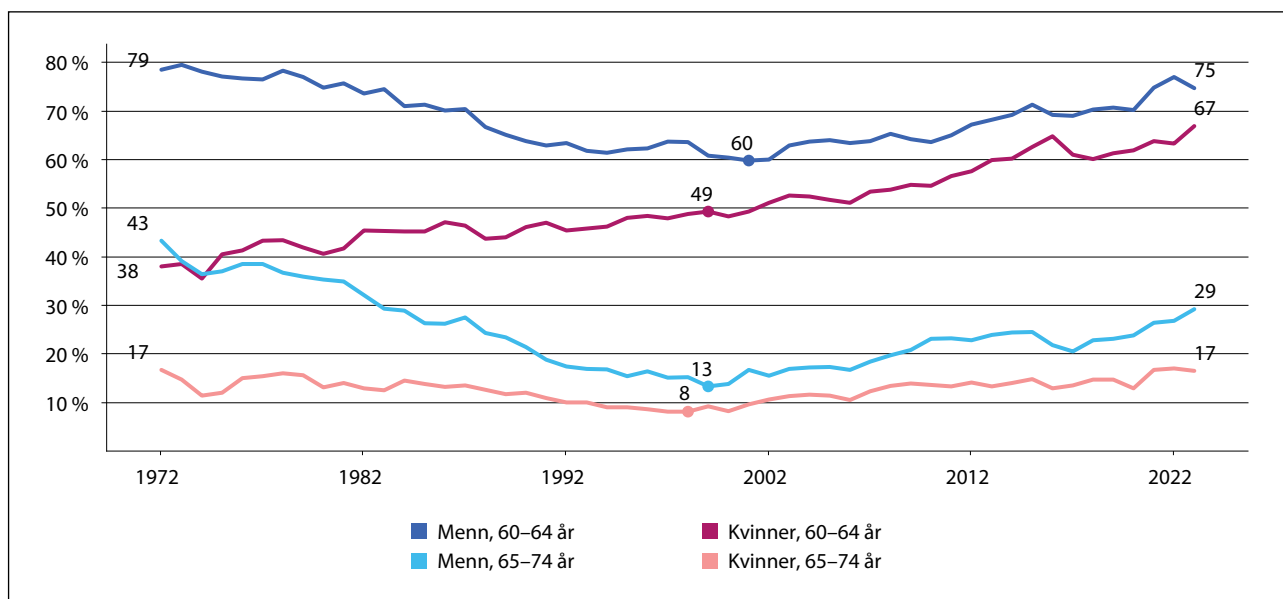
<sup>7</sup> Pensjonspolitisk arbeidsgruppe er en partssammensatt arbeidsgruppe opprettet under Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. Se også kap. 7.

#### 3.8.1 Tidligpensjon

I 2023 var omkring 16 prosent av befolkningen i aldersgruppen 62–66 år (48 000 personer) tidligpensjonister, her definert som personer under 67 år som mottar avtalefestet pensjon eller alderspensjon uten å samtidig være sysselsatt (1). En lavere andel kvinner enn menn trer ut av arbeidslivet med tidligpensjon, og gjennomsnittlig alder ved uttak er noe høyere for kvinner enn menn (24).

#### 3.8.2 Særaldersgrenser

Flere stillinger tilknyttet offentlig tjenestepensjonsordning har en lavere aldersgrense enn den alminnelige aldersgrensen på 70 år. Dette omfatter omtrent en tredjedel av arbeidstakerne i offentlig sektor; 10–15 prosent ansatte i statlig sektor, 30 prosent i kommunal sektor, og 50 prosent av de ansatte i helseforetakene. 84 prosent har en aldersgrense på 65 år, to prosent har en aldersgrense på 63 år, og 14 prosent har en aldersgrense på 60 år. Særaldersgrensene er begrunnet både ut fra hensyn til arbeidstakers helse og samfunnets sikkerhet. Særaldersgrensene bygger på et premiss om at grupper av arbeidstakere ikke kan fortsette i stillingene sine etter en gitt alder, fordi stillingen stiller særskilte krav til fysiske eller psykiske egenskaper som normalt svekkes ved alder, eller at stillingen medfører uvanlig fysisk eller psykisk belastning. Dagens regelverk er i all hovedsak avgrenset til stillinger i offentlig



Figur 3.19 Andel eldre i arbeidsstyrken 1972–2023

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB Statistikkbanken, tabell 03780).

sektor (39). Regelverket rundt særaldersgrenser er nærmere beskrevet i kapittel 7.1.2.13.

Kvinnedominerte yrker med særaldersgrense er sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, hjelpepleiere og helsefagarbeidere, og renholdere. De har alle en særaldersgrense på 65 år (39).

### 3.9 Organisasjonsgrad og tariffavtaledekning

#### 3.9.1 Organisasjonsgraden på arbeidstakersiden

I Norge har organisasjonsgraden på arbeidstakersiden ligget stabilt på rundt 50 prosent de siste par tiårene, se figur 3.20.

Tall fra Fafo viser at organisasjonsgraden var på 49,9 prosent i 2022 (40). Fra begynnelsen av 1990-tallet og mot starten av 2000-tallet falt organisasjonsgraden fra et toppunkt på rundt 57 prosent.

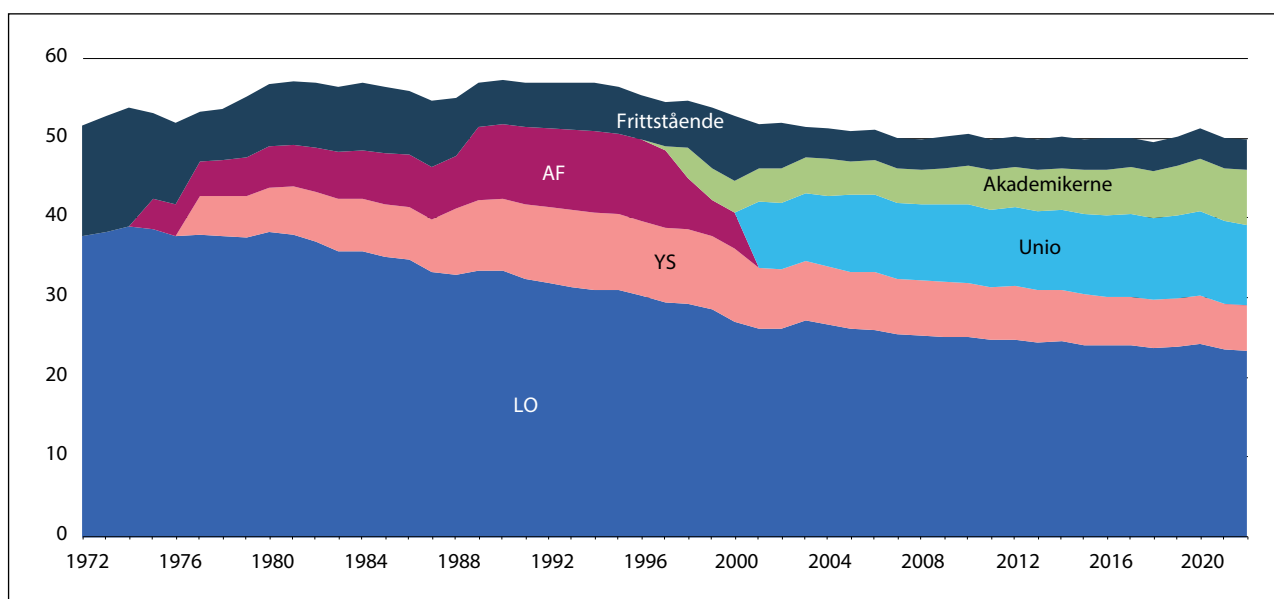
Sysselsettingen har økt over tid, og alle hovedorganisasjonene har opplevd en økning i yrkesaktive medlemmer det siste tiåret, i hovedsak pga. flere medlemmer i offentlig sektor. Figuren viser også at det har vært en betydelig forskyvning av andelen organiserte mellom hovedorganisasjonene. Mens andelen organisert i Landsorganisasjonen i Norge (LO) og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) er redusert, er andelen i Akademikerne og Unio økt. Offentlig sektor har høy organisasjonsgrad og en stor andel arbeidstakere med lengre formell utdanning, mens organisa-

sjonsgraden i private tjenesteytende næringer er lavere.

Det er fortsatt store forskjeller i organisasjonsgraden mellom offentlig og privat sektor, og også innad i privat sektor, se figur 3.21.

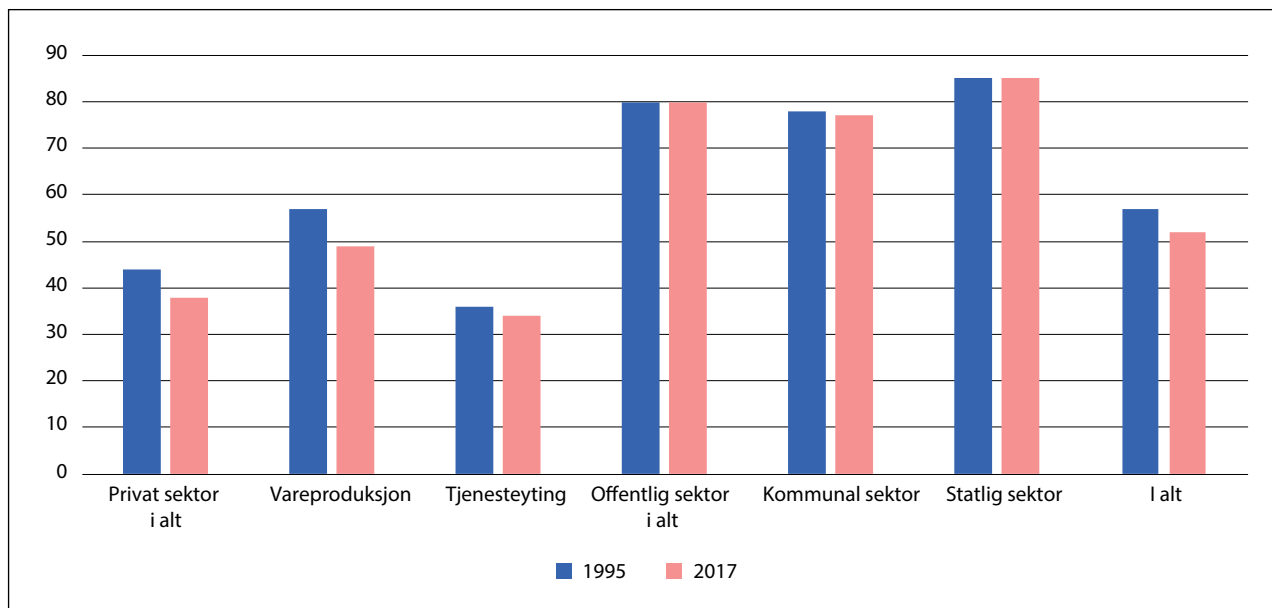
I offentlig sektor er 80 prosent av arbeidstakerne organisert, mens det samme gjelder 40 prosent i privat sektor. I privat sektor er organisasjonsgraden høyere innen vareproduksjon (industri, bygg, olje og bergverk mv.) enn innen tjenesteyting. I offentlig sektor er organisasjonsgraden høyere i statlig sektor enn i kommunal sektor.

Organisasjonsgraden avhenger også av virksomhetenes størrelse. I virksomheter med færre enn fem ansatte i privat sektor er 19 prosent organiserte, mens organisasjonsgraden er 65 prosent i virksomheter med 500 ansatte eller mer. Organisasjonsgraden varierer også etter ulike kjennetegn ved arbeidstakeres tilknytningsforhold og yrker. Organisasjonsgraden er høyere jo fastere arbeidstakeren er knyttet til arbeidsmarkedet og til sitt nåværende arbeidsforhold. Med fast tilknytning menes fast ansettelse, heltidsstilling og at arbeidstakeren anser lønnet arbeid som sin hovedaktivitet. Midlertidig ansatte er langt sjeldnere organisert enn fast ansatte. Dette bildet er det samme både i Fafos gjennomgang og YS Arbeidslivsbarometer (41, 42). Ifølge Fafo har innvandrere lavere organisasjonsgrad enn arbeidstakere uten innvandrerbakgrunn. Forskjellen gjelder særlig innvandrere med kort botid. Innvandrere med ti års botid eller mer skiller seg ikke vesentlig fra gjennomsnittet.



Figur 3.20 Organisasjonsgrad i Norge etter hovedorganisasjon

Kilde: Fafo-notat 2024:05 – Organisasjonsgrader, tariffavtaledekning og arbeidskonflikter 2022.



Figur 3.21 Organisasjonsgrad etter sektor

Målt ved AKU. Vareproduksjon er unntatt primærnæringene. Kildematerialet er fra en tilleggsundersøkelse til AKU/Fafo, sitert i Nergaard (2022). Fra og med 2008 går spørsmålene kun til seks åttedeler av AKU-utvalget. De som er i sitt første eller siste intervju, får ikke tillegsspørsmålene.

Kilde: NOU 2024: 11 *Lavlønn i Norge*

Organisasjonsgraden varierer også etter avtalt arbeidstid. Særlig arbeidstakere med under 20 timers avtalt arbeidstid per uke skiller seg ut med lavere organisasjonsgrad. Organisasjonsgraden er høyere blant eldre arbeidstakere, og i privat sektor er organisasjonsgraden høyest blant lønnstakere på 55 år eller mer. Kvinner er organisert i høyere grad enn menn, men det må ses i sammenheng med at de i større grad jobber i offentlig sektor. I privat sektor har kvinner og menn samme organisasjonsgrad.

Blant selvstendig næringsdrivende er det mindre vanlig å være organisert, men blant f.eks. leger, tannleger, fysio- og manuellterapeuter og psykologer, er det likevel en betydelig grad av organisering.

Det er også nær sammenheng mellom utbredelsen av kollektive partsforhold på arbeidsplassen og organisasjonsgrad. I privat sektor er 59 prosent av arbeidstakerne i virksomheter som omfattes av tariffavtale, organisert. Der det verken er fagforening eller tariffavtale er organisasjonsgraden 13 prosent (43).

Nærmere to tredjedeler av alle uorganiserte jobber i privat sektor. De uorganiserte er yngre enn gjennomsnittet og har sannsynligvis kortere ansiennitet. Vel en tredjedel av de uorganiserte arbeidstakerne i privat sektor er på arbeidsplasser uten tariffavtale og fagforeninger.

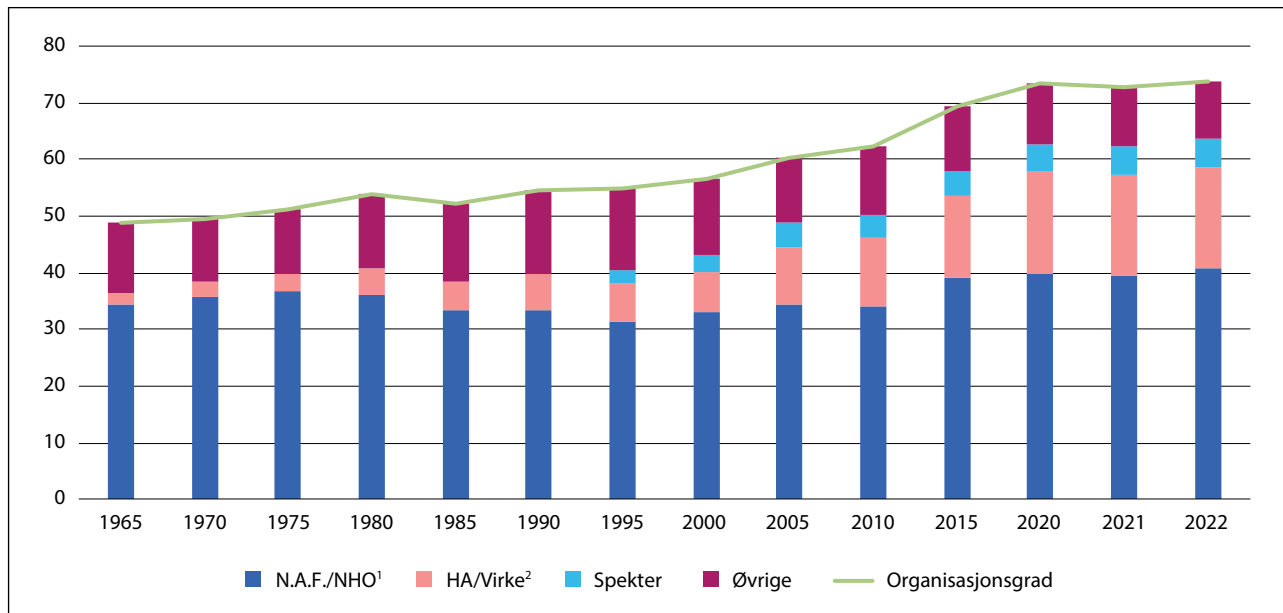
### 3.9.2 Organisasjonsgraden på arbeidsgiversiden

Arbeidsgiversiden i Norge består av fem store aktører (40). I privat sektor og offentlig eide selskaper er Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter og Hovedorganisasjonen Virke de mest sentrale. I offentlig sektor er KS arbeidsgiverpart i kommunene (utenom Oslo kommune), fylkeskommunene og kommunale foretak, mens Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet er arbeidsgiverpart i staten.

Over tid har organisasjonsgraden blant private arbeidsgivere økt, og økningen har særlig skjedd de siste ti-tolv årene. Mens om lag 50 prosent av de sysselsatte midt på 1980-tallet var ansatt i virksomheter som var medlem i en arbeidsgiverforening, anslås det at dette tallet har økt til 74 prosent i 2022, se figur 3.22.

Antallet sysselsatte som arbeider i virksomheter organisert i NHO og Virke har økt, mens andelen arbeidstakere som er sysselsatt i virksomheter som er medlem av øvrige arbeidsgiverorganisasjoner har vært noenlunde stabil.

Mens mange fagorganiserte arbeidstakere jobber i uorganiserte virksomheter, er det også mange uorganiserte arbeidstakere som jobber i organiserte virksomheter.



Figur 3.22 Organisasjonsgrad på arbeidsgiversiden i Norge etter hovedorganisasjon

SSB, Arbeidsgiverorganisasjoner. Medlemmer i arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, men med enkelte justeringer.

<sup>1</sup> Norsk Arbeidsgiverforening (N.A.F.) fram til 31.12.1988, nå NHO.

<sup>2</sup> Handelens Arbeidsgiverforening fram til 31.12.1989, nå Virke.

Kilde: Fafo-notat 2024:05 – Organisasjonsgrader, tariffavtaledekning og arbeidskonflikter 2022.

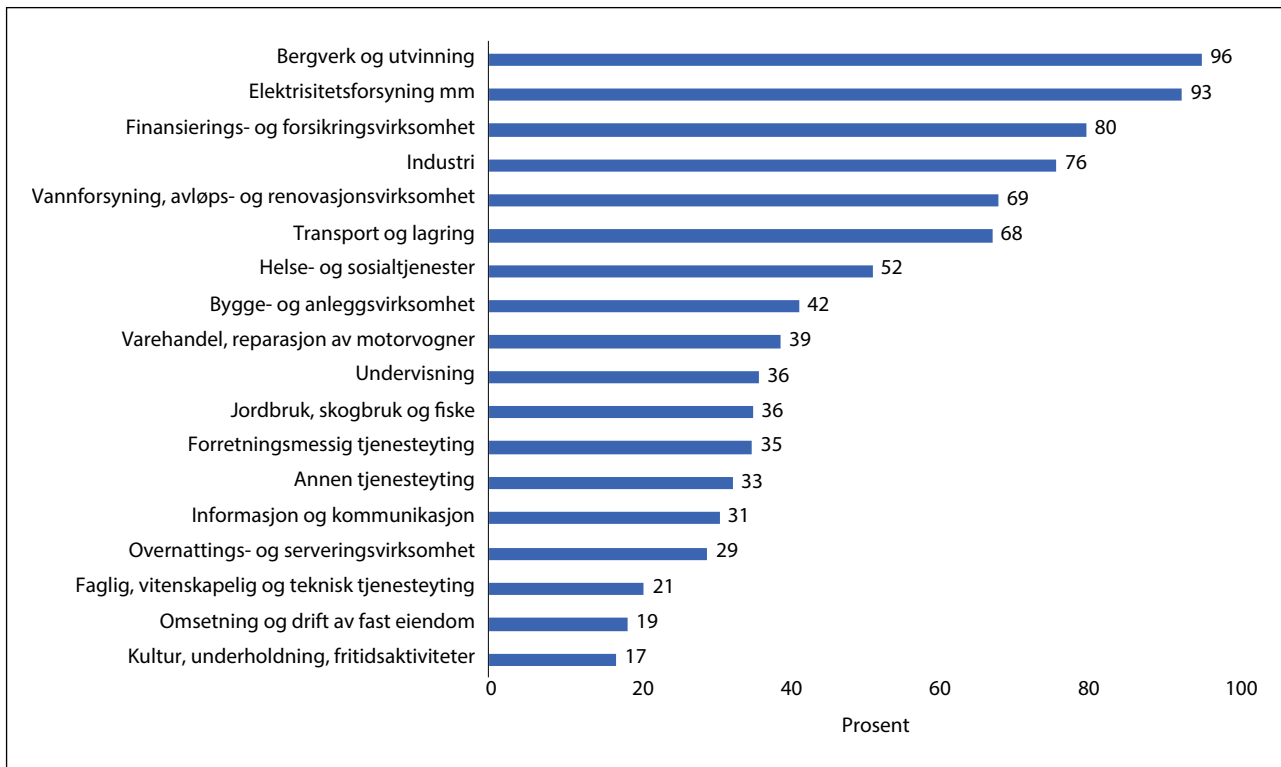
### 3.9.3 Tariffavtaledekning

I offentlig sektor har alle virksomheter tariffavtale. Ikke alle virksomheter som er medlem av en arbeidsgiverorganisasjon i privat sektor har tariffavtale. Fafo anslår at 70 prosent av arbeidstakerne i Norge er omfattet av en tariffavtale (43). I privat sektor er andelen om lag 50 prosent, mens den i offentlig sektor i praksis er 100 prosent. Dette er basert på spørreundersøkelser (Arbeidskraftundersøkelsen og Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø), der arbeidstakerne er spurt om deres lønns- og arbeidsvilkår fastsettes ved tariffavtale. Andelen arbeidstakere i virksomheter med tariffavtale varierer mellom ulike bransjer, se figur 3.23. Innen elektrisitetsforsyning, olje og bergverk, industri og finansierings- og forsikringsvirksomheter arbeider det store flertallet av arbeidstakere i en virksomhet med tariffavtale. I deler av

privat tjenesteyting er bildet det motsatte. Her er flertallet av arbeidstakerne ansatt i en virksomhet uten tariffavtale. Det gjelder både bransjer innen privat tjenesteyting som handel, servering og overnatting, og f.eks. rådgivning og informasjon og kommunikasjon. Mens større virksomheter i privat sektor har tariffavtale for deler av sine ansatte, er det sjelden tariffavtale på små arbeidsplasser.

Alsos mfl. (2021) finner at det har vært en tydelig nedgang i antall sysselsatte i virksomheter med tariffavtale i overnatting og servering i perioden 2001–2018. Hotellene har hatt stabil avtaledekning, men bransjer som kantine/catering og restaurant har hatt nedgang, samtidig som antall sysselsatte i særlig sistnevnte har økt. Organisasjonsgraden i sektoren er også lav, med 19 prosent (44, 45).





Figur 3.23 Andel arbeidstakere i virksomhet med tariffavtale

Registerdata 2022. Privat sektor inkludert offentlig eide foretak. Prosent.

Kilde: Fafo-notat 2024:05 – Organisasjonsgrader, tariffavtaledekning og arbeidskonflikter 2022.

### 3.10 Virksomheter og virksomhetsstørrelse

Ifølge Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB 2022) arbeider 16 prosent av de sysselsatte i befolkningen i virksomheter med under ti ansatte, 14 prosent i virksomheter med 10–19 ansatte, 21 prosent i virksomheter med 20–49 ansatte, 26 prosent i virksomheter med 50–200 ansatte og 23 prosent i virksomheter med over 200 ansatte.

I Norge er det vanlig å definere små bedrifter som bedrifter med 1–20 ansatte, mellomstore som bedrifter med 21–100 ansatte og bedrifter med over 100 ansatte som store. Størrelsen på en virksomhet har betydning for hvor mange forskjellige arbeidsoppgaver som gjennomføres, og dermed også for kompleksiteten i arbeidsmiljøet. Hvordan virksomheter jobber med arbeidsmiljøforhold, og hva slags ressurser de har tilgjengelig, kan også variere med størrelsen på virksomhetene. Etter arbeidsmiljølovens bestemmelser er plikten til å opprette arbeidsmiljøutvalg ved 30 ansatte, mens plikten til å ha verneombud er ved fem ansatte.

I hovedtrekk jobber yrkesgrupper som er tilknyttet offentlig sektor og petroleumsnæringen

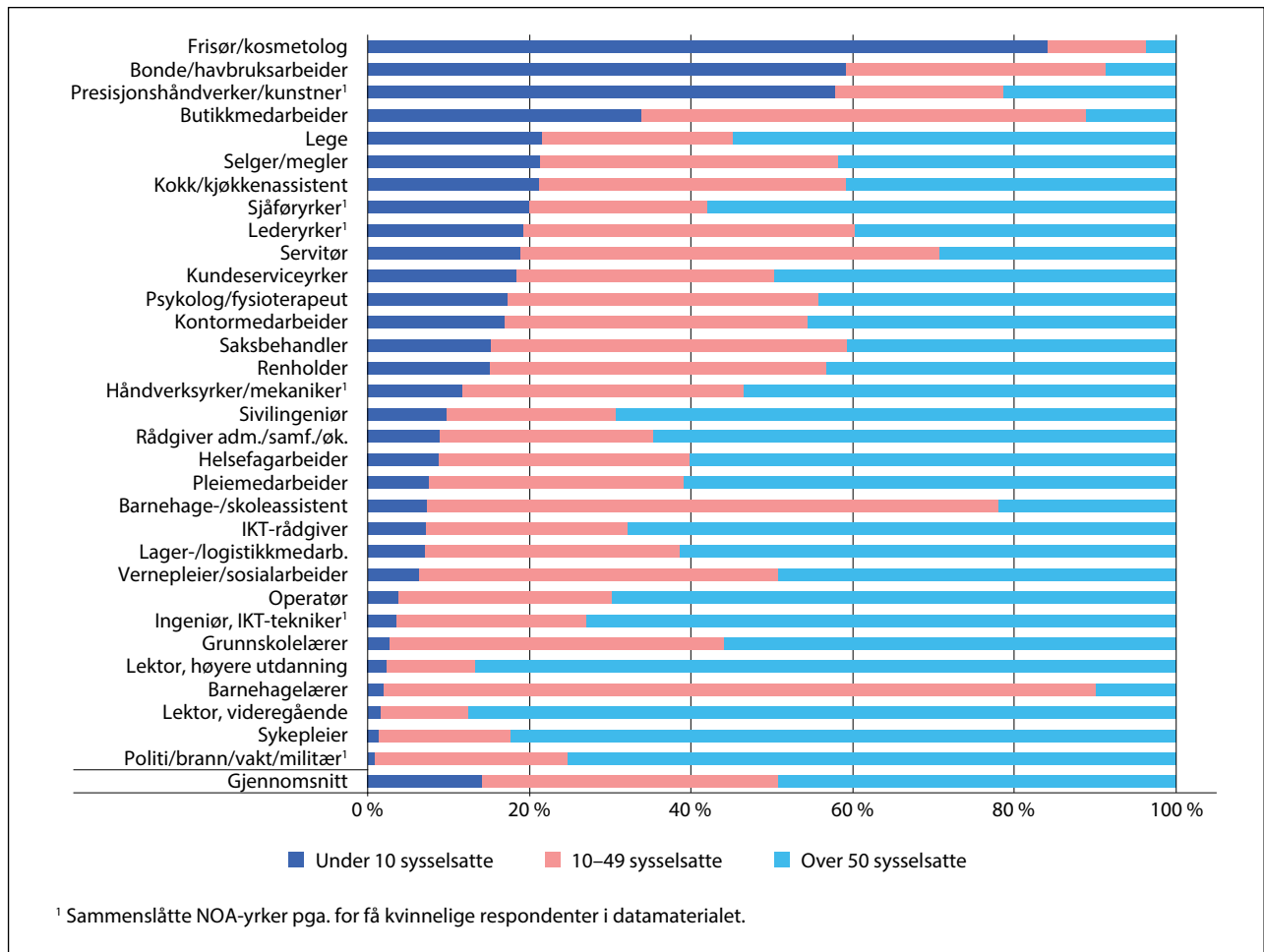
på større arbeidsplasser og i større virksomheter, mens det er mer vanlig at yrkesgrupper som er tilknyttet næringsgrupper som personlig tjenesteyting (f.eks. frisører), jobber i små virksomheter. Det er imidlertid mange unntak fra dette, og i mange næringsgrupper i privat og offentlig sektor er både små og større virksomheter representert (1).

### 3.11 Yrker og næringer

Kvinner og menn arbeider i stor grad i ulike næringer og yrker i Norge. Tabell 3.7 viser i hvilke hovednæringer sysselsatte kvinner i alderen 15–74 år arbeider, sortert fra høyest til lavest antall sysselsatte i absolutte tall.

I de aller fleste tjenesteytende næringer har det vært en vekst i antall sysselsatte fra 1970 og fram til i dag. Aller størst vekst har det vært innenfor helse- og sosialtjenester. Helse- og sosialtjenester er den desidert største overordnede næringsgruppen i 2024 med 478 000 sysselsatte kvinner.

Kvinnearbeidshelseutvalget har med utgangspunkt i mandatet valgt ut noen kvinnedominerte



Figur 3.24 Prosentvis fordeling av sysselsatte etter virksomhetsstørrelse og yrkesgrupper, kvinner

Sortert etter under 10 sysselsatte

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A 2022).

næringer og yrker som beskrives nærmere i kapittel 5. Omtalen av de utvalgte næringene viser kjennetegn og utfordringer ved ulike arbeidsfor-

hold, som igjen ses i sammenheng med arbeidsmiljøbelastninger (arbeidshelse).

Tabell 3.7 Sysselsatte kvinner (15–74 år) etter næring i 2024

Næringsgruppe	Antall sysselsatte
Helse- og sosialtjenester	478 000
Varehandel og reparasjon av motorvogner	156 000
Undervisning	151 000
Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	92 000
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	84 000
Personlig tjenesteyting	82 000
Forretningsmessig tjenesteyting	61 000
Industri	53 000
Overnattings- og serveringsvirksomhet	52 000
Informasjon og kommunikasjon	35 000
Transport og lagring	30 000
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	23 000
Bygge- og anleggsvirksomhet	23 000
Jordbruk, skogbruk og fiske	16 000
Bergverksdrift og utvinning	15 000
Elektrisitet, vann og renovasjon	8 000
Uoppgitt	2 000

Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 07971.



Figur 4.1

## Kapittel 4

# Generelt om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse

Av utvalgets mandat framgår det at kunnskapsgrunnlaget skal beskrive *kvinner*s arbeidsmiljø, arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Dette kapittelet baserer seg derfor i all hovedsak på forskning som studerer kvinner, eller har analyser som skiller mellom kvinner og menn, eller studier gjort i kvinneedominerte næringer, der hoveddelen av den studerte gruppen er kvinner. Når det gjelder kunnskap om mulige helseeffekter av arbeidsmiljøfaktorer må dette i noen tilfeller ses i lys av kunnskapen som er opparbeidet over tid, selv om studiene ikke nødvendigvis har hatt et kjønnsperspektiv i sine analyser.

Arbeidshelse defineres som helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet (jf. mandatet). Forholdet mellom arbeid og helse er imidlertid sammensatt. Sammenhengene mellom noen arbeidsmiljøforhold og plager og sykdommer er godt dokumentert, mens det for andre arbeidsforhold er svakere kunnskap. Kunnskapen som er relevant for kvinnearbeidshelse må sies å være mer mangelfull enn for arbeidshelse generelt (altså for de forhold som gjelder både kvinner og menn på lik linje), noe som kan tilskrives skjevheten i studerte eksponeringer. Menns arbeidseksponeringer er opp gjennom årene gjennomgående betyde-

lig mer studert enn kvinners arbeidseksponeringer.

Som grunnlag for utvalgets arbeid har Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) foretatt en systematisk kunnskapsgjennomgang av arbeidsmiljøfaktorenes påvirkning på kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet, jf. kapittel 2.4.2.1. I denne rapporten har forskere gått igjennom vitenskapelige artikler fra Norden som er publisert fra 2010 til 2024, og som omhandler kvinners arbeidshelse. Studier som ble inkludert var studier utført i kvinneedominerte yrker og næringer (>70 prosent kvinner) og/eller at utvalget bestod av >80 prosent kvinner, eller at analyser var gjort separat for kvinner (og menn). Det var et premiss for rapporten at den skulle avspeile de særskilte forholdene som gjelder for arbeid i Norge og Norden, slik at rapporten ikke omhandler hele den internasjonale forskningen på feltet.

I dette kapittelet vil derfor STAMIs kunnskapsgjennomgang sees i sammenheng med internasjonale kunnskapsoppssummeringer på feltet, samt tidligere relevante norske rapporter.

STAMI-rapporten påpeker at det er en skjevhet innen forskning på kvinneedominerte yrker, med et flertall av studier i helse- og omsorgssektoren og få innen andre kvinneedominerte yrker som

frisører, barnehageansatte og lærere. Det er også forskjeller mht. hvilke arbeidsmiljøfaktorer som har blitt studert i hvilke sammenhenger; f.eks. er få kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer studert i sammenheng med arbeidstilknytning, mens det er en overvekt av forskning på psykososiale faktorer og sykefravær. Mange av studiene som ble inkludert omhandler kvinner i helse- og omsorgssektoren. Hvorvidt funnene er generaliserbare til andre yrker og næringer diskuteres i rapporten der det er relevant, basert på eldre litteratur og internasjonal forskning.

#### 4.1 Definisjon av arbeidsmiljø og arbeidsmiljøfaktorer

Arbeidsmiljø kan defineres som summen av alle de faktorene som de ansatte eksponeres for på arbeidsplassen, knyttet til både arbeidets innhold, organiseringen av arbeidsutførelsen, samt det sosiale og fysiske miljøet som arbeidet utføres i. Arbeidsmiljøfaktorer kan ha både positiv og negativ innvirkning på de ansattes helse.

Ulike næringer og yrker har forskjellige arbeidsoppgaver og eksponerer ansatte for ulike arbeidsmiljøfaktorer. I en rekke vanlige arbeidssituasjoner vil alle sysselsatte kunne bli utsatt for fysiske, kjemiske, biologiske, mekaniske (ergonomiske), psykososiale eller organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet, som kan gi grobunn for helseplager og sykdomsutvikling. F.eks. utfører industrioperatører arbeidsoppgaver i støyende omgivelser, bygg- og anleggsarbeidere er ofte omgitt av ulike typer støv, omsorgsarbeidere opplever høye krav og lav kontroll og må ofte utføre løft i ubekvemme stillinger, frisører utsettes for kjemikalier og mekaniske (ergonomiske) belastninger, leger og sykepleiere har ofte en arbeidssituasjon preget av høye emosjonelle krav, vernepleiere og sosialarbeidere utsettes for trusler og/eller vold, og ledere har ofte lange arbeidsuker og krav i jobben som forstyrrer privatlivet. Slike arbeidsmiljøforhold kan påvirke arbeidsevnen, ved å bidra til utvikling eller forverring av helseproblemer, eller ved at jobben stiller krav som er uforenlige med den enkeltes helsemessige forutsetninger.

Det å være i et godt arbeid som gir mening, er helsebringende, også for personer som i utgangspunktet har helseplager. Arbeidet kan dermed bidra til, eller opprettholde, en god helse. Men en forutsetning for at arbeid skal være en kilde til god helse, er et godt arbeidsmiljø. Et godt arbeidsmiljø innebærer beskyttelse mot eksponeringer som kan framkalle helseproblemer og sympto-

#### Boks 4.1 Kategorisering av arbeidsmiljøfaktorer

*Kategorisering av arbeidsmiljøfaktorer:*

- Organisatorisk
- Psykososialt
- Fysisk
- Kjemisk og biologisk
- Mekanisk (ergonomisk)

mer. Dersom arbeidet organiseres på en måte som skaper balanse mellom kravene som stilles i arbeidet og den ansattes ressurser, kan det å være i arbeid være en kilde til god helse gjennom tilhørighet, struktur, utvikling, mestring og opplevelse av mening i hverdagen. Arbeid kan bidra til økonomisk trygghet, sosial kontakt, og opplevelse av at ens innsats blir verdsatt.

Overordnet kan de ulike arbeidsmiljøfaktorene kategoriseres i fem hovedområder; organisatorisk arbeidsmiljø, psykososialt arbeidsmiljø, fysisk arbeidsmiljø, kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer (46). Disse arbeidsmiljøfaktorene, eller eksponeringene, kan være objektive, som å være utsatt for asbest eller støy, eller de kan være subjektive, slik som opplevelser av arbeidsinnhold og samspillet på jobb. Eksponeringene kan operasjonaliseres og måles ulikt. Kunnskapsgrunnlaget vil være sterkest der både eksponeringer og helseutfall kan måles objektivt, mens studier av subjektivt rapporterte eksponeringer og helseutfall vil være mer påvirkelig av andre forhold som ikke kan måles. Derfor vil styrken på kunnskapsgrunnlaget, hvordan arbeidsmiljøfaktorer kan forskes på, og hva vi vet om arbeidsmiljøet variere ut fra typen arbeidsmiljøforhold, og dermed mellom de ulike yrkene og næringene.

*Organisatorisk arbeidsmiljø* handler om hvordan arbeidet er organisert, tilrettelagt og fordelt mellom de ansatte. Begrepet er vidt og omfatter bl.a. arbeidstidsordninger, sikkerhetsrutiner, organisasjonsstruktur, ledelse, utforming av arbeidsplassen og formelle veier for kommunikasjon (47). Det omfatter også styrings- og planleggingssystemer, og hvordan ressursene virksomheten har tilgjengelig organiseres. Måten arbeidet er organisert på har avgjørende betydning for hvilke andre arbeidsmiljøfaktorer arbeidstakerne eksponeres for, samt hvilke muligheter de har til å beskytte seg mot eventuelle risikofaktorer. De

organisatoriske arbeidsmiljøbetingelsene påvirker også mulighetene for å ha et godt fungerende arbeidsmiljøarbeid og for arbeidstakernes medvirkningsmuligheter i egen arbeidssituasjon (48).

*Psykososialt arbeidsmiljø* handler om de sosiale og mellommenneskelige forholdene på arbeidsplassen, samt hvordan de ansatte opplever arbeidssituasjonen og arbeidets innhold. Begrepet omfatter både positive og beskyttende faktorer (f.eks. positive utfordringer, meningsfullt arbeid, medbestemmelse og sosial støtte, anerkjennelse og belønning) og risikofaktorer i arbeidsmiljøet (f.eks. stort arbeidspress kombinert med lav kontroll, usikkerhet knyttet til endringer og omstillinger, høye emosjonelle krav, samt vold, mobbing og trakassering).

*Fysiske arbeidsmiljøfaktorer* handler om påvirkninger fra det ytre miljøet, slik som varme, kulde, innelima, belysning, støy, vibrasjoner, strømgjennomgang og ulike typer stråling.

*Kjemiske arbeidsmiljøfaktorer* kan være ulike kjemiske produkter i arbeidsmiljøet, gass/damp, eksos/brannrøyk, støv og partikler, rengjørings- og løsemidler, oljer og smøremidler og vått arbeid (vann på huden). Eksponering for kjemiske arbeidsmiljøfaktorer skjer hovedsakelig gjennom innånding, men også gjennom hud- og slimhinnekontakt og ved svelging.

*Biologiske arbeidsmiljøfaktorer* stammer fra planter, dyr eller andre mennesker og kan overføres i form av mikroorganismer, som virus, bakterier, pollen, soppsporer, hår, midd og komponenter fra mikroorganismer, og også fra døde mikroorganismer og organisk materiale. Biologiske arbeidsmiljøfaktorer kan føre til smittsomme sykdommer, allergier, og til skadelig påvirkning av f.eks. immunsystem eller nervesystem gjennom ulike toksiner. Ansatte kan bli eksponert hvis de arbeider med dyr eller med mikroorganismer, utsettes for bioaerosoler (ørsmå, luftbårne partikler med mikroorganismer eller komponenter av mikroorganismer), eller med mennesker eller dyr med smittsom sykdom og som kan smitte den ansatte i arbeidet.

*Mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer* handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, menneske og teknikk. Dårlig tilpasning mellom disse kan føre til mekanisk belastning. Eksempler på mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer kan være arbeid med hender over hodet, tunge løft, løft i ubekvemme stillinger og tungt fysisk arbeid.

Med *arbeidsforhold* menes hvordan de sysselsatte kvinnene er tilknyttet arbeidsplassen, herunder heltids- eller deltidsarbeid og midlertidig

eller fast ansettelse. Dette er faktorer som etter regelverket skal være beskrevet i en skriftlig arbeidsavtale mellom den ansatte og arbeidsgiver. Det vil imidlertid være overlapp mellom arbeidsmiljø og arbeidsforhold, de vil gjensidig påvirke hverandre og de vil kunne påvirke kvinners arbeidshelse og tilknytning til og frafall fra arbeidslivet.

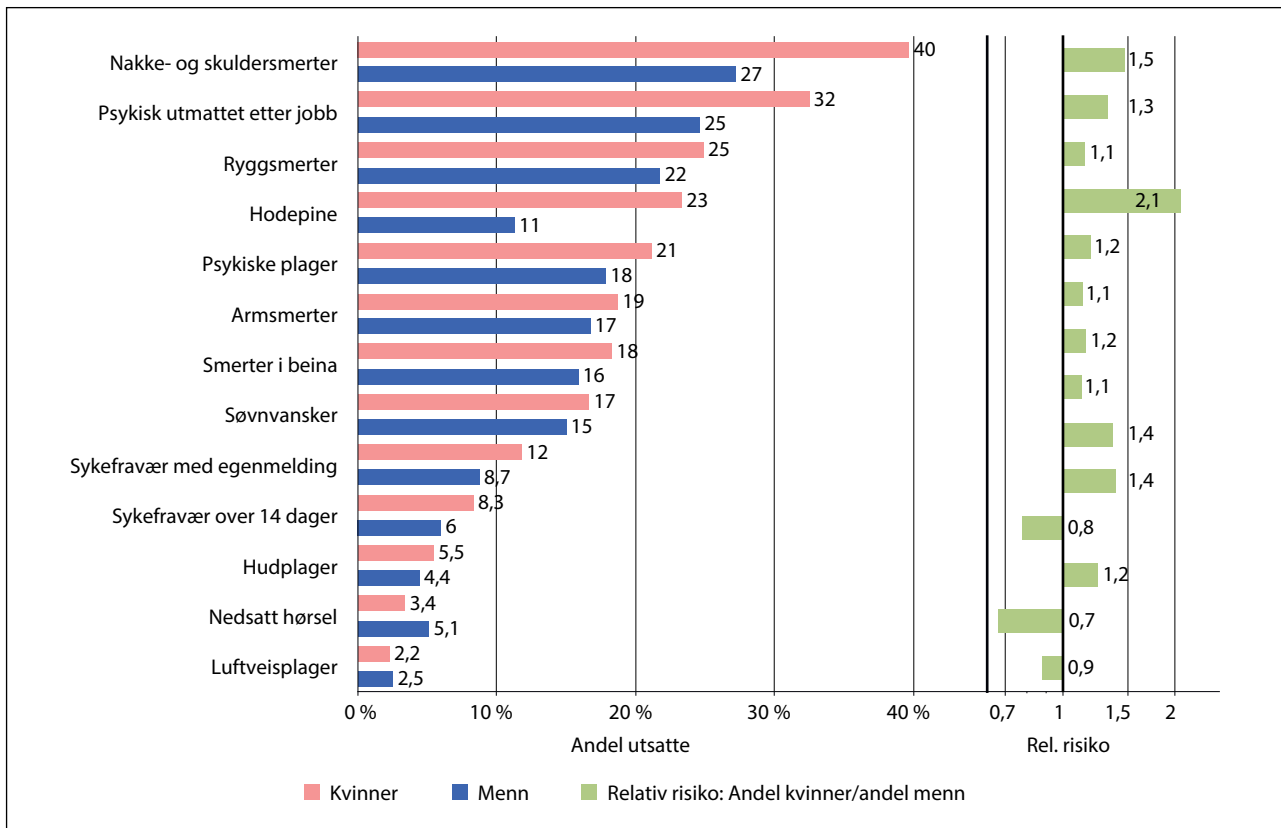
## 4.2 Arbeidsrelaterte helseplager

Figur 4.2 viser andelen kvinner og menn som oppgir helseproblemer som helt eller delvis skyldes forhold ved jobben. Kvinner rapporterer gjennomgående om en noe høyere forekomst av ulike typer arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Nakke- og skuld smerter er de mest utbredte av disse, både for kvinner og menn. Selv om den prosentvise forskjellen mellom kjønnene er størst når det gjelder arbeidsrelaterte nakke- og skuld smerter (40 prosent mot 27 prosent), er den relative forskjellen mellom kvinner og menn størst for arbeidsrelatert hodepine. Mer enn en dobbelt så stor andel kvinner rapporterer om slike plager i løpet av en måned, sammenlignet med menn (23 prosent mot elleve prosent). Videre oppgir kvinner oftere at de er psykisk utmattet etter jobb (32 prosent mot 25 prosent). Psykiske plager er også vanligere blant kvinner (21 prosent mot 18 prosent), men forskjellen er noe mindre når det gjelder arbeidsrelaterte søvnvansker.

Den nedre delen av figuren viser at bildet er annerledes for enkelte typer helseutfall. Nedsatt hørsel som tilskrives jobben, er mer vanlig blant menn (5,1 prosent mot 3,4 prosent), og menn rapporterer oftere om arbeidsskader (8,8 prosent mot 6,0 prosent). Hudplager er litt mer vanlig blant kvinner, mens luftveisplager er nesten likt fordelt mellom kjønnene.

Samlet sett viser figuren at arbeidsrelaterte helseplager er mer utbredt blant kvinner. Kvinner rapporterer om et høyere nivå av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager, psykiske plager og sykefravær, mens menn oftere rapporterer om arbeidsskader og arbeidsrelatert nedsatt hørsel.

Figur 4.3 viser andelen med arbeidsrelaterte psykiske plager (horisontal akse) og muskel- og skjelettsmerter (vertikal akse) etter næringer, samtidig som den viser andelen kvinner som jobber i de ulike næringene. Det er ikke en én-til-én-sammenheng mellom nivået av arbeidsmiljøeksponering og arbeidsrelaterte helseplager på næringsnivå, og det er andre faktorer som har betydning for nivået av arbeidsrelaterte plager.



Figur 4.2 Prosentandel kvinner og menn som oppgir arbeidsrelaterte helseplager, sykefravær og arbeidsskader og relativ forskjell mellom kjønnene

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).

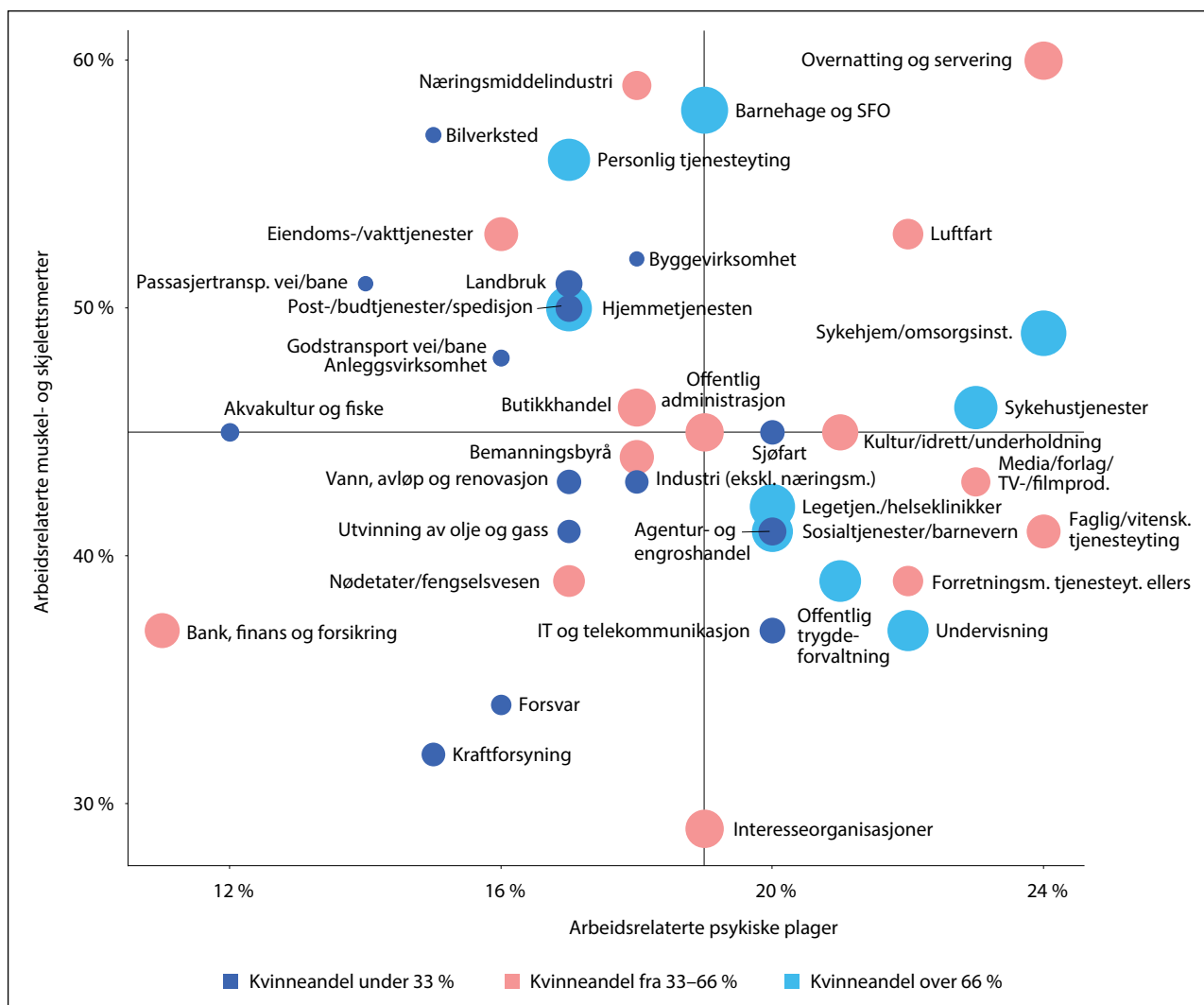
Arbeidsmiljøfaktorer og kvinnens arbeidshelse i de ulike næringene vil bli omtalt i kapittel 5, men figuren illustrerer noen viktige forskjeller mellom ulike næringer, og viser at arbeidstakerne i flere kvinnedominerte næringer ligger relativt høyt, sammenlignet med gjennomsnittet, både når det gjelder arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsmerter og psykiske plager. Dette er av betydning for resten av kapittelet når arbeidsmiljøets betydning for kvinnens arbeidshelse skal drøftes.

Sykehjem/omsorgsinstitusjon er et eksempel på en kvinnedominert næring som skårer høyt på begge dimensjoner. I samme del av figuren er også overnatting/servering som har nokså balansert kjønnsfordeling, og luftfart som er en mannsdominert næring. I de kvinnedominerte næringene, som hjemmetjenesten, barnehage/SFO og personlig tjenesteyting (hvor en stor andel er frisører), skårer de sysselsatte høyt på arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Sykehustjenester og undervisning ligger betydelig over gjennomsnittet når det gjelder psykiske plager, men ligger henholdsvis på og under gjennomsnittet når det gjelder arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsmerter. Offentlig trygdeforvaltning og sosialtjenes-

ter/barnevern skårer også betydelig over gjennomsnittet for psykiske plager. Renholdere er blant yrkesgruppene som rapporterer høyest forekomst av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsmerter (yrker er ikke vist i figuren).

### 4.3 Legemeldt sykefravær etter diagnose

Med legemeldt sykefravær fanger man opp både fravær som kan ha en sammenheng med arbeidsmiljøet og fravær der sykdommen som ligger til grunn for sykmeldingen ikke anses å være forårsaket av arbeidsmiljøforhold. Noe av variasjonen i nivået av sykmelding mellom næringer og yrker, samt det faktum at noen næringer eller yrker har et betydelig høyere fravær enn gjennomsnittet, kan tolkes som et uttrykk for at enkelte næringer/yrker er mer belastende. Dette kan innebære en økt risiko for helseplager som gir sykefravær, eller at det i enkelte næringer og yrker generelt er mer krevende å utføre jobben ved ulike helseplager eller sykdom, noe som også vil kunne bidra til et høyere fravær i disse næringene og yrkene.



Figur 4.3 Prosentandel sysselsatte med arbeidsrelaterte psykiske plager (horisontal akse) og arbeidsrelaterte muskel- og skjelettsmerter (vertikal akse), etter næring. Størrelsen og fargen på sirklene illustrerer kvinneandelen i næringene

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).

Tabell 4.1 viser nivået av legemeldt sykefravær med ulike grupperte diagnoser blant kvinner og menn. Kvinner har et høyere sykefravær enn menn innenfor de fleste kategorier. Med unntak av svangerskapsdiagnoser finner vi den største forskjellen mellom kvinner og menn i kategorien psykiske diagnoser, der kvinner har omtrent dobbelt så stor risiko sammenlignet med menn. Når det gjelder muskel- og skjelettdiagnoser, er forskjellen mindre (1,7 prosent mot 1,4 prosent). I kategorier som luftveisdagnoser (0,3 prosent mot 0,2 prosent), nervesystemdiagnoser (0,4 prosent mot 0,2 prosent) og andre diagnoser (1,1 prosent mot 0,6 prosent) er forskjellene også til stede. Unntaket er sykefravær knyttet til hjerte- og kardiagnoser, hvor fraværet er høyere blant menn.

Når man ser på den relative betydningen av de ulike diagnosene for menn og kvinner, utgjør muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser omtrent samme andel blant kvinner (henholdsvis 30 prosent og 28 prosent). Blant menn utgjør muskel- og skjelettdiagnoser en betydelig større andel av fraværet enn psykiske diagnoser (henholdsvis 43 prosent og 22 prosent). Samlet utgjør disse to diagnosegruppene omtrent 60 prosent av det totale fraværet både blant menn og kvinner.

Figur 4.4 viser at muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser er de klart mest brukte diagnosene i sykmeldinger for kvinner. De utgjør henholdsvis 30 og 28 prosent av alt legemeldt sykefravær over 16 dager. Figur 4.5 viser at flere av de kvinnedominerte næringene har et relativt høyt fravær knyttet til begge disse diagnose-



Tabell 4.1 Legemeldt sykefravær med varighet over 16 dager blant menn og kvinner, fordelt på diagnosegrupper

	Kvinner (prosent)	Menn (prosent)	Differanse <sup>1</sup> (prosentpoeng)	Relativ risiko <sup>2</sup>
Muskel-/skjelettdiagnoser	1,7	1,4	0,3	1,3
Psykiske diagnoser	1,6	0,7	0,9	2,2
Andre diagnoser	1,1	0,6	0,6	2,0
Svangerskapsdiagnoser	0,5	–	0,5	–
Nervesystemdiagnoser	0,4	0,2	0,2	2,2
Luftveisdiagnoser	0,3	0,2	0,2	1,9
Huddiagnoser	0,05	0,05	0	1,1

<sup>1</sup> Differansen mellom kvinner og menn i prosentpoeng.

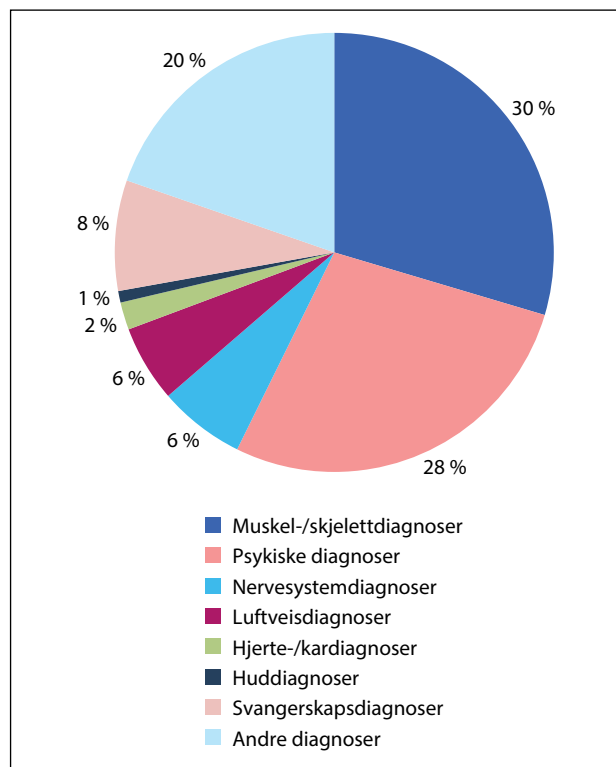
<sup>2</sup> Relativ risiko angir forholdet mellom risikoen for kvinner sammenlignet med menn.

Kilde: STAMI/NOA (Nav 2022).

gruppene. Hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjon og barnehage/SFO, men også personlig tjenesteyting (som inkluderer frisører), ligger høyt på begge typer fravær. Sosialtjenester/barnevern har et høyt fravær knyttet til psykiske diagnoser, og vi ser også at sykehustjenester,

undervisning og offentlig trygdeforvaltning ligger betydelig over gjennomsnittet når det gjelder fravær knyttet til en psykisk diagnose.

Når sykefravær vurderes etter yrker (ikke vist i figuren), ser vi at helsefagarbeidere, barnehage- og skoleassistenter, pleiemedarbeidere og frisører/kosmetologer ligger tydelig høyere enn gjennomsnittet for begge diagnosegruppene. Sykepleiere, barnehagelærere og vernepleiere/sosialarbeidere skårer særlig høyt på fravær knyttet til psykiske diagnoser. Renholdere er yrkesgruppen med høyest fravær knyttet til muskel- og skjelettplager. Grunnskolelærere har et relativt høyt fravær knyttet til psykiske diagnoser.

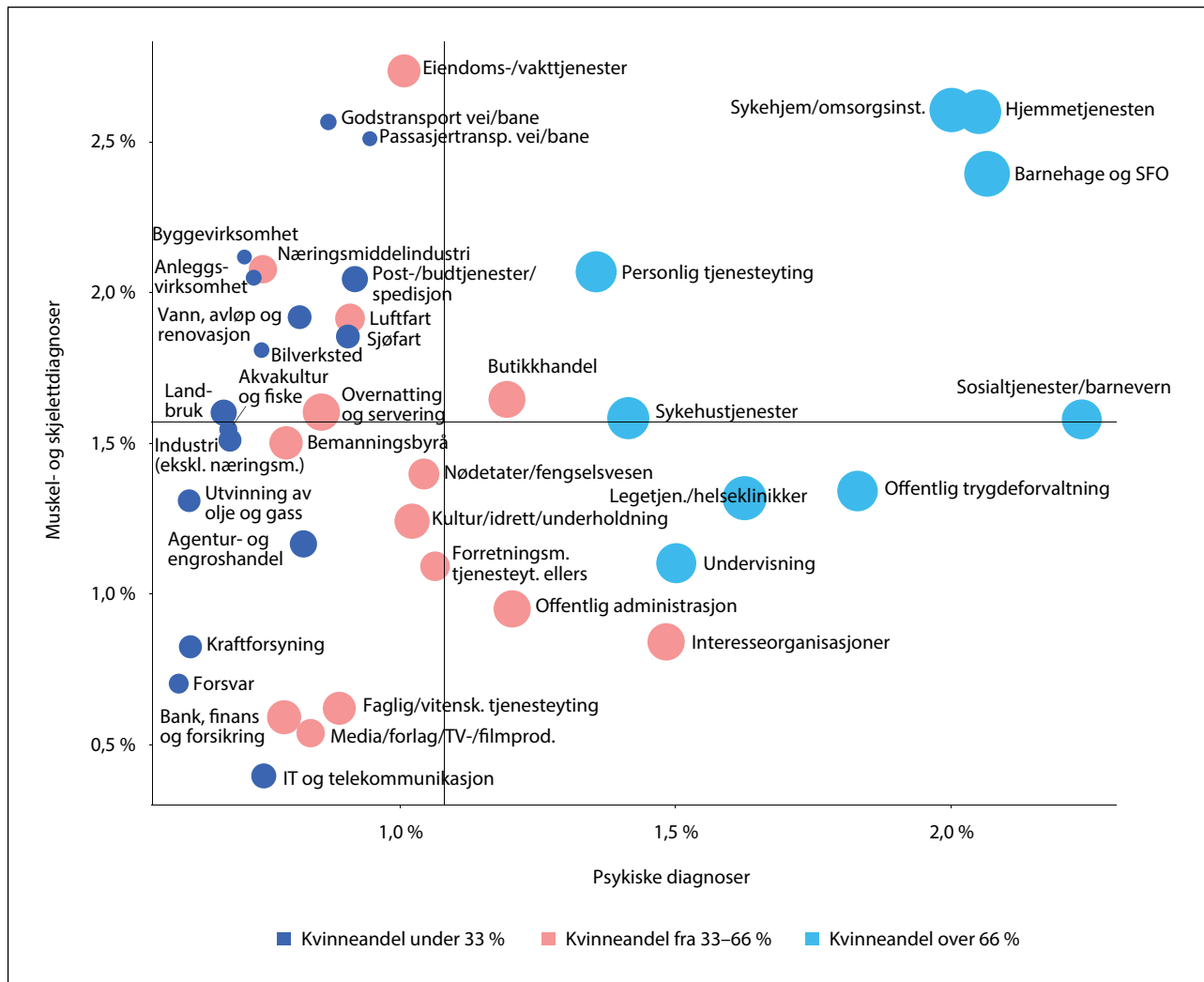


Figur 4.4 Prosentandel legemeldt sykefravær over 16 dager for kvinnelige lønnstakere, etter diagnosegrupper

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024.

#### 4.4 Selvrapportert arbeidsrelatert sykefravær

Hvor mye av sykefraværet som kan knyttes til arbeidet er vanskelig å estimere, og det foreligger ikke registerbaserte data på arbeidsrelatert sykefravær. I delkapittel 4.3 er fordelingen av sykefravær knyttet til noen diagnosegrupper vist etter næring. Det viser at sykefraværet er ulikt i forskjellige yrker og næringer, noe som delvis kan være et resultat av ulike arbeidsmiljø. I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A) har man forsøkt å kartlegge hvor stor del av sykefraværet som kan skyldes helseplager som helt eller delvis er forårsaket av arbeidet. Arbeidsrelatert sykefravær i ulike yrker og næringer, kan være en indikasjon på forebyggingspotensialet i de ulike yrkes- og næringsgruppene.



Figur 4.5 Sykefraværspersenten for legemeldt sykefravær over 16 dager med muskel- og skjelettdiagnoser (vertikal akse) og psykiske diagnoser (horisontal akse), etter næring. Størrelse og farge på sirkelene illustrerer kvinneandelen i næringene

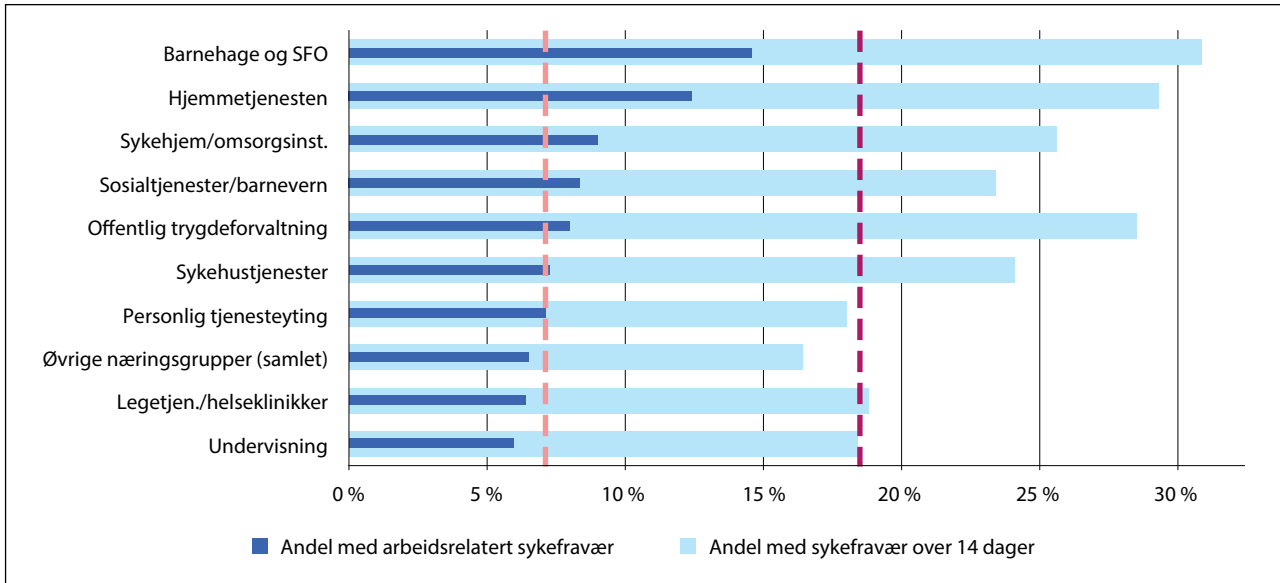
Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (Nav).

I 2022 oppga omtrent 23 prosent av sysselsatte kvinner at de hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager i løpet av det siste året (LKU-A). Mer enn 1 av 3 av disse oppgir at fraværet skyldtes helseproblemer som helt eller delvis var forårsaket av jobben. Det vil si at åtte prosent av sysselsatte kvinner oppgir å ha hatt et arbeidsrelatert sykefravær på mer enn 14 dager siste år, mot seks prosent av menn. Det arbeidsrelaterte sykefraværet varierer også etter yrke og næring. Når vi ser på de kvinnedominerte næringene, er den høyeste forekomsten av arbeidsrelatert sykefravær innen barnehage og SFO, hjemmetjenesten og sykehjem/omsorgsinstitusjon, se figur 4.6. Blant barnehagelærere er andelen med arbeidsrelatert fravær 19 prosent. Renholder er

også et yrke med høy andel arbeidsrelatert fravær (15 prosent), se figur 4.7.

#### 4.5 Arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet

Figur 4.8 er en modell for hvordan yrke og ulike arbeidsmiljøforhold kan påvirke de ansattes arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Å delta i arbeidslivet er bra for den enkelte. Arbeid er en kilde til ressurser som gir god helse, bl.a. i form av mening, mestring, økonomisk trygghet og tilhørighet (49). Likevel er det en rekke faktorer i arbeidsmiljøet som helt eller delvis kan gi opphav



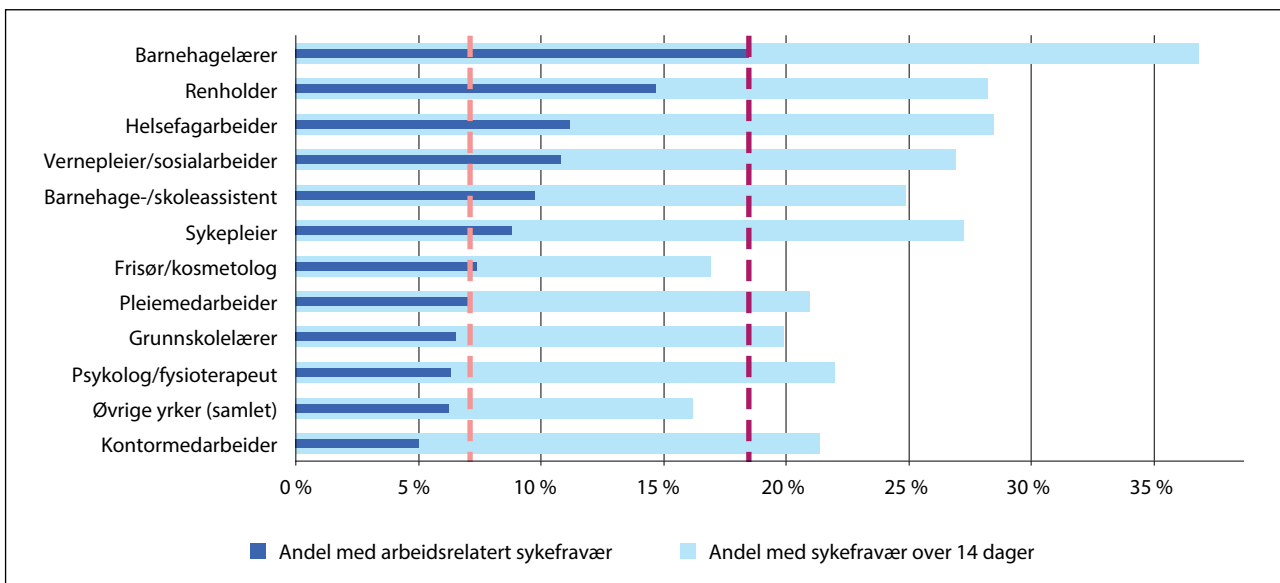
Figur 4.6 Arbeidsrelatert sykefravær med varighet over 14 dager i kvinnedominerte næringer (tallene er for begge kjønn). De stiplede vertikale linjene viser gjennomsnittet for hhv. arbeidsrelatert sykefravær og totalt sykefravær

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).

til plager og sykdommer (50-53). Plager og sykdommer, uavhengig av om de er forårsaket av arbeidet eller ikke, vil påvirke arbeidsevnen, dvs. evnen til å møte kravene som stilles i arbeidet. I hvilken grad man har ressurser (og/eller helse) til å nå kravene i arbeidet har betydning for arbeidstilknytning (sykefravær, uførhet, tidlig pensjonering mv.). Ved å justere på arbeidsmiljøfaktorene eller stille andre krav, dvs. tilrettelegge/

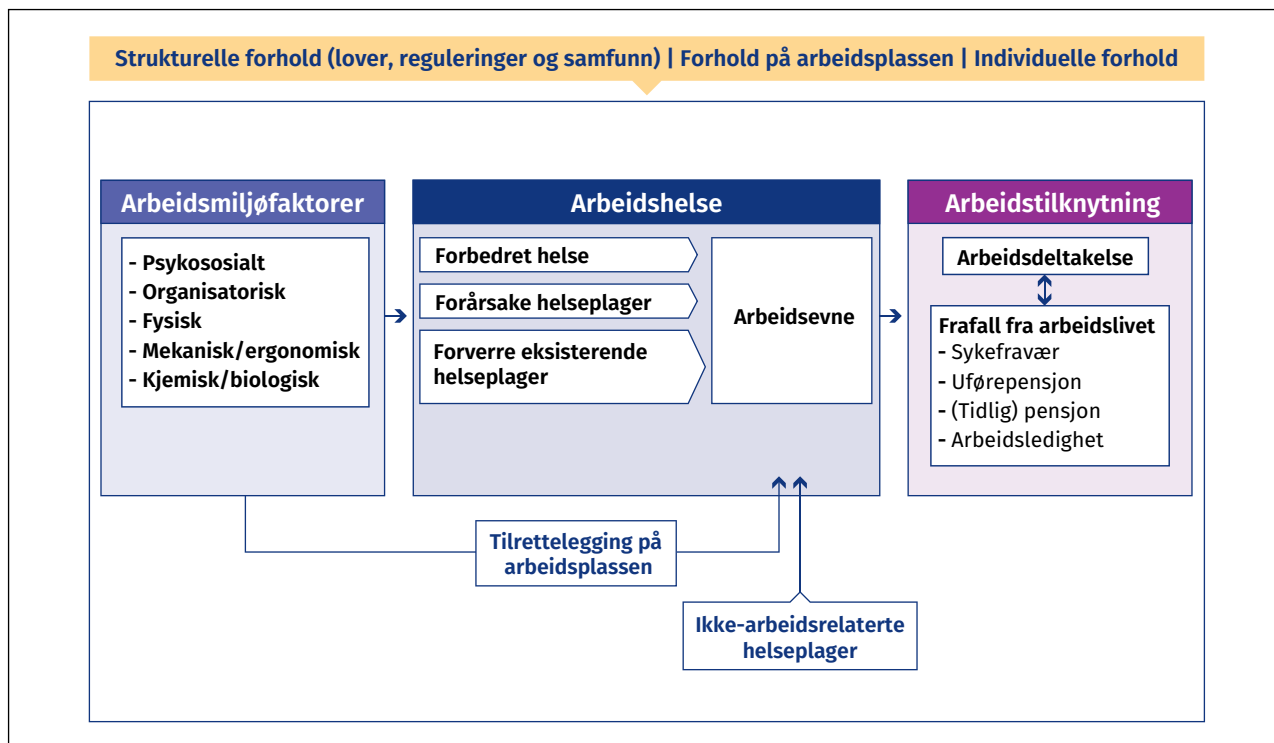
justere arbeidsmiljøet, kan arbeidsevnen økes, noe som igjen styrker arbeidstilknytningen.

Systematiske forskjeller i hvor kvinner og menn jobber, og hvilke stillinger de har, betyr at kvinner og menn er utsatt for ulike eksponeringer i arbeidsmiljøet. Dette kan igjen føre til forskjeller i arbeidsrelaterte helseplager og sykdommer. I tillegg finnes det eksempler på at kvinner på gruppebasis er mer følsomme for enkelte eksponerin-



Figur 4.7 Arbeidsrelatert sykefravær med varighet over 14 dager i kvinnedominerte yrker (tallene er for både kvinner og menn). De stiplede vertikale linjene viser gjennomsnittet for hhv. arbeidsrelatert sykefravær og totalt sykefravær

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).



Figur 4.8 Figuren illustrerer hvordan ulike arbeidsmiljøforhold kan påvirke kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning. Noen faktorer vil kunne ha en positiv innvirkning på arbeidshelsen, noen vil ha en negativ innvirkning og noen vil kunne påvirke enten positivt eller negativt, avhengig av situasjon

Kilde: «Arbeidsmiljøets påvirkning på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning», STAMI-rapport, Årgang 26 (2025), Nr. 2.

ger, tydeligst eksemplifisert gjennom fysisk og mekanisk belastning i yrker som krever høy grad av kraftbruk. Kvinner kan reagere annerledes på ytre belastninger enn menn, pga. fysiske forskjeller (54, 55), som lavere muskelstyrke (56) eller andre bevegelsesstrategier, som å bruke andre muskelgrupper til tunge løft (57).

I tillegg til forskjeller i eksponeringer i arbeidsmiljøet er det også store forskjeller på kravene som stilles i arbeidet. Arbeidsforhold kan ha betydning for sykefravær, både gjennom skadelig påvirkning i arbeidet og gjennom de kravene som stilles i arbeidet. Hvorvidt det er nødvendig med sykefravær vil være avhengig av interaksjonen mellom den enkeltes helse og jobbkravene (58). Mange av de kvinnedominerte yrkene og sektorene kjennetegnes av tungt fysisk arbeid og høye emosjonelle krav. Uavhengig av om en gitt helseplage eller sykdom skyldes arbeidet, vil det være mer utfordrende å stå i slike yrker dersom man har f.eks. muskel- og skjelettsmerter eller lettere psykiske lidelser. Samme sykdom eller funksjonsnedsettelse vil derfor kunne gi ulike grader av arbeidsuførhet pga. ulike jobbkrav. Dette vil kunne påvirke sykefraværet, og kan også være med på å forklare noe av forskjellen på sykefravær

i ulike yrker og næringer (reversert kausalitet) (59).

Det er en rekke forhold ved arbeidsmiljøet som kan påvirke kvinners arbeidshelse og deltakelse i arbeidslivet. Flere norske rapporter de senere årene har sett på arbeidsmiljøfaktorenes betydning for sykefraværet i kvinnedominerte sektorer. En SINTEF-rapport fra 2018 beregnet at minst 28 prosent av sykefraværet blant sykepleiere på sykehus, helt eller delvis var arbeidsrelatert (60). Rapporten konkluderer med at det arbeidsrelaterte sykefraværet vanligvis skyldes for høy arbeidsbelastning over tid, både for stor fysisk arbeidsbelastning og for høyt tempo. Fafø publiserte i 2022 rapporten «Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor» (61). Her ble det utført kvalitative intervjuer i enkelte kvinnedominerte sektorer (helse/omsorg, skole/barnehage) og mannsdominerte sektorer (teknisk), for å kartlegge arbeidsmiljøutfordringer. Funnene er satt i sammenheng med eksisterende nasjonal statistikk fra STAMI og SSB. Rapporten oppsummeres med seks punkter som kan forklare forskjellen mellom kvinners og menns rapporterte arbeidsrelaterte helseplager, der ulikheter i arbeidsmiljøet i de

kvinnedominerte og mannsdominerte sektorene framheves som en viktig faktor.

En studie fra den generelle norske yrkesbefolkningen fant at så mye som 45 prosent av selvrapporterte uføretilfeller kunne relateres til arbeidsmiljøforhold (62). Det gjaldt spesielt psykososiale arbeidsmiljøforhold som lite støttende ledelse og monotont arbeid, samt mekaniske arbeidsmiljøfaktorer som stående arbeid, arbeid med framoverbøyd nakke, helkroppsvibrasjon og tungt fysisk arbeid.

Arbeidsmiljøfaktorer kan også ha betydning for hvorvidt seniorer kan forlenge sin yrkeskarriere. Helseproblemer og arbeidsbelastninger er de vanligste årsakene til frafall og tidlig avgang blant eldre. Når det gjelder belastninger i arbeidet kan det både være snakk om generelle utfordringer i arbeidslivet, og mer bransjespesifikke utfordringer og muligheter. Fafo publiserte i 2022 en rapport om bransjespesifikk seniorpolitikk der forskerne tok for seg ti ulike bransjer og så på faktorer som kunne ha betydning for hvor lenge de ansatte kunne stå i arbeid, herunder i kvinnedominerte bransjer som barnehage, pleie og omsorg og undervisning (63). De peker på noen arbeidsmiljøfaktorer som kan ha betydning for eldre arbeidstakere på tvers av bransjene, f.eks. krav i arbeidslivet sett opp mot ressurser og bemanning, autonomi og selvbestemmelse, kunnskapsoverføring og veileder-/mentorrolle, samt regelmessige medarbeidersamtaler for å fange opp eventuelle arbeidsrelaterte helseproblemer tidlig.

#### 4.5.1 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer

Store internasjonale kunnskapsoppsummeringer om ansatte i kvinnedominerte sektorer, som helse og omsorg, viser at høye jobbkrav og utilstrekkelige ressurser på jobb øker risiko for uhelse. På den annen side vil tilstedeværelse av ressurser som sosial støtte og høy kontroll (selvbestemmelse) øke sjansen for trivsel, jobbmotivasjon og jobbtilfredshet (64).

SINTEF publiserte i 2023 rapporten «Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet» (65). Arbeidet ble utført på oppdrag fra Unio og belyser omfang, håndtering og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant fem yrkesgrupper, deriblant kvinnedominerte yrker i helse- og sosialsektoren (sykepleiere, barnehagelærere, fysioterapeuter) og undervisningssektoren (grunnskolelærere). Resultatene baserer seg på et datamateriale fra 24 intervjuer med totalt 50 informanter og en spørreundersøkelse blant medlemmene i de utvalgte

yrkene, med svar fra 7 513 respondenter. Rapporten understreker at det er mange positive og berikende sider ved det å være i relasjon til andre mennesker og ta inn over seg deres følelser og livssituasjoner som en del av jobben. Samtidig belyses flere situasjoner og oppgaver som kan oppleves som krevende og belastende. Flere av de forholdene som kom fram i intervjuene ble bekreftet i spørreundersøkelsen. Spesielt gjaldt dette opplevelsen av å ikke strekke til, eller i tilstrekkelig grad å ha blitt satt i stand til, eller å ha rammer til, å utføre jobben med den kvaliteten de mener den skal ha. Blant faktorene som ble kartlagt i spørreundersøkelsen, var det flest sykepleiere som svarte at de i stor eller i svært stor grad opplever at det er belastende å kjenne på ansvaret for andre mennesker (54 prosent) og kontinuerlig tilpasse seg andre menneskers behov og følelser (53 prosent). Blant fysioterapeuter oppga 50 prosent i stor eller svært stor grad at det er belastende å konstant være til stede følelsesmessig og 45 prosent i stor eller svært stor grad at det er belastende å kontinuerlig tilpasse seg andre menneskers behov og følelser. Barnehagelærere skåret også høyt på flere forhold, og en tosidighet ble skissert både i intervjuene og spørreundersøkelsen. Hele 80 prosent oppga i stor eller svært stor grad at det er belastende å kjenne på at en ikke strekker til. 74 prosent oppga i stor eller svært stor grad at det er belastende å konstant være til stede følelsesmessig. Grunnskolelærere (sammen med barnehagelærere) hadde høyest andel som opplever at arbeidet setter dem i følelsesmessige krevende situasjoner; 67 prosent av grunnskolelærerne svarte at de ofte eller alltid opplever dette.

Videre i rapporten belyser forfatterne hvordan, og i hvor stor grad, emosjonelle krav kartlegges og håndteres på arbeidsplassen, og hvilke konsekvenser det kan ha for de ansatte. Det poengteres at «konsekvensene av høye emosjonelle og relasjonelle krav og belastninger er komplekse og sammensatte og henger sammen med mange faktorer. Konsekvensene kan vise seg på flere nivå, fra det individuelle til det større samfunnsnivået». Både intervjuene og spørreundersøkelsen avdekker en følelse av utilstrekkelighet og maktesløshet blant respondentene, og omtrent halvparten oppgir at de blir mer følelsesmessig avstumpet på fritiden. Basert på spørreundersøkelsen for hele utvalget samlet var det 19 prosent som oppga at de hadde brukt egenmelding som følge av belastning knyttet til de emosjonelle kravene i arbeidet i løpet av de siste seks månedene. Det var flest barnehagelærere (23 prosent) og

sykepleiere (21 prosent) som oppga å ha brukt egenmelding pga. belastning, men andelen var rett under for grunnskolelærere (19 prosent). Rapporten avslutter med noen praktiske råd og implikasjoner som kan bidra til å styrke det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i relasjonelle yrker.

Det å arbeide med mennesker krever at de ansatte må forholde seg til andres følelser, og i stor grad kontrollere sine egne følelser (emosjonell dissonans). Både høye emosjonelle krav i arbeidet og emosjonell dissonans er assosiert med økt risiko for psykiske plager (66-68).

Fafo gjennomførte i 2019 et arbeid på oppdrag fra Fellesorganisasjonen (FO, fagforening for sosialarbeidere, herunder barnevernspedagoger, sosiologer, vernepleiere og velferdsvitere, tilsluttet LO) som omhandlet «Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren» (69). Rapporten presenterer funn fra en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle medlemmer av FO, der de kartla vold mot ansatte der det var brukere som stod bak volden. Utvalget bestod av om lag 6 700 yrkesaktive eller studenter med relevant deltidsjobb (svarprosent på 30 prosent). 84 prosent av respondentene var kvinner. Undersøkelsen avdekket at 44 prosent av utvalget har vært utsatt for trusler i løpet av de siste tolv månedene, 27 prosent oppga å ha vært utsatt for vold som ikke ga synlig merke i løpet av det siste året og 15 prosent oppga å ha vært utsatt for vold som ga synlige merker det siste året. Dette er svært høye tall sammenlignet med andre yrkesgrupper. Arbeidsgruppen kartlegger også andre sider ved arbeidsmiljøet til denne yrkesgruppen og sier noe om konsekvensene av et farlig arbeidsmiljø. Rapporten framhever at en stor andel (18 prosent) av respondentene som har opplevd vold, trusler om vold og trakassering rapporterer om «mistrivsel» i arbeidet. Elleve prosent av respondentene rapporterer om «ønsker om å slutte i jobben» og «psykiske plager». Avslutningsvis legger forfatterne fram forslag til forebygging og håndtering av slike hendelser.

STAMI-rapporten «Arbeidsmiljøfaktorenes påvirkning på kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet» peker på flere psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som kan være relevante for utviklingen av vanlige psykiske plager hos kvinner, som angst og depresjon (47). Inkluderte studier finner en sammenheng mellom slike plager hos kvinner og eksponering for mobbing og trakassering på arbeidsplassen, høye jobbkrav, høye krav kombinert med lav kontroll, prekære arbeidsforhold (arbeidsforhold som er usikre

eller uforutsigbare) og jobbusikkerhet. I tillegg ser oppgaver som oppfattes som urimelige eller unødvendige ut til å være spesielt relevante arbeidsmiljøfaktorer for slike plager blant kvinner. Høy jobbkontroll og støttende psykososialt klima ser ut til å være beskyttende.

Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er også studert i sammenheng med ulike faktorer knyttet til søvn. STAMI-rapporten antyder at mobbing på arbeid kan øke risikoen for søvnproblemer, mens det ikke ble funnet en sammenheng med jobbkontroll eller sosial støtte. Her er det imidlertid sprikende funn i de inkluderte studiene, noe som gjør det vanskelig å konkludere.

På oppdrag fra Kvinnearbeidshelseutvalget har NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) gjennomført analyser av longitudinelle data for å undersøke ulike forhold som kan ha betydning for om kvinner forlater arbeidslivet med overgang til helserelaterte ytelser. Upubliserte analyser viste at en samleindeks for tre aspekter ved det psykososiale arbeidsmiljøet (lite mulighet til å lære nye ting, lav selvbestemmelse i jobben og kollegaer som sjelden eller aldri spør om råd) var assosiert med økt sannsynlighet for en helseavgang i den eldste aldersgruppen (70).

Flere psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er assosiert med økt risiko for sykefravær uansett årsak for kvinner. Det gjelder høye jobbkrav, høye emosjonelle krav, mobbing, stress, vold og trusler. I tillegg er høye emosjonelle krav i arbeidet assosiert med økt risiko for sykmelding grunnet psykiske lidelser. Høye jobbkrav ser ut til å være en risikofaktor for sykmelding grunnet muskel- og skjelettplager hos kvinner (47). Jobbkontroll, sosial støtte og jobbtilfredshet ser ut til å være beskyttende faktorer for sykefravær uansett årsak for kvinner (47). Høye jobbkrav kombinert med lav jobbkontroll er også assosiert med økt risiko for uføretrygd for kvinner, uansett årsak og uføret grunnet muskel- og skjelettplager (47). Høy jobbkontroll og sosial støtte kan være beskyttende faktorer som motvirker at kvinner blir uføre (47).

#### 4.5.2 Organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer

Hvordan arbeidet organiseres vil påvirke i hvor stor grad de ansatte påvirkes av andre arbeidsmiljøfaktorer. Arbeidet skal organiseres slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger (48). Hvordan arbeidet og arbeidstakerne blir ledet kan også påvirke

#### **Boks 4.2 Tørn-programmet i helse- og omsorgstjenestene**

Tørn-programmet omfatter forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene og gjennomføres i et samarbeid mellom KS, de fire regionale helseforetakene (RHFene) og Helsedirektoratet, og med involvering av arbeidstakerorganisasjonene. Til sammen har 230 kommuner vært involvert siden starten i 2021, og sykehusene kom med fra 2023.

Formålet med programmet er å legge til rette for bedre bruk av personellressursene i hele helse- og omsorgstjenesten, gjennom forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer og forsøk for å fremme riktig oppgavedeling på tvers og innenfor tjenesteområder, -nivåer og virksomheter. Eksempler på forsøksområder i programmet er bruk av kombinerte stillinger, strukturert oppgavedeling, alternative arbeidstids- eller turnusordninger og samlokalisering av tjenester.

Fafo har gjennomført en underveisevaluering av Tørn-programmet; «Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester».<sup>1</sup> Per i dag mangler det forskningsbasert kunnskap om hvilke effekter Tørn-programmet har på arbeidshelse.

<sup>1</sup> <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>

arbeidsmiljøet og helsen til arbeidstakerne både positivt og negativt.

Samlet vil hvordan arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres påvirke mulighetene for å ha en helsefremmende arbeidsplass. Helseeffektene av de helsefremmende og beskyttende organisatoriske arbeidsmiljøfaktorene beskrives i avsnitt 4.5.7.

##### *4.5.2.1 Spesielt om helseeffekter av arbeidstid og arbeidstidsordninger*

Et kjennetegn ved arbeidsmiljøet i mange av de kvinnedominerte næringene og yrkene som er preget av relasjonelt arbeid, er at arbeidet ofte er organisert som turnusarbeid. Samlet sett oppgir 34 prosent av alle sysselsatte kvinner at de arbeider utenom ordinær dagtid, og ti prosent oppgir at de har jobbet natt i løpet av de siste tre månedene

(1). Kapittel 3.3 gir en mer detaljert beskrivelse av utbredelsen av skift- og turnusarbeid for kvinner.

Arbeidstid er regulert i arbeidsmiljøloven kapittel 10 og i ulike tariffavtaler. Hvordan arbeidstid reguleres, utbredelsen av skift- og turnusarbeid og heltid/deltid beskrives i kapittel 3 og 7.

Arbeid utenom ordinær arbeidstid kan organiseres på ulike måter. Hvordan slikt arbeid organiseres har innvirkning på hvordan virksomhetene får driften til å gå rundt (arbeidsbehov og kapasitet), deltids-/heltidsproblematikken, brukernes/pasientenes sikkerhet og de ansattes arbeidshelse, som inkluderer både negative og positive aspekter. I et forsøk på å utvikle en mer bærekraftig turnus og etablere en heltidskultur (kultur for at det mest normale – «normen» – er heltidsarbeid), har det blitt forsøkt ulike turnusordninger i helse- og omsorgssektoren. Spesielt i helsevesenet der tjenestene er døgnkontinuerlige, men med variasjoner i behovet, kan det være krevende å fordele personellressursene slik at man har riktig kompetanse til riktig tid. Kvinnearbeidshelseutvalget har ikke som mål å belyse hele denne sammensatte problematikken, men siden arbeidstid kan ha betydning for kvinners arbeidshelse, vil de potensielle helseeffektene av noen ulike arbeidstidsordninger beskrives nærmere.

Arbeidstidsordninger kan klassifiseres på ulike måter, f.eks. etter hvorvidt de inkluderer kvelds- og nattarbeid eller tidlige morgenskift, eller de kan klassifiseres med hensyn på hviletid mellom arbeidsøkter, lengden av arbeidsøkter eller arbeidsuker, med hensyn på pauser eller rotasjonsordninger, eller kombinasjoner av disse. I norsk arbeidsliv skilles det mellom skiftarbeid og turnusarbeid, jf. kapittel 3.3. Begrepet «shift work» i den internasjonale forskningslitteraturen omfatter begge deler. I det videre brukes begrepet skiftarbeid om begge deler.

En utfordring når man skal vurdere forskningen som ser på helseeffekter for de ansatte på kort og lang sikt, er metodologiske svakheter i studiene, spesielt relatert til hvordan arbeidstid måles (selvrapportert eller arbeidstidsmålinger), hvordan ulike arbeidstidsordninger defineres, og manglende informasjon om andre faktorer som kan påvirke sammenhengen (relatert til f.eks. alder, sosioøkonomisk status eller andre arbeidsmiljøfaktorer enn arbeidstid) (71). I den internasjonale forskningslitteraturen har nattarbeid ulike definisjoner, og flere studier skiller ikke mellom skift- og nattarbeid, noe som kan gjøre det vanskelig å fortolke med hensyn til eksponering (72). En annen utfordring i studiene som omhandler arbeidstid, er at få studier gir tydelig informasjon

om hvilken tid på døgnet de sysselsatte arbeider, når effekter av lang arbeidstid studeres (73). Arbeidstidsforskning kan også være vanskelig å sammenligne internasjonalt, ettersom tilknytningsformer, arbeidsmiljø og bruk av overtid varierer mellom land (74). Slik sammenligning utfordres også ved at både tidspunkt for når f.eks. nattskift starter, skiftlengde og hviletid varierer mellom land innen samme yrkesgruppe (75).

Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1) skriver i sin rapport at det særlig er et kunnskapsbehov knyttet til bedre karakterisering av spesifikke arbeidstidsforhold sett opp mot relevante helseeffekter, i kombinasjon med bedre beskrivelser av arbeidets reelle innhold og organisering (8). F.eks. er det variasjon i hvordan lang arbeidstid har blitt definert og hva slags utfall som er vurdert i flere av studiene på området. Derfor kan det fortsatt foreligge risikoforhold som så langt ikke er avdekket, på samme måte som forebyggende og beskyttende faktorer ikke fullt ut er identifisert. Videre skriver Arbeidstidsutvalget at det er behov for «mer kunnskap om arbeidstidsordninger med lange arbeidsperioder med utvidede friperioder, som kan gi rom for restitusjon, hvile og sosial tid. Dette er krevende studier å gjennomføre som vil kreve lang oppfølgingstid». For å gjøre forskningen bedre på hvordan ulike arbeidstidsordninger kan virke inn på helse og sikkerhet, trengs det mer presise data om arbeidstid. I 2020 fikk STAMI derfor i oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet å etablere Nasjonalt arbeidstidsregister (A-TID). A-TID skal gi et bedre data- og kunnskapsgrunnlag om samspillet mellom arbeidstidsordning og helse og sikkerhet blant arbeidstakere i Norge ved å bruke mer presise eksponeringsmålinger på arbeidstid. Det unike med et slikt register er muligheten til å følge de samme personene over lang tid. Da vil man kunne kartlegge om bestemte mønstre i arbeidstidsordningen påvirker ansattes helse og sykefravær både på kort og lang sikt.

Det finnes flere offentlige rapporter som har omtalt arbeidstid i de senere årene, bl.a. NOU 2023: 4 *Tid for handling*, som spesielt viser til vurderinger gjort av Sysselsettingsutvalget (NOU 2021: 2), Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1) og Skift/turnusutvalget (NOU 2008: 17). I august 2024 la et utvalg nedsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet fram rapporten «Natt- og alenarbeid i varehandelen». De fire førstnevnte rapportene har et spesielt fokus på arbeidstid i helse- og omsorgstjenesten, som er en kvinnedominert sektor der det ofte er nødvendig med bemanning 24 timer i døgnet, 365 dager i året. Den sistnevnte rapporten omhandler alenarbeid i varehandelen,

men har et generelt kapittel om konsekvenser for arbeidstakerens helse- og ulykkesrisiko knyttet til skift- og nattarbeid, forlengede arbeidstider og kort hviletid.

#### *Generelle mekanismer for konsekvenser av skift- og nattarbeid*

Arbeidstidsordninger som inkluderer kvelds- og nattarbeid, overtid, kort hviletid eller lang arbeidsdag/-uke, kan påvirke sikkerhet og helse gjennom bl.a. søvnforstyrrelser, mangel på restitusjon og døgnrytmeforstyrrelser (8, 72). Betydningen av arbeidstid kan påvirkes og modereres i et samspill av faktorer på individ-, samfunns- og virksomhetsnivå. Slike faktorer kan være alder, kjønn, om man er A- eller B-menneske, andre eksponeringer på arbeidsplassen, samt arbeid – familiebalansen (72). Sentrale faktorer er også arbeidets innhold og art og bemanningen på arbeidsstedet. Arbeidstidsdimensjonen må derfor ses i sammenheng med hva man faktisk gjør i arbeidstiden og hvordan arbeidet er organisert (8).

Søvnforstyrrelser er den vanligste konsekvens av nattarbeid, og er den enkeltfaktoren som har størst betydning for de problemer skiftarbeidere har. Dette gjelder særlig ved flere påfølgende nattskift som endrer døgnrytmen. Søvnforstyrrelser kan omfatte dårlig søvnkvalitet, kort søvn- lengde, vansker med innsovning eller nattlige eller tidlige oppvåkninger. Tidlig start på morgenskiftet, nattarbeid og hyppige lange arbeidsuker øker risikoen for søvnforstyrrelser (72, 76). Mht. lange arbeidsøkter viser studier at risikoen for innsovningsvansker og for lite søvn er fordoblet ved arbeid >55 timer/uke versus 35–40 timer/uke, og øker med gjentatte lange skift (76). Kort tid mellom to påfølgende skift, definert som mindre enn elleve timer mellom skift («quick returns») er assosiert med forkortet søvn, mer søvnighet og høyere risiko for fatigue (utmattelse) og økt risiko for ulykker (71, 77).

#### *Andre forhold av betydning for arbeidstid*

Det er som nevnt flere forhold som kan påvirke betydningen av å arbeide utenom ordinær arbeidstid, kun et relevant utvalg vil beskrives nærmere.

Arbeid – familiebalansen er en slik faktor av betydning som har vært studert i relasjon til arbeidstid. Dette er ikke et sykdomsmål eller helseutfall, men kan likevel påvirke kvinnens tilfredshet og stressnivå i hverdagen. Både familiens samlede arbeidstid og arbeidstidsordninger, reisevei til



og fra jobb, samt familiesituasjonen vil kunne virke inn på om man klarer å tilpasse kravene på jobben til privatlivet. Arbeidets innhold og hvilken tid på døgnet man jobber vil også være av betydning. Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1) omtaler arbeidstid og arbeid – familiebalansen, og skriver bl.a. at lange arbeidsuker og overtid betyr mye for hvorvidt de ansatte opplever konflikt mellom arbeids- og familielivet. Blant tidligere studier som har sett på «komprimerte arbeidsuker», dvs. uker med om lag 37,5 timers arbeidstid fordelt på vakter på ti- tolv timer, tydet funnene på ingen, eller positiv effekt av slik arbeidstid på søvnmønster, helse eller familieliv. Enkelte nyere studier som omhandler såkalte alternative arbeidstidsordninger, bl.a. langturnuser med intensive eller komprimerte arbeidsperioder og vakter opp mot 13 timer per døgn som avløses av lange friperioder, viser også til økt trivsel og bedre arbeidsmiljø, fornøyde brukere, samt mindre stress både på jobb og i privatlivet for arbeidstakerne. Godt planlagte langvakter kan bidra til bedre arbeidsflyt og økt stillingsstørrelse, noe som kan redusere stress, gi mer sammenhengende hvileperioder og bedre balansen mellom arbeid og fritid. Dette kan igjen fremme ansattes jobbtilfredshet, samtidig som det styrker kontinuiteten i pasientomsorgen (74, 78–80). En viktig forutsetning for at disse arbeidstidsordningene lykkes, ser ut til å være arbeidstakernes innflytelse og medbestemmelse over egne arbeidsvilkår. Samtidig mangler man kunnskap om langtids-effekter av slike alternative arbeidstidsordninger, både mht. arbeid – familiebalansen, og mht. konsekvenser for arbeidshelse og arbeidstilknytning.

Blant studier som har undersøkt effekten av arbeidsuker med mer enn 45 arbeidstimer, er det sterke holdepunkter for at arbeidstakerne opplever utfordringer knyttet til balansen mellom arbeid og privatliv målt ved økt konfliktnivå mellom arbeid og familie og mindre tid til familie og egne sysler. Dette gjelder både for studier der bare kvinner er inkludert og i studier som inkluderer begge kjønn (8). Helsepersonellkommissjonen belyser også problematikken rundt arbeid – familiebalansen for sysselsatte som jobber i turnus, som de beskriver som en årsak til at flere reduserer arbeidstiden, noe som kan føre til flere deltidstillinger og større belastning på andre arbeidstakere (81).

En annen faktor som kan ha betydning for hvordan de ansatte opplever ulike arbeidstidsordninger, på kort og lang sikt, er kjønn. Generelle helseeffekter av ulike arbeidstidsordninger blir ofte beskrevet uten å skille mellom kvinner og

menn, og antas å være relevant for begge kjønn. En stor del av forskningen på helseeffekter av arbeidstidsordninger har vært gjort i helse- og omsorgssektoren, der flertallet av deltakerne i studiene ofte er kvinner. Rapporten «Natt- og alenearbeid i varehandelen» (2024) har i utgangspunktet ikke et kjønnsperspektiv, men skriver følgende om mulige forskjeller mellom kjønn og respons på skiftarbeid (72): «Menn og kvinner kan respondere forskjellig på skiftarbeid. En systematisk kunnskapsoversikt som så på individuelle forskjeller i toleranse for skiftarbeid, fant at skiftarbeidende kvinner hadde høyere risiko enn menn for uføretrygd, overvekt, fatigue og søvnløshet, i tillegg til økt dødelighet (Saksvik mfl., 2011). En samlet analyse av oppfølgingsstudier angående skiftarbeid og mental helse, finner at sannsynligheten for å få depressive symptomer er høyere blant kvinnelige skiftarbeidere, sammenlignet med mannlige (Torquati mfl., 2019). For enkelte helsekonsekvenser var imidlertid risikoen lavere blant kvinner. Det kan være flere forklaringer til de observerte kjønnsforskjellene. Kvinnelige skiftarbeidere kan tradisjonelt sett ha hatt større ansvar i hjemmet, og hatt yrker med mer belastende skiftordninger, inkludert f.eks. korte hviletider (Moreno mfl., 2019). Sprikende resultater i studier av kjønnsforskjeller med hensyn til toleranse for skiftarbeid viser et behov for mer forskning, bl.a. flere studier hvor man sammenligner menn og kvinner i samme yrke.»

Arbeidets innhold er en annen viktig faktor som må vurderes i relasjon til arbeidstid. Det er vesentlig at arbeidstider alltid vurderes i sammenheng med hva arbeidstakerne faktisk gjør på arbeidsplassen. Det er få studier som har gode måledata for både arbeidstid og arbeidsinnhold, og som ser på disse i sammenheng. Det er mulig at f.eks. arbeid som er belastende fysisk eller psykisk, eller er sikkerhetskritisk, kan påvirke helseeffektene ved ulike arbeidstidsordninger som nattarbeid og lange arbeidsperioder (82). I forbindelse med lange nattskift ser det f.eks. ut til å være avgjørende med lange hvilepauser, og tilstrekkelig antall hviletimer før skiftet (76).

I et kvinnearbeidshelseperspektiv er det også viktig å vurdere spesielle forhold knyttet til reproduksjon. Slike forhold kan ha betydning for hvordan skift- og nattarbeid organiseres i helse- og omsorgssektoren. Noen vitenskapelige studier peker på at gravide kvinner som jobber enten roterende skift, kun nattskift eller lange arbeidsskift kan ha økt risiko for negative svangerskapsutfall (83, 84).

### *Risiko for ulykker og uønskede hendelser*

I forskningslitteraturen er det støtte for at det finnes en sammenheng mellom nattarbeid, forlengede arbeidstider (per dag eller per uke), overtid, kort hviletid og økt risiko for ulykker og uønskede hendelser (71, 72, 76, 84).

Søvnunderskudd, fatigue og søvnighet, som er assosiert med nattarbeid og skiftarbeid, kan øke risikoen for arbeidsulykker. Flere studier har funnet økt risiko for arbeidsulykker på natt og på arbeidsdager som etterfølger en nattevakt. Noen studier finner også økt risiko for ulykker på kveldsskift, noe som kan tyde på at andre faktorer i tillegg til søvnunderskudd også spiller inn, slik som arbeidsbelastning (71).

Flere kunnskapsoppsummeringer har vist at arbeidsøkter over tolv timer eller arbeidsuker lenger enn 55 timer, er assosiert med økt risiko for skader eller uheldige hendelser (73, 85). En nylig publisert kunnskapsoppsummering som vurderte konsekvenser av forlengede arbeidstider for sykepleiere, konkluderte med at arbeidstid over tolv timer var assosiert med økt risiko for fatigue og fatigue-relaterte hendelser (f.eks. medisinske feil). I tillegg var arbeid i mer enn 40 timer per uke assosiert med både økt helserisiko og risiko for ulykker. Skiftarbeid, spesielt roterende skift som involverer nattarbeid, så ut til å øke risikoen ytterligere (86).

Både kort hviletid mellom skift alene, og i kombinasjon med å jobbe sent og lange økter, kan øke risikoen for arbeidsulykker (87-89).

### *Konsekvenser for helse og sykefravær*

På bakgrunn av mekanismene som er beskrevet over er det i forskningslitteraturen støtte for en sammenheng mellom nattarbeid, forlengede arbeidstider, overtid og kort hviletid, og økt risiko for ulike sykdommer og sykefravær.

### *Nattarbeid*

International Agency for Research on Cancer (IARC) har klassifisert skiftarbeid som innebærer døgnrytmeforstyrrelser som sannsynlig kreftfremkallende for mennesker (90). Brystkreft er den mest studerte kreftformen, og den samlede kunnskapen om nattarbeid og brystkreft tyder på en sannsynlig, men så langt ikke en sikker, årsaks-sammenheng (47, 90). Imidlertid er det støtte i kunnskapsgrunnlaget for at organiseringen av nattarbeid bør gjøres med forebygging av brystkreftrisiko som et av premissene (84).

Skiftarbeid som inkluderer nattarbeid har i flere kunnskapsoppsummeringer vist seg å være assosiert med risiko for hjerte- og karsykdom, og med andre tilstander som igjen øker risikoen for hjerte- og karsykdom, slik som fedme, diabetes og høyt blodtrykk (91-96). I studiene som er inkludert i STAMI-rapporten om kvinners arbeidshelse så det ut til at kort arbeidsfri mellom to arbeidskift var en risikofaktor for hjerte- og karsykdom, men man fant ikke at lange arbeidsuker, skiftarbeid eller nattarbeid var det (47). Det kan være ulike årsaker til at funnene i denne rapporten ikke samsvarer med annen internasjonal forskning som ikke skiller mellom kjønn, og det påpekes i rapporten at det er behov for flere studier med gode data på arbeidstid, og som også skiller mellom kjønn. I litteraturen er det indikasjoner på at skiftarbeid som inkluderer nattskift øker risikoen for vanlige psykiske plager som angst og depresjon.

Nattarbeid ser ut til å være en relevant arbeidsmiljøfaktor mht. økt risiko for vanlige psykiske plager i helse- og omsorgssektoren (47).

Andre helseutfall som har vært studert i relasjon til nattarbeid, er hodepine og muskel- og skjelettplager, men her er evidensen for en sammenheng lavere (47).

### *Forlengede arbeidstider*

Begrepet er ikke entydig definert, men i forskningen er det vanlig å benytte grenseverdier som åtte eller tolv timer per dag, eller 40, 48 eller 55 timer per uke. Dette må ikke forstås som absolutte grenseverdier, men er en måte å kategorisere arbeidstiden på i forskningsstudier. I arbeidslivet brukes ofte begrepet langvakter om vakter som er lengre enn ti timer. Det går også et skille mellom vaktlengder inntil 12,5 timer og vakter som er over 12,5 timer. Avtaler om vakter inntil 12,5 timer kan inngås av partene lokalt, mens avtaler om vakter over 12,5 timer må inngås sentralt av parter med innstillingsrett (jf. arbeidsmiljøloven § 10-12).

Lange vakter i helger eller gjennom hele uken, benyttes i noen sektorer av helse- og omsorgstjenesten for å redusere andelen og antallet deltidsstillinger, og for å skape kontinuitet i arbeidet og bemanningen, samt gi lengre perioder med fri for de ansatte. Spesielt i kommunal sektor (sykehjem, hjemmetjenester og ulike former for bofellesskap) ser man en kraftig vekst av langvakter, «fleksibel turnus» og årsturnus (97).

Relativt få studier har sett på sammenhengen mellom forlengede arbeidstider og langsiktige helseutfall for de ansatte. En relativt ny litteratur-

studie antyder at både ukentlig arbeidstid over 40 timer, og skift- og nattarbeid, øker risikoen for muskel- og skjelettplager i helse- og omsorgssektoren (98). Det å ha lange arbeidsuker gjør at man forlenger tiden med fysiske og psykiske belastende arbeidsmiljøfaktorer, og forkorter tiden til restitusjon. Forskningslitteratur fra den generelle yrkesbefolkningen indikerer at lang arbeidstid (definert som arbeid mer enn åtte timer om dagen eller mer enn 40 timer per uke) er assosiert med ulike helseutfall både på kort sikt, som forstyrret søvn og fatigue, og på lengre sikt, slik som depressive symptomer, angst, forstyrret søvn og hjertesykdom (71).

Overtid eller lang ukentlig arbeidstid ser ut til å øke risikoen for utbrenthet blant kvinner (47).

Kvalitative studier utført i helse- og omsorgssektoren finner imidlertid at sykepleiere som arbeider tolv-timers vakter (komprimert arbeidstid) opplever mindre stress og er mindre emosjonelt slitne enn de som arbeider åtte-timers vakter. Ansatte opplever bedre kontinuitet, bedre kommunikasjon med andre profesjoner og noen oppgir å oppleve mer ro på vakt når de har langvakter (74). En kvalitativ studie som studerte langvakter hos sykepleiere i norske sykehus fant at individuelle faktorer spilte inn på hvordan de ansatte opplevde det å jobbe tolv-timers vakter (99). Det er imidlertid lite kunnskap om hvordan komprimert arbeidstid oppleves på lengre sikt. En positiv egenvurdering av hvordan slike vakter oppleves på kort sikt, gir mest sannsynlig ikke bedre beskyttelse mot eventuelle negative helseutfall på lengre sikt.

**Kort hviletid mellom arbeidsskift («quick returns»)**

Kort hviletid mellom arbeidsskift vil som nevnt gi mindre tid til restitusjon og hvile. På lang sikt ser det ut til at kort arbeidsfri mellom arbeidsskift («quick returns») kan være en risikofaktor for hjerte- og karsykdom for kvinner (47), noe som også antydes i den generelle forskningslitteraturen (100, 101).

En studie fra et større norsk sykehus, der 85 prosent av studiepopulasjonen var kvinner, fant at en halvering av antall tilfeller av korte arbeidsfrie perioder i skiftplanen ga færre søvnplager og mindre søvnighet på jobb (102).

**Sykefravær**

Flere studier viser økt risiko for sykefravær ved nattarbeid, mange påfølgende skift og ved kort arbeidsfri periode (< elleve timer) mellom to påføl-

gende skift (47). Mange av disse studiene er av helsepersonell. Når det gjelder forlenget arbeidstid er ikke studiene entydige når det gjelder effekter på sykefravær. Noen studier viser økt risiko for sykefravær ved lange arbeidsuker, og andre studier viser redusert sykefravær ved økt arbeidstid, f.eks. en studie av sykepleiere som fant at de som jobbet tolv-timers vakter hadde færre sykedager i de tre påfølgende månedene (47).

#### **4.5.3 Mekaniske (ergonomiske) belastninger**

Ulike mekaniske (ergonomiske) belastninger i arbeidet kan resultere i helseplager, hvis arbeidsbelastningen blir for stor eller ensidig. Muskel- og skjelettlidelser er den diagnosegruppen i Norge som i dag plager flest og koster mest. I 2022 lå slike diagnoser til grunn for 30 prosent av langtidssykefraværet for kvinner. Årsakene til muskel- og skjelettlidelser er sammensatte, men mekaniske belastninger i arbeid slik som repetitivt arbeid, ubekvemme arbeidsstillinger og tunge løft, kan medvirke til den høye forekomsten av slike plager (103). Innen helse- og omsorgssektoren oppgir omtrent en tredjedel av pleiemedarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere, at de har tungt fysisk arbeid. I tillegg er renholdere en yrkesgruppe som er spesielt utsatt for tungt fysisk arbeid (1).

STAMI-rapporten 2025:2 «Arbeidsmiljøfaktorenes påvirkning på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning» finner at når det gjelder de mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorene, er det fysisk tungt arbeid – spesielt pasientforflytning – som er de mest studerte arbeidsmiljøeksponeringene i relasjon til kvinners muskel- og skjeletthelse (47). Flest studier antyder en sammenheng mellom fysisk tungt arbeid eller pasientforflytning og ryggplager i helse- og omsorgssektoren. Funn fra den generelle befolkningen kan bety at funnene er allmenngyldige, og vil gjelde i flere yrker og sektorer. Studiene antyder også at det er økt risiko for at smerter opptrer samtidig i flere deler av kroppen i forbindelse med tungt fysisk arbeid. Funnene støttes av systematiske oversiktsartikler, som også finner en sammenheng mellom fysisk tungt arbeid og muskel- og skjelettplager (103). De inkluderte studiene i rapporten indikerer også at tungt fysisk arbeid, som et overordnet begrep for løfting, stående arbeid, og ubekvemme arbeidsstillinger, er forbundet med vanlige psykiske plager, flere smertepunkter, sykefravær, uførepensjon og tidlig pensjon. Pasientforflytning/manuell håndtering er forbundet med ryggplager, sykefravær og uførepensjon, og

arbeid i vridde stillinger øker risikoen for sykefravær. Økende tid med arbeid i ubekvemme stillinger har vist seg å være assosiert med økende grad av smerter i nakke og skulder og korsrygg hos ansatte i hjemmesykepleien, noe som indikerer et forebyggingspotensiale i form av mer varierte arbeidsstillinger i slike yrker (104).

Flere av disse sammenhengene har også blitt belyst i et notat som lege og seniorforsker Bo Veiersted skrev på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund i 2022 (105). Formålet med notatet var å oppsummere kunnskapsstatus om årsaker til arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og å vurdere muligheten for å inkludere noen av disse på yrkesykdomslisten (jf. kapittel 7.1.3), med et spesielt fokus på de mekaniske (ergonomiske) belastningene som sykepleiere og annet helsepersonell utsettes for. Notatet har en generell del om årsaker til muskel- og skjelettlidelser, deretter en kunnskapsstatus som omhandler generelle mekaniske eksponeringer og plager, og videre et spesielt fokus på sykepleiere og arbeid i pleie- og omsorgssektoren (helsearbeidere). Det presiseres i notatet at årsaksforholdene er sammensatte og at flere faktorer påvirker risikoen for utvikling av muskel- og skjelettlidelser. I tillegg beskrives noen utfordringer knyttet til å studere mekaniske arbeidsmiljøfaktorer og helseutfall, samt noen refleksjoner rundt mulige årsakssammenhenger og vurdering av evidens.

Notatet fokuserer på mekaniske arbeidsmiljøfaktorer som er spesielt relevante for sykepleiere og andre helsearbeidere, og framhever viktige muligheter for forebyggende arbeidsmiljøarbeid i denne sektoren.

Mekaniske arbeidsmiljøfaktorer har også vært studert i relasjon til kvinners risiko for å bli sykmeldt. Faktorer som tungt fysisk arbeid, ubekvemme arbeidsstillinger og manuell håndtering er assosiert med økt risiko for sykmelding for kvinner, uansett årsak. De samme faktorene er risikofaktorer for sykmelding grunnet muskel- og skjelettplager for kvinner (47). Tungt fysisk arbeid er også assosiert med økt risiko for uførepensjon uansett årsak for kvinner. I tillegg er tungt fysisk arbeid og arbeid i ubekvemme stillinger assosiert med økt risiko for uførepensjon grunnet muskel- og skjelettlidelser for kvinner. Sittende arbeid ser ut til å være en beskyttende faktor (47).

#### 4.5.4 Kjemiske og biologiske faktorer

Kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer inkluderer et bredt spenn av ulike eksponeringer, og vil derfor også kunne gi et spekter av ulike hel-

seeffekter. Slike faktorer er koblet både til akutte og langsiktige helseutfall, som f.eks. luftveissykdommer, skader på nervesystemet, hjerte- og karlidelser, hudlidelser og enkelte krefttyper.

For å sikre at produksjon, distribusjon og bruk av kjemikalier ikke utgjør en fare for mennesker og miljø, reguleres kjemiske stoffer gjennom bl.a. REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals). På sikkerhetsdatabladene til kjemikaliene kan man finne fareklassifisering, grenseverdier og faresetninger.

Spesielt relevant for kvinner er eksponering for hudirriterende stoffer, som ved vått arbeid og hudkontakt med rengjørings- og desinfeksjonsmidler, en av de viktigste risikofaktorene for å utvikle arbeidsrelaterte hudplager (1). Vått arbeid er assosiert med økt risiko for sykmelding for kvinner, uansett årsak (47). Bruk av rengjøringsmidler er også assosiert med raskere fall i lungefunksjon hos kvinner som bruker rengjøringsmidler i arbeid, sammenlignet med kvinner som ikke gjør det (106).

Eksponering for biologiske agens, som inkluderer bakterier, sopp, parasitter, virus og komponenter fra mikroorganismer, er også mer utbredt blant kvinner. Smittsomme biologiske faktorer kan forårsake infeksjonssykdommer, mens ikke-smittsomme biologiske faktorer kan forårsake andre helseplager akutt, men kan også over tid øke risikoen for å utvikle kroniske lungesykdommer.

Det er viktig å ta særskilt hensyn til kvinner i reproduktiv alder, og spesielt gravide, med tanke på eksponering for kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer, siden disse kan føre til fertilitetsproblemer, spontanabort, samt veksthemming, misdannelser og utviklingsfeil hos barnet, og risiko for svangerskapsforgiftning m.m. (107). Som eksempel på arbeidseksponeringer som gravide må beskyttes mot, finnes det spesifikke faresetninger merket på sikkerhetsdatabladene til kjemikaliene, som sier noe om farepotensialet for gravide og det ufødte barnet. Slike faresetninger tilsier at det er nødvendig med en risikovurdering av mulig eksponering, og ev. tilrettelegging og omplassering av gravide som kan være eksponert for disse kjemikaliene (47).

Det er også godt dokumentert at kvinners immunrespons endres under svangerskap, og at dette kan ha betydning for deres mottakelighet og respons for ulike infeksjose agens. I tillegg er det spesielle forhåndsregler som må tas under graviditet for å beskytte det ufødte barnet mot infeksjoner som har spesielt skadepotensial for fosteret, som f.eks. smitte med røde hunder, vannkopper, humant parvovirus B19 og hepatitt B-virus. I kvin-

nedominerte næringer, som barnehage og helse- og omsorgssektoren, kan de ansatte være mer utsatt for smitte enn ellers i samfunnet.

#### 4.5.5 Fysiske arbeidsmiljøfaktorer

Fysiske arbeidsmiljøfaktorer omfatter et bredt spekter av eksponeringer som kan gi ulike helseplager. Av de fysiske arbeidsmiljøfaktorene er dårlig inneklima en faktor det rapporteres om i stor grad fra ansatte i kvinnelederte næringer som undervisning og helse- og sosialsektoren (1). Det kan f.eks. være snakk om for høy eller lav temperatur og luftfuktighet, som kan øke risikoen for luftveisplager, tørre øyne og hudirritasjon.

En stor andel av ansatte i barnehage og skolefritidsordning opplever høyt lydnivå. Målinger viser at det er lav risiko for støyrelatert hørselskade i barnehager og skolefritidsordninger (108). Utover hørselskader, kan støy på arbeidsplassen gi en stressrespons hos de ansatte som er assosiert med ulike helseutfall, f.eks. symptomer på psykisk utmattelse (109) og høyt blodtrykk (103).

Sysselsatte, bl.a. i helsesektoren, kan også utsettes for ioniserende stråling. De langsiktige helseeffektene knyttet til eksponering for ioniserende stråling unntatt radon, og særlig ved lavere stråledoser over tid, er usikre, selv om ioniserende stråling beviselig er kreftfremkallende. I arbeidsmiljøsammenheng foreligger det et førevar-prinsipp om at ingen nedre dose er trygg, og at eksponering for ioniserende stråling derfor skal begrenses der dette er mulig. Det publiseres jevnlig epidemiologiske studier på sammenhengen mellom yrkeseksponering for ioniserende stråling og risikoen for kreft spesielt (1). Eksponering for stråling skal også vurderes strengere ved graviditet og det er en egen grenseverdi for gravide arbeidstakere pga. risiko for å kunne skade fosteret.

#### 4.5.6 Kombinasjon av flere eksponeringer

«Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» viser at kvinnelederte yrker og næringer kjennetegnes av direkte samhandling med andre og mindre tid på kontor. Slike relasjonelle yrker er assosiert med en høyere grad av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. I stort opplever kvinner oftere å være eksponert for psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, spesielt knyttet til emosjonelle krav, lav jobbkontroll, uønsket seksuell oppmerksomhet og vold. Over én av tre kvinner opplever ukjentlig at jobbkravene går utover privatlivet. Hvis man ser på de

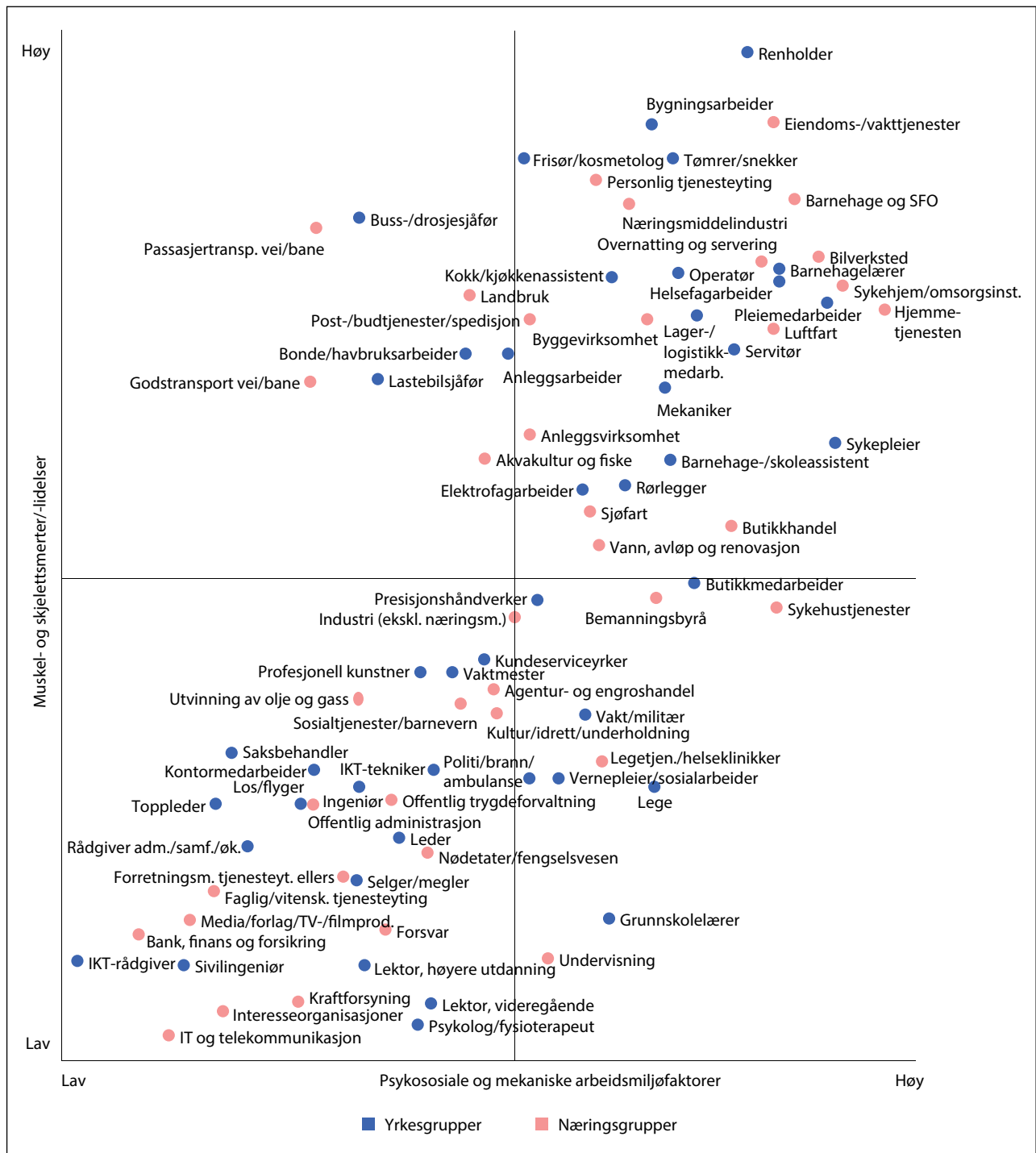
mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorene, rapporterer kvinner samlet sett oftere om stående arbeid og løfting i ubekvemme stillinger, arbeid med hodet bøyd framover og gjentakende håndbevegelser. Selv om andelen som oppgir at de utsettes for tungt fysisk arbeid er høyere blant menn, er det likevel 18 prosent av de sysselsatte kvinnene som oppgir at de har tungt fysisk arbeid (mot 23 prosent blant menn).

Dette innebærer at en stor andel kvinner utsettes for en kombinasjon av negative psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. En forklaring på dette eksponeringsbildet er sannsynligvis at i overkant av fire av ti kvinner jobber i de store yrkesgruppene innenfor helse- og sosialtjenester. Det er kjent at negative psykososiale og organisatoriske arbeidsforhold og mekaniske (ergonomiske) arbeidsforhold hver for seg er assosiert med negative helseeffekter, slik som psykiske plager/sykdommer og muskel- og skjelettplager. I situasjoner der arbeidstakere er utsatt for flere arbeidsmiljøfaktorer samtidig, kan kombinasjoner av ulike faktorer forsterke hverandres negative eller positive effekter på helsen. F.eks. kan en arbeidstaker oppleve både mekanisk belastning og høye psykososiale krav, noe som kan øke risikoen for helseproblemer mer enn hver faktor ville gjort. Figur 4.9 illustrerer at det er sammenheng mellom samlet psykososial og mekanisk belastning og høyere nivåer av muskel- og skjelettplager samt sykefravær. Denne figuren viser hvilke næringer som har høy risiko for en slik kombinert eksponering og muskel- og skjelettsmerter/-lidelser. Flere av de utsatte næringene er kvinnelederte, slik som hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjoner, barnehage og SFO, men også næringsmiddelindustrien. Figuren peker også på at de kvinnelederte yrkene helsefagarbeider, barnehagelærer, barnehage- og skoleassistent, pleiemedarbeider, sykepleier og renholder er utsatte. I de samme yrkene og næringene er det en relativt høy forekomst av andre arbeidsrelaterte plager, som psykiske plager, psykisk utmattethet, og hodepine/migræne (1).

En norsk studie fra 2016 så på sammenhengen mellom kombinasjonen av mekaniske og psykososiale faktorer og sykefravær blant kvinner ansatt i helse- og sosialsektoren. Studien fant at kvinner som jobbet i helse- og sosialsektoren hadde 40 prosent høyere risiko for langtidssykefravær enn andre sysselsatte kvinner, når man tok hensyn til alder, tidligere langtidssykemeldinger, utdanning og arbeidstimer. Forskerne fant at 70 prosent av den gjenværende forskjellen i langtidssykefravær

kunne forklares med mekaniske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer (110). De psykososiale faktorene var de viktigste forklarende faktorene, spesielt vold og trusler om vold, samt høye emosjonelle krav. I tillegg spilte mekaniske faktorer en rolle, spesielt løft i ubekvemme stillinger, og arbeid med overkroppen bøyd framover.

Basert på de fem siste levekårsundersøkelsene om arbeidsmiljø, har det blitt utviklet jobbindekser som muliggjør koblinger mellom arbeidsmiljø og registerdata om helseutfall. Som bidrag til Kvinnearbeidshelseutvalgets arbeid, har Oslo-Met på grunnlag av dette utarbeidet analyser av registerdata om kvinnens arbeidsmiljø og arbeidshelse, jf. også kapittel 2.4.2.5 og boks 4.3.



Figur 4.9 Nivå av psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer (horisontal akse) og nivå av muskel- og skjelettsmerter/-lidelser (vertikal akse), etter yrke og næring

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).

### Boks 4.3 Kvinner arbeidsmiljø og arbeidshelse – analyser av registerdata

I forbindelse med utvalgsarbeidet har forskere ved OsloMet utarbeidet et notat som beskriver identifiserte helseeffekter av kombinert eksponering, spesielt for kvinner. I dette notatet gjennomgår tidligere forskning og det presenteres nye upubliserte analyser av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse basert på analyser av to validerte jobbeksponeeringsmatriser og registerdata.

Notatet beskriver hvordan jobbeksponeeringsmatriser (JEM) med tilhørende indekser kan brukes i analyser av norske registerdata. Det beskrives to slike eksponeringsindekser, en for mekanisk eksponering og en for psykososial eksponering (111, 112). «Dobbelteksponeering» blir definert som de sysselsatte med høyest grad av både mekaniske og psykososiale eksponeringer. Analysene viser at av de om lag 560 000 sysselsatte med det laveste omfanget av «dobbelteksponeering» i 2021 var 24 prosent kvinner. Til sammenligning utgjorde gruppen med det høyeste omfanget av «dobbelteksponeering» til sammen 580 000 sysselsatte, og av disse var 72 prosent kvinner. Kvinner står dermed i langt større grad enn menn i yrker med en «dobbelteksponeering» av mekaniske og psykososiale eksponeringer.

#### «Dobbelteksponeering» og sysselsetting

I forskergruppens analyser av sysselsetting identifiserer de fire ulike forløp som de kaller «stabil høy sysselsetting», «lav til fallende sysselsetting», «høy til fallende sysselsetting» og «stabil lav sysselsetting». Sysselsatte som står i yrker med «høy» og «svært høy» grad av «dobbelteksponeering» dominerer alle forløp som innebærer fallende sysselsetting over tid. Den viktigste kjønnsforskjellen de presenterer er at for kvinner i de mest eksponerte yrkene skjer fallet over flere år og begynner tidligere enn for menn, mens for menn kommer fallet senere og er kraftigere. Forskerne skriver at «Disse forskjellene kan forklares av at kvinner i de mest eksponerte yrkene både reduserer stillingsstørrelsen over tid og går over på helserelevante ytelse, mens det virker rimelig å anta det bratte fallet blant menn representerer en økende overgang til helserelevante ytelse».

#### «Dobbelteksponeering» og sykdomsrelatert fravær

I analysen av sykdomsrelatert fravær identifiserer Hermansen og medarbeidere fire ulike forløp, hvor sannsynligheten for å være registrert med

langtidssykefravær, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd en eller flere måneder varierer i perioden 2010 til 2020. Resultatene av disse upubliserte analysene viser at både kvinner og menn i yrkene med høyere grad av «dobbelteksponeering», i langt større grad enn sysselsatte i mindre eksponerte yrker, oftere har sykdomsrelatert fravær. Samtidig er betydningen av «dobbelteksponeering» for kvinners og menns fravær relativt lik, når de tar høyde for andre forhold som kan ha betydning for fraværet.

#### «Dobbelteksponeering», omsorgsforpliktelser og sykdomsrelatert fravær

For å undersøke hvorvidt betydningen av omsorgsforpliktelser, målt som antall barn, er av ulik betydning for kvinner og menn som står i yrker med ulik grad av «dobbelteksponeering», har Hermansen og medarbeidere sett på antall perioder med langtidssykefravær og måneder med AAP i perioden 2010 til 2020, samt sannsynligheten for å være ufør i 2020. Samlet sett viser disse resultatene at betydningen av «dobbelteksponeering» for kvinner og menn er relativt lik, når det gjelder antall perioder med langtidssykefravær og måneder på AAP i perioden 2010 til 2020. Omfanget av omsorgsforpliktelser ser ikke ut til å øke forskjellene i sykdomsrelatert fravær mellom menn og kvinner når de tar høyde for betydningen av «dobbelteksponeering». Tvert imot bidrar omsorg for barn til at menn i de mest eksponerte yrkene «nærmer» seg samme nivå av sykdomsrelatert fravær som kvinner.

#### «Dobbelteksponeering» og diagnosebasert uførhet

Avslutningsvis har Hermansen og medarbeidere undersøkt betydningen av jobbeksponeeringer for diagnosebasert uførhet. Både kvinner og menn som står i yrker med høyere grad av «dobbelteksponeering» har økt risiko for å bli uføretrygdet, basert på en muskel- og skjelettdiagnose. Risikoen er noe høyere for menn enn for kvinner. I denne analysen har forskerne også skilt på mekaniske og psykososiale eksponeringer, og disse resultatene viser at det særlig er graden av mekaniske eksponeringer som bidrar til denne økte risikoen, og ikke minst at den er til dels betydelig høyere blant menn enn blant kvinner. Høyere grad av «dobbelteksponeering» øker også risikoen for å bli uføretrygdet, basert på en psykisk diagnose, og risikoen er noe høyere for kvinner enn for menn.

#### 4.5.7 Beskyttende og helsefremmende faktorer

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan virke beskyttende, og redusere risikoen for negative helseutfall hos de ansatte. Dette er eksponeringer som reduserer risiko for helseutfallene og dermed kan bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. Tilstrekkelige ressurser til å møte kravene i arbeidet vil øke jobbmotivasjonen og jobbtilfredsheten. Slike ressurser kan være selvbestemmelse (autonomi), sosial støtte, godt samarbeid, anerkjennelse for arbeidet, muligheter for å bruke kunnskap og ferdigheter, samt muligheten til faglig utvikling (64). I SINTEF sin rapport om relasjonelle og emosjonelle krav, er god kollegastøtte den jobbressursen flest (71 prosent) oppgir at de har på sin arbeidsplass, deretter et godt sosialt miljø og det å få anerkjennelse fra kollegaer (65).

Generelt ser det ut til at jobbkontroll og sosial støtte reduserer risikoen for flere helserelevante utfall, samt frafall fra arbeidslivet. Jobbkontroll ser ut til å være en faktor som kan redusere risiko for flere smertepunkter, utbrenthet, arbeidsevne, vanlige psykiske lidelser, sykefravær, og uførepensjon. Sosial støtte reduserte risiko for utbrenthet, dårlig generell helse, nedsatt arbeidsevne, vanlige psykiske lidelser, sykefravær og uførepensjon (47).

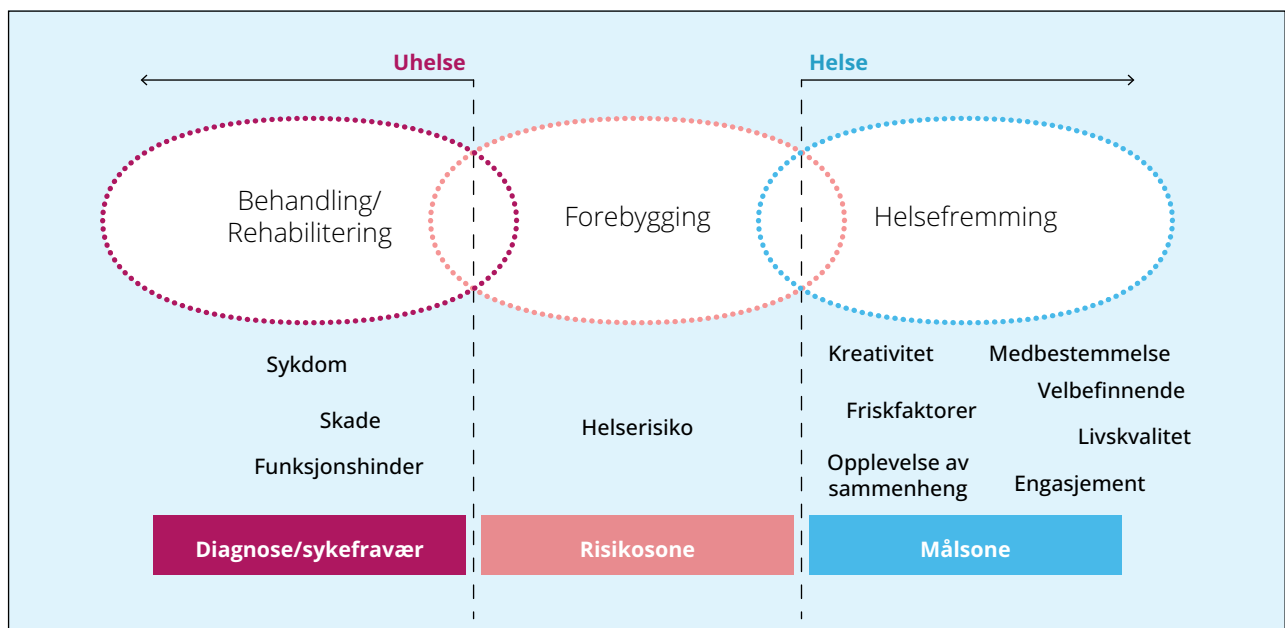
I tillegg til individuelle faktorer og faktorer på arbeidsplassen, kan det også være faktorer på

organisasjonsnivå som virker beskyttende. En norsk studie av ansatte i hjemmesykepleien, der 95 prosent var kvinner, fant f.eks. at en støttende, oppbyggende og rettferdig ledelse kunne bufre den observerte sammenhengen mellom emosjonell dissonans og psykiske plager (113).

En svensk kunnskapsoppsummering som beskriver beskyttende arbeidsmiljøfaktorer på organisasjonsnivå i helse- og omsorgssektoren identifiserte følgende faktorer av betydning (64):

- hvordan organisasjonen fordeler arbeidstimer mellom de ansatte
- hvordan arbeidet og arbeidsoppgavene organiseres
- jobbsikkerhet og belønning (ansettelsesform og lønninger)
- god opplæring, kursing og veiledning
- ergonomiske hjelpemidler for å redusere mekaniske belastninger
- prosedyrer for håndtering av etiske dilemmaer
- at organisasjonen kommuniserer gode verdier
- god ledelsesstyring

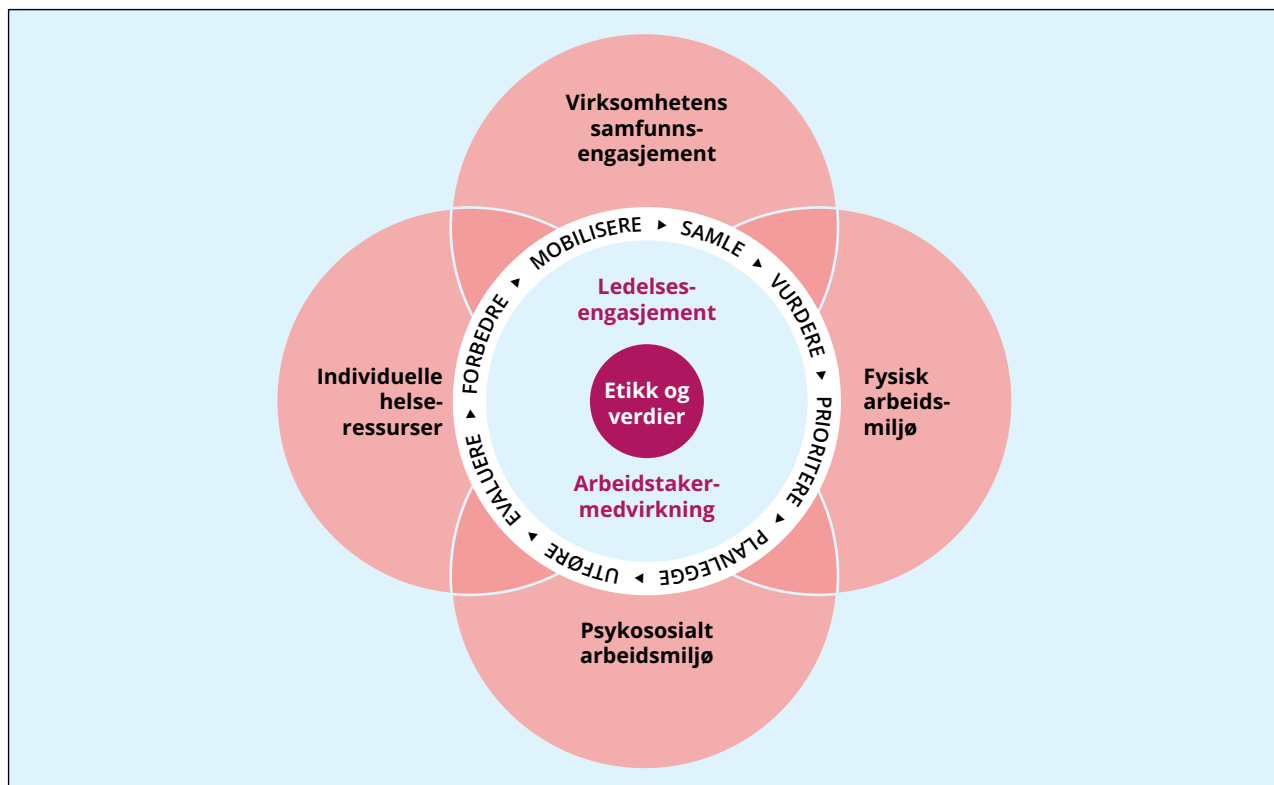
Kravet til at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende, går bredere enn risikoperspektivet (illustrert i figur 4.10). Arbeidstakere skal ikke bare sikres mot et helseskadelig arbeidsmiljø ved at et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid har fokus på forebyggende tiltak som reduserer risiko for helseskadelige eksponeringer i arbeid. I tillegg skal en helsefremmende arbeidsplass aktivt sette



Figur 4.10 Modellen viser at et helsefremmende arbeidsmiljø handler om mer enn å forebygge uhelse eller sykdom

Kilde: Wahlborg (2005)/Thynell (2005). Idébanken.





Figur 4.11 «The Healthy Workplace model»

Kilde: Illustrasjonen er basert på «The Healthy Workplace model» (WHO og Burton, 2010). Oversettelse ved Kvinnerarbeidshelseutvalget.

søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet. Helsefremmende arbeidsplasser skapes gjennom en kombinasjon av å bedre arbeidsorganiseringen og arbeidsmiljøet, å fremme aktiv medvirkning og motivere til personlig utvikling, og ved å styrke mestringfølelsen til de ansatte og skape et meningsfylt arbeid. Helsefremmende arbeidsplasser beskriver arbeidsplasser hvor arbeidstakere og ledere kontinuerlig samarbeider gjennom gode medvirkningsprosesser for å forebygge sykdom og fremme helse, sikkerhet og trivsel for alle arbeidstakere, og gjennom det skape bærekraftige arbeidsplasser (114).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) har understreket viktigheten av helsefremmende arbeidsplasser som en strategi for å håndtere økende helseutfordringer knyttet til arbeidslivet, som stress, utbrenthet, og psykiske helseproblemer (115).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en modell for helsefremmende arbeidsplasser, se figur 4.11.

Modellen dekker hovedområdene: det fysiske arbeidsmiljøet, det psykososiale arbeidsmiljøet, organisasjonsstruktur og kultur, de ansattes medvirkning, og samfunnsinvolvering (114). En

arbeidsplass som fremmer helse er en organisasjon som jobber systematisk for å fremme arbeidstakernes helse og trivsel ved å håndtere både organisatoriske og individuelle forhold (116). Dette innebærer både å redusere faktorer som kan føre til fysiske eller psykiske belastninger, og å fremme forhold som styrker ansattes helhetlige helse og velvære (117).

#### 4.5.7.1 Verneutstyr

Dersom helseskadelige eksponeringer i arbeidsmiljøet ikke kan elimineres, må eksponering for de ansatte reduseres. Ansatte skal fortrinnsvis være vernet ved hjelp av tekniske installasjoner på arbeidsplassen, eller ved tilpassede arbeidsmetoder og arbeidsprosesser. Personlig verneutstyr skal brukes hvis det likevel er risiko for at arbeidstakeren kan bli utsatt for farlige påvirkninger. Dårlig tilpasset verneutstyr for kvinner kan være en kilde til at kvinner og menn reagerer ulikt på samme eksponering. Dette kan medføre økt eksponering og belastning, dårlig tilpasning og redusert beskyttelse, og økt risiko for arbeidsrelaterte skader og sykdommer blant kvinnelige arbeidstakere (118-120). En studie har vist at kvinner i smelteverk

i Norge hadde dårligere tilpasset åndedrettsvern enn menn (121). Det har også vært beskrevet dårlig tilpasset åndedrettsvern for kvinner i helsevesenet under Covid-19-pandemien (122).

#### 4.5.8 Ny teknologi

Arbeidslivet er i stadig endring. Arbeidsoperasjoner forandres, nye teknologier og industriprosesser utvikles og arbeidsoperasjoner automatiseres, samtidig som mye arbeid i dag kan gjøres stedsuavhengig. Nye og andre arbeidsmiljøfaktorer kan derfor påvirke kvinners arbeidshelse i framtiden. Digitalisering, kunstig intelligens og ny teknologi vil kreve tilpasninger i arbeidslivet. Teknologiske verktøy kan muliggjøre algoritmebasert arbeid, men kan også åpne opp for nye muligheter til å kontrollere arbeidstakere. Kontinuerlige vurderingssystemer som gir tilbakemeldinger om jobbutførelse og evaluerer prestasjoner ved å samle inn og analysere data om den enkelte ansatte, kan føre til redusert autonomi og økt arbeidspress (123). Det er behov for mer kunnskap om hvordan disse faktorene påvirker de ansattes arbeidsmiljø og helse, inkludert for kvinner i ulike yrker og næringer (1).

Både STAMI og de svenske myndighetene for arbeidsmiljøkunnskap har oppsummert forskningen som er gjort på sammenhengen mellom digitalisering og arbeidsmiljø (124, 125). Fem viktige temaer i framtidens arbeidsliv er 1) nye og endrede krav i jobben, 2) endringer i ansattes opplevelse av autonomi, 3) nye muligheter for kompetanseutvikling, 4) endringer i sosial samhandling og kommunikasjon og 5) endringer i betingelser og muligheter for å regulere når og hvor man jobber. Et tema som går igjen i litteraturen, er at innføringen av ny teknologi gir både muligheter og utfordringer for virksomhetene og de ansatte.

Innføring av ny teknologi kan føre til omstillinger som kan ha positiv påvirkning på arbeidsmiljøet og bidra til mer effektiv organisering og økt grad av arbeidsautonomi. På den annen side krever innføring av ny teknologi at de ansatte får god opplæring og mulighet til medvirkning, samt at de ansatte opplever at verktøyene er nyttige i arbeidsoppgavene de skal utføre. Hvis ikke vil slike prosesser kunne ha negativ innvirkning på de ansattes trivsel og helse. Det er viktig at de ansatte er i stand til å tilpasse seg nye krav og nye arbeidsformer, noe som kan være spesielt krevende for seniorer i arbeidslivet (63). Samtidig har ny teknologi bidratt til å lette, forenkle og fjerne arbeidsbelastninger, som har bidratt til at flere klarer å stå i jobb lenger (63).

Innføring av ny teknologi vil påvirke ulike yrker, næringer og arbeidsplasser ulikt, bl.a. avhengig av om jobben innebærer arbeid med «symboler» (som i finans, statlig forvaltning, og i akademikeryrker i privat sektor), «produksjon» (som i industri og varetransport) eller «mennesker» (som innen undervisning, sykehus, pleie og omsorg, barnehager, persontransport og varehandel). I de typiske kvinnedominererte sektorene som barnehager, sykehus, skoler og i pleie- og omsorgsinstitusjoner lar ikke arbeidsoppgavene seg så lett automatisere. Digitalisering og ny teknologi har derfor primært påvirket type arbeidsoppgaver, arbeidsorganisering og kompetansebehov, og dels redusert enkelte arbeidsbelastninger, samtidig som nye har kommet til. Digitalisering har f.eks. muliggjort mer rapportering og dokumentasjon og økt tilgjengeligheten utenfor avtalt arbeidstid, men også økt fleksibiliteten når det gjelder arbeidssted, og åpnet muligheten for bruk av hjemmekontor (63).

Kunstig intelligens kan også brukes i turnusplanlegging i helsevesenet, for å optimalisere ressursbruk, styrke ansattes medvirkning, redusere administrativ byrde og forbedre planleggingsprosessen. Det er imidlertid nødvendig med mer kunnskap om hvordan bruk av algoritmer og kunstig intelligens i helsevesenet påvirker de ansattes arbeidshelse og sikkerhet. Det finnes allerede regelverk i EU for bruk av kunstig intelligens, samt for algoritmiske prosesser og ansvarlig bruk av ny teknologi for plattformarbeidere.<sup>1</sup>

#### 4.5.9 Kunnskapsbehov om arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og arbeidsdeltakelse

Det finnes en del kunnskap om arbeidsmiljøfaktorenes betydning for de ansattes arbeidshelse og arbeidstilknytning jf. kapittel 4.5. Det er likevel flere områder der det er behov for mer kunnskap, og det er behov for bedre og mer pålitelige data på arbeidsmiljøfaktorene og helseutfallene som studeres. I tillegg er det noen kvinnedominererte yrker og næringer som har vært lite studert, og i studier som inkluderer både kvinner og menn er det relativt få studier som skiller på kjønn i sine analyser. I

<sup>1</sup> Europaparlaments- og rådsdirektiv om forbedring av arbeidsvilkårene for plattformarbeidere ((EU) 2024/2831) ble vedtatt 13. oktober 2024. De rettslige konsekvensene av direktivet for Norge er under utredning. Europaparlaments- og rådsforordning om fastsettelse av et harmonisert regelverk om kunstig intelligens og om endring av visse unionsrettsakter (EU/2024/1689) ble vedtatt 13. juni 2024. Forordningen vurderes som EØS-relevant og akseptabel.

#### **Boks 4.4 Kunnskapsbehov som avdekkes i STAMI-rapport om arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet**

- Et stort antall sammenhenger er kun beskrevet i to-tre studier, det er derfor et behov for ytterligere studier som kan bekrefte eller avkrefte tidligere funn.
- Det er et behov for mer kunnskap om beskyttende arbeidsmiljøfaktorer, dvs. faktorer som reduserer risikoen for helseplager eller frafall fra arbeidslivet, eller virker som en buffer for andre risikofaktorer.
- Det er lite kunnskap om arbeidsmiljø og arbeidshelse for noen kvinnedominerte yrker, inkludert frisør/kosmetolog, barnehage-/skoleassistent og vernepleier/sosialarbeider.
- Det er få studier som ser på hvordan kombinasjoner av arbeidsmiljøfaktorer påvirker helse og arbeidstilknytning for ansatte i kvinnedominerte yrker, til tross for kjent samtidig eksponering (sju av 326 artikler). Den begrensede litteraturen tyder på at samtidig eksponering for flere risikofaktorer kan øke risikoen for negative utfall som hjerte- og karsykdom, sykefravær og uførepensjon og at sosial støtte kan beskytte mot tidlig pensjonering ved tungt fysisk arbeid. Det er behov for mer forskning for å identifisere de mest uheldige kombinasjonene av eksponeringer og identifisere beskyttende faktorer som kan forebygge helseskader. Framtidig forskning bør sette søkelys på samspeillet mellom ulike eksponeringer, som fysisk arbeid og psykososial belastning, for å forstå den totale effekten av kvinners arbeidsmiljø på helse og arbeidstilknytning.
- Det etterlyses studier med høy kvalitet som baserer seg på valide målemetoder, dvs. subjektive målinger av psykososiale eksponeringer, psykiske plager og muskel- og skjelettplager, men objektive målinger av skift/nattarbeid, fysiske, mekaniske/ergonomiske og kjemiske/biologiske arbeidsmiljøfaktorer og utfall som kreft, diabetes og hjerte- og karsykdom.
- Det mangler generelt kunnskap om dose/respons-forhold. F.eks. gjelder dette for sammenhengen mellom nattarbeid og brystkreft, hvor antall år med nattarbeid, antall nattskift per år, hyppighet av nattskift og av flere påfølgende nattskift, kan være av betydning.
- Mer presise data på mekaniske/ergonomiske eksponeringer er nødvendig for å forstå hvilke karakteristika ved arbeidet som er av betydning for helse og arbeidstilknytning. Eksempler på mer presise data om slike belastninger er hyppighet og varighet av f.eks. ubekvemme arbeidsstillinger, løft, manuelt arbeid, men også om restitusjon mellom arbeidsoppgavene.
- Selv om Norge ligner sine nordiske naboer i mange forhold som har med arbeidsmiljø å gjøre, finnes det også ulikheter mellom landene. Generelt er det behov for flere studier av norske arbeidstakere.

STAMIs rapport om arbeidsmiljøets betydning for kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet, oppsummeres noen punkter som beskriver generelle kunnskapsbehov, på et overordnet nivå (47). Disse punktene gjengis i boks 4.4.

Den kunnskapen vi har om arbeidsrelaterte helseplager og arbeidsrelatert sykefravær er i stor grad basert på selvrapporterte data, jf. kapittel 4.2 og 4.4. Hvis vi skal få bedre kunnskap om hvordan de ulike arbeidsmiljøfaktorene påvirker kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning, er det også nødvendig med et godt dokumentasjonsgrunnlag basert på så pålitelige data om arbeidsrelaterte sykdommer og plager som mulig, se boks 4.5.

#### **4.6 Sosiale forskjeller i helse knyttet til arbeidsmiljø**

Arbeid henger i stor grad sammen med sosiale forskjeller i samfunnet, relatert til utdanningsnivå, yrke og lønn. I tillegg kan helseeffekter knyttet til ulike arbeidsmiljøeksponeringer i forskjellige yrker og næringer bidra til å øke de sosiale forskjellene i helse.

Yrke kan påvirke helsen gjennom eksponering i arbeidet, f.eks. av kjemisk, fysisk eller psykososial art, men kan også påvirke kvinners helse via inntekt eller sosial status (127). Ulik fordeling av, og kontroll over, ressurser kan føre til et sosialt mønster av eksponering som igjen vil gi ulik for-

### Boks 4.5 Et styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag på arbeidsmiljø- og arbeidshelseområdet

Å ha oversikt over arbeidsmiljø- og arbeidshelseområdet blant norske kvinner betyr å ha kunnskap om arbeidsfaktorer som påvirker forekomsten av arbeidsrelatert sykdom, arbeidsskader og ulykker, samt arbeidsrelatert sykefravær og uførhet. Et godt dokumentasjonsgrunnlag på arbeidsmiljø- og arbeidshelsefeltet er nødvendig for å få pålitelig informasjon om kvaliteten i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, både når det gjelder status og trender. Det forutsetter sammenstilling av data fra mange ulike registre og registerforvaltere.

Vi har gode registerdata på sykefravær, men mindre sikker kunnskap om sykdom og sykefravær som er arbeidsrelatert. Det er derfor behov for å styrke data- og dokumentasjonsgrunnlag på arbeidsmiljø- og helseområdet. Formålet med styrkingen er å bedre omfanget av, kvaliteten på og tilgangen til data for analyse- og forskningsmiljøer. Disse dataene er også viktige i prioriteringer av strategiske tiltak, regelverksutvikling og premissgiving. Dette er dermed et nødvendig tiltak for å øke forebyggingen og redusere de menneskelige og økonomiske kostnadene av skader, sykdommer og dødsfall grunnet arbeidsforhold. Følgende behov vurderes som særlig relevante:

#### *Registerbasert informasjon om arbeidsrelatert sykefravær*

Sykefravær og avgang fra jobb pga. helseproblemer er sammensatte fenomener som påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Alt sykefravær er derfor ikke nødvendigvis arbeidsrelatert, men forskning tyder på at en vesentlig del av sykefraværet kan skyldes sykdom forårsaket av arbeidsforhold. Et sykefravær regnes som arbeidsrelatert også dersom sykdommen forverres av arbeidet. Sykefraværdata fra Nav gir oss god oversikt over det totale sykefraværet i ulike næringer/bransjer og yrker. Disse registerdataene gir oss imidlertid ingen informasjon om andelen av fraværet som er arbeidsrelatert. Denne informasjonen må i dag hentes fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB), hvor respondentene svarer på spørsmål om i hvilken grad helseproblemene som ligger til grunn for fraværet helt eller delvis skyldes forhold på

arbeidsplassen. I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2022 oppgis det at om lag 36 prosent av kvinnene med sykefravær på mer enn 14 dager vurderer dette som arbeidsrelatert. Det hadde vært ønskelig med mulighet for å se dette opp mot legevurdert arbeidsrelasjon.

#### *Arbeidsrelatert sykdom*

Enhver lege som i sitt arbeid får kunnskap om at arbeidstaker lider av en sykdom som legen antar skyldes arbeidssituasjonen, skal i henhold til arbeidsmiljøloven gi skriftlig melding om dette til Arbeidstilsynet. Legers melding om arbeidsrelatert sykdom gir informasjon om helseskadelige forhold i arbeidsmiljøet og er derfor en viktig kilde for å forebygge arbeidsrelatert sykdom, skade og død. Meldingene inngår i Arbeidstilsynets Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS). Beregninger viser at kun i underkant av tre prosent av landets leger benytter seg av meldesystemet. Årsakene til manglende meldinger fra legene handler om at meldeprosessen i seg selv er for tungvint, manuell og tidkrevende. Legene må fylle ut et eget skjema og deretter sende papirskjema per post til myndighetene. Arbeidstilsynet har derfor i flere år jobbet med å få digitalisert legenes melding om arbeidsrelatert sykdom, men dette arbeidet har så langt ikke blitt prioritert.

Majoriteten av arbeidsrelaterte sykdommer er å regne som ikke-smittsomme sykdommer. Disse sykdommene har som oftest sammensatte sykdomsårsaker, og utviklingen går langsommere enn for mange smittsomme sykdommer. Det kan derfor ta lang tid fra en arbeidstaker eksponeres til sykdommen oppstår, et eksempel er brystthinnkreft forårsaket av asbesteksponering. Det er en stor utfordring å følge utviklingen i arbeidsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer og faktorer som påvirker disse. Her er det bl.a. behov for å inkludere problemstillingen i de regionale/nasjonale systematiske helseundersøkelsene. Et eksempel på dette er helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4) hvor det ble samlet inn data om støyeksponering fra arbeid og annen relevant informasjon for å kunne studere arbeidsrelatert hørselstap.

#### Boks 4.5 forts.

De norske helseregistrene er viktige kilder til kunnskap om sykdom, men det er svært utfordrende å identifisere det arbeidsrelaterte. I aktuelle helseregistre som har personidentifiserende kjennetegn, f.eks. Medisinsk fødselsregister, Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret og Norsk Pasientregister, er sektorens utfordring at man utfra diagnosene i disse registrene ikke kan fange opp arbeidsrelatert sykdom og at registrene i seg selv ikke inneholder informasjon om arbeidsforholdene som den registrerte har eller har vært utsatt for. For å kunne bruke helseregistrene aktivt som kilde til overvåking av utvikling og forebyggende aktivitet i ulike yrker og næringer, er det mulig å koble informasjonen i helseregistrene med registre som inneholder sosioøkonomiske og demografiske faktorer. Dette gir imidlertid kun et indirekte mål på arbeidsrelasjon.

Når det gjelder forekomst av arbeidsrelaterte psykiske lidelser, mangler vi også gode registre på dette i Norge.

#### *Arbeidsskadedødsfall og andre arbeidsskader*

Ulykker og vold er en viktig årsak til sykkelighet, sykefravær, uførhet og død. Til tross for potensielle gevinster ved et effektivt forebyggingsarbeid, foreligger det begrenset kunnskap om omfanget av arbeidsskader, årsaker til og konsekvenser av arbeidsskader i norsk arbeidsliv. Den begrensede kunnskapen er et resultat av mangel på gode, representative og komplette data på arbeidsulykker og skader. Beregninger av omfanget av arbeidsskader i Norge varierer betydelig ut fra hvilke datakilder man legger til grunn. Den offisielle arbeidsskadestatistikken publiseres av SSB og er basert på arbeidsgivers melding til Nav i henhold til folketrygdloven. Årlig meldes om lag 22 500 skadetilfeller. Til sammenligning antyder en tilleggsundersø-

kelse til Arbeidskraftundersøkelsen i 2020 at det årlige tallet på arbeidsskadetilfeller i Norge er i overkant av 100 000 (126). Behovet for å styrke kunnskapen gjennom et bedre datagrunnlag er nødvendig for å kunne gi en mer valid og pålitelig beskrivelse av hvordan omfang, risikofaktorer og konsekvenser av arbeidsskader varierer på tvers av næringer, tilknytningsformer, kjønn, alder og landbakgrunn. Slik kan man identifisere sårbare grupper for så å iverksette målrettede forebyggende tiltak. Det er godt dokumentert at statistikken på dette området er mangelfull (SSB – Kunnskapsgrunnlaget for arbeidsulykker i Norge).

#### *Sammenstille LKU-A med norske helseregistre*

Den viktigste datakilden som bidrar til dokumentasjonsgrunnlaget på arbeidsmiljø- og arbeidshelsefeltet er Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A). Undersøkelsen gjennomføres hvert tredje år av SSB og etter utvidelse og omlegging til rent tverrsnittsdesign i 2022 svarte 18 000 sysselsatte. Samtykket i undersøkelsen og personvernlovingen knyttet til undersøkelsen tillater at SSB innhenter noe registerinformasjon om deltakerne for å lette innsamlingsbyrden, samt om legemeldt sykefravær i nærliggende år, men datafilene anonymiseres deretter og det er ikke mulig for forskningsmiljøer å sammenstille data fra LKU-A med norske helseregistre i ettertid. For hver undersøkelse som gjennomføres med nåværende samtykke går en betydelig andel av forskningspotensialet til undersøkelsen tapt for fremtiden. Ved å endre samtykke slik at LKU-A kan kobles til helseregistre som en del av forskningsprosjekter, ville man gjennom sammenstilling av tre bølger med LKU-A over en ni-års periode kunne knytte data om arbeidsmiljøforhold for et utvalg på 60 000 sysselsatte med registerdata om helse både tilbake og forover i tid, hvorav om lag 30 000 vil være kvinner.

deling av sykdom i forskjellige grupper av befolkningen. Studier har observert at kvinner i manuelle yrker har gjennomsnittlig 27 prosent kortere gjenværende forventet arbeidslivstid («working life expectancy»), sammenlignet med kvinner i ikke-manuelle yrker (128). Det samme gjelder for

kvinner med lavere utdanning, sammenlignet med kvinner med høy utdanning. Det er sannsynligvis flere faktorer som ligger bak og påvirker disse observerte sammenhengene.

Eksponering for helseskadelig fysisk og kjemisk arbeidsmiljø er vanligere i yrker forbundet

med lavere sosioøkonomisk status. Det samme er visse typer belastende psykososiale arbeidsforhold, bl.a. lav kontroll over arbeidssituasjonen. Dette gjelder imidlertid ikke helt konsekvent, f.eks. er høye psykologiske jobbkrev ofte vanligere i yrker med høy sosial posisjon. En studie publisert i 2014 undersøkte hvorvidt eksponering for mekaniske og psykososiale faktorer i arbeidet kunne forklare den sosiale gradienten i langtids sykefravær. Forfatterne fant at for kvinner kunne disse arbeidsmiljøfaktorene forklare mellom 31 og 54 prosent av den sosiale gradienten (129).

Sosial posisjon kan både påvirke helse direkte og via arbeidsmiljø. Effekten kan også gå via andre mellomledd (enn arbeidsmiljø), f.eks. livsstilsfaktorer. De identifiserte sammenhengene vil også kunne påvirkes av andre, utenforliggende faktorer som påvirker både sosial posisjon og helse, og ev. også arbeidsmiljø. I tillegg kan det være en seleksjonsmekanisme, hvor kvinner med allerede dårlig helse (og lavere utdanning) havner i spesielt belastende yrker. Alle disse faktorene til sammen kan skape en negativ utvikling, hvor arbeidsmiljøbelastning bidrar til ytterligere helseproblemer og begrenser muligheter for å forlate slike yrker. Arbeid, helse og sosiale forskjeller er altså sammensatt og komplekst.

I tillegg til at kvinner som jobber i ulike yrker og næringer eksponeres for forskjellige sett av arbeidsmiljøfaktorer, vil også f.eks. alderssammensetning, utdanningsnivå og andel sysselsatte med innvandrerbakgrunn i ulike yrker og næringer kunne bidra til økte sosiale forskjeller. I noen av de kvinnedominerte yrkene med mest belastende arbeidsmiljø, er det også en stor andel kvinner med lavere utdanning og i noen yrker også en stor andel kvinner med innvandrerbakgrunn (135). Slike forskjeller kan være med å øke de sosiale forskjellene i helse.

#### 4.6.1 Arbeidsmiljø og arbeidshelse for innvandrerkvinner

Generelt viser forskning og statistikk som er tilgjengelig per i dag at innvandrere er overrepresentert i yrker med mer fysisk belastende arbeidsoppgaver. Kvinner med innvandrerbakgrunn jobber i stor grad innenfor helse- og sosialtjenester (en av tre kvinner), men også i rengjøringsvirksomheter, servering og overnatting (130). Forskning viser også at innvandrere opplever flere stressfaktorer i arbeidsmiljøet, som diskriminering, trakassering, trusler på grunn av etnisk bakgrunn og mangel på sosial støtte (131). I tillegg opplever innvandrere i større grad jobbrela-

terte helseproblemer, og at de har en mer usikker tilknytning til arbeidslivet (4). Arbeidsskader er også mer utbredt blant innvandrere, det gjelder både for kvinner og menn (132).

Arbeidsmiljøfaktorer av spesiell betydning for innvandrere er diskriminering og forskjellsbehandling. I Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn (LKU-I) ble innvandrere i jobb spurt om de i løpet av de siste tolv månedene hadde opplevd å bli forskjellsbehandlet av kollegaer, sjefer eller kunder på arbeidsplassen pga. sin innvandrerbakgrunn eller pga. andre forhold. I alt 22 prosent svarte bekreftende; 17 prosent mente at de hadde opplevd å bli forskjellsbehandlet pga. sin innvandrerbakgrunn, mens fem prosent mente det var andre grunner til at de hadde blitt forskjellsbehandlet. Opplevelse av forskjellsbehandling var like vanlig blant kvinner som menn. I en pilotstudie om diskriminering som ble gjennomført i deler av innvandrerbefolkningen i 2021, rapporterte 16 prosent av innvandrerutvalget at de hadde opplevd hatefulle ytringer på arbeidsplassen, mot seks prosent i resten av befolkningen (133). De presenterte resultatene skiller ikke mellom kvinner og menn.

Norskferdigheter er en viktig forutsetning for å kunne delta i arbeidslivet og på andre samfunnsarenaer. I arbeidslivet kan manglende norskferdigheter føre til for lite eller feil informasjon om arbeidstakerens rettigheter, dårlig kommunikasjon og lite samarbeid mellom kollegaer, og i noen tilfeller sykdom og arbeidsulykker (134). Kvinneandelen blant dem som avlegger norskprøver har økt betydelig i løpet av de siste årene. I 2022 ble to tredjedeler av norskprøvene gjennomført av kvinner. Til sammenligning ble om lag 50 prosent av prøvene i 2017 avlagt av kvinnelige deltakere (29).

Innvandrere rapporterer i større grad enn befolkningen for øvrig om arbeidsrelaterte helseplager. I alle befolkningsgruppene rapporterer kvinner i større grad enn menn om slike plager. Kjønnsforskjellene er størst for innvandrere fra EU/EØS etc. (57 prosent mot 43 prosent). Ser man på hver enkelt av de yrkesrelaterte helseplagene, er det særlig «smerter i skuldre og rygg», «smerter i nedre del av rygg» og «hodeverk og migrene» som generelt er mer utbredt blant kvinner enn blant menn (135). Når det gjelder sykefravær ligger legemeldt sykefravær blant innvandrere i gjennomsnitt på et marginalt høyere nivå sammenlignet med befolkningen ellers. Innvandrerkvinner har høyere sykefravær enn innvandremenn. Det er også betydelige forskjeller i sykefraværprosent for innvandrere fra ulike landgrupper (29). Forskningslitteraturen peker på

flere forklaringer på hvorfor det kan oppstå forskjeller i sykefravær mellom innvandrere og resten av befolkningen. På den ene siden har noen innvandrergupper bedre helse enn befolkningen ellers når de kommer til Norge. På den andre siden er innvandrere overrepresentert i jobber med mer fysisk belastende arbeidsoppgaver og mer helseskadelig arbeidsmiljø (136, 137). Dette gjelder f.eks. mange av yrkene innen renhold, varehandel og transport. Krevende arbeidsforhold kan påvirke innvandreres helse i negativ retning og bidra til høyere sykefravær og frafall fra arbeidslivet (29).

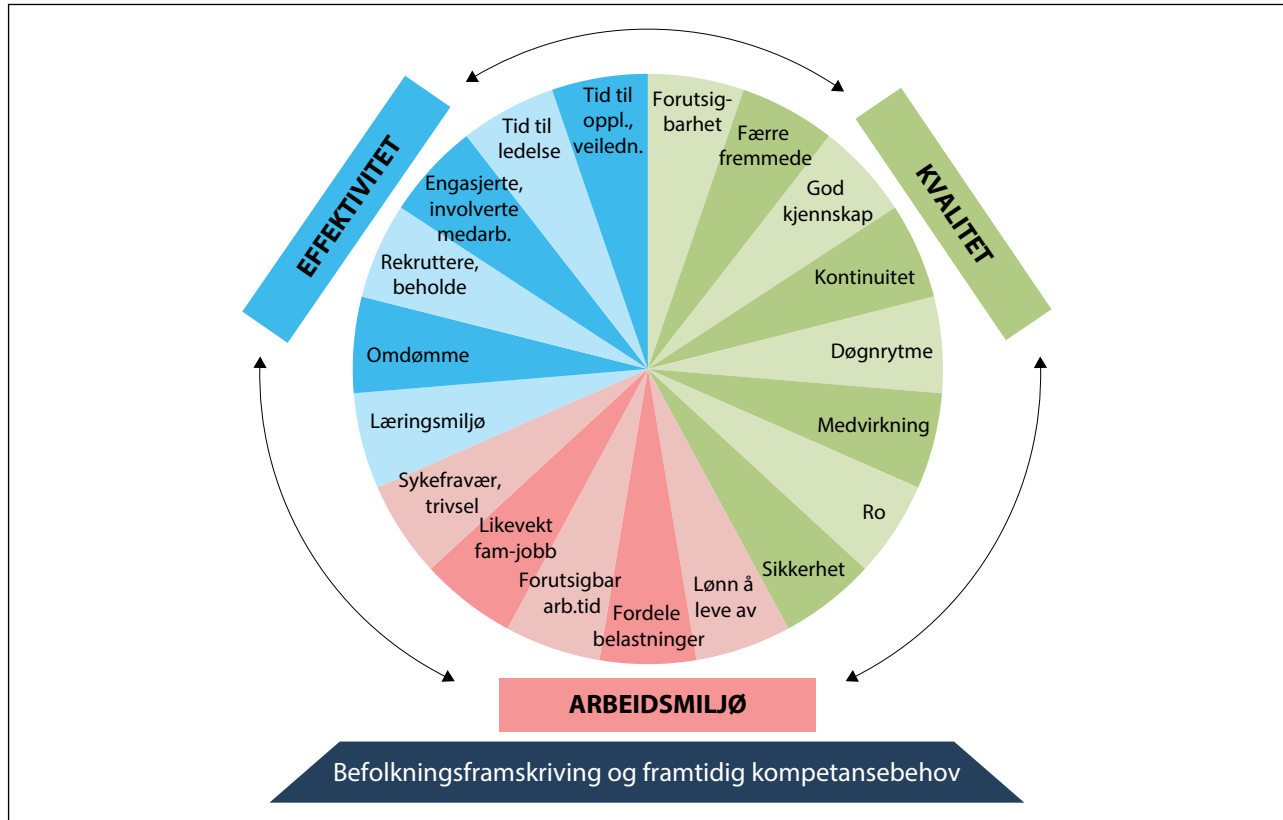
#### 4.7 Heltid/deltid

Som grunnlag for utvalgets arbeid, har Fafo utarbeidet et notat som oppsummerer Fafos forskning på heltid/deltid, jf. kapittel 2.4.2.4. I notatet oppsummeres at «en del publikasjoner har vært viet til å utforske konsekvensene av deltidsarbeid, både for de ansatte og for tjenestene som ytes. Dette inkluderer spørsmål knyttet til arbeidsmiljø, kompetanseutvikling, rekruttering og tjenestekva-

litet. Små stillinger er ofte knyttet til dårligere faglig utvikling og redusert læringsmiljø, som følge av at deltidsansatte har færre muligheter til å utvikle ferdigheter og påta seg ansvar. For brukerne innebærer mange deltidsansatte mindre kontinuitet og kjennskap i tjenesten. Ofte er det nettopp kjennskapen mellom brukere og ansatte som trekkes frem som en sentral del av kvalitetsbegrepet i sektoren». Forfatterne beskriver i denne sammenhengen fenomenet «heltidskultur». En heltidskultur innebærer noe mer enn at heltidsandelen er høy. Med heltidskultur assosieres også en praksis med godt arbeidsmiljø, god kompetanse, kontinuitet i driften og bedre tjenestekvalitet til brukerne (12).

I Fafo-notatet «Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur» trekker Moland fram dagens turnussystem og arbeidstidsordninger som en sentral forklaring på utbredelsen av deltid innenfor helse- og omsorgssektoren (79). En utfordring i helse- og omsorgssektoren med kontinuerlig døgndrift er å få dekket opp vaktene i helgene.

I deler av Fafos forskning på heltid/deltid, særlig innenfor helse- og omsorgssektoren, har



Figur 4.12 Heltidshjulet

Kilde: Fra Moland (2015), gjengitt i «Fafos forskning og kunnskapsutvikling på heltid–deltidsfeltet de siste 15 årene», Bråthen K., 2024.

man vært opptatt av å undersøke hvilke forhold som endrer seg med flere store stillinger og mer heltid. Dette har de oppsummert i det de kaller «heltidshjulet», som viser gevinstene med utgangspunkt i følgende fire perspektiver: arbeidstakerperspektivet, arbeidsgiverperspektivet, brukerperspektivet og samfunnsperspektivet, se figur 4.12.

Av relevans for kvinners arbeidshelse og arbeidsdeltagelse er særlig arbeidstakerperspektivet som handler om de gevinstene ansatte oppnår ved heltidsstilling. Større stillinger gir mer forutsigbare arbeidsforhold, bedre økonomi og rettigheter som pensjon. Heltidsstillinger kan som nevnt også skape et bedre arbeidsmiljø, sterkere kollegialt fellesskap og muligheter for faglig utvikling.

De siste årene har flere av Fafos bidrag knyttet til heltid/deltid studert såkalte «bærekraftige arbeidsmiljøer». Med dette menes arbeidsmiljø der ansatte klarer å arbeide heltid til «naturlig pensjonsalder» (62–67 år), opplever arbeidsglede, tilhørighet og mestring, har forutsigbar lønn, arbeidstid og fritid (79). Moland og medarbeidere trekker fram det de betegner som «den gode vakta» som et fundament for å oppnå et bærekraftig arbeidsmiljø i helse- og omsorgssektoren som er preget av turnusarbeid. «Den gode vakta» finnes på tjenestesteder som har utviklet en drift med kvalifiserte ansatte som kjenner sine arbeidsoppgaver, HMS-rutiner, kollegaer og brukere, og som har etablert et klima for godt arbeid og tjenester med høy faglig kvalitet.

#### **4.8 Midlertidige ansettelser**

En større andel kvinner enn menn har midlertidige ansettelser. En nylig publisert artikkel fra SSB viste at 56 prosent av all avtalt arbeidstid i midlertidige stillinger tilhører kvinner. Dette henger sammen med at næringene med en større andel midlertidige stillinger i stor grad er kvinnedominerte. Dette gjelder pleie- og omsorgstjenester i institusjon (omfatter bl.a. sykehjem og

aldershjem), undervisning og sosiale omsorgstjenester uten botilbud (omfatter barnehager og hjemmehjelp) (27). Artikkelen ser også på sykefraværet hos kvinner og menn, fordelt på faste og midlertidige stillinger. Statistikken som presenteres viser at den legemeldte sykefraværsprosenten (andre kvartal 2024) for kvinner med faste stillinger var 8,1 prosent, mot 5,3 prosent for kvinner med midlertidig stilling. Disse forskjellene ses også i pleie- og omsorgstjenestene, der sykefraværet var på 4,8 prosent for midlertidige, mens det var 10,7 prosent for fast ansatte. Forfatteren av artikkelen reflekterer rundt mulige årsaker til denne forskjellen; «Det er flere mulige forklaringer på hvorfor midlertidige har lavere sykefravær enn faste ansatte. En årsak kan være at man ikke har opparbeidet seg rettigheter til sykefravær, enten fordi man har jobbet for kort tid i bedriften eller at man ikke har oppnådd lønnsgrensen på rundt 62 000 kroner i løpet av året. En annen mulig forklaring er at det er mange yrkesgrupper med høyt sykefravær som har stor arbeidsbelastning, og det gir mening at arbeidsbelastningen vil være større når man har vært i stillingen over lang tid (fast stilling).»

En gjennomgang av forskning på mulige helseeffekter ved midlertidige ansettelsesforhold gjennomført av STAMI i 2014 konkluderte med at studier viser gjennomgående høyere forekomst av psykiske plager blant midlertidig ansatte, sammenlignet med fast ansatte. En overvekt av studier viste også at midlertidig ansatte hadde en høyere risiko for yrkesskader, men at sykefraværet var lavere. Helseisikoen kan være høyere i midlertidige jobber med høy grad av usikkerhet og ustabilitet (138).

Løse tilknytningsformer karakteriseres av høy grad av jobbusikkerhet. Dette er en sammensatt betegnelse, men viser til en ansettelsesform som har en del fellestrekk med midlertidige ansettelser. Internasjonal forskning peker på at jobbusikkerhet antagelig har en negativ effekt på psykisk helse, men det mangler studier av høy kvalitet som ser på helseeffekter av ulike tilknytningsformer, inkludert midlertidig ansettelse (139).





Figur 5.1

## Kapittel 5

# Kvinnerns arbeidsmiljø og arbeidshelse i utvalgte yrker og næringer i Norge

Formålet med kapittelet er å beskrive arbeidsmiljøfaktorer som kvinner eksponeres for i ulike yrker og næringer, samt kvinners arbeidshelse i de samme yrkene og næringene, med et fokus på kvinners egenvurderte arbeidsrelaterte helseproblemer og deres legemeldte sykefravær. Med utgangspunkt i mandatet har utvalget valgt ut noen kvinnedominerte yrker og næringer samt noen yrker og næringer med ulik kvinneandel. Disse yrkene og næringene representerer noen andre utfordringer enn de kvinnedominerte yrkene og næringene gjør.

Kapittelet bygger hovedsakelig på kunnskap om arbeidsmiljøeksponeringer, arbeidsforhold og arbeidsrelaterte helseplager i yrker og næringer rapportert i det norske arbeidsliv (Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A) og «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024»). Utvalget har også fått et notat utarbeidet av Havindustritilsynet, som beskriver kvinners arbeidsmiljø i petroleumsnæringen (140). For en beskrivelse av hvordan indikatorene for arbeidsmiljøeksponeringene er laget vises til «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» (1).

Helseutfordringer og sykdom som ikke er arbeidsrelatert, men der rammebetingelser i

arbeidslivet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen har betydning for kvinners arbeidsdeltakelse, omtales i utredningens kapittel 6.

### 5.1 Arbeidsmiljøtilstanden i kvinnedominerte yrker og næringer

I dette underkapittelet beskrives arbeidsmiljø i de sektorene/næringene og yrkene der det er størst andel kvinner som jobber. I ulike sammenhenger brukes forskjellige kriterier for å si at et yrke eller en sektor/næring er kvinnedominert. Arbeidstilsynet omtaler næringer, bransjer og yrker hvor minst 60 prosent av de sysselsatte er kvinner som kvinnedominerte, jf. kapittel 7.2.1.3 (141).

I «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» er en kvinnedominert næring eller et kvinnedominert yrke definert som et hvor to tredjedeler av de ansatte er kvinner. I denne framstillingen finner man tilsvarende tall for næringer der mer enn to tredjedeler er menn, og også for yrker og næringer med en mer lik kjønnsbalanse, der ingen av kjønnene utgjør mer enn to tredjedeler. Denne

inndelingen er lagt til grunn for statistikken som presenteres i dette kapittelet.

Norge har et relativt kjønnsdelt arbeidsmarked, både historisk og med noen vedvarende ulikheter med tanke på yrkesvalg og -tradisjoner. Ifølge tall fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A) 2022 utgjør kvinner 47 prosent og menn 53 prosent av de sysselsatte i Norge, men fordelingen innad i de ulike næringsgruppene og yrkesgruppene er ofte skjev. Dette er også beskrevet i kapittel 3. Det vil si at kvinner og menn utsettes for til dels ulike arbeidsmiljøfaktorer og kombinasjoner av arbeidsmiljøfaktorer på arbeidsplassen.

I de kvinnedominerte næringene, hvor arbeidet i stor grad involverer direkte samhandling med pasienter, kunder og klienter, viser oversiktene i «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» høy forekomst av psykososiale eksponeringer knyttet til emosjonelle krav, lav selvbestemmelse, vold og trusler. Generelt sett er det mer vanlig at kvinner (sammenlignet med menn) utsettes for vold og seksuell trakassering, høye emosjonelle krav, samt høye jobbkrav med samtidig lav kontroll på arbeidsplassen. Biologisk eksponering er også mer vanlig blant kvinnelige sysselsatte, det samme gjelder hudkontakt med vann og dårlig innelima. Kvinner rapporterer lavere grad av jobbkontroll enn menn, har jobber som er mer følelsesmessig krevende, og kvinnedominerte yrker kjennetegnes ofte av relativt lavere nivåer av belønning, i form av f.eks. lønn og karrieremuligheter. Lav jobbkontroll, emosjonelle krav og ubalanse mellom innsats og belønning har vært rapportert som risikofaktorer for sykefravær i flere studier (1, 142). Samtidig viser forskning at i tillegg til de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene, som høye emosjonelle krav i kvinnedominerte yrker og næringer, rapporterer en stor andel kvinner i de samme næringene om en betydelig høyere forekomst av mekaniske belastninger enn gjennomsnittet for alle sysselsatte, se figur 5.2.

Et annet kjennetegn ved mange av de kvinnedominerte næringene og yrkene som er preget av relasjonelt arbeid, er at arbeidet ofte er organisert som turnusarbeid. Samlet sett oppgir 34 prosent av alle sysselsatte kvinner at de arbeider utenom ordinær arbeidstid, og ti prosent oppgir at de har jobbet nattskift i løpet av de siste tre månedene (1).

I det videre omtales *næringer og sektorer* der minst to tredjedeler av de sysselsatte er kvinner (LKU-A, 2022). Det omfatter næringene barnehager og skolefritidsordninger (SFO), hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjoner, legetjenester/helseklinikker, sykehustjenester, personlig tjenesteyting (gjelder i hovedsak yrket frisør),

undervisning og sosialtjenester/barnevern. Offentlig trygdeforvaltning er også en kvinnedominert næring (68 prosent kvinner, utgjør om lag 10 000 kvinner), men omtales sammen med kontorarbeidsplasser i delkapittel 5.2.4. Til sammen er nærmere 600 000 kvinner sysselsatt i disse næringene, noe som utgjør 48 prosent av alle sysselsatte kvinner (LKU-A, 2022).

Videre omtales også utvalgte *yrker* med kvinneandel på mer enn to tredjedeler av de sysselsatte (LKU-A, 2022). Slike yrker inkluderer frisør/kosmetolog, sykepleier, barnehagelærer, barnehage-/skoleassistent, pleiemedarbeider, helsefagarbeider, kontormedarbeider, psykolog/fysioterapeut, vernepleier/sosialarbeider, renholder og grunnskolelærer.

Kvinnedominerte næringer som beskrives med tilhørende relevante yrker er:

- helse- og sosialsektoren (inkluderer sykehustjenester, sykehjem/omsorgsinstitusjon, hjemmetjenesten, legetjenester/helseklinikker, barnehager og SFO, sosialtjenester/barnevern)
- undervisningssektoren

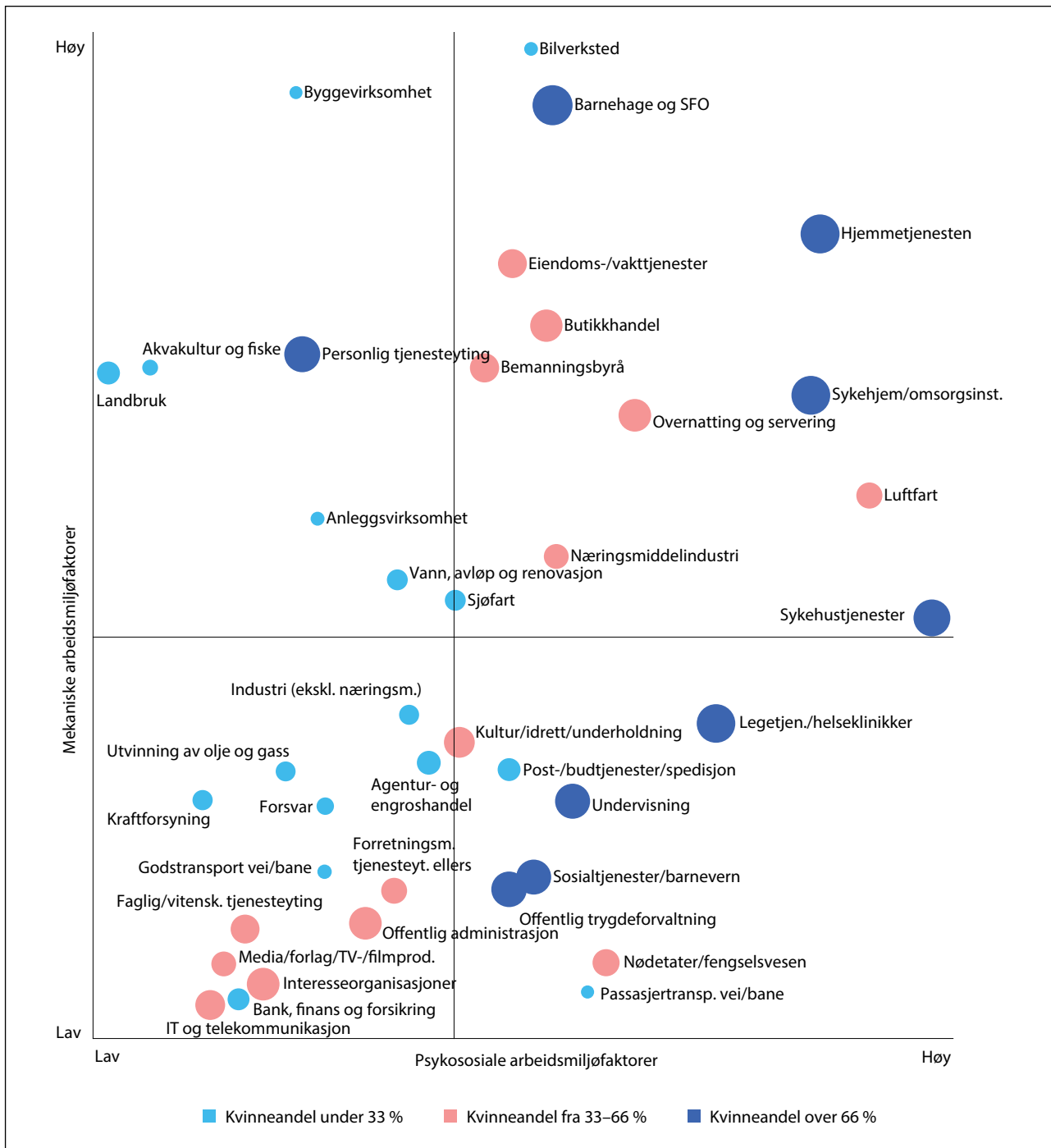
Andre kvinnedominerte yrker som beskrives er:

- frisør
- renholder

### 5.1.1 Helse- og sosialsektoren

En tredjedel, eller omtrent 478 000, av alle de yrkesaktive kvinnene i Norge jobber innen helse- og sosialtjenester (SSB, statistikkbanken, tabell 07971). Sektoren inkluderer kvinnedominerte næringer som «Sykehustjenester» (74 prosent, tilsvarende 86 000 kvinner), «Sykehjem/omsorgsinstitusjon» (82 prosent, tilsvarende 106 000 kvinner), «Hjemmetjenesten» (82 prosent, tilsvarende 42 000 kvinner), «Legetjenester/helseklinikker» (81 prosent, tilsvarende 61 000 kvinner), «Barnehage og SFO» (87 prosent, tilsvarende 82 000 kvinner), og «Sosialtjenester/barnevern» (66 prosent, tilsvarende 38 000 kvinner). Anslaget av hvor mange kvinner som jobber i de ulike næringene, er basert på LKU-A 2022.

Her finner vi en stor andel kvinner i yrker som sykepleier (88 prosent, 75 000 kvinner), barnehagelærer (86 prosent, 25 000 kvinner), barnehage-/skoleassistent (85 prosent, 80 000 kvinner), helsefagarbeider (82 prosent, 89 000 kvinner), pleiemedarbeider (84 prosent, 39 000 kvinner), psykolog/fysioterapeut (76 prosent, 26 000 kvinner) og vernepleier/sosialarbeider (76 prosent, 40 000 kvinner). Anslaget av hvor mange kvinner som jobber i de ulike yrkene, er basert på LKU-A 2022.



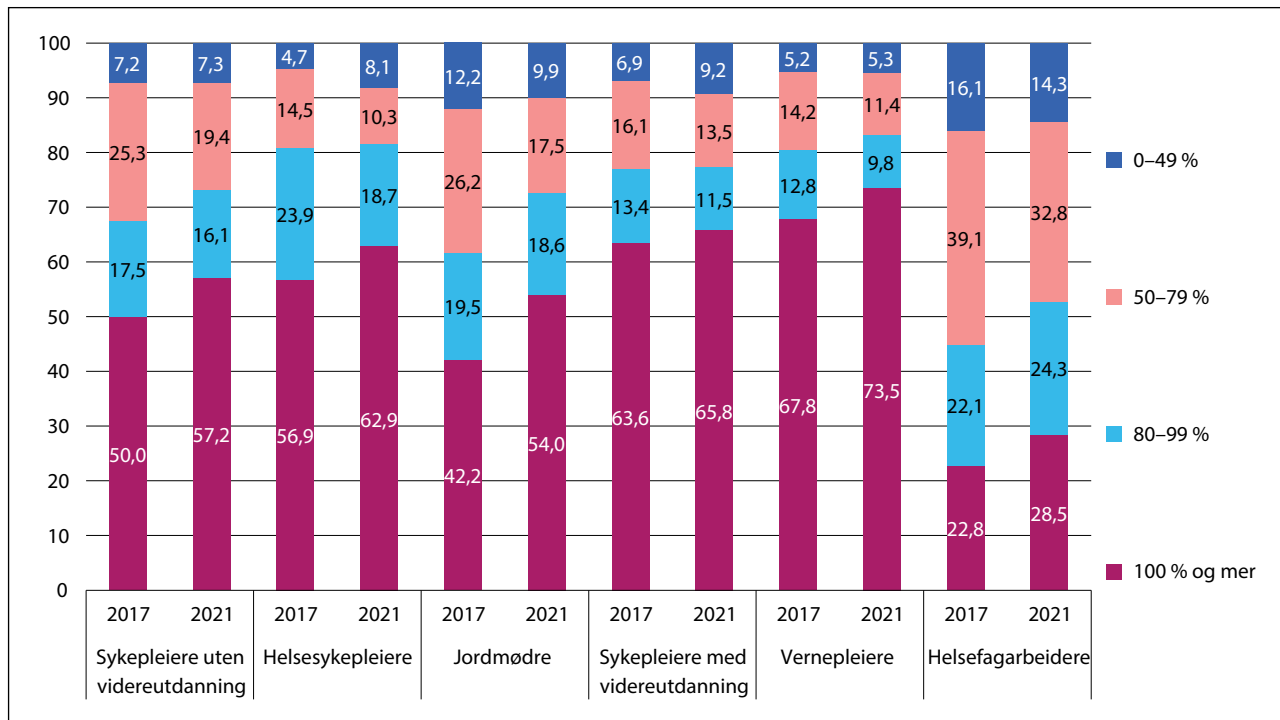
Figur 5.2 Illustrerer at mange av de kvinnedominerte næringene ligger tydelig høyere enn gjennomsnittet både når det gjelder psykososiale og mekaniske belastninger. Størrelsen og fargen på sirkelene illustrerer kvinneandelen i næringene

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024. (SSB/LKU-A).

I 2022 jobbet 17 prosent av kvinnene i sektoren kort deltid (1–19 timer/uke) og 24 prosent av kvinnene lang deltid (20–36 timer/uke) (1). Dette er også sektoren med høyest andel undersysselsetting og uønsket deltid (12). Andelen sysselsatte som arbeider heltid i helse- og omsorgstjenestene

er imidlertid økende. Figur 5.3 viser endringen i ulike stillingsstørrelser i utvalgte yrker fra 2017 til 2021.

Det legemeldte sykefraværet var i 2023 8,9 prosent for kvinner i sektoren (SSB).



Figur 5.3 Andel sysselsatte med ulike stillingsstørrelser i kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsefagarbeiderkategorien inkluderer hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Kilde: NOU 2023: 4 *Tid for handling*. (SSB, spesialbestilte data til Kompetanseløft 2025).

Helse- og sosialtjenester omfatter både offentlig og privat sektor. Det finnes per i dag ingen registeroversikt over personell i private helse- og omsorgstjenester som ikke er finansiert av det offentlige. Kvinnearbeidshelseutvalget har derfor ikke kunnet beskrive hvor mange kvinner som arbeider i private helse- og omsorgstjenester som sykehus, hjemmetjeneste mv. Helsepersonellkomisjonen har i sin rapport anbefalt å forbedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester,<sup>1</sup> inkludert statistikk om personell, for å få innsikt i omfanget dette utgjør (81).

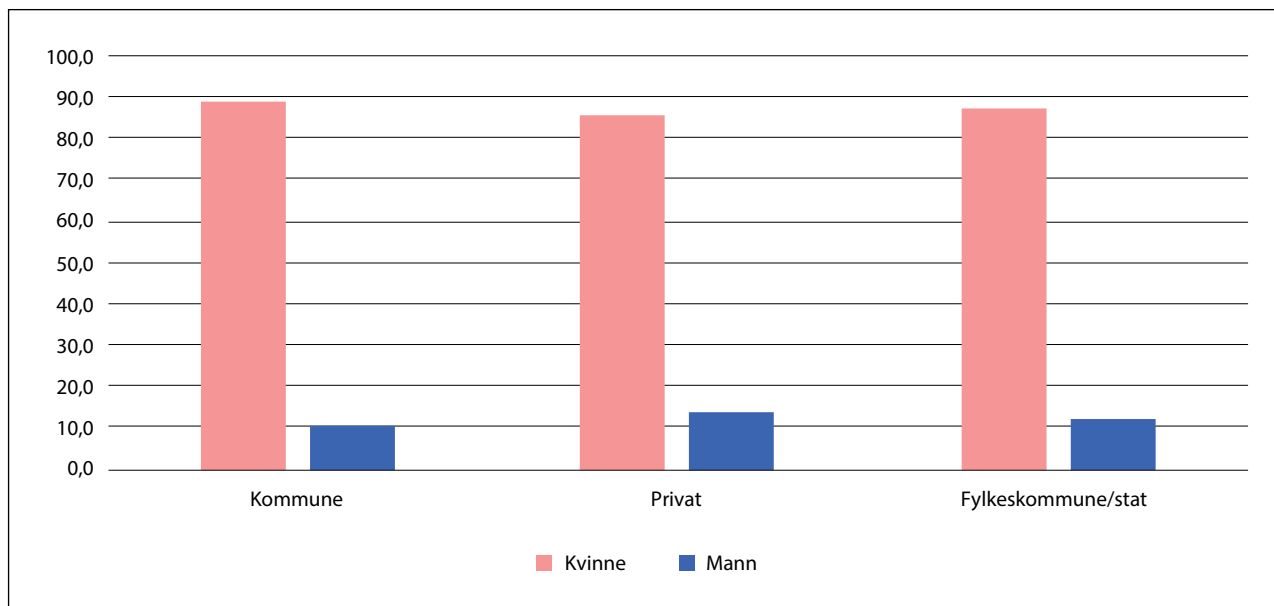
For barnehagesektoren har SSB oversikt over sysselsettingen i henholdsvis private og offentlige barnehager. Figur 5.4 viser andelen sysselsatte menn og kvinner, fordelt etter privat eller kommunalt/fylkeskommunalt/statlig eierskap. Private barnehager har en andel på 85,7 prosent ansatte kvinner, kommunale barnehager har en andel på 88,9 prosent ansatte kvinner, og fylkeskommunale/statlige barnehager har en andel på 87,5 prosent ansatte kvinner i sin bemanning.

<sup>1</sup> Private helsetjenester fikk registreringsplikt til Norsk pasientregister og kommunalt pasient- og brukerregister fra 1.1.2025.

I helsesektoren er organisasjonsgraden (begge kjønn) 57 prosent i privat sektor, og 83 prosent i offentlig sektor. I pleie- og omsorgstjenesten er organisasjonsgraden 49 prosent i privat sektor, og 72 prosent i offentlig sektor (begge kjønn). Tariffavtaledekningen i helsesektoren per 2022 er 49 prosent i privat sektor<sup>2</sup> og 100 prosent i offentlig sektor. Tariffavtaledekningen i pleie- og omsorgstjenester er 53 prosent i privat sektor og 100 prosent i offentlig sektor (143).

Sektoren kjennetegnes av at de ansatte har kontakt med barn, brukere eller pasienter i arbeidet, noe som innebærer både relasjonelt og emosjonelt arbeid. Det å arbeide med mennesker kan innebære ulik grad av «emosjonell dissonans», som vil si å måtte forholde seg til andres sterke følelser og/eller å måtte kontrollere, regulere og eventuelt skjule egne følelser og følelsesuttrykk for å imøtekomme forventninger knyttet til arbeidsrollen. Sektoren kjennetegnes også av at mange arbeider skift/turnus og opplever mindre grad av fleksibilitet og selvbestemmelse i jobben, kombinert med høye jobbkrav (144). På den

<sup>2</sup> Basert på opplysninger fra ordningen avtalefestet pensjon i privat sektor og skjønnsmessig korrigert for bransjer med annen ordning/uten ordning for avtalebasert tidligpensjon.



Figur 5.4 Kjønnfordeling ansatte i barnehager, etter eierforhold 2023 (prosent)

Hele landet, alle stillingstyper

Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 12129.

annen side inkluderer sektoren yrker som gir meningsfylt arbeid, som gir anerkjennelse og sosial støtte. Det å ha kontakt med andre mennesker på jobb (relasjonelt arbeid) er i utgangspunktet en positiv arbeidsmiljøfaktor, men krever god organisering av arbeidet, bl.a. for å forebygge for stor grad av rollekonflikt (1).

Helse- og sosialsektoren er en stor sektor som inkluderer ulike næringer med til dels ulikt arbeidsmiljø, og i de neste avsnittene vil de viktigste arbeidsmiljøfaktorene for kvinner beskrives for noen av de kvinnedominerte næringer som inngår i helse- og sosialsektoren.

#### 5.1.1.1 Sykehustjenester, sykehjem/omsorgsinstitusjon, hjemmetjenesten, legetjenester/helseklinikker

Kvinner som arbeider i disse kvinnedominerte næringene innenfor helse- og omsorgssektoren rapporterer generelt om høy grad av jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet.

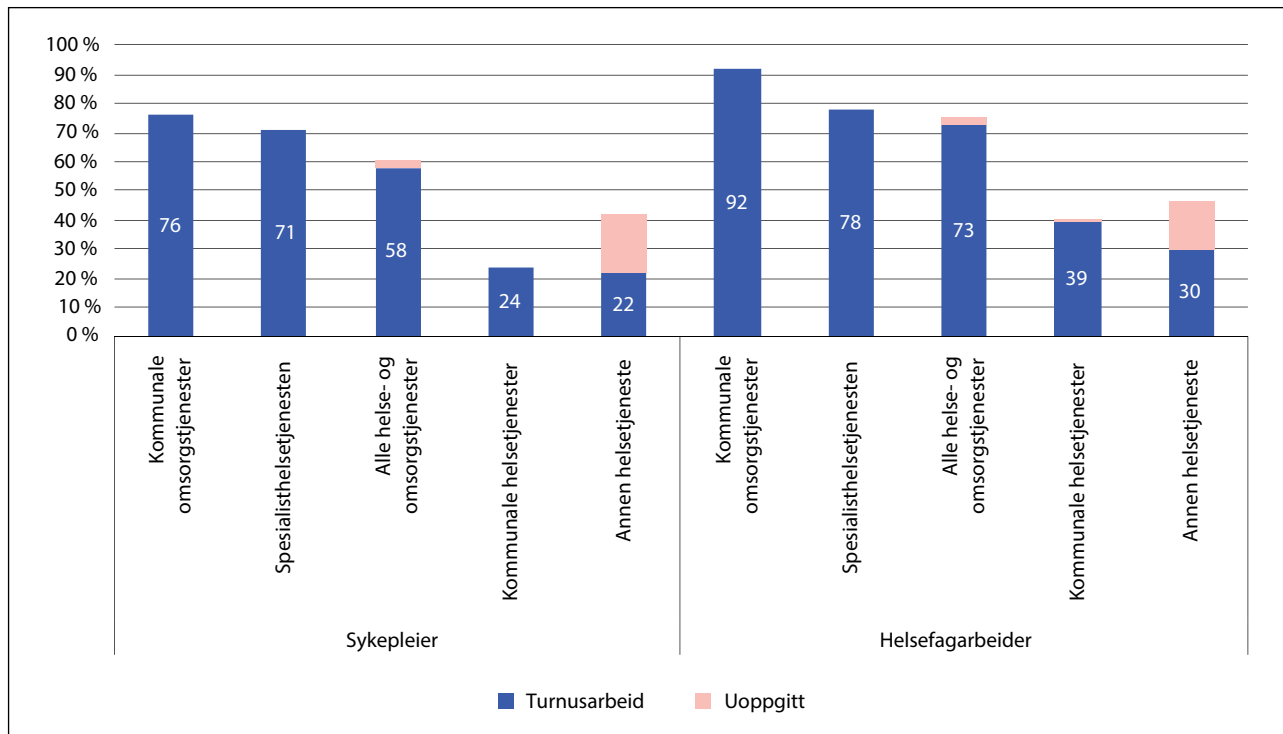
Det er en stor andel av de sysselsatte kvinnene i disse næringene som jobber skift/turnus og med tilhørende nattarbeid. NOU 2023: 4 *Tid for handling* kapittel 9.2.9 beskriver omfanget av turnusarbeid i helse- og omsorgssektoren (81). Utvalget viser bl.a. til at det blant helsefagarbeidere som jobber i omsorgstjenestene er 92 prosent som har turnusarbeid. Videre angis andelen av sykepleiere

som jobber turnus til 76 prosent i omsorgstjenestene, 71 prosent i spesialisthelsetjenesten og 24 prosent i de kommunale helsetjenestene, se figur 5.5.

Når det gjelder de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene opplever kvinner i helsesektoren en høyere grad av emosjonelle krav enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Det er naturlig når mange kvinner i disse næringene jobber tett med mennesker i sårbare situasjoner. Felles for kvinner som arbeider i disse næringene er også at en større andel rapporterer om en kombinasjon av høye krav og lav kontroll, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Kvinner som jobber i hjemmetjenesten, rapporterer også i noe større grad enn gjennomsnittet om konflikter med de de yter tjenester til.

Det er en større andel kvinner innenfor sykehjem/omsorgsinstitusjoner, legetjenester/helseklinikker og sykehustjenester som rapporterer om lav lederstøtte sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

Med unntak av kvinner som jobber i legetjenester/helseklinikker, oppgir kvinner som er sysselsatt i disse næringene innenfor helsesektoren i større grad om høy grad av rollekonflikt enn gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Rollekonflikt handler om at man møter ulike krav i arbeidet som ikke lar seg forene. De opplever også i større grad uønsket seksuell oppmerksomhet på jobb.



Figur 5.5 Andel av sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber turnus i ulike deler av helse- og omsorgstjenestene, 2021

Kilde: NOU 2023: 4 *Tid for handling*.

Kvinner som arbeider i hjemmetjenesten eller sykehjem/omsorgsinstitusjon rapporterer i større grad at de er utsatt for vold i arbeidsmiljøet enn gjennomsnittet av sysselsatte kvinner, og en spesielt høy andel kvinner som er sysselsatt i sykehjem/omsorgsinstitusjon opplever dette.

Kvinner sysselsatt i disse næringene eksponeres for ulike mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. En større andel av kvinnene som jobber i hjemmetjenesten og på sykehjem/omsorgsinstitusjon arbeider på huk eller knær, i framoverbøyd stilling og har stående arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. I tillegg rapporterer kvinner i sykehustjenester, sykehjem/omsorgsinstitusjon og hjemmetjenesten i større grad enn gjennomsnittet av

alle sysselsatte kvinner om tunge løft, tungt fysisk arbeid og ubekvemme løft.

Kvinner i disse næringene rapporterer i mye større grad enn gjennomsnittet at de utsettes for vått arbeid. Det betyr at man i sitt daglige arbeid får vann på huden flere ganger i timen, inkludert eksponering for vann ved håndvask. I tillegg eksponeres kvinner som jobber i sykehustjenester, sykehjem/omsorgsinstitusjon og hjemmetjenesten i større grad enn gjennomsnittet for rengjøringsmidler. Ikke overraskende oppgir også en stor andel av kvinnene i disse næringene at de eksponeres for biologiske faktorer i sitt arbeid.

En stor andel kvinner i disse næringene rapporterer også om dårlig inneklima, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

Tabell 5.1 Viser en oversikt over andelen kvinner i hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjoner, legetjenester/helseklinikker og sykehustjenester som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Indikator	Gjennomsnitt for alle syssel- satte kvinner	Hjemme- tjenesten	Lege- tjenester/ helse- klinikker	Sykehus- tjenester	Sykehjem/ omsorgs- institusjon
Organisa- torisk	Jobbkrav forstyrrer privatlivet	35	38	39	39	31
	Nattarbeid	10	19	10	36	29
	Skift/turnus	34	77	21	55	88
Psyko- sosialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	40	42	45	34
	Hets eller trusler	11	18	14	18	25
	Høye krav – lav kontroll (indeks)	21	32	28	39	27
	Jobbkontroll/selvbestemmelse (indeks)	31	48	37	50	39
	Jobbmotivasjon	76	76	79	78	7
	Jobbtilfredshet	83	80	84	82	81
	Jobbtilhørighet	72	70	74	71	71
	Uønsket seksuell oppmerksomhet	8	19	8	13	19
	Vold	8	12	4	9	35
Mekanisk	Arbeid på huk eller knær	17	37	7	17	28
	Framoverbøyd stilling	17	37	11	23	33
	Hodet bøyd framover	32	46	41	31	32
	Stående arbeid	38	54	20	36	57
	Tunge løft	13	29	7	24	37
	Tungt fysisk arbeid	18	32	8	24	36
	Ubekvemme løft	15	37	7	22	33
Kjemisk	Rengjøringsmidler	34	67	32	58	74
	Vått arbeid	33	66	47	55	74
Biologisk	Biologiske materialer (samlet)	29	75	34	60	81
Fysisk	Dårlig inneklima	37	44	37	61	52

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

5.1.1.2 Barnehage, SFO og sosialtjenester/  
barnevern

Innenfor sosialsektoren beskrives arbeidsmiljøfaktorer for kvinner som arbeider i barnehage, skolefritidsordning (SFO) og sosialtjenester/barnevern.

Sysselsatte kvinner i disse næringene rapporterer generelt sett om høy jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet.

Det er en større andel av de sysselsatte kvinnene i disse næringene som oppgir at jobbkrav forstyrrer privatlivet, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Sysselsatte kvinner i barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern opplever i større grad høye emosjonelle krav enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner, spesielt er det en høy andel av kvinner som jobber i sosialtjenester/barnevern som rapporterer om høye emosjonelle krav.

Tabell 5.2 Oversikt over andelen kvinner i barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

Indikator		Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Barnehage og SFO	Sosial- tjenester/ barnevern
Organisa- torisk	Jobbkrav forstyrrer privatlivet	35	45	41
	Omorganisering	48	41	57
	Skift/turnus	34	9	19
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	29	47
	Hets eller trusler	11	5	24
	Høye krav – lav kontroll (indeks)	21	17	11
	Jobbkontroll/selvbestemmelse (indeks)	31	23	19
	Jobbmotivasjon	76	76	85
	Jobbtilfredshet	83	80	87
	Jobbtilhørighet	72	75	73
	Konflikter med kunder	18	14	35
Lederstøtte (indeks)	12	11	10	
Mekanisk	Arbeid på huk eller knær	17	62	6
	Framoverbøyd stilling	17	39	7
	Stående arbeid	38	52	14
	Tunge løft	13	23	4
	Tungt fysisk arbeid	18	26	6
	Ubekvemme løft	15	39	5
Kjemisk	Rengjøringsmidler	34	64	21
	Vått arbeid	33	60	17
Biologisk	Biologiske materialer (samlet)	29	76	18
Fysisk	Dårlig inneklima	37	44	46
	Sterk støy	6	25	3

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).



Høye emosjonelle krav er en naturlig del av arbeidet i relasjonelle yrker, og er ikke i seg selv nødvendigvis negativt. Det vil for mange oppleves som meningsfullt, og interaksjonen med andre er kanskje også grunnen til at de valgte det aktuelle yrket. Dette reflekteres i at mange av kvinnene som arbeider i barnehage, SFO og sosialtjenester/barnevern opplever høy jobbtilfredshet. Høye emosjonelle krav over tid kan imidlertid føre til negative helseutfall, og slike belastninger i arbeidet krever spesielt fokus på de beskyttende arbeidsmiljøfaktorene knyttet til et godt arbeidsmiljøarbeid.

Av andre negative psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er det en høyere andel av kvinnene som jobber innenfor sosialtjenester/barnevern som rapporterer om hets eller trusler, sammenlignet med gjennomsnittet.

I barnehage/SFO er det en stor andel kvinner som rapporterer om høye jobbkra, men flere opplever samtidig å ha en relativt høy grad av kontroll. Ifølge krav-kontroll-støtte-modellen er det særlig kombinasjonen av høye krav og lav jobbkontroll som er belastende.

Kvinner i sosialtjenester/barnevern rapporterer i større grad enn gjennomsnittet om konflikter med leder/kollegaer, mobbing fra kollega/leder og en høyere andel opplever rollekonflikt.

Av andre negative sosiale handlinger er det i barnehage/SFO en større andel av kvinnene enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner som oppgir at de har blitt utsatt for vold i arbeidet.

Vernepleier/sosialarbeider er også et yrke der en stor andel oppgir å ha blitt utsatt for arbeidsrelatert vold, hets og trusler.

Kvinner som jobber i barnehage og SFO utsettes også for en del mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer, og rapporterer i større grad enn gjennomsnittet av sysselsatte kvinner at de arbeider med hendene over skulderhøyde, arbeider på huk eller knær og i framoverbøyd stilling. I tillegg oppgir en større andel at de har stående arbeid, utfører tunge og ubekvemme løft, samt opplever at de har tungt fysisk arbeid.

Av sysselsatte kvinner som jobber i barnehage/SFO er det en stor andel som oppgir at de utsettes for hudirriterende stoffer i form av rengjøringsmidler og vått arbeid (inkludert håndvask). I tillegg utsettes de for biologisk materiale, i hovedsak i form av kroppsvæsker og -vev. Av de fysiske arbeidsmiljøfaktorene rapporterer en større andel av kvinnene som jobber i barnehage/SFO at de utsettes for sterk støy. Både i barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern er det en større andel kvinner enn gjennomsnittet av alle

sysselsatte kvinner som rapporterer om dårlig inneklima.

### 5.1.2 Undervisningssektoren

Undervisningssektoren består av 67 prosent kvinner, noe som tilsvarer omtrent 147 000 kvinner (estimat basert på tall fra LKU-A 2022). Undervisningssektoren inkluderer grunnskoleundervisning, spesialundervisning, undervisning i videregående opplæring og undervisning i høyere utdanning. Grunnskolelærer er et kvinnedominert yrke i undervisningssektoren, der 73 prosent er kvinner. I 2022 jobbet elleve prosent av kvinnene i undervisningssektoren kort deltid (1–19 timer/uke) og 13 prosent av kvinnene lang deltid (20–36 timer/uke) (1). Det legemeldte sykefraværet var 6,8 prosent for kvinner i sektoren (SSB, 2023).

Organisasjonsgraden blant de ansatte i sektoren er på 75 prosent, mens tariffavtaledekningen er på 92 prosent (begge kjønn) (143).

Generelt rapporterer kvinner i undervisningssektoren om høy jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet.

Når man ser på de organisatoriske arbeidsmiljøfaktorene er det flere enn gjennomsnittet innenfor undervisningssektoren og grunnskolelærerne som oppgir å ha ukentlig hjemmekontor på kveldstid. Det er en høy andel av de sysselsatte kvinnene i undervisningssektoren som opplever at jobbkra forstyrrer privatlivet, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Det samme gjelder når man ser på grunnskolelærerne spesielt.

Av de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene er det (som i helse- og sosialsektoren) større andel kvinner i undervisningssektoren som rapporterer om høye emosjonelle krav, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

En større andel enn gjennomsnittet opplever å ha høye jobbkra, men samtidig balanseres dette med høy grad av jobbkontroll (selvbestemmelse).

Når det gjelder de negative sosiale handlingene på jobb, slik som vold, hets og trusler er det også flere kvinner i undervisningssektoren som rapporterer om slike hendelser, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Av kvinner som arbeider i undervisningssektoren rapporterer en langt større andel at de har vært utsatt for vold i arbeidssituasjonen, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

Det er flere kvinner i undervisningssektoren som rapporterer om dårlig inneklima, sammenlignet med alle sysselsatte kvinner.

Tabell 5.3 Oversikt over andelen kvinner i undervisningssektoren som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

Indikator		Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Undervisning
Organisa- torisk	Jobbkraft forstyrret privatlivet	35	47
	Lange arbeidsuker >48 timer	5	6
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	35
	Ensformig arbeid	30	15
	Hets eller trusler	11	16
	Høye krav – lav kontroll (indeks)	21	18
	Jobbkontroll/selvbestemmelse (indeks)	31	23
	Jobbmotivasjon	76	79
	Jobbtilfredshet	83	83
	Jobbtilhørighet	72	76
	Uønsket seksuell oppmerksomhet	8	5
	Vold	8	16
Fysisk	Dårlig inneklima	37	44

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

### 5.1.3 Frisører

Frisør er yrket med høyest andel kvinner (93 prosent). Dette tilsvarer 18 000 kvinner, og utgjør en prosent av alle sysselsatte kvinner i Norge, basert på estimer fra LKU-A 2022. Andelen frisører som jobber kort deltid (1–19 timer/uke) er elleve prosent, mens andelen som jobber lang deltid (20–36 timer/uke) er 27 prosent. Andelen er beregnet samlet for menn og kvinner. Legemeldt sykefravær over 16 dager var 6,2 prosent for frisører/kosmetologer per 2022 (1).

Kvinnelige frisører rapporterer om et monotont/ensformig arbeid og oppgir gjentatte arbeidsoppgaver, som en beskrivelse av arbeidets organisering.

Av de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene, rapporterer en større andel frisører om høye emosjonelle krav, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. De rapporterer samtidig om høy grad av jobbkontroll (selvbestemmelse) og

gode muligheter for faglig utvikling. Generelt sett oppgir frisørene høy grad av jobbtilfredshet, jobbmotivasjon og jobbtilhørighet.

En større andel av frisører oppgir at de eksponeres for hånd-/armvibrasjoner, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. I tillegg rapporterer en stor andel om at de utsettes for vått arbeid og at de kan lukte eller puste inn kjemiske stoffer eller produkter i arbeidshverdagen. Det er også en stor andel frisører som oppgir at de har hudkontakt med rengjøringsmidler eller desinfeksjonsmidler.

Frisører eksponeres for en rekke mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. Det er en stor andel som oppgir å arbeide med hodet bøyd framover en fjerdedel av arbeidsdagen eller mer. Det er også en stor andel frisører som oppgir å arbeide med gjentakende armbevegelser tre fjerdedeler av arbeidsdagen eller mer. I tillegg arbeider de med hender i eller over skulderhøyde og har i stor grad stående arbeid.

Tabell 5.4 Oversikt over andelen kvinnelige frisører som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Indikator	Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Frisør
Organisa- torisk	Jobbusikkerhet	11	6
	Skift/turnus	34	36
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	32
	Ensformig arbeid	30	52
	Jobbkontroll/selvbestemmelse (indeks)	31	8
	Jobbmotivasjon	76	91
	Jobbtilfredshet	83	91
	Jobbtilhørighet	72	88
Mekanisk	Arbeid over skulderhøyde	13	53
	Framoverbøyd stilling	17	29
	Gjentakende hånd- og armbevegelser	27	66
	Hodet bøyd framover	32	52
	Stående arbeid	38	72
Kjemisk	Kjemikalier	5	39
	Oljer/avfettingsmidler	6	24
	Rengjøringsmidler	34	61
	Se/lukte støv, røyk, gass eller damp	7	14
	Vått arbeid	33	77
Fysisk	Vibrasjoner (samlet)	3	16

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

#### 5.1.4 Renholdere

Et annet yrke med klar overvekt av kvinner er renholdere, der 74 prosent er kvinner. Dette tilsvarer 36 000 kvinner og utgjør 3 prosent av alle sysselsatte kvinner, basert på estimater fra LKU-A 2022 (1). Andre kjennetegn ved bransjen er at 83 prosent har videregående opplæring eller kortere utdanning og 65 prosent av de som arbeider som renholdere er innvandrere (108). Andelen som jobber deltid er 53 prosent (begge kjønn) (145). Yrkesgruppen har et legemeldt sykefravær på 6,5 prosent per 2022 (1). Organisasjonsgraden blant renholdere er 29 prosent, mens 60 prosent arbeider i en virksomhet som omfattes av en tariffavtale (begge kjønn) (143).

Kvinnelige renholdere rapporterer i større grad enn gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner om en rekke ugunstige arbeidsmiljøforhold. En større andel av kvinnelige renholdere rapporterer om usikkerhet om framtidig jobbsituasjon, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. De opplever også manglende informasjon om endringer og framdriftsplaner. Flere rapporterer om monotont/ensformig arbeid som en beskrivelse av arbeidets organisering.

En stor andel av kvinnelige renholdere rapporterer om flere negative psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Det er en lavere andel renholdere som rapporterer om høy jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet, sammenlignet med gjennomsnittet. De rapporterer om

høye jobbkraav og lav kontroll (selvbestemmelse), samt dårlige muligheter for faglig utvikling i jobben. En større andel renholdere opplever en ubalanse mellom innsats og belønning, sammenlignet med gjennomsnittet av sysselsatte kvinner. Videre er det en større andel renholdere som rapporterer om lite støttende ledelse, de opplever sjelden å få tilbakemelding på eget arbeid, samt lav støtte fra kollegaer.

Når det gjelder de kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorene er det en større andel renholdere som oppgir at de lukter eller puster inn kjemiske stoffer på jobb, sammenlignet med gjennomsnittet for sysselsatte kvinner. I tillegg rapporterer de i større grad om at de har hudkontakt med rengjøringsmidler eller desinfeksjonsmidler, samt at de i større grad angir å ha vått arbeid,

sammenlignet med gjennomsnittet. Videre rapporterer renholdere i større grad enn gjennomsnittet om kontakt med kloakk, slam, kompost eller fordervet avfall (biologisk materiale) i arbeidet.

Av de mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorene er det også flere steder renholdere skiller seg fra gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Det gjelder f.eks. arbeid med hodet bøyd framover, gjentakende armbevegelser, stående og huksittende arbeid og hender i eller over skulderhøyde. I tillegg er det en større andel renholdere som rapporterer om at de jobber i ubekvemme arbeidsstillinger og har tungt fysisk arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for sysselsatte kvinner.

Tabell 5.5 Oversikt over andelen kvinnelige renholdere som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

Indikator		Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Renholder
Organisa- torisk	Jobbusikkerhet	11	21
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	9
	Ensformig arbeid	30	70
	Jobbmotivasjon	76	68
	Jobbtilfredshet	83	77
	Jobbtilhørighet	72	63
Mekanisk	Arbeid over skulderhøyde	13	40
	Arbeid på huk eller knær	17	37
	Framoverbøyd stilling	17	38
	Gjentakende hånd- og armbevegelser	27	52
	Hodet bøyd framover	32	52
	Stående arbeid	38	87
	Tungt fysisk arbeid	18	52
	Ubekvemme løft	15	22
Kjemisk	Kjemikalier	5	17
	Oljer/avfettingsmidler	6	20
	Rengjøringsmidler	34	72
	Vått arbeid	33	76
Biologisk	Biologiske materialer (samlet)	29	39

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

## 5.2 Kvinnerens arbeidsmiljø i yrker og næringer som ikke er kvinnedominerte

I dette underkapittelet beskrives kvinnerens arbeidsmiljø i noen yrker og næringer som ikke er kvinnedominerte. Hvorvidt arbeidsmiljøet i disse næringene er det samme for menn og kvinner vil være avhengig av om menn og kvinner stort sett har de samme yrkene og arbeidsoppgavene innenfor næringen, samt hvorvidt menn og kvinner på gruppenivå opplever arbeidsmiljøeksponeringene likt. Det kan bl.a. være avhengig av ulik fysikk eller ulik sensorisk følsomhet for arbeidsmiljøeksponeringene.

I det følgende kapittelet er det trukket ut informasjon om *kvinnerens* arbeidsmiljø i noen utvalgte yrker og næringer som ikke er kvinnedominerte.

Næringer som beskrives med tilhørende relevante yrker er:

- petroleumsnæringen
- næringsmiddelindustrien
- varehandelen

I tillegg beskrives arbeidsmiljøfaktorer som er relevante for:

- kontorarbeidsplasser

### 5.2.1 Kvinnerens arbeidsmiljø i petroleumsnæringen

Næringen omfatter produksjon av råolje, utvinning av olje og oljeholdig skifer og sand, og pro-

duksjon av naturgass og gjenvinning av flytende kull ved forgassing.

Havindustritilsynet beskriver kvinneandelen i petroleumsnæringen overordnet, i hvilken del av næringen flest kvinner arbeider, og hvilke arbeidsoppgaver de stort sett utfører (140).

Næringen omfatter et bredt spekter av ulike yrker og arbeidsprosesser, og de sysselsatte i næringen arbeider enten på land eller offshore. Av de totalt om lag 27 000 som jobber med «Utvinning av olje og gass» per 2024, var omtrent 8 200 kvinner. I tillegg var om lag 35 000 sysselsatt i «Tjenester tilknyttet utvinning av råolje og naturgass» per 2024, hvorav omtrent 5 800 var kvinner (SSB statistikkbank, tabell 08536). Havindustritilsynet opplyser at blant kvinnene som jobber på offshoreinnretninger jobber den største andelen i forpleining (38,2 prosent). I tillegg er det en relativt stor andel som jobber innen prosess (21,4 prosent), og vedlikehold (13,5 prosent). De fleste kvinnene innen forpleining arbeider som forpleiningsassistent/renholder (74,7 prosent) (140). I tabell 5.6 vises kjønnsfordelingen innen de ulike arbeidsområdene offshore.

I 2022 var legemeldt sykefravær over 16 dager (begge kjønn) på 3,2 prosent i næringen (1). Organisasjonsgraden i bransjen er 74 prosent, og andelen arbeidstakere som arbeider i en virksomhet som dekkes av tariffavtale er 98 prosent (begge kjønn) (143).

Spørreskjemaundersøkelsen «Risikonivå i norsk petroleumsvirksomhet (RNNP)» resulterer i fire årlige rapporter, som beskriver utviklings-

Tabell 5.6 Kjønnsfordeling innen hvert arbeidsområde, offshore

Arbeidsområde	Andel menn i arbeidsområde	Andel kvinner i arbeidsområde	Andel av kvinner på offshoreinnretninger
Forpleining	40,8 %	59,2 %	38,2 %
Annet	80,9 %	19,1 %	11,3 %
Prosess	82,5 %	17,5 %	21,4 %
Administrasjon	85,4 %	14,6 %	4,2 %
Vedlikehold	95,1 %	4,9 %	13,5 %
Kran/dekk	95,9 %	4,1 %	2,9 %
Boring	96,1 %	3,9 %	5,5 %
Konstruksjon/modifikasjon	97,1 %	2,9 %	2,0 %
Brønnservice	97,8 %	2,2 %	1,0 %
Total	88,6 %	11,4 %	100,0%

Kilde: Kvinnerens arbeidsmiljø i petroleumsnæringen – Notat til presentasjon holdt for Kvinnearbeidshelseutvalget.

trekk i næringen. 30–40 prosent av kvinnene i petroleumsnæringen oppgir at de nokså ofte, meget ofte eller alltid må arbeide i høyt tempo, der den største andelen er innen forpleining offshore. Ifølge hovedrapporten til RNNP er det så mye som 15 prosent av kvinnene i petroleumsnæringen som angir at de har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet.

Kvinner som arbeider i næringen utsettes for noen fysiske arbeidsmiljøfaktorer. Omtrent 30 prosent av kvinnene (på landanlegg og offshore) oppgir at de nokså ofte, meget ofte eller alltid arbeider i kalde, værutsatte områder, mens 40 prosent av kvinnene opplyser at de aldri eller meget sjelden gjør det.

Tall fra RNNP og LKU viser at kvinner som jobber i petroleumsnæringen også utsettes for noen form for kjemisk eksponering, men i vesentlig mindre grad enn sine mannlige kollegaer. På landanlegg er det 65 prosent av kvinnene som har svart at de meget sjelden eller aldri er utsatt for hudkontakt med olje, boreslam, rengjøringsmidler eller andre kjemikalier. Tilsvarende andel offshore er 43 prosent. I tillegg er det 20 prosent som svarer at de nokså sjelden er utsatt for denne typen kjemikalier.

Av de mekaniske arbeidsmiljøeksponeringene rapporterer kvinnene i næringen om ulike typer belastninger. 22 prosent av kvinnene offshore (størst andel i forpleining) angir at de nokså ofte, meget ofte eller alltid utfører tunge løft. Til sammenligning er det åtte prosent av kvinnene som jobber i næringen på land som rapporterer om tunge løft. Det er også størst andel kvinner i forpleining offshore som oppgir at de har gjentatte og ensidige bevegelser, samt at de arbeider med hender i eller over skulderhøyde.

### 5.2.2 Kvinner arbeidsmiljø i næringsmiddelindustrien

Næringen omfatter sysselsatte som jobber innenfor produksjon av nærings- og nytelsesmidler. Næringsmiddelindustrien er en stor og landsomfattende næring, med bedrifter som er hjørnesteinsbedrifter i mange lokalsamfunn. Basert på estimater fra LKU-A 2022 var det 49 000 sysselsatte i næringen per 2022, hvorav 37 prosent var kvinner (108). En høy andel av de sysselsatte i

næringsmiddelindustrien (78 prosent) har videregående opplæring eller kortere utdanning (108). Om lag en av tre av de sysselsatte i næringen er innvandrere (108).

Andelen som jobber kort deltid (1–19 timer/uke) er 8,5 prosent og andelen som jobber lang deltid (20–36 timer/uke) er 6,6 prosent (begge kjønn) (145). I 2022 var legemeldt sykefravær over 16 dager på 4,4 prosent i næringsmiddelindustrien (begge kjønn) (1). Organisasjonsgraden i bransjen er på 47 prosent, mens andelen arbeidstakere som arbeider i en virksomhet som dekkes av tariffavtale er 77 prosent (begge kjønn) (143).

Kvinner i næringsmiddelindustrien rapporterer i større grad om jobbusikkerhet, nedbemannings og omorganisering, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. En større andel av kvinnene i næringen, sammenlignet med gjennomsnittet, angir å ha et ensformig arbeid, som en beskrivelse av hvordan arbeidet er organisert.

Generelt er det en lavere andel av kvinnene i næringen som rapporterer om høy jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet, sammenlignet med gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Når det gjelder de andre psykososiale arbeidsmiljøfaktorene er det en større andel av kvinnene i næringsmiddelindustrien som rapporterer om lav jobbkontroll (selvbestemmelse) og dårlige muligheter for faglig utvikling. Videre er det en større andel som rapporterer om konflikt med leder eller kollegaer, samt lav lederstøtte, sammenlignet med gjennomsnittet.

Kvinnene i næringsmiddelindustrien rapporterer i større grad enn gjennomsnittet at de arbeider med hender over skulderhøyde og gjentakende hånd- og armbevegelser. Det er også en større andel som angir at arbeidet medfører tunge løft, ubekvemme løft og tungt fysisk arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for sysselsatte kvinner.

Når man ser på de kjemiske arbeidsmiljøfaktorene er det en større andel kvinner i næringen som angir at de kan «se/lukte støv, røyk, gass eller damp» og at de har vått arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet av sysselsatte kvinner.

I næringsmiddelindustrien er det også en større andel kvinner som rapporterer om sterk støy og at de utsettes for vibrasjoner, enn gjennomsnittet av sysselsatte kvinner.

Tabell 5.7 Oversikt over andelen kvinner i næringsmiddelindustrien som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Indikator	Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Nærings- middelindustri
Organisa- torisk	Jobbkraft forstyrret privatlivet	35	29
	Nedbemanning	27	45
	Omorganisering	48	59
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	3
	Ensformig arbeid	30	46
	Jobbmotivasjon	76	68
	Jobbtilfredshet	83	74
	Jobbtilhørighet	72	59
Mekanisk	Gjentakende hånd- og armbevegelser	27	47
	Stående arbeid	38	49
	Tunge løft	13	18
	Tungt fysisk arbeid	18	21
	Ubekvemme løft	15	19
Kjemisk	Se/lukte støv, røyk, gass eller damp	7	22
	Vått arbeid	33	40
Biologisk	Biologiske materialer (samlet)	29	13
Fysisk	Sterk støy	6	27

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

### 5.2.3 Kvinnerns arbeidsmiljø i varehandelen

I standarden for næringsinndeling som ofte brukes i statistiske beregninger og forskning inkluderer hovednæringen som omhandler varehandel også reparasjon av motorvogner. *Utvalget* ønsket å se nærmere på kvinnerns arbeidsmiljø i varehandel alene, og det er det som beskrives videre i det følgende delkapittelet, med mindre annet er oppgitt. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) betegner dette som butikkhandel.

Dette er en stor næringsgruppe, og basert på estimater fra LKU-A 2022 var det om lag 219 000 sysselsatte innen butikkhandel per 2022, hvorav 59 prosent var kvinner. Det er en høy andel (80 prosent) av de sysselsatte i næringen som har videregående opplæring eller kortere utdanning. I tillegg er det en større andel av de sysselsatte i varehandel som er unge (under 25 år), sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte (108).

I 2022 jobbet 33 prosent av kvinnene i næringen varehandel (inkludert bilverksteder) kort deltid (1–19 timer/uke) og 21 prosent av kvinnene lang deltid (20–36 timer/uke) (1). Fafo viser til at varehandelen er en næring med høy turnover, men som samtidig består av det som omtales som en gruppe «kjernearbeidere», som har en langvarig tilknytning til yrket. Blant disse kjernearbeiderne er det mer utbredt med heltid. 65 prosent av kjernearbeiderne jobber heltid, og 25 prosent jobber lang deltid. Kjernearbeidergruppen har en høyere andel kvinner enn næringen som helhet (146).<sup>3</sup>

I detaljvarehandelen<sup>4</sup> er 24 prosent av de sysselsatte organiserte, og andelen arbeidstakere

<sup>3</sup> Fafo-rapporten baserer seg på tall for detaljhandelen fra Arbeidskraftundersøkelsen

<sup>4</sup> Organisasjonsgrad baserer seg på næringskode NACE 47

Tabell 5.8 Oversikt over andelen kvinner i butikkhandel som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Indikator	Gjennomsnittet for alle syssel- satte kvinner	Butikkhandel
Organisa- torisk	Nedbemanning	27	33
	Omorganisering	48	38
	Skift/turnus	34	58
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	32
	Ensformig arbeid	30	43
	Jobbmotivasjon	76	69
	Jobbtilfredshet	83	81
	Jobbtilhørighet	72	70
	Konflikter med kunder	18	30
	Uønsket seksuell oppmerksomhet	8	12
Mekanisk	Arbeid over skulderhøyde	13	32
	Arbeid på huk eller knær	17	28
	Framoverbøyd stilling	17	21
	Stående arbeid	38	81
	Tunge løft	13	18
	Tungt fysisk arbeid	18	28
	Ubekvemme løft	15	23

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

som arbeider i en virksomhet som dekkes av tariffavtale er 36 prosent (begge kjønn) (143).

Kvinner som arbeider i butikkhandel, rapporterer i større grad enn gjennomsnittet av sysselsatte kvinner at de må forholde seg til ny teknologi i arbeidet. I tillegg er det en større andel av kvinnene i denne næringen som rapporterer om nedbemanning, sammenlignet med gjennomsnittet. Mer enn halvparten av kvinnene som jobber i butikkhandel angir å jobbe skift/turnus.

En lavere andel enn gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner er motivert for jobben i butikkhandel. Flere rapporterer om høye emosjonelle krav, ensformig arbeid, samt konflikt med kunder og uønsket seksuell oppmerksomhet på jobb. Videre er det en større andel av kvinnene i butikk-

handel, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner, som rapporterer om liten mulighet for faglig utvikling.

Kvinner i butikkhandel eksponeres også for flere mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. Sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner, er det en større andel enn gjennomsnittet som rapporterer at de arbeider med hender over skulderhøyde og i framoverbøyd stilling. Videre er det en større andel som angir at de arbeider på huk eller knær, samt har stående arbeid. I tillegg rapporterer kvinner i butikkhandel i større grad om tunge løft, ubekvemme løft og tungt fysisk arbeid sammenlignet med gjennomsnittet for sysselsatte kvinner.



### 5.2.4 Kvinner arbeidsmiljø på kontorarbeidsplasser

STAMI/NOA oppgir at om lag 800 000 personer i Norge jobber på kontor nesten hele arbeidsdagen. 49 prosent av de sysselsatte som har typiske kontorarbeidsplasser er kvinner. Et kjennetegn for en del av disse jobbene er at de ansatte tilbringer mye av dagen på kontor og samtidig har lite samhandling med pasienter/klienter (1). Kontorarbeid er vanlig i mange næringer. Det er spesielt utbredt innen faglig, vitenskapelig og teknisk virksomhet, offentlig administrasjon/trygd, samt informasjon/kommunikasjon.

I den videre beskrivelsen er kontorarbeidsplasser definert som de som oppgir å jobbe på kontor «mer enn halvparten av arbeidstiden».

Kvinner som har oppgaver innen kontorarbeid rapporterer i større grad enn gjennomsnittet at de opplever omorganisering på arbeidsplassen. De rapporterer omtrent samme nivå av eksponering som gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner, når det kommer til hvorvidt jobbkrav forstyrrer privatlivet.

Generelt har kvinner med mye kontorarbeid høy jobbmotivasjon, jobbtilfredshet og jobbtilhørighet, sammenlignet med gjennomsnittet for alle kvinner. Kvinner som har denne typen arbeid rap-

porterer i liten grad om lav jobbkontroll (selvbestemmelse).

Av de mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorene er det en større andel kvinner med kontorarbeid som angir å ha gjentakende hånd- og armbevegelser i arbeidet sitt, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

### 5.3 Arbeidshelse i kvinnedominerte yrker og næringer

Forskjeller i nivået av arbeidsrelaterte helseproblemer, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper kan tolkes som et uttrykk for forskjeller i graden av arbeidsbelastninger eller risikofylte arbeidsforhold. I dette kapitlet beskrives nivået av helseplager i noen utvalgte kvinnedominerte næringer, og nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i disse næringene, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Arbeidsmiljøeksponeringene kvinner utsettes for i de samme yrkene og næringene ble presentert i kapittel 5.1.

Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A, SSB) gir informasjon om ulike helseplager, inkludert arbeidsrelaterte plager, basert på

Tabell 5.9 Oversikt over andelen kvinner med kontorarbeidsplasser som oppgir at de utsettes for noen utvalgte arbeidsmiljøfaktorer i sitt arbeid, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

Indikator		Gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner	Kontorarbeidsplasser
Organisatorisk	Jobbkrav forstyrrer privatlivet	35	34
	Lange arbeidsuker >48 timer	5	6
	Omorganisering	48	54
Psykososialt	Emosjonelle krav (indeks)	27	21
	Høye krav – lav kontroll (indeks)	21	16
	Jobbkontroll/selvbestemmelse (indeks)	31	23
	Jobbmotivasjon	76	77
	Jobbtilfredshet	83	84
	Jobbtilhørighet	72	74
Mekanisk	Gjentakende hånd- og armbevegelser	27	41
	Hodet bøyd framover	32	31
Fysisk	Dårlig inneklima	37	33

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

sysselsattes egen vurdering av om plagene helt eller delvis skyldes arbeidsforhold. Et representativt utvalg sysselsatte blir spurt om de i løpet av den siste måneden har opplevd ulike typer helseplager. De som oppgir slike plager, får deretter spørsmålet: «Skyldes dette helt eller delvis din nåværende jobb?». Arbeidsrelaterte plager defineres som helseplager som de sysselsatte selv mener har en sammenheng med nåværende arbeid. I den videre beskrivelsen av helseplager i dette kapitlet er det tall på forekomst av arbeidsrelaterte plager som presenteres.

### 5.3.1 Helse- og sosialsektoren

#### 5.3.1.1 Sykehustjenester, sykehjem/omsorgsinstitusjon og hjemmetjenesten

Tabell 5.10 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager blant kvinner i ulike deler av helsesektoren, samt avviket fra gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Kvinner i helsesektoren rapporterer noe høyere grad av både fysisk og psykisk utmattelse enn gjennomsnittet for kvinner generelt. Muskel- og skjelettplager er de vanligste arbeidsrelaterte plagene. Ryggsmarter er spesielt utbredt i hjemmetjenesten og på sykehjem/omsorgsinstitusjoner, sammenlignet med gjennomsnittet for sysselsatte kvinner. Nakke- og skuldersmarter er også vanlig, men forskjellen fra gjennomsnittet er mindre.

Søvnvansker er mer utbredt blant ansatte i sykehustjenester og på sykehjem, mens arbeidsrelaterte psykiske plager ligger omtrent på nivå med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Hodepine og migræne forekommer noe oftere i hjemmetjenesten og sykehustjenester, hvor flere kvinner rapporterer dette sammenlignet med gjennomsnittet. Hudplager er også mest vanlig blant kvinner i sykehjem/omsorgsinstitusjoner.

Forekomsten av arbeidsskader er nesten dobbelt så høy for sysselsatte kvinner i sykehjem/omsorgsinstitusjoner, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Nivået i sykehustjenester og hjemmetjenesten tilsvarende gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

Egenmeldt arbeidsrelatert fravær de siste tolv månedene er også noe høyere for kvinner i disse sektorene og ligger på mellom 15 og 20 prosent. Lengre arbeidsrelatert fravær (over 14 dager) er mest utbredt i hjemmetjenesten der nesten 13 prosent av kvinnene opplyser å ha hatt slikt fravær de siste tolv månedene. Nivået i de to andre sektorene ligger mellom åtte og ti prosent, omtrent som for gjennomsnittet for kvinner generelt.

Legemeldt sykefravær blant sysselsatte i næringsgruppene vises i tabell 5.11. Muskel- og skjelett-diagnoser er den vanligste årsaken til legemeldt fravær i alle tre sektorene, med hjemmetjenesten og sykehjem som utmerker seg med noe høyere fravær enn gjennomsnittet for kvinner. Sykehustjenester har en noe lavere andel, om lag på samme nivå som gjennomsnittet for alle kvinner. Psykiske diagnoser utgjør også en betydelig del av legemeldt fravær, særlig i hjemmetjenesten og sykehjem, hvor forekomsten er noe høyere enn gjennomsnittet. Sykehustjenester ligger her på nivå med gjennomsnittet for alle kvinner. Når det gjelder fravær knyttet til svangerskap, er forskjellene små mellom sektorene, men hele helsesektoren har et noe høyere fravær enn gjennomsnittet. Det er også mindre forskjeller i fravær på grunn av hud-, hjerte-/kar-, luftveis- og nervesystemdiagnoser, noe som indikerer at disse diagnosene ikke er særlig mer utbredte i helsesektoren enn for kvinner generelt.

I de omtalte næringene i helsesektoren ser vi at for noen næringer, er antallet nye uføre per år over gjennomsnittet, mens for andre er de under. En oversikt over antall nye uføre per år ses i tabell 5.12.

#### 5.3.1.2 Barnehage og SFO og sosialtjenester/barnevern

Tabell 5.13 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i ulike næringer innenfor sosialsektoren, samt differensen fra gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Barnehage og skolefritidsordninger (SFO) skiller seg ut med den høyeste forekomsten av fysisk utmattelse, som er betydelig over gjennomsnittet. Disse gruppene rapporterer også det høyeste nivået av psykisk utmattelse, selv om begge næringene ligger over gjennomsnittet på denne faktoren.

Muskel- og skjelettplager er klart mer vanlig blant ansatte i barnehage og SFO, som rapporterer høyere forekomst av nakke-, skulder-, rygg- og beinsmarter, sammenlignet med sosialtjenester og gjennomsnittet for alle kvinner. Arbeidsrelaterte søvnvansker er mest utbredt blant ansatte i sosialtjenester/barnevern, med en forekomst som ligger noe over gjennomsnittet. Nivået av psykiske plager/diagnoser blant ansatte i barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern ligger på, eller litt under gjennomsnittet.

Hodepine er mer utbredt blant ansatte i barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Nedsatt hørsel og øresus er hyppigere

Tabell 5.10 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer blant kvinner innen sykehustjenester, sykehjem/ omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenesten, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Hjemmetjenesten		Sykehjem/ omsorgsinstitusjoner		Sykehustjenester	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	48,9	6,8	45,2	3,2	49,4	7,4
Nakke- og skuldersmerter	38,8	-0,9	39,4	-0,3	40,2	0,5
Psykisk utmattet etter jobb	34,5	2	36,3	3,8	35,2	2,7
Ryggsmert	38,1	13,3	36,9	12,1	26,3	1,5
Hodepine	27,8	4,4	22,5	-0,8	28,3	5
Søvnvansker	17,5	0,8	23,4	6,7	24,7	8,1
Psykiske plager	17,7	-3,4	22,6	1,5	23,6	2,5
Smerter i beina	20,3	2,1	26,4	8,1	15,1	-3,1
Armsmerter	16,6	-2,1	18,3	-0,4	16	-2,7
Egenmeldt fravær	15,1	3,3	19,7	7,9	14,6	2,8
Sykefravær over 14 dager	12,6	4,3	9,7	1,3	8,1	-0,2
Arbeidsskade	6,9	0,1	15	8,2	6,2	-0,6
Nedsatt hørsel	–	–	2,8	-0,6	2,2	-1,2
Hudplager	4,8	-0,7	11,2	5,7	9,1	3,7
Luftveisplager	1,7	-0,5	2,5	0,3	1,4	-0,8

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

– Tall kan ikke oppgis pga. få utsatte i yrkesgruppen

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

rapportert i barnehage og SFO, med en forekomst som er betydelig høyere enn gjennomsnittet. Hudplager og luftveisplager rapporteres sjeldnere enn de andre beskrevne helseplagene, men forekommer noe oftere i barnehage og SFO enn i sosialtjenester, og er omtrent på samme nivå som for alle kvinner generelt.

Arbeidsskader er noe mer utbredt i barnehage og SFO, mens forekomsten i sosialtjenester/barnevern ligger rundt gjennomsnittet.

I barnehage og SFO er det nesten 23 prosent av kvinnene som oppgir at de har hatt egenmeldt arbeidsrelatert fravær de siste tolv månedene, og 15 prosent oppgir at de har hatt arbeidsrelatert fravær over 14 dager de siste tolv månedene. Begge tallene er betydelig høyere enn for gjennomsnittet av sysselsatte kvinner. For kvinner i sosialtjenester/barnevern ligger egenmeldt

arbeidsrelatert fravær og arbeidsrelatert fravær over 14 dager på, eller litt under gjennomsnittet.

Legemeldt sykefravær blant sysselsatte i næringsgruppene vises i tabell 5.14. Muskel- og skjelettdiagnoser er den vanligste årsaken til legemeldt fravær i barnehage og SFO, med et nivå som er betydelig høyere enn gjennomsnittet. Psykiske plager, derimot, er den hyppigste årsaken til fravær i sosialtjenester/barnevern, men også i barnehage og SFO er sykefravær knyttet til psykiske diagnoser høyere enn snittet. Sykefravær knyttet til luftveislidelser og nervesystemdiagnoser er også noe mer vanlig i både barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Sykefravær relatert til svangerskapsdiagnoser er mer vanlig i barnehage og SFO, men ligger på nivå med snittet for sosialtjenester/barnevern.

Tabell 5.11 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner innen sykehustjenester, sykehjem/ omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenesten, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Hjemmetjenesten		Sykehjem/ omsorgsinstitusjoner		Sykehustjenester	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent- differanse <sup>3</sup>
Muskel-/skjelettdiagnoser	2,75	1,03	2,84	1,12	1,73	0,00
Psykiske diagnoser	2,16	0,55	2,07	0,45	1,60	-0,01
Andre diagnoser	1,45	0,31	1,47	0,33	1,20	0,05
Svangerskapsdiagnoser	0,77	0,29	0,63	0,15	0,65	0,18
Luftveisdiagnoser	0,43	0,06	0,42	0,05	0,40	0,03
Nervesystemdiagnoser	0,38	0,05	0,40	0,08	0,38	0,05
Hjerte-/kardiagnoser	0,18	0,06	0,17	0,05	0,13	0,01
Huddiagnoser	0,07	0,02	0,08	0,03	0,06	0,01

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.12 Antall nye uføre per 1 000 sysselsatte i perioden 2017–2023 (begge kjønn)

Hjemmetjenesten	14
Sykehjem/omsorgsinstitusjon	13
<i>Gjennomsnitt kvinner</i>	<i>13</i>
<i>Gjennomsnitt sysselsatte</i>	<i>11</i>
Legetjenester/helseklinikker	9,2
Sykehustjenester	7,4

Kilde: STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024.

Tabell 5.13 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer blant kvinner innen barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Barnehage og SFO		Sosialtjenester/barnevern	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	61,5	19,4	40,9	-1,1
Psykisk utmattet etter jobb	41,5	9,0	37,9	5,4
Nakke- og skuldersmerter	45,3	5,6	38,2	-1,5
Hodepine	33,1	9,8	29,2	5,9
Psykiske plager	20,0	-1,1	20,9	-0,2
Ryggsmarter	36,1	11,3	14,4	-10,5
Søvnvansker	12,0	-4,7	19,4	2,7
Egenmeldt fravær	22,8	11,0	9,4	-2,5
Armsmerter	17,1	-1,6	17,6	-1,2
Smerter i beina	29,6	11,3	4,9	-13,4
Sykefravær over 14 dager	15,1	6,8	9,2	0,9
Nedsatt hørsel	17,9	14,5	–	–
Arbeidsskade	8,0	1,2	6,0	-0,8
Hudplager	6,3	0,9	3,7	-1,8
Luftveisplager	3,5	1,2	1,8	-0,5

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

– Tall kan ikke oppgis pga. få utsatte i yrkesgruppen

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.14 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner innen barnehage/SFO og sosialtjenester/barnevern, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Barnehage og SFO		Sosialtjenester/barnevern	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Psykiske diagnoser	2,1	0,5	2,5	0,9
Muskel-/skjelettdiagnoser	2,5	0,8	1,7	-0,1
Andre diagnoser	1,54	0,40	1,53	0,38
Svangerskapsdiagnoser	0,68	0,21	0,48	0,00
Nervesystemdiagnoser	0,53	0,16	0,48	0,11
Luftveisdiagnoser	0,56	0,23	0,45	0,13
Hjerte-/kardiagnoser	0,13	0,02	0,12	0,01
Huddiagnoser	0,06	0,01	0,07	0,02

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

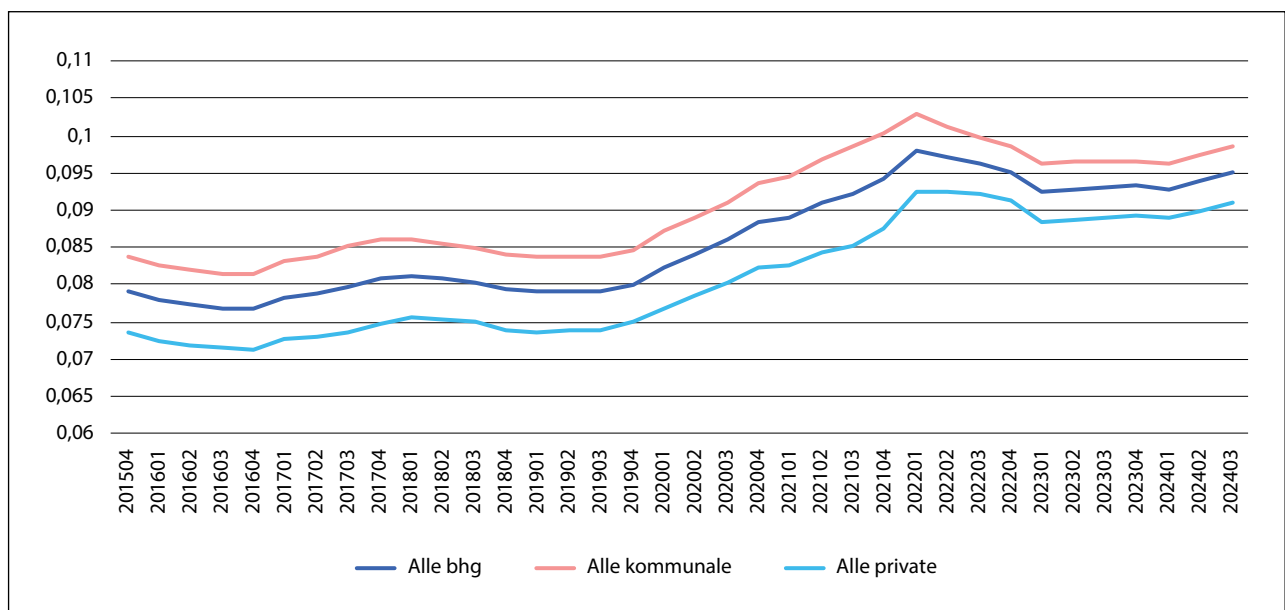
Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

#### Legemeldt sykefravær i barnehager, offentlig og privat sektor

Sykefraværet i kommunale barnehager har over tid ligget noe høyere enn i private barnehager, men utviklingen i sykefraværet har vært lik over

tid i barnehager i begge sektorer. Dette er illustrert i figur 5.6 nedenfor (147).

I barnehage og SFO er det 13 nye uføre per 1 000 sysselsatte per år. Dette er tilsvarende nivå som gjennomsnittet for kvinner i den samlede arbeidsstyrken. For sysselsatte av begge kjønn er



Figur 5.6 Legemeldt sykefravær for barnehager

Legemeldt sykefravær for barnehager i Norge. Glidende årssnitt. Vist i prosent fra fjerde kvartal 2015 til tredje kvartal 2024.

Kilde: NORCE rapport 2024:4. Kartlegging av arbeidsmiljøarbeid i 74 barnehager. (Nav). Data for siste år bestilt fra Nav til utvalgets arbeid.

gjennomsnittet elleve nye uføre per år for den samlede arbeidsstyrken. Næringen med høyest antall nye uføre per år er sosialtjenester/barnevern, hvor det er 21 nye uføre per 1 000 sysselsatte per år (1).<sup>5</sup>

### 5.3.2 Undervisningssektoren

Tabell 5.15 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i undervisningssektoren.

I undervisningssektoren rapporteres det en høyere forekomst av både fysisk og psykisk utmattelse etter jobb, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Hodepine er også mer utbredt innen undervisning.

Arbeidsrelaterte søvnvansker og psykiske plager er også noe mer utbredt i undervisning enn

<sup>5</sup> Perioden 2017–2023, begge kjønn.

gjennomsnittet. Når det gjelder muskel- og skjelettplager, er nakke- og skuldersmerter utbredt, men nivået er noe lavere enn gjennomsnittet for alle kvinner. Til sammenligning er forekomsten av ryggsmarter betydelig lavere. Andre helseplager, som nedsatt hørsel, rapporteres i noe høyere grad, mens hud- og luftveisplager er mindre vanlig i undervisningssektoren.

Forekomsten av arbeidsskader blant kvinner i undervisningssektoren ligger omtrent på gjennomsnittet for alle kvinner.

Nivåene for arbeidsrelatert fravær blant kvinner i undervisningssektoren, både egenmeldt og over 14 dager, ligger rundt eller litt under gjennomsnittet for alle kvinner. Andelen kvinner i undervisningssektoren som oppgir å ha hatt slikt arbeidsrelatert fravær siste tolv månedene er henholdsvis 13 og sju prosent.

I tabell 5.16 vises legemeldt sykefravær blant sysselsatte i næringen. I undervisningssektoren

Tabell 5.15 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer blant kvinner innen undervisning, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Undervisning	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	45,0	3,0
Psykisk utmattet etter jobb	40,0	7,5
Nakke- og skuldersmerter	35,2	-4,5
Hodepine	28,2	4,9
Psykiske plager	24,5	3,4
Ryggsmarter	12,5	-12,4
Søvnvansker	18,6	2,0
Egenmeldt fravær	13,3	1,5
Armsmerter	10,2	-8,6
Smerter i beina	10,1	-8,2
Sykefravær over 14 dager	7,1	-1,2
Øresus	6,1	2,2
Nedsatt hørsel	3,8	0,4
Arbeidsskade	7,3	0,5
Hudplager	3,0	-2,5
Luftveisplager	1,6	-0,6

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.16 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner innen undervisning, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Undervisning	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>
Psykiske diagnoser	1,8	0,2
Muskel-/skjelettdiagnoser	1,3	-0,4
Andre diagnoser	1,24	0,09
Svangerskapsdiagnoser	0,38	-0,09
Nervesystemdiagnoser	0,40	0,03
Luftveisdiagnoser	0,35	0,02
Hjerte-/kardiagnoser	0,12	0,00
Huddiagnoser	0,04	-0,01

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

er psykiske diagnoser den viktigste årsaken til legemeldt fravær, og nivået er noe høyere enn gjennomsnittet for alle kvinner. Muskel- og skjelettrelaterte diagnoser utgjør også en betydelig andel av fraværet, men er noe mindre vanlig i undervisning sammenlignet med gjennomsnittet. Fravær knyttet til andre diagnoser, samt svangerskapsdiagnoser, nervesystemdiagnoser og luftveisdiagnoser, er omtrent like vanlig som for gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Hjerte- og kardiagnoser samt huddiagnoser er de minst vanlige, og disse ligger på nivåer som er nær gjennomsnittet for alle kvinner.

I undervisningssektoren er det 8,4 nye uføre per år per 1 000 sysselsatte. Dette er lavere enn gjennomsnittet i arbeidsstyrken som helhet, som er elleve nye uføre per år per 1 000 sysselsatte (1).<sup>6</sup>

### 5.3.3 Frisør/kosmetolog og renholder

Tabell 5.17 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær i yrkesgruppene frisør/kosmetolog og renholder, sammenlignet med gjennomsnittet for alle kvinner.

Fysisk utmattelse og rygg smerter er særlig vanlige blant renholdere, som også rapporterer en høyere forekomst av smerter i beina, sammenlignet med gjennomsnittet for alle kvinner. Frisører og kosmetologer har også en høy forekomst av

muskel- og skjelettplager, spesielt knyttet til nakke-, skulder- og armsmerter, samt ryggplager. Alle disse plagene er betydelig mer utbredt blant kvinner i disse yrkene sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Når det gjelder psykiske plager og søvnvansker, er nivåene generelt lavere i disse yrkesgruppene enn gjennomsnittet for alle kvinner.

Hudplager er betydelig mer utbredt både blant frisører/kosmetologer og renholdere sammenlignet med gjennomsnittet for alle kvinner. Nedsatt hørsel rapporteres også noe oftere i begge gruppene, spesielt blant renholdere. Hodepine er jevnt fordelt, men forekomsten er lavere enn gjennomsnittet i begge yrkesgruppene.

Forekomsten av arbeidsskader er noe lavere enn gjennomsnittet for alle kvinner i begge yrkesgruppene.

Andelen frisører som oppgir å ha hatt arbeidsrelatert egenmeldt fravær siste tolv månedene er fire prosent, som er lavere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Andelen som oppgir arbeidsrelatert sykefravær over 14 dager, er omtrent lik for frisører og alle sysselsatte kvinner. Av renholdere er det 14 prosent som oppgir å ha hatt arbeidsrelatert sykefravær over 14 dager det siste året, noe som er betydelig høyere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Andelen som angir å ha hatt arbeidsrelatert egenmelding det siste året er omtrent lik for renholdere og gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

<sup>6</sup> Perioden 2017–2023, begge kjønn.



Tabell 5.17 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer og legemeldt sykefravær i yrkesgruppene frisør/kosmetolog og renholdere, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Frisør/kosmetolog		Renholder	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	39,6	-2,4	55,6	13,5
Psykisk utmattet etter jobb	25,2	-7,3	29,3	-3,2
Armsmerter	37,6	18,9	39,7	21,0
Hodepine	15,6	-7,7	16,7	-6,6
Hudplager	12,6	7,1	14,7	9,3
Luftveisplager	3,6	1,4	2,2	-0,1
Nakke- og skuldersmerter	50,9	11,2	46,7	7,0
Nedsatt hørsel	4,9	1,6	5,1	1,7
Psykiske plager	15,2	-5,9	12,7	-8,5
Ryggsmarter	36,0	11,2	44,9	20,1
Smerter i beina	30,8	12,5	44,0	25,7
Søvnvansker	7,3	-9,3	9,9	-6,8
Arbeidsskade	6,0	-0,8	6,3	-0,5
Egenmeldt fravær	4,1	-7,7	10,0	-1,8
Sykefravær over 14 dager	8,0	-0,4	14,0	5,7

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.18 viser legemeldt sykefravær blant sysselsatte frisører/kosmetologer og renholdere. Legemeldt fravær, spesielt knyttet til muskel- og skjelettplager, er betydelig høyere i begge yrkesgruppene. Begge yrkesgruppene har også et noe høyere fravær knyttet til huddiagnoser. Frisører og kosmetologer har et relativt høyt fravær knyttet til svangerskapsrelaterte diagnoser, mens renholdere rapporterer et noe høyere fravær relatert til hjerte- og karsykdommer. Fravær knyttet til psykiske diagnoser er relativt lavt, særlig blant renholdere, men også blant frisører og kosmetologer, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

I næringen personlig tjenesteyting (der et flertall har yrket frisør) er det 14 nye uføre per år per 1 000 sysselsatte, mot et gjennomsnitt på elleve per 1 000 sysselsatte i arbeidsstyrken som helhet (1).<sup>7</sup> Renholdere er overrepresentert blant uføre i jobb. I alt en av 20 sysselsatte i befolkningen jobber i yrkesgruppen «renholdere, hjelpearbeidere», mens rundt én av ti sysselsatte uføre jobber i disse yrkene. Kvinnene i yrkesgruppen «renholdere, hjelpearbeidere» jobber som oftest som renholdere eller kjøkkenassistenter (38).

<sup>7</sup> Perioden 2017–2023, begge kjønn.

Tabell 5.18 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner i yrkesgruppene frisør/kosmetolog og renholdere, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Frisør/kosmetolog		Renholder	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Muskel-/skjelettdiagnoser	2,34	0,61	3,79	2,07
Psykiske diagnoser	1,48	-0,13	0,91	-0,70
Andre diagnoser	0,91	-0,23	1,10	-0,04
Svangerskapsdiagnoser	0,78	0,31	0,39	-0,09
Nervesystemdiagnoser	0,31	-0,06	0,37	0,00
Luftveisdiagnoser	0,30	-0,03	0,31	-0,02
Hjerte-/kardiagnoser	0,09	-0,03	0,16	0,05
Huddiagnoser	0,10	0,05	0,07	0,02

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

## 5.4 Kvinnerns arbeidshelse i yrker og næringer som ikke er kvinnedominerte

I dette kapitlet beskrives nivået av helseplager for kvinner i noen utvalgte næringer som ikke er kvinnedominerte, og nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i disse næringene, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. I tråd med mandatet er næringene valgt for å vise en bredde i kvinnerns arbeidshelse, og vil belyse andre problemstillinger enn i de typiske kvinnedominerte næringene.

### 5.4.1 Varehandel

Gjennomgangen i dette delkapitlet avgrenses til kvinnerns arbeidshelse i varehandel/butikkhandel, jf. kapittel 5.2.3.

Tabell 5.19 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i butikkhandel, sammenlignet med gjennomsnittet for alle kvinner.

Kvinner ansatt i butikkhandel rapporterer omtrent samme nivå av fysisk og psykisk utmatelse etter jobb eller litt under gjennomsnittet, som for alle sysselsatte kvinner. Arbeidsrelaterte nakkesmerter er den mest vanlige plagen blant kvinner i butikkhandel, og forekommer omtrent på samme nivå som blant alle kvinner. Samtidig er rygg- og beinsmerter mer utbredt i butikkhandel enn blant kvinner generelt.

For de fleste andre egenvurderte arbeidsrelaterte helseindikatorer som er målt, rapporterer kvinner i butikkhandel omtrent i like stor grad, eller mindre grad, om plager sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Andelen kvinner i butikkhandel som rapporterer om arbeidsrelatert fravær de siste tolv månedene ligger på omtrent sju prosent (både egenmeldt og sykefravær over 14 dager), noe som er lavere enn for gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. For psykiske plager og søvnvansker ligger butikkhandel under gjennomsnittet.

Tabell 5.20 viser legemeldt sykefravær for næringsgruppen. Muskel- og skjelettdiagnoser er vanlige årsaker til sykefravær blant kvinner i butikkhandel og er noe mer utbredt hos kvinner i butikkhandel enn for gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Psykiske lidelser ligger bak en betydelig del av sykefraværet, men forekomsten er lavere enn gjennomsnittet. Fravær knyttet til huddiagnoser er likt gjennomsnittet, mens fravær relatert til hjerte- og karsykdommer er lavere. Sykefravær med luftveisdiagnoser er også lavere, og nervesystemlidelser er mindre vanlig i butikkhandel, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner.

I varehandelen er det 13 nye uføre per år per 1 000 sysselsatte (begge kjønn). Dette er høyere enn gjennomsnittet for arbeidsstyrken som helhet, som er elleve nye uføre per 1 000 sysselsatte (1).

Tabell 5.19 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer blant kvinner innen butikkhandel, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Butikkhandel	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	42,21	0,18
Psykisk utmattet etter jobb	25,68	-6,82
Armsmerter	17,58	-1,13
Hodepine	18,43	-4,88
Hudplager	3,29	-2,17
Luftveisplager	2,02	-0,21
Nakke- og skuldersmerter	35,54	-4,14
Nedsatt hørsel	2,27	-1,11
Psykiske plager	16,86	-4,28
Ryggsmerter	31,18	6,35
Smerter i beina	31,67	13,39
Søvnvansker	10,21	-6,45
Arbeidsskade	8,80	2,00
Egenmeldt fravær	7,24	-4,58
Sykefravær over 14 dager	7,11	-1,23

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = prosentandel i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.20 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner innen butikkhandel, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Butikkhandel	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>
Muskel-/skjelettdiagnoser	1,94	0,22
Psykiske diagnoser	1,49	-0,13
Andre diagnoser	0,97	-0,17
Svangerskapsdiagnoser	0,48	0,01
Nervesystemdiagnoser	0,31	-0,06
Luftveisdiagnoser	0,26	-0,07
Hjerte-/kardiagnoser	0,10	-0,01
Huddiagnoser	0,05	0

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = sykefraværprosenten i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

### 5.4.2 Kvinner sysselsatt i næringsmiddelindustrien og petroleumsnæringen

Tabell 5.21 viser nivået av arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner i næringsmiddelindustrien og petroleumsnæringen, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Kvinner i næringsmiddelindustrien rapporterer oftere fysisk utmattelse etter jobb enn gjennomsnittet, og betydelig oftere enn de som jobber innen utvinning av olje og gass. Psykisk utmattelse ligger noe under gjennomsnittet for begge næringene.

Muskel- og skjelettplager, som rygg- og beinsmerter, er mer utbredt for kvinner i næringsmiddelindustrien, spesielt når det gjelder nakke- og skuldersmerter, som har en høy forekomst. For kvinner som jobber innen utvinning av olje og

gass, er nivået for nakke- og skuldersmerter omtrent på gjennomsnittet, mens armsmerter er noe vanligere, og rygg- og beinsmerter er mindre utbredt.

Nivået av psykiske plager er på linje med gjennomsnittet for kvinner i næringsmiddelindustrien, mens det er lavere i petroleumsnæringen. Søvnvansker er noe mer utbredt i næringsmiddelindustrien, men forekommer sjeldnere enn gjennomsnittet i olje- og gassnæringen. Luftveisplager er noe mer vanlig i begge næringene, sammenlignet med gjennomsnittet for kvinner generelt.

Arbeidsskader forekommer sjeldnere blant kvinner i næringsmiddelindustrien, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Andelen sysselsatte kvinner i næringsmiddelindustrien som oppgir å ha hatt arbeidsrelatert egenmeldt fravær de siste tolv månedene er

Tabell 5.21 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer og sykefravær blant sysselsatte kvinner innen næringsmiddelindustrien og utvinning av olje og gass, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Næringsmiddelindustri		Utvinning av olje og gass	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	48,0	6,0	24,7	-17,4
Psykisk utmattet etter jobb	29,4	-3,1	23,0	-9,5
Armsmerter	33,2	14,5	22,6	3,9
Hodepine	20,9	-2,4	17,0	-6,3
Hudplager	4,0	-1,5	–	–
Luftveisplager	5,7	3,4	4,5	2,3
Nakke- og skuldersmerter	58,1	18,5	41,0	1,3
Nedsatt hørsel	5,1	1,8	–	–
Psykiske plager	21,4	0,3	17,0	-4,1
Ryggsmert	34,7	9,9	11,7	-13,2
Smerter i beina	30,2	12,0	10,0	-8,3
Søvnvansker	22,5	5,8	12,8	-3,8
Arbeidsskade	3,3	-3,5	–	–
Egenmeldt fravær	17,6	5,8	–	–
Sykefravær over 14 dager	11,1	2,8	10,0	1,7

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = sykefraværprosenten i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

– Tall kan ikke oppgis pga. få utsatte i yrkesgruppen

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

Tabell 5.22 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner innen næringsmiddelindustrien og utvinning av olje og gass, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Næringsmiddelindustri		Utvinning av olje og gass	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Muskel-/skjelettdiagnoser	2,42	0,70	0,96	-0,76
Psykiske diagnoser	1,05	-0,57	1,03	-0,59
Andre diagnoser	0,91	-0,24	0,86	-0,29
Svangerskapsdiagnoser	0,41	-0,06	0,25	-0,22
Nervesystemdiagnoser	0,36	-0,02	0,25	-0,12
Luftveisdiagnoser	0,27	-0,06	0,16	-0,16
Hjerte-/kardiagnoser	0,11	-0,01	0,13	0,02
Huddiagnoser	0,07	0,02	0,03	-0,02

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = sykefraværprosenten i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

nesten 18 prosent, som er høyere enn for gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Elleve prosent av kvinnene i næringsmiddelindustrien oppgir å ha hatt arbeidsrelatert fravær over 14 dager, noe som er litt høyere enn for gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner. Når det gjelder arbeidsrelatert egenmeldt fravær for kvinner i petroleumsnæringen er det ikke nok data til å rapportere om dette. Arbeidsrelatert fravær over 14 dager for kvinner i petroleumsnæringen ligger litt over gjennomsnittet, sammenlignet med alle sysselsatte kvinner.

Tabell 5.22 viser legemeldt sykefravær blant sysselsatte i næringene. Legemeldt fravær pga. muskel- og skjelettdiagnoser er høyere i næringsmiddelindustrien enn gjennomsnittet for alle kvinner, mens fravær knyttet til andre typer diagnoser er om lag på samme nivå eller noe lavere enn gjennomsnittet. Det totale legemeldte fraværet for kvinner i petroleumsnæringen er betydelig lavere enn blant alle sysselsatte kvinner for de fleste diagnosegrupper, med unntak av hjerte- og kardiagnoser, hvor nivået ligger om lag på gjennomsnittet.

I næring for utvinning av olje og gass er det fire nye uføre per år per 1 000 sysselsatte (begge kjønn). Dette er lavere enn gjennomsnittet i arbeidsstyrken som helhet. For næringsmiddelindustrien er det tilsvarende tallet elleve nye uføre per år per 1 000 sysselsatte. Dette tilsvarer gjennomsnittet for sysselsatte i arbeidsstyrken som helhet (1).<sup>8</sup>

nomsnittet for sysselsatte i arbeidsstyrken som helhet (1).<sup>8</sup>

#### 5.4.3 Kvinner som jobber på kontor og i utvalgte næringer med hovedsakelig kontorarbeid

Tabell 5.23 viser nivået på arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær blant kvinner som jobber på kontor eller i næringer med utstrakt kontorarbeid. Blant kontoransatte er fysisk utmattelse etter jobb betydelig lavere enn gjennomsnittet for alle kvinner. Bank-, finans- og forsikringssektoren skiller seg spesielt ut med lave nivåer, mens både offentlig administrasjon og trygdeforvaltning ligger betydelig lavere enn gjennomsnittet. For psykisk utmattelse rapporterer kontoransatte om plager på nivå med gjennomsnittet, med noen variasjoner. Offentlig trygdeforvaltning har en høyere andel enn gjennomsnittet, mens bank- og finanssektoren ligger betydelig lavere.

Nakke- og skuldersmerter relatert til jobben er omtrent like vanlig blant kontoransatte som blant gjennomsnittet av alle sysselsatte kvinner, men nivået er noe høyere innen offentlig trygdeforvaltning. Rygg- og beinsmerter rapporteres sjeldnere blant kontoransatte enn gjennomsnittet,

<sup>8</sup> Perioden 2017–2023, begge kjønn.

Tabell 5.23 Egenvurderte arbeidsrelaterte<sup>1</sup> helseindikatorer blant sysselsatte kvinner som jobber på kontor, og innen næringer med utstrakt kontorarbeid (bank, finans og forsikring, offentlig administrasjon, offentlig trygdeforvaltning), sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Kontorarbeid		Bank, finans og forsikring		Offentlig administrasjon		Offentlig trygdeforvaltning	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosentdifferanse <sup>3</sup>
Fysisk utmattet etter jobb	34,1	-8,0	20,3	-21,7	31,9	-10,1	26,5	-15,5
Psykisk utmattet etter jobb	31,5	-1,0	21,5	-10,9	25,8	-6,7	38,1	5,6
Armsmerter	18,7	0,0	25,1	6,4	19,4	0,7	17,9	-0,8
Hodepine	24,5	1,1	24,7	1,4	21,9	-1,4	25,1	1,7
Hudplager	3,3	-2,2	–	–	6,1	0,6	–	–
Luftveisplager	2,0	-0,2	–	–	1,4	-0,8	–	–
Nakke- og skuldersmerter	41,2	1,5	41,1	1,4	44,9	5,2	47,3	7,7
Nedsatt hørsel	1,7	-1,7	–	–	1,7	-1,7	–	–
Psykiske plager	23,5	2,4	14,2	-6,9	18,9	-2,2	19,9	-1,2
Ryggsmert	17,2	-7,7	16,3	-8,5	16,2	-8,6	20,3	-4,5
Smerter i beina	8,4	-9,9	6,2	-12,1	6,9	-11,3	8,3	-10,0
Søvnvansker	17,4	0,8	13,1	-3,5	13,7	-3,0	16,2	-0,5
Arbeidsskade	2,2	-4,6	–	–	1,9	-4,9	–	–
Egenmeldt fravær	8,5	-3,3	3,2	-8,6	8,1	-3,7	11,5	-0,3
Sykefravær over 14 dager	6,5	-1,8	5,3	-3,0	5,5	-2,8	–	–

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte plager betyr at personen med plager oppgir at plagene helt eller delvis skyldes nåværende jobb

<sup>2</sup> Prosent = sykefraværprosenten i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

– Tall kan ikke oppgis pga. få utsatte i yrkesgruppen

Kilde: NOA/STAMI. LKU-A-2022 (SSB).

spesielt innen bank, finans og forsikring. Smerter i armene rapporteres med hyppighet på gjennomsnittsnivå for kontoransatte, men bank- og finanssektoren har en høyere forekomst enn gjennomsnittet. Offentlig administrasjon og trygdeforvaltning ligger derimot på eller under gjennomsnittet.

Arbeidsrelaterte psykiske plager er noe mer utbredt blant kontoransatte samlet sett, sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Det er imidlertid forskjeller mellom næringene som har mye kontorarbeid, og kvinner som jobber i de tre utvalgte næringene i tabellen ligger noe lavere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner når det gjelder psykiske plager. Arbeidsrelatert hodepine blant kontoransatte og i de tre næringene ligger også omtrent på gjennoms-

snittsnivået. Hud- og luftveisplager er sjeldnere rapportert blant kontoransatte generelt, med spesielt lav forekomst i bank- og finanssektoren.

Andelen kvinner med hovedsakelig kontorarbeid som oppgir å ha hatt arbeidsrelatert egenmeldt fravær de siste tolv månedene er ni prosent, og lavere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Andelen som angir å ha hatt arbeidsrelatert sykefravær over 14 dager er syv prosent, og også lavere enn for gjennomsnittet av alle sysselsatte. Det arbeidsrelaterte fraværet er spesielt lavt for kvinner som jobber innen bank, finans og forsikring.

Tabell 5.24 viser legemeldt sykefravær blant sysselsatte i næringer med utstrakt kontorarbeid. Den vanligste diagnosekategorien for legemeldt

Tabell 5.24 Legemeldt fravær<sup>1</sup> blant sysselsatte kvinner som jobber innen næringer med utstrakt kontorarbeid (bank, finans og forsikring, offentlig administrasjon, offentlig trygdeforvaltning), sammenlignet med gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner

	Bank, finans og forsikring		Offentlig administrasjon		Offentlig trygdeforvaltning	
	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>	Prosent <sup>2</sup>	Prosent-differanse <sup>3</sup>
Andre diagnoser	1,01	-0,14	1,16	0,01	1,50	0,35
Muskel-/skjelettdiagnoser	0,9	-0,8	1,2	-0,6	1,50	-0,2
Nervesystemdiagnoser	0,35	-0,03	0,38	0,01	0,49	0,12
Svangerskapsdiagnoser	0,36	-0,11	0,29	-0,18	0,44	-0,03
Luftveisdiagnoser	0,23	-0,10	0,29	-0,03	0,41	0,09
Hjerte-/kardiagnoser	0,09	-0,02	0,11	-0,01	0,12	0,00
Huddiagnoser	0,03	-0,03	0,04	-0,01	0,05	0,00

<sup>1</sup> Sykefraværprosent (sykefravær over 16 dager)

<sup>2</sup> Prosent = sykefraværprosenten i gruppen

<sup>3</sup> Prosentdifferanse = avvik fra gjennomsnittet for alle kvinner i prosentpoeng

Kilde: NOA/STAMI. Legemeldt sykefravær (Nav).

fravær i disse næringene er psykiske diagnoser. Offentlig trygdeforvaltning har det høyeste fraværet, med en andel som er tydelig høyere enn gjennomsnittet for alle sysselsatte kvinner. Offentlig administrasjon har et fravær knyttet til psykiske diagnoser som er omtrent på samme nivå som gjennomsnittet for alle kvinner, mens bank, finans og forsikring har det laveste fraværet i denne kategorien. Offentlig trygdeforvaltning har gjennom-

gående det høyeste fraværet, med et høyere fravær for nervesystem-, psykiske og luftveisdiagnoser, sammenlignet med de andre gruppene og gjennomsnittet for alle kvinner. Kvinner i offentlig administrasjon har gjennomgående et fravær som er noe lavere enn gjennomsnittet, men et betydelig lavere fravær knyttet til muskel- og skjelettlidelser. Bank, finans og forsikring har et relativt sett lavt fravær innen de fleste diagnosegrupper.



Figur 6.1

## Kapittel 6

# Andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet

Det pekes i utvalgets mandat på at utgangspunktet for utvalgets oppdrag og arbeid er kvinners «arbeidshelse»: Helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. I tillegg til slike vurderinger knyttet til arbeidshelse, omfatter utvalgets oppdrag å vurdere hvordan rammebetingelser og arbeidslivet/arbeidsmiljøet kan legges til rette for at kvinner som har helseutfordringer som i utgangspunktet ikke skyldes jobben, kan arbeide. Kvinners helse i bredere forstand er nylig behandlet av Kvinnehelseutvalget i NOU 2023: 5, og i *Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse, 2024*. Problemstillinger og tiltak som ikke omhandler forholdet ved og mellom arbeid og helse, anses hovedsakelig ikke som relevant for dette utvalgets arbeid, jf. kapittel 2.2 Utvalgets mandat og fortolkning av mandatet.

I kapittel 6 viser *utvalget* derfor til kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes påvirkninger fra arbeidet/arbeidsmiljøet (arbeidshelse) og arbeidsdeltakelse. Dette kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjoner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner.

### *Hypoteser om årsaker til helseplager, sykefravær og frafall*

Kvinner har høyere legemeldt sykefravær enn menn, også når en ser bort fra sykefraværet blant gravide. Kvinners høye sykefravær har vært et forskningstema gjennom mange år, og har vært forsøkt forklart gjennom ulike hypoteser: «Den biologiske hypotesen» forklarer kvinners helseplager og sykdommer med biologiske faktorer (herunder konsekvenser av menstruasjonsplager, graviditet og overgangsalder) som øker risikoen for helseplager. «Dobbeltarbeidshypotesen» forklarer kvinners nivå av helseplager med at kvinner (i større grad enn menn) kombinerer yrkesaktivitet med større ansvar og tidsbruk knyttet til omsorgsoppgaver i hjemmet. «Den sosiokulturelle hypotesen» forklarer kjønnsforskjeller ut fra ulike sykdomsatferd mellom kvinner og menn (148). I kapittel 6 gjennomgås kunnskap om i hvilken grad, og ev. hvordan, disse hypotesene kan forklare kvinners høyere nivåer av helseplager, sykefravær og frafall fra arbeidslivet. «Arbeidsmiljøhypotesen» forklarer i tillegg kvinners relativt høye nivå av helseplager og fravær med at mange kvinner jobber i yrker med stor arbeidsbelastning



som øker risikoen for helseplager eller forverring av plager og/eller kan gjøre det utfordrende å stå i jobb med helseplager. Dette tema behandles i kapittel 4.

Oppsummert viser forskningen at når de ulike hypotesene prøves ut, gjenstår likevel uforklarte forskjeller i sykefravær. FoU-programmet under IA-avtalen arrangerte høsten 2022 et forskerseminar om kunnskap om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær og hvor kunnskapshullene er størst. Forskerseminaret ble oppsummert av Hoff og Mykletun (149). Det var enighet om at årsakene til kjønnsforskjeller i sykefravær er sammensatte og at det sannsynligvis er flere forklaringer på dette. Det ble pekt på at det er lite kunnskap om hvor mye ulike helseaspekter (sykdom, helseatferd, helsevesenet) kan forklare av kjønnsforskjellene i sykefravær, og hvordan disse faktorene samspiller med holdninger, normer og forventninger i samfunnet. Basert på tidsbruksundersøkelser i hjemmet og ny kunnskap om kjønnsforskjeller i sykefravær, ble dobbeltarbeidshypotesens forklaringskraft ansett som svekket. Mastekaasa har også gjennomgått en rekke studier av kvinners sykefravær og konkluderer med at det er vanskelig å finne enkeltstående årsaker som kan forklare at kvinner har høyere sykefravær enn menn (150). Årsakene til sykefravær og frafall blant kvinner er sammensatte og kompliserte. På de fleste områder pekes det derfor på et videre behov for forskning og kunnskapsutvikling. Norges forskningsråd har tildelt midler til et langsiktig forskningsprosjekt om kjønnsforskjeller i sykefravær og effekten av en klinisk intervensjon for å fremme tilbakevending til arbeid blant kvinner. Prosjektet gjennomføres i regi av Helse Nord i perioden 2024–2030.

## 6.1 Kvinner livsfaser

Det er flere innfallsvinkler til forståelsen av livsfaseproblematikk. Hormonelle endringer påvirker kvinners liv gjennom ulike livsfaser. De samme livsfasene preges også av ansvar og oppgaver knyttet til familierelasjoner. Den biologiske alderen er ikke alltid et godt mål på hvilken livsfase den enkelte befinner seg i, selv om det for mange vil være en stor grad av overlapp. Betydningsfulle overganger og rolleendringer er ofte mer betegnende for hvilken livsfase man befinner seg i. Det er overganger og rolleendringer som knytter plikter, oppgaver og forventninger til de ulike livsfasene. Betydningsfulle hendelser kan være å etablere seg i parforhold, få barn, fullføre en utdan-

ning, gå ut i yrkeslivet eller bli pensjonist. De ulike livsfasene preges av ulike helseutfordringer. En grunnleggende antakelse er at et individs helse på et gitt tidspunkt (stadium i livsløpet) er påvirket av et samspill mellom ressurser, seleksjon, egne valg, samt handlinger og tilpasninger tidligere i livsløpet (151).

### 6.1.1 Livsfaser med hormonell påvirkning

Menn og kvinner kan reagere ulikt på noen arbeidsmiljøfaktorer. F.eks. kan eksponering for kjemiske stoffer føre til større helseproblemer hos kvinner enn menn, på grunn av ulike fysiologiske forutsetninger. Arbeidsmiljøet har også betydning for i hvilken grad arbeidshelse og arbeidstilknytning påvirkes av kvinners forskjellige livsfaser og hormonelle forandringer over tid.

«Den biologiske hypotesen» handler om hvordan hormonell påvirkning påvirker kvinners helse og evne til å møte kravene som stilles i arbeidet. Graviditetsplager som kan hindre kvinner fra å jobbe som normalt (f.eks. kvalme, bekkenløsning og rygg smerter) hører til under denne hypotesen, sammen med menstruasjonsmerter, hormonelle endringer og helseplager som en del av overgangsalderen.

En oversikt fra 2023 identifiserte 130 vitenskapelige artikler om kvinners biologi i relasjon til arbeidskapasitet og sykefravær (152). Konklusjonen var at hormonelle endringer og menstruasjonsrelaterte plager, graviditet og reproduktive forhold, samt kroniske og komplekse lidelser påvirket arbeidsdeltakelse, men at det manglet en helhetlig oversikt over kvinnearbeidshelse fra et biologisk perspektiv (152). Dette er en del av doktorgradsavhandlingen «Kvinnehelse og arbeid i et folkehelseperspektiv». Hensikten med dette forskningsprosjektet var å utforske sammenhenger mellom kvinnehelse og kvinners deltakelse i arbeidslivet. Kvinnehelse og arbeid ble utforsket i et folkehelseperspektiv, der arbeidslivet er en viktig arena for å bedre folkehelse og levekår (153).

Kvinnehelseutvalget (154) drøfter hvordan biologiske forutsetninger kan påvirke kvinners deltakelse i arbeidslivet, både for den enkelte kvinne og i et samfunns perspektiv. Disse hormonelle påvirkningene knyttes opp mot ulike faser i kvinners fertile periode: menstruasjon, svangerskap og fødsel og overgangsalder. Den fertile perioden strekker seg derfor gjennom store deler av kvinners yrkesaktive alder. Denne delen av kvinnelivet omfatter mange tilstander som er normale hormonelle prosesser, men som samtidig kan disponere for ubalanser og sykdom (152). Nyere kva-

litativ forskning fra henholdsvis helse- og utdanningssektoren peker på at kvinners spesifikke helseforhold kan påvirke deltakelse og likestilling i arbeidslivet, og argumenterer for at problemstillinger som gjelder mange kvinner bør løstes fra individuelt til strukturelt nivå (155).

#### 6.1.1.1 *Menstruasjon*

Kvinnehelseutvalget viser til at man vet lite om hvordan menstruasjonen påvirker arbeidsevne og sykefravær. De peker likevel på at det finnes eksempler på internasjonal forskning som viser til at menstruasjon kan innvirke på arbeidsevne og føre til økt sykefravær, f.eks. ved premenstruelt syndrom (PMS) og endometriose. En nederlandsk tverrsnittsundersøkelse blant nærmere 33 000 kvinner i alderen 15–45 år viste at menstruasjonsrelaterte symptomer forårsaket mye tapt produktivitet, både ved nærvær og fravær. Gjennomsnittlig fravær relatert til en kvinnes menstruasjon var 1,3 dager per år. Om lag 80 prosent av respondentene rapporterte nærvær og redusert produktivitet i gjennomsnitt 23,2 dager per år. Kvinner under 21 år hadde større sannsynlighet for å rapportere fravær på grunn av menstruasjonsrelaterte symptomer (156). Det vises også til studier om at mulighet til fleksibilitet i arbeidssituasjonen, godt arbeidsmiljø og god tilgang på fasiliteter er viktig for å opprettholde arbeidskapasiteten. Kvinnehelseutvalget viser for øvrig til at kunnskap om hvordan menstruasjonsplager og -smerter påvirker arbeidsevne og sykefravær i Norge, er så godt som fraværende.

#### 6.1.1.2 *Graviditet*

Graviditet kan medføre både plager og sykdom som påvirker arbeidsevnen. En del av kjønnsforskjellene i sykefravær kan forklares med graviditet, jf. bl.a. kapittel 3.7.1.5. Mastekaasa viser til at kvinner har et høyere fravær i de periodene de er gravide (150). I perioden 2015–2022 var sykefraværet for gravide mellom 20 og 44 år 19 prosent. For ikke-gravide i den samme aldersgruppen var sykefraværet fem prosent (31). Sykefravær blant gravide er høyest i yrkesgruppene renholdere og helsefagarbeidere. Sykefravær varierer avhengig av yrke bl.a. fordi arbeidsinnholdet og kravene til arbeidet varierer avhengig av yrke. Enkelte yrker er forbundet med mer fraværsfremmende arbeidsforhold enn andre, som tunge løft, skiftarbeid, tidspress og liten grad av muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen (157). Graviditet og arbeid har fått mye oppmerksomhet gjennom de

siste 20 årene, både mht. risikovurdering av arbeidsmiljø og individuell tilrettelegging. God tilrettelegging av arbeidet kan gi et trygt arbeidsmiljø for den gravide og det ufødte barnet. Mange arbeidsplasser har også utarbeidet rutiner for oppfølging av gravide ansatte i samråd med jordmødre eller bedriftshelsetjeneste. Veiledning om tilrettelegging for gravide omtales nærmere i kapittel 7.2.3.4.

Likestillings- og diskrimineringsombudet har opplyst til Kvinnearbeidshelseutvalget at de hvert år får inn om lag 2 500 henvendelser til sin veiledningstjeneste. Den største enkeltkategorien av saker om diskriminering i arbeidslivet, handler om diskriminering på grunn av graviditet og foreldrepermisjon. Det er flest kvinner som henvender seg om slike problemstillinger. Ombudet viser videre til at det er godt dokumentert i en rekke studier at det er sammenheng mellom opplevd diskriminering, stress, helseatferd og sykdom (158). De som diskrimineres i arbeidslivet opplever ofte økonomiske tap og det følger ofte en psykisk belastning med å bli forbigått og utsatt for urettferdig behandling. For å bedre kvinners arbeidshelse, foreslår ombudet konkrete tiltak for å oppfylle aktivitets- og redegjøringsplikten i likestillings- og diskrimineringsloven, jf. kapittel 7.1.3.14. Ombudet foreslår bl.a. å etablere en «best practice» rundt arbeidsliv/familieliv gjennom trepartssamarbeidet i ulike sektorer og at det gjennomføres standardiserte samtaler med gravide og ansatte i foreldrepermisjon.

Juridisk Rådgivning for Kvinner (JURK) har også kommet med innspill til utvalget når det gjelder problemstillinger knyttet til diskriminering på grunn av graviditet. JURK blir ofte kontaktet av kvinner som er utsatt for diskriminering som følge av graviditet og foreldrepermisjon. Kvinnene opplever manglende tilrettelegging på grunn av graviditeten, at midlertidige kontrakter ikke fornyes, ekskludering fra lønnsforhandlinger og at arbeidsoppgavene endres etter endt foreldrepermisjon. Erfaringen er at graviditetsdiskriminering er et sektorovergripende problem. Det er deres erfaring at diskriminering av gravide skjer med kvinner uavhengig av yrke, utdanningsbakgrunn og hvorvidt de er offentlig eller privat ansatt. JURK viser også til at klienter opplever negative konsekvenser som følge av trakassering og diskriminering på arbeidsplassen. De opplever nedstemthet, skam, ubehag og usikkerhet. I de alvorligste tilfellene oppgir klientene at de har fått symptomer på posttraumatisk stresslidelse i etterkant av hendelsene. En fellesnevner er at klienter har hatt lengre perioder med sykefravær som en

## Boks 6.1 JURK: Eksempler på saker om diskriminering ved graviditet

### *Eksempelsak – Stine*

Stine hadde lederstilling med personalansvar i en mellomstor bedrift. Da Stine ga beskjed til arbeidsgiver om at hun var gravid og kom til å gå ut i foreldrepermisjon, lovet arbeidsgiver å opprette en ny stilling til henne etter permisjonen. Mot slutten av permisjonstiden kontaktet Stine arbeidsgiver gjentatte ganger for å høre nærmere om den nye stillingen. Et par dager før permisjonen var over, hadde hun fremdeles ikke fått svar. Da hun kom tilbake på jobb, ble hun satt til en midlertidig servicestilling. Stine ble ikke inkludert i lønnsforhandlinger under permisjonen, og mottok ikke lønnsøkning på lik linje med kollegaer i sammenlignbare stillinger i bedriften, til tross for at hun hadde lengst ansiennitet.

### *Eksempelsak – Mariam*

Mariam ble ansatt som tilkallingsvikar i en renholderstilling. Hun ble raskt spurt om hun kunne tenke seg en stilling som vikar på fulltid, hvilket hun takket ja til. Hun fant ut at hun var gravid kort tid etter dette og ga beskjed til arbeidsgiver. Tre måneder etter hun hadde fått forespørselen, etterlyste Mariam kontrakten for

vikarstillingen. Hun fikk da beskjed om at de ikke kunne tilby henne vikariatet likevel siden hun skulle i permisjon før utløpet av vikarstillingen. På vegne av Mariam, klaget JURK saken inn for Diskrimineringsnemnda. Nemnda konkluderte med at bedriften hadde handlet i strid med forbudet mot diskriminering i ansettelsesprosesser, og tilkjente Mariam oppreisning på 20 000 kroner.

### *Eksempelsak – Vilde*

Vilde jobbet som konsulent. Mens hun var i foreldrepermisjon, ble det besluttet å gjennomføre lønnsøkninger i bedriften. Vilde ble ikke inkludert i lønnsøkningen. Da hun spurte om begrunnelse for dette, begrunnet arbeidsgiver manglende lønnsøkning med at hun var i foreldrepermisjon. Før permisjonen lå Vilde an til å få høyeste lønnsøkning. Etter at møter med arbeidsgiver ikke førte fram, tok Vilde kontakt med JURK. Først etter at JURK skrev et brev til arbeidsgiver som informerte om at arbeidstakere i foreldrepermisjon har rett til å bli vurdert i lønnsforhandlinger på lik linje med andre arbeidstakere i tråd med likestillings- og diskrimineringsloven § 33 bokstav c, ble Vilde etterbetalt.

direkte følge av trakasseringen/diskrimineringen. I boks 6.1 presenteres noen eksempler på slike saker fra JURKs praksis.

Det antas i dag at om lag ti prosent av par trenger assistanse for å bli gravide, og fertilitetsbehandling kan ha plagsomme fysiske og psykiske bivirkninger. Også aborter kan oppleves som en stor påkjenning for kvinner, og spesielt gjentatte spontanaborter kan gi bekymring for aktivitetsnivå og fysisk og psykisk stress på jobb. Man mangler i dag kunnskap om disse problemstillingene (152), men Lima har vist at assistert befruktning og aborter bidrar til økt sykefravær (159).

### 6.1.1.3 Overgangsalder

Kvinner kommer vanligvis i overgangsalder i 45–55 årsalderen, med variasjon fra 40–60 år. Det er til en viss grad mulig å bruke alder som et mål på overgangsalderen. Dette gjør det mulig å sammenligne yngre kvinner med de som sannsynligvis er i overgangsalderen for å se om det er noen

forskjeller. Men denne metoden fører sannsynligvis til en del misklassifisering, i og med at det varierer når kvinner kommer i overgangsalderen og dette bl.a. gjør det vanskelig å identifisere kvinner som har kommet i overgangsalderen tidlig (47).

Mange kvinner opplever i denne fasen symptomer som hetetokter, søvnproblemer, nedsatt konsentrasjonsevne, humørsvingninger og muskel- og skjelettplager. 30 prosent har plager som er så uttalte at det går ut over livskvaliteten (154). En litteraturstudie om overgangsalder, helse og arbeid fra 2022 viser at kvinner med betydelige plager i overgangsalderen kan ha lavere arbeidskapasitet, høyere korttidsfravær og forhøyet risiko for å avslutte arbeidslivet før pensjonsalder (160). Imidlertid refereres det også til studier som ikke fant tilsvarende sammenhenger, noe som viser et behov for ytterligere forskning på feltet.

Det er forsket lite på sammenhengen mellom overgangsalder og arbeidsdeltakelse i Norge, herunder sammenhengen med sykefravær og uførepensjonering. Tall fra 2024 viser at det er høyest

andel kvinnelige mottakere av arbeidsavklaringspenger i aldersgruppen 40–49 år (33). Ser man på lønnstakere med legemeldt sykefravær, er det høyest sykefravær blant kvinner i alderen 50–64 år. Hellevik og Herlofsen har fulgt kvinner over tid fra de var i førti- og femtiårene i 2007 og fram til 2021 ved hjelp av data fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (2007 og 2017) som er koblet til registeropplysninger om inntekt (70). Formålet med analysene var å undersøke om det er særlige forhold ved kvinners liv som kan ha betydning for om de senere har en helseavgang fra arbeidslivet. Mottak av arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd ble regnet som en helserelevanter avgang. Undersøkelsen viste at kvinners egen helsestatus (selvrapportert) har stor betydning og forklarer en vesentlig del av sannsynligheten for en helserelevanter avgang fra arbeidslivet.

Kvinnehelseutvalget oppsummerer med at internasjonal og nasjonal forskning viser at kvinners biologi gir belastninger som kan påvirke arbeidsdeltakelse, men at man vet for lite om hvordan dette påvirker kjønnsforskjeller i arbeidslivet og betydningen for folkehelse og levekår (154). Det er behov for mer forskning for å fastslå hvilken rolle overgangsalder spiller for kvinners frafall fra arbeidslivet i denne alderen. Kvinnehelseutvalget foreslår derfor å øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv, se boks 6.2.

Det kan samtidig vises til pågående forskning om tematikken overgangsalder og arbeidsdeltakelse for kvinner. Conti mfl. (161) har benyttet

omfattende registerdata fra Norge for å undersøke effekten av overgangsalder på kvinners arbeidsdeltakelse, sykefravær, uføretrygd og lønn. Studien viser at overgangsalderen reduserer sannsynligheten for at kvinner jobber fulltid og øker sannsynligheten for sykmelding og uføretrygd blant kvinner uten høyere utdanning. Samlet gir dette en betydelig nedgang i kvinners produktivitet. Fire år etter at overgangsalderen inntreffer, er inntekten redusert med 25 prosent, sammenlignet med andre kvinner som ikke ennå har nådd overgangsalder. Samtidig er det 15 prosent større sannsynlighet for at de er uføretrygdet.

Prosjektet KLAR – kvinnehelse, overgangsalder og arbeid gjennomføres i perioden 2024–2027 i samarbeid mellom NORCE og Universitetet i Bergen. Prosjektet ser på hvordan kvinners månedlige svingninger og livsfaser påvirker arbeidshelse og fravær fra arbeidet. Det ses videre på hvordan rammebetingelser og arbeidslivet kan bidra til at kvinner er i jobb i disse livsfasene, og dermed reduserer risikoen for fravær og eksklusjon fra arbeidslivet. Utgangspunktet er at det er typisk for overgangsalder at flere betydelige plager virker sammen, og at plager/sykdommer en har levd med forverres i denne perioden av livet. KLAR-prosjektet består av tre «arbeidspakker», hvor data fra ulike helseregistre og trygderegisteret kobles for å undersøke helseplager, behandling og legemiddelbruk og hvordan dette henger sammen med bærekraftig arbeidsdeltakelse hos kvinner i alderen fra 35 til 65 år. Arbeidspakke 3 omfatter bl.a. en Delphi-studie av relevans, nytte og tilpasning av europeiske anbefalinger for overgangsalder i arbeidslivet til norsk arbeidsliv. Målet er å bidra til at kvinner står i arbeid gjennom overgangsalderen.

Kvinnehelseutvalget påpeker at det er behov for mer åpenhet om kvinners helse i overgangsalderen (154). Dette utvalget understreker behovet for at kvinner får god tilgang til oppdatert kunnskap om ulike plager som følger av overgangsalderen, og hvilke tiltak og livsstilsvalg kvinner kan gjøre for å ivareta god helse, oppleve mestring og forebygge sykdomsutvikling og sykefravær. Overgangsalder hos kvinner bør inngå som del av den målrettede kunnskapsformidlingen til tjenesteytere, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I regjeringens «kvinnehelsestrategi» pekes det på at man stadig får mer kunnskap om overgangsalderen. Det framgår av strategien at regjeringen vil be Helsedirektoratet om å oppdatere kunnskapsgrunnlaget og sikre at informasjon om overgangsalder når kvinner, herunder nytten av hormonbehandling (162).

### **Boks 6.2 Kvinnehelseutvalget – tiltak nr. 53**

«Det er lite kunnskap om hvordan kvinners arbeidshelse og livskvalitet påvirkes av overgangsalderen. Plager i forbindelse med overgangsalder er skambelagt, og kan for mange kvinner medføre utfordringer i arbeidslivet. Det mangler imidlertid god og oppdatert forskning på arbeidshelse blant kvinner i overgangsalderen. Utvalget anbefaler at det legges til rette for mer forskning på sammenhengen mellom overgangsalder og arbeidsliv. Utvalget ser fordeler ved at ulike fagmiljøer samarbeider på tvers med kunnskapsutvikling og forskning, f.eks. i samråd med partene i arbeidslivet. Tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak for å sikre et nasjonalt strategisk forskningsløp.»

### 6.1.2 Arbeid – familiebalansen – «De tre skiftene»

«Dobbeltarbeidshypotesen» forklarer kvinners nivå av helseplager med at kvinner (i større grad enn menn) kombinerer yrkesaktivitet («det første skiftet») med større ansvar og tidsbruk knyttet til omsorgsoppgaver i hjemmet («det andre skiftet»). Kvinnehelseutvalget (154) peker videre på at kvinner i større grad tar ansvaret for og belastes med «familiens tredje skift», som handler om planlegging og det administrative arbeidet i hjemmet på kveldstid. Dobbeltarbeidshypotesen forklarer kvinners nivå av helseplager og manglende tilknytning til arbeidslivet med at kvinner i tillegg til jobb også tar hovedansvaret utenfor arbeidsplassen, med hjemmearbeid og omsorgsoppgaver. Dette ser imidlertid ut til å være avhengig av sosioøkonomisk status og har lite støtte i forskningen. Det kan likevel være at den høye andelen av kvinner som jobber deltid er en effekt av dette, og at flere hadde jobbet heltid hvis oppgavene i hjemmet hadde vært av mindre omfang. YS Arbeidslivsbarometer viser en nedgang i andelen respondenter som føler en god balanse mellom hjem og jobb fra 2023 (64 prosent) til 2024 (57 prosent). Dette gjelder spesielt blant unge mennesker. Tidspress på jobb ser ikke ut til å være den viktigste faktoren som påvirker balansen mellom jobb og hjem. Det pekes på at andre faktorer, som kanskje er relatert til endringer i arbeidslivet eller samfunnet generelt, kan spille en større rolle. Forventningene til å stille opp i hjemmet kan ha økt, og selv om det gis god tid til å fullføre oppgaver innen ordinær arbeidstid, har arbeidsoppgavene i hjemmet blitt flere og krever tid utover det som før ble regnet som privattid (42).

Kvinnehelseutvalget viser til at det store ansvaret kvinner tar i familien vedvarer gjennom livsløpet, enten det er ansvar knyttet til småbarnsfasen, omsorg for syke partnere eller for foreldre i eldre år. Flere studier viser at den utfordrende balansegangen mellom arbeid og barneomsorg kan få konsekvenser for kvinners helse, i form av belastninger, stress, utbrenthet og depresjon. Hellevik og Herlofsen viser at kvinner i femtiårene oftest oppgir egen sykdom/uførhet som årsaken til at de arbeider deltid, mens omsorg for egne barn var vanligste grunn for førtiåringene. De peker på muligheten for at flere av kvinnene med helseutfordringer kunne endt opp med en tidligere helseavgang dersom de ikke hadde hatt muligheten til å jobbe redusert (70). Lima har undersøkt om det å få barn fører til økt sykefravær og til økte kjønnsforskjeller i sykefraværet

(159). Sykefraværet til førstegangsfødende kvinner og deres samboere, før og etter fødsel, ble sammenlignet. Denne studien viser at det legemeldte sykefraværet øker betydelig for både menn og kvinner etter fødsel av første barn, men at både den relative og absolutte økningen er størst for kvinner, særlig fra år to til seks etter fødsel. Blant de som føder to barn øker kvinners sykefravær ytterligere i en periode på ca. fire år ved fødsel av barn nummer to. Sykefraværet skyldes i hovedsak at en gruppe får mye lengre sykefravær, og ikke at mange kvinner får noe mer sykefravær. Sykefraværet begynner å avta fra fire til fem år etter andre fødsel. Det å få barn forstås derfor som en viktig forklaring på de betydelige kjønnsforskjellene i sykefravær. En sterk økning i symptomplager som tretthet/slapphet og psykiske symptomer og plager ses i sammenheng med stor samlet arbeidsbyrde etter at en har fått barn. Andre studier finner imidlertid begrenset støtte til hypotesen om at kombinasjon av ansvar for barn og arbeidsdeltakelse kan forklare et høyt sykefravær blant kvinner (150). Det er i denne sammenheng også påpekt at det å kombinere flere sosiale roller, f.eks. rollen som forelder og arbeidstaker, kan ha gunstige helsemessige effekter. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) viser også til at en kombinasjon av arbeid og hjemmeoppgaver kan virke gunstig på helse (47).

Statistisk sentralbyrås (SSBs) tidsbruksundersøkelser (163) viser at den største endringen i tidsbruk i familier siden 1970-tallet består i at kvinner har brukt stadig mindre tid på husarbeid og mer tid på inntektsgivende arbeid. I dag bruker kvinner nesten tre timer mindre på husarbeid om dagen (en time og 23 minutter i gjennomsnitt), enn på 1970-tallet. Menn har hatt en liten økning i tiden de bruker på husarbeid per dag (52 minutter i gjennomsnitt). I 2022 var tidsbruk blant de som utførte en omsorgsoppgave på det høyeste målt i tidsbruksundersøkelsen, for både kvinner og menn. Det var en nedgang i kvinners tidsbruk på omsorgsoppgaver mellom 1990 og 2000, men denne økte i både 2010 og 2022. Økningen ses også blant menn. Man bruker mer tid på omsorgsoppgaver når barna er små enn når barna blir eldre. I par med barn under sju år bruker kvinner nesten en time mer på omsorgsoppgaver enn menn en gjennomsnittsdag. Disse kjønnsforskjellene forsvinner nesten helt når parets yngste barn er sju år eller eldre. Når barna er små bruker både menn og kvinner mer tid på husarbeid enn når barna er eldre. I par med små barn bruker både menn og kvinner mindre tid på inntektsgivende arbeid. Mødre i par med små barn bruker i gjen-

nomsnitt seks timer og 33 minutter på jobb en arbeidsdag. Til sammenligning bruker fedre i par med små barn sju timer og 46 minutter på jobb en arbeidsdag. Kjønnforskjellene er også til stede blant mødre og fedre i par med eldre barn, hvor mødrenes arbeidsdag er seks timer og 56 minutter i gjennomsnitt mens fedrenes er åtte timer og ti minutter. Mannsutvalget peker på at menn og kvinner har ulike rammer for å få til balanse mellom arbeid og familieliv. Innsats for økt likestilling i arbeidslivet har hovedsakelig vært rettet mot kvinnedominerte bransjer og kvinners mangel på likestilling, og det er lite systematisk kunnskap om hvordan mannsdominerte bransjer tilrettelegger for arbeid – familiebalansen (164). Et tiltak i regjeringens likestillingsstrategi (2025–2030) er å etablere et trepartssamarbeid for å bedre balansen mellom arbeid og familie i mannsdominerte og kvinnedominerte bransjer. Arbeidet skal starte med kunnskapsinnhenting, og innretningen skal drøftes i Arbeidsgruppe for likestilling i arbeidslivet under Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd, jf. kapittel 7.3.1.4.

Kombinasjonen av høye krav, både på jobb og hjemme, løftes tidvis fram som en mulig forklaring på kvinners sykefravær, bl.a. knyttet til psykiske lidelser (154). SSB viser at kvinneliv og kvinnehelse er tett forbundet, og mange kvinner sjonglerer en rekke ulike roller, som elev, student, arbeidstaker, partner, mor, datter og venninne. Mange kvinner er også omsorgsgivere og støttepersoner for personer i og utenfor egen husholdning (151).

Kvinnehelseutvalget viser til at den demografiske utviklingen tilsier at dersom omsorgstilbudet skal opprettholdes, må pårørendeomsorg også opprettholdes (154). Det er personer i alderen 45–66 år som i størst grad yter denne omsorgen. Helsepersonellkommisjonen (81) peker på at samfunnet i stor grad er avhengig av pårørendes innsats for mennesker som har behov for hjelp og støtte. Store omsorgsoppgaver bidrar til at noen pårørende selv får behov for helse- og omsorgstjenester som følge av belastningen, eller at de faller ut av arbeidslivet. Sentralt her er at kvinner i tillegg til å yte pårørendeinnsats samtidig utgjør majoriteten av de ansatte i helse- og omsorgstjenesten, som ifølge kommisjonen står overfor betydelig knapphet på personell. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen (165) viser at kvinner bruker mer tid på pårørendeomsorg enn menn, men andelen middelaldrende menn som gir hjelp til syke, eldre eller funksjonshemmede er økende. Dette ses også i sammenheng med at norske menn bruker mer tid på husarbeid og omsorg for

barn, jf. omtale av tidsbruksundersøkelsene over. Gautun og Bratt undersøkte hvordan omsorg for gamle foreldre påvirker omsorgsgivernes arbeidsmarkedsdeltakelse (166). Resultatene indikerte at pårørendeomsorg ikke hadde noen vesentlig innvirkning på den samlede deltakelsen i arbeidsstyrken. Ansatte brukte imidlertid arbeidsfravær for å hjelpe foreldrene sine. Med arbeidsfravær menes i studien ferie, avspasering, lønnet og ulønnet permisjon og sykefravær. Kvinner var moderat mer tilbøyelige til å bruke arbeidsfravær til å ta vare på foreldre. Gautun og Bratt konkluderer likevel med at omsorg for eldre foreldre i dag har liten effekt på arbeidsdeltakelse, og tilskriver dette det omfattende offentlige eldreomsorgssystemet i Norge. Hellevik og Herlofsen har også vist at potensielle omsorgsoppgaver i familien (spesielt partner med langvarig sykdom) har betydning for avgang fra arbeidslivet, men i langt mindre grad enn selvrapportert helsestatus (70).

I en gjennomgang av norske registerdata undersøkte Lizardi mfl. hvordan et plutselig «helsesjokk» hos eldre i form av hjerneslag eller hofteskade påvirket deres voksne barns yrkesdeltakelse. Analysene viste at det å ha omsorgstrende foreldre i liten grad har innvirkning på sysselsetting og inntekt, og at virkningen i hovedsak er en høyere risiko for legemeldt sykefravær i etterkant av «helsesjokket», heller enn frafall fra arbeidslivet. Risikoen for sykefravær var større for voksne døtre enn voksne sønner, men i stor grad forbigående for begge kjønn (167). Funnene fra registerdataene er konsistente med funnene fra Gautun og Bratts undersøkelse.

## 6.2 Vold og seksuelle overgrep

Kvinner i ulike yrker utsettes for vold og trakassering gjennom arbeidet, og dette har betydning for arbeidshelse. Vold og trakassering som arbeidsmiljøfaktorer og helseeffekter av dette, beskrives i kapittel 4 og 5. Vold og overgrep utenfor arbeidet, har imidlertid også betydning for kvinners helse og arbeidsdeltakelse. Kvinner er i større grad enn menn utsatt for seksuell vold og vold i nære relasjoner, og er også oftere utsatt for vold gjennom livet (154).

Funn i flere studier viser at det trolig er reelle samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til redusert produktivitet som følge av vold i nære relasjoner, men at det er krevende å anslå omfanget. Menon beregnet i 2023 samfunnskostnadene ved vold i nære relasjoner (168). Det ble anslått at om lag 200 000 personer har vært utsatt for vold i

nære relasjoner i Norge i femårsperioden 2016–2021. Vold i nære relasjoner påvirker folkehelsen negativt. Det fører til svakere fysisk og mental helse, og til tidlig død. Vold i nære relasjoner fører bl.a. til at personer som ellers ville vært i arbeid, faller helt eller delvis utenfor arbeidsstyrken eller på andre måter har en redusert arbeidsinnsats i en kortere eller lengre periode.

Norske funn tyder på at voldsutsatthet øker risikoen for arbeidsledighet (169). En kvalitativ studie fra 2016 undersøkte hva lønnet arbeid betyr for kvinner utsatt for partnervold, og hvordan det å leve sammen med en voldelig partner påvirker deres arbeidsliv. Arbeid var viktig for kvinnene, da det representerte fri fra vold, kontakt med andre som tok vare på dem og opprettholdelse av selvtillit og selvrespekt. Å ha egne penger ga trygghet og styrket troen på at de kunne klare seg selv. Spredningen av problemer med vold i nære relasjoner dukket opp gjennom følelser av frykt, skam og skyld på jobben.

En norsk befolkningsstudie fant at seksuelle overgrep i barndommen dobler risikoen for uføretrygd på et senere tidspunkt (170). Hensikten med denne studien var å undersøke om det var en statistisk sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i et befolkningsutvalg av voksne personer i Norge. I et utvalg rekruttert fra den representative voksne befolkningen i Norge, var det en økt sannsynlighet for arbeidsuførhet blant personer som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 16 år. Denne sammenhengen kan sannsynligvis delvis forklares av økte mentale og somatiske helseproblemer blant overgrepsutsatte.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomførte i 2014 en undersøkelse av forekomsten av vold og seksuelle overgrep i den norske befolkningen (171). Undersøkelsen viste at vold og overgrep har et betydelig omfang, og at vold i nære relasjoner rammer mange. Det var klare forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til hva slags hendelser og i hvilke relasjoner de var mest utsatt. Menn hadde størst risiko for å utsettes for fysisk vold, mens voldtekt i hovedsak rammet kvinner. Menn og kvinner var omtrent like utsatt for mindre alvorlig vold fra sin partner, mens det var kvinner som var mest utsatt for den mer alvorlige psykiske partnervolden.

NKVTS beregnet igjen i 2023 omfanget av vold og overgrep i den norske befolkningen (172). Denne studien inngår i et forskningsprogram om vold i nære relasjoner (2019–2024). Sammenlignet med 2014-studien fant man en økning i rapportert omfang av voldtekt ved makt og tvang, alvorlig

fysisk vold og alvorlig partnervold. Det kan ikke fastslås om denne økningen representerer en reell økning av voldsforekomst eller økt grad av rapportering. Et tydelig funn er likevel at voldsforekomsten er høy i begge undersøkelsene. NKVTS fant klare kjønnsforskjeller i typer vold man blir utsatt for og hvem som er utøver. Kvinner er mer utsatt for gjentatt vold, flere typer vold, samt vold og overgrep i nære relasjoner. Kvinner er også særlig utsatt for voldtekt og seksuelle overgrep. En av fem kvinner rapporterer voldtekt ved makt og tvang eller sovevoldtekt. Elleve prosent av kvinnene har vært utsatt for alvorlig partnervold. Yngre personer er mer utsatt for både alvorlig fysisk vold, voldtekt og partnervold, sammenlignet med personer i eldre aldersgrupper. De som utsettes for vold i barndommen, går inn i voksenlivet med økt risiko for å utsettes på nytt (reviktimisering). NKVTS fant i denne studien at slik reviktimisering har tydelig sammenheng med økt nivå av angst, depresjon og posttraumatiske stressreaksjoner.

Det mangler fortsatt kunnskap om hvilken effekt vold har på arbeidsdeltakelse, og om hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner som har helseutfordringer på grunn av vold og overgrep. NKVTS samarbeider med Folkehelseinstituttet (FHI) og STAMI om en ny studie; «Arbeid etter vold. Konsekvensene av vold for arbeidslivet» (2023–2026). Dette prosjektet undersøker sammenhengen mellom voldsutsatthet og arbeidsdeltakelse med sykefraværs- og tryggedata fra Nav og SSB. Målet er å få økt kunnskap om konsekvensene av vold og overgrep for arbeidsdeltakelse, og mulige forebyggende tiltak for arbeid etter vold. Dette kan være tiltak for bedre oppfølging og tilrettelegging, samt samhandling mellom voldsutsatte arbeidstakere, arbeidsgivere, Nav og helsetjenesten.

En studie av Bjørnholt belyser hvordan «fortsettelsesvold» etter et samlivsbrudd kan påvirke arbeidsdeltakelse (173). Studien gir gjennom intervjuer med 46 voldsutsatte mødre eksempler på hvordan deres arbeidsevne har blitt påvirket av vold i etterkant av bruddet. En del ble syke eller presset ut av arbeidslivet under samlivet, og belastningene har hindret dem i å komme seg i jobb igjen etter bruddet. Andre ble først syke av belastningene og volden etter bruddet. Noen hadde også sagt opp jobben for å ta seg av barn som var blitt syke eller sterkt preget av volden. Felles er at de har mistet nettverk og at økonomien er svekket når de står utenfor arbeidslivet.

Det er utarbeidet egne retningslinjer om Navs ansvar og plikter ved oppfølging av personer som er utsatt for vold i nære relasjoner eller menneskehandel.<sup>1</sup> Det vises her bl.a. til at arbeidstilknytning og selvforsørging kan være viktig for muligheten til å bryte ut av et voldelig forhold. Utgangspunktet er at innsats med riktig hjelp er nøkkelen til økt arbeidsevne. Både omfanget av vold i nære relasjoner og konsekvensene vold kan gi for arbeidslivstilknnytning er omfattende. I Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024, er det nedfelt et tiltak (tiltak 5) om å opprette et ressurscenter i Nav med ansvar for nasjonal kompetanseheving og utvikling av arbeidsmetodikk for arbeidsinkludering av voldsutsatte. Dette ressurscenteret er opprettet, og det arbeides med utvikling og uttesting av en fagmodul til bruk i Nav. Målgruppen er veiledere i etaten, men også ansatte i kommunene vil kunne ha nytte av kurset. Det er et mål å få ferdigstilt modulen innen første kvartal 2025.

### 6.3 Kvinner sykdom

En rekke plager og sykdommer som i stor grad rammer kvinner, har betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet. Dette er plager og sykdommer som ikke i seg selv karakteriseres som «kvinnesykdommer» eller knyttes direkte til kvinners biologiske forhold, jf. kapittel 6.1.1.

Kvinnehelseutvalget (154) viser til at kvinner oftere enn menn har lidelser som er kroniske og som har komplekse årsaksmekanismer. Symptomer kan framstå som diffuse, og utredning og diagnostisering kan ta tid. Dette gjør at man trekker plagene med seg gjennom livet, i større grad enn hvis det handler om en akutt skade eller sykdom som lett lar seg diagnostisere og behandle. Spesielt når det gjelder sykdommer som er relatert til hormon- og reproduksjonssystemet, kan det være vanskelig å skille mellom hva som er normalt og hva som er sykdom, da tilstandene for mange normalt sett medfører et visst nivå av smerte eller ubehag. Dette kan resultere i at kvinner går lenge med plager før de oppsøker medisinsk hjelp, og det kan gjøre at de kvier seg for å informere arbeidsgiver selv om tilstandene går ut over arbeidsevnen. Samtidig er åpenhet med arbeidsgiver og god dialog avgjørende for å få til tilrettelegging som treffer de faktiske problemstillingene.

<sup>1</sup> <https://www.nav.no/samarbeidspartner/vold-i-nare-relasjoner>

Kvinnehelseutvalget viser også at de fleste jenter har det godt i Norge i dag, og rapporterer om god fysisk og psykisk helse. En rekke studier viser samtidig at andelen jenter i alderen 13–24 år som rapporterer om psykiske plager som stress har økt de siste tiårene. Et høyt nivå av selvrapporterte psykiske plager er vanligere hos jenter enn hos gutter (174). Ulike undersøkelser har målt og definert psykiske plager ulikt, men rapporterer samtidig om et økt nivå. Andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har økt de siste ti årene, spesielt for jenter og kvinner i alderen 12–24 år. Hele 22 prosent av unge kvinner mellom 16 og 24 år hadde betydelige psykiske plager i 2019. Forekomsten av depresjon er høyere hos jenter enn hos gutter fra tolvårsalderen, og kjønnsforskjellene øker i ungdomstiden før den minker noe igjen (174). Samtidig er den egenvurderte helsen langt bedre blant yngre enn eldre kvinner, primært fordi unge i mindre grad har varig sykdom, begrensinger i hverdagen og funksjonsnedsettelser (151).

Flesteparten av voksne kvinner (25–44 år) har god egenvurdert helse, og kun en liten andel har dårlig helse (151). Samtidig lever mange med ulike plager, som migrene, hodepine og smerter i kroppen. En del opplever også ulike psykiske lidelser som depresjon og angst. Blant middelaldrende kvinner (45–64 år) har livskvaliteten økt noe over tid og nær halvparten er tilfredse med livet. Mange oppgir at de har god helse, men flere enn før har imidlertid søvnproblemer, og det samme gjelder hodepine og kroppslige smerter (151).

Mange middelaldrende kvinner opplever flere plager i muskler og skjelett. Kroniske smerter kan påvirke både arbeidsevne og sykefravær, og muskel- og skjelettlidelser utgjør en høy prosentandel av sykmeldinger generelt.

SSBs rapport om kvinners liv og helse siste 20 år (151) har vist at kunnskapsgrunnlaget er varierende på områder med betydning for kvinners liv og helse. Her viser nye tall at 43 prosent av alle kvinner i alderen 25–44 år har varige eller tilbakevendende hodesmerter. Det er per i dag lite forskning om hvordan kroniske sykdommer og tilstander påvirker arbeidshelsen. Nedsatt arbeidskapasitet, kanskje også i kombinasjon med krevende arbeidsforhold, kan føre til slitasje som igjen gir høyere sykefravær. I rapporten pekes det på at tett oppfølging av leder og individuelle tiltak er suksessfaktorer når det gjelder å stå i jobb med redusert helse. Andre studier peker på at mangel på ledertilgjengelighet kan være en sårbarhet i



situasjoner hvor ansatte med helseutfordringer har behov for dialog og oppfølging og blir forklart med ledernes overbelastning av administrative oppgaver og store kontrollspenn (175).

En del kvinner har høyt blodtrykk og høyt kolesterol, mens det er relativt få som får alvorligere hjerte- og karsykdommer som infarkt, angina og slag. Hjertesykdom kan arte seg ulikt hos kvinner og menn, hvor biologiske og psykologiske kjønnsfaktorer gir variasjon i både risiko og symptomer. Manglende kunnskap om kjønnsforskjell i symptombildet kan resultere i forsinket behandling av kvinner som ikke har de klassiske symptomene på akutt hjertesykdom (154).

## 6.4 Sykdomsatferd

«Den sosiokulturelle hypotesen» legger til grunn at kvinner tilsynelatende har høyere fravær og dårligere helse sammenlignet med menn fordi de har andre normer når det gjelder håndtering av helseplager og jobbfravær. Mastekaasa viser til at for mange, eller trolig de fleste sykdomstilstander er det ikke mulig å gjøre et klart skille mellom sykdommen «i seg selv» på den ene siden og hvordan man reagerer på sykdommen på den andre, eller med andre ord mellom sykdom og sykdomsatferd (150). Dermed er det heller ikke mulig å skille klart mellom sykdom og sosiale eller kulturelle påvirkninger (f.eks. sosiale normer) som årsaker til sykefravær.

En ambisjon om at forskning skal kunne si hvor mye av sykefraværet eller av kjønnsforskjellen i sykefravær som er rent sykdomsbetinget, er derfor urealistisk. Det betyr imidlertid ikke at studier av hvordan kvinner og menn reagerer på sykdomstilstander er uinteressante.

Tidligere forskning gir begrenset forståelse for hvorfor sykefraværet er høyere blant kvinner enn blant menn, men holdninger og normer har blitt foreslått som en forklaring på denne kjønnsforskjellen. Holdningsundersøkelser har vist at kvinner gjennomgående er mindre strenge enn menn i synet på sykefravær (176). I gjennomsnitt synes kvinner i større grad enn menn at det er greit med sykmelding i ulike situasjoner, og de aksepterer oftere lengre sykmeldinger. Kjønnsforskjellen er størst i holdninger til å benytte sykmelding ved store livshendelser. Holdningsundersøkelsen viser ikke kjønnsforskjeller i holdning til mottak av uberettiget trygd. Separate analyser for kvinner og menn viser imidlertid at den økte tilbøyeligheten til å akseptere sykmelding ved omsorg for familie når alderen stiger, kun gjelder

for kvinner, og ikke menn. Det kan ikke slås fast om holdninger forårsaker sykefravær eller om sykefravær forårsaker visse typer holdninger – eller om sykdom påvirker både holdninger og sykefravær. Nossen (177) poengterer f.eks. at det ikke nødvendigvis er slik at mer liberale holdninger er en årsak til kvinners høyere sykefravær – det kan like gjerne være at de som har mer erfaring med helseplager får mer liberale holdninger til sykefravær.

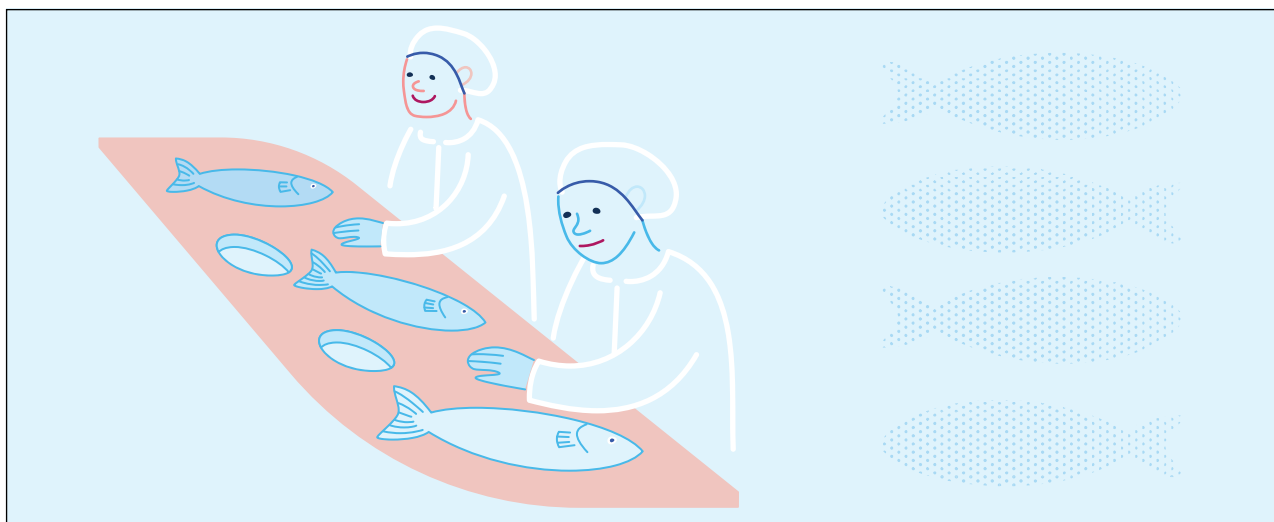
Hellevik mfl. (178) har videre vist at kvinner i snitt har et høyere sykefravær enn menn. Analysen viser at kvinner også har en noe større tilbøyelighet enn menn til å akseptere sykefravær i en situasjon der dette egentlig ikke er berettiget etter regelverket, fordi det medisinske vilkåret ikke er oppfylt (man er strengt tatt frisk nok til å gå på jobb). Kjønnsforskjellen er robust over tid og mellom aldersgrupper. Også når det gjelder spørsmål som spesifiserer ulike typer jobb- eller familierelaterte årsaker til sykefravær, er menn gjennomgående mer restriktive enn kvinner i synet på om det er rimelig med sykefravær og hvor lenge et eventuelt fravær bør vare. Resultatene tyder på at ulik tilknytning til arbeidslivet betyr mer enn ulikheter i familiesituasjon. At menn har lengre arbeidsuker og oftere lederstillinger enn kvinner er noe av forklaringen på hvorfor de er mindre villige enn kvinner til å godta sykefravær når man strengt tatt er frisk nok til å gå på jobb. Kvinner og menns familiesituasjon ser derimot ut til å bety lite for holdningsforskjellen, først og fremst fordi det her er mindre variasjon mellom kjønnene sammenlignet med forskjellene i arbeidssituasjon, men også fordi effekten av familievariablene på sykefraværsholdning er svakere. Endelig er kvinner og menn mer uenige om hvorvidt det er noen grunn til sykefravær i forbindelse med en vanskelig eller slitsom arbeidssituasjon, enn en situasjon med omsorgsbehov i familien. Høyest grad av samstemthet mellom kjønnene finner man i synet på sykefravær og sykefraværslengde når det er spørsmål om å ta seg av syke barn. Det vises for øvrig i kapittel 6.1.2, til at kvinner kan være moderat mer tilbøyelige til å bruke sykefravær til å ta vare på eldre foreldre (166, 167).

Begrepet «sykenærvar» beskriver en situasjon hvor arbeidstaker møter på arbeid når en burde ha vært fraværende på grunn av sykdom eller helseplager (179). Sykenærvar er ofte et resultat av en kombinasjon av individuelle og organisatoriske faktorer. Individuelle faktorer kan være helseproblemer, stress og personlige forventninger til arbeidsprestasjon, mens organisatoriske faktorer kan omfatte arbeidsmiljø, ledel-

sespraksis og kulturelle normer på arbeidsplassen (180). Aronsson og Gustafsson har undersøkt hvordan sykenærvær kan ha langsiktige negative konsekvenser for både individet og organisasjonen (179). De argumenterer for at ansatte som opplever sykenærvær, ofte har høyere risiko for framtidig sykefravær, noe som kan påvirke produktiviteten og arbeidsmiljøet negativt (180, 181). Sykenærvær har tidligere vist å ha negative konsekvenser, ikke bare for den enkelte arbeidstaker, men også for kollegaer, organisasjon og samfunnet (179, 181, 182). Likevel kan sykenærvær også ses på som en ressurs fordi arbeid i seg selv kan virke helsefremmende for arbeidstakeren.

«Restitusjon» innebærer å gjenopprette fysisk og psykisk helse etter sykdom eller stress (183). Aktiviteter som fremmer restitusjon, som fysisk trening og psykologisk avkobling fra arbeid, er negativt assosiert med symptomer på belastning og positivt assosiert med velvære. Dette indikerer at ansatte som får tilstrekkelig tid og mulighet til å restituere seg, er mindre tilbøyelige til å oppleve sykenærvær og til å ha en bedre helse generelt. Samtidig kan sykenærvær også ha negative konsekvenser for restitusjon. Når ansatte møter opp på jobb til tross for helseproblemer, kan dette hindre dem i å oppnå tilstrekkelig restitusjon, noe som kan føre til en forverring av deres helse og økt risiko for framtidig sykefravær (184, 185).

Kvinner søker helserelatert hjelp oftere enn menn, bl.a. for psykiske lidelser, som historisk sett har vært mer utbredt blant kvinner. I denne sammenheng kan det vises til at arbeidslivet i Norge er kjønnsdelt, og at kvinner og menn har ulikt omfang og type av eksponeringer i arbeidet. Kvinnedominerte arbeidsplasser preges i større grad av psykososiale arbeidsmiljøeksponeringer, som f.eks. emosjonelle og relasjonelle krav, jf. kapittel 4. Løset mfl. har undersøkt om kjønnsforskjellen i sykefravær gjenspeiler kjønnsforskjeller i sykefraværsholdninger eller kjønne normer for sykefravær i samfunnet (186). Analysene er basert på data fra et faktorundersøkelsesforsøk som omfattet 1 800 mannlige og kvinnelige sysselsatte respondenter i Norge i 2016. Løset mfl. fant ikke vesentlige kjønnsforskjeller, verken i holdninger til sykefravær eller sykefraværnormer. Videre analyser indikerte imidlertid mer tolerante sosiale normer for sykefravær for ansatte i kjønnsdominerte yrker enn for ansatte i kjønnsintegreerte yrker. Dette mønsteret kan være et resultat av typen arbeid som tilskrives disse yrkene snarere enn deres kjønns sammensetning. Løset mfl. konkluderte derfor med at utbredte holdninger og normer for sykefravær neppe er drivere for kjønnsforskjellen i sykefravær.



Figur 7.1

## Kapittel 7

# Rammebetingelser og oppfølgingstiltak

### 7.1 Myndighetenes rammer og oppfølging

Lovgivning er et viktig styringsverktøy på arbeidslivsområdet. I forarbeidene til arbeidsmiljøloven av 2005 er regjeringens mål for et arbeidsliv med plass for alle uttrykt slik:

Utfordringen er å legge forholdene til rette slik at flest mulig som er i arbeid forblir, og at de som er i ferd med å falle ut trekkes inn igjen, og at de som ikke er i arbeid gis mulighet til å delta og bidra. Målet er et arbeidsliv hvor flere kan bidra ut fra de ressurser de har til rådighet og hvor flest mulig ønsker og er i stand til å bli i arbeidslivet inntil pensjonsalderen (10).

En sentral avveining i forbindelse med lovrevisjonen i 2005 var å beskytte arbeidstakerne, samtidig som det skulle tas hensyn til behovet for frihet, fleksibilitet og verdiskaping i virksomhetene. I forarbeidene er det videre vist til at det er *bred enighet om at arbeidsplassen er den viktigste arena for å forebygge sykefravær og at arbeidstakere varig faller ut av arbeid*. Det er vist til at de pliktene som arbeidsmiljøloven og forskriftene pålegger arbeidsgiver med planmessig arbeid med forebyg-

ging og tilrettelegging på arbeidsmiljøområdet, er et viktig virkemiddel i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv.

Arbeidsmiljølovens formål er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. Loven har også som formål å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, og bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Det framgår av forarbeidene at målformuleringen gir uttrykk for lovens ideelle siktemål og tilkjenner derved en viktig visjon i arbeidsmiljøarbeidet, noe å strebe mot. Kravet er en rettslig standard, og et dynamisk begrep, som innebærer at innholdet endres som følge av den teknologiske utviklingen, endringer i kunnskap osv. Det betyr bl.a. at en arbeidsmiljøstandard som var ansett som «fullt forsvarlig» i 1977, ikke nødvendigvis er det i 2025.

Dette er også noe av bakgrunnen for at arbeidsmiljøloven er utformet som en rammelov eller fullmaktslov. Det betyr at hovedprinsippene på området framgår direkte av loven, mens de mer konkrete kravene framgår av forskrifter fastsatt av regjeringen eller forvaltningen.

Et fellestrekk i den norske arbeidervernlovgivningen, har fra starten av vært et ønske om at

loven i størst mulig grad skal gjelde alle arbeidstakere, uansett kjønn og alder. Bortsett fra bestemmelser om beskyttelse av barn og unge og gravide, er det med få unntak ikke særbestemmelser knyttet til kvinners arbeidssituasjon.

Det jobbes kontinuerlig med regelverksutvikling for å sikre at regelverket er i tråd med det til enhver tid gjeldende risikobildet i arbeidslivet. Bl.a. pågår det et omfattende arbeid med å utvikle regelverket på psykososialt område, hvor det foreslås å tydeliggjøre arbeidsmiljøfaktorer som har betydning for arbeidshelse, f.eks. emosjonelle belastninger. Denne faktoren er til stede på mange av de kvinnedominerte arbeidsplassene. Et forslag om endringer i arbeidsmiljøloven § 4-3 om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet og utdypende bestemmelser i forskrift om utførelse av arbeid var på høring høsten 2024, og er nå til vurdering i Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

En rekke bestemmelser i arbeidsmiljøloven har betydning for helse og velferd, selv om de ikke regulerer risikofylt arbeid. Det gjelder f.eks. krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontroll), kontraktsvern, rett til permisjon, fortrinnsrettigheter ved deltidsarbeid og rett til fast stilling for midlertidig ansatte. En framstilling av disse reglene er tatt med i den grad de har betydning for kvinners helse og velferd.

Vern mot diskriminering på grunn av bl.a. kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon og omsorgsoppgaver reguleres av likestillings- og diskrimineringsloven, se nærmere om dette i kapittel 7.1.3.12.

Økonomiske ytelser ved permisjoner reguleres av folketryktdloven, og er tatt med under de enkelte punktene hvor permisjonsrettighetene behandles.

Flere internasjonale initiativ innebærer folkerettslige bindinger for Norge. Bl.a. har Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO) spilt en sentral rolle i utviklingen av standarder i arbeidslivet gjennom konvensjoner som er bindende for medlemslandene når de er ratifisert. ILO har hatt beskyttelse mot jobbrelatert død, sykdom og skade som et hovedmål siden organisasjonen ble opprettet i 1919. ILO kommer også med rekommandasjoner (anbefalinger) og overvåker hvordan medlemsstatene etterlever sine forpliktelser. Norge har ratifisert 112 ILO-konvensjoner og tre protokoller, og er blant de medlemslandene som har ratifisert flest.

I 2022 besluttet ILO at helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal inkluderes som en femte kategori av grunnleggende rettigheter i arbeidslivet i til-

legg til organisasjonsfrihet og rett til kollektive forhandlinger, avskaffelse av alle former for slaveri og tvangsarbeid, eliminering av barnarbeid og avskaffelse av diskriminering i arbeidslivet. I praksis betyr det at alle ILOs medlemsland forplikter seg til å respektere og fremme retten til et trygt og sunt arbeidsmiljø, enten de har ratifisert de relevante konvensjonene (konvensjon 155 og 187) eller ikke. Norge har ratifisert begge, og har rapportert til ILO at norsk politikk er i samsvar med konvensjonene.

Det følger av ILO-konvensjon 155 om sikkerhet og helse og arbeidsmiljøet at hver medlemsstat i samråd med de mest representative arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner skal utforme og sette i verk sammenhengende nasjonale retningslinjer for sikkerhet og helse i arbeidsmiljøet og med faste mellomrom gjennomgå dem på ny. ILO-konvensjon 187 om rammeverk til fremme av sikkerhet og helse i arbeidslivet har bl.a. som formål at medlemslandene kontinuerlig skal arbeide for å forbedre sikkerheten og de helsemessige forholdene i arbeidslivet, for å forebygge skader, sykdom og dødsfall, gjennom utvikling av en nasjonal politikk, et nasjonalt system og et nasjonalt program, i samråd med de mest representative arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene.

EØS-avtalen er en folkerettslig avtale mellom EFTA-landene (med unntak av Sveits) og EU-statene som integrerer EFTA-statene i EUs indre marked. Formålet er å fremme åpen markedsadgang og likebehandling, uansett landbakgrunn i hele EØS-området for varer, tjenester, arbeid og kapital. Avtalen danner i tillegg grunnlag for samarbeid på en rekke områder. Reguleringen av arbeidslivet i EU/EØS består grovt skissert av to elementer: regelverket for det indre marked og EUs sosiale dimensjon, som inkluderer minstepandarder for arbeidsmiljø og arbeidstakerrettigheter.

Rammedirektivet (89/391/EØF) er det grunnleggende direktivet på arbeidsmiljøområdet som setter de generelle prinsippene for helse og sikkerhet på arbeidsplassen. Andre viktige direktiver på området er direktivet om arbeidsplasser (89/654/EØF), direktivet om bruk av arbeidsutstyr (89/655/EØF), direktivet om personlig verneutstyr (89/656/EØF), direktivet om kjemiske agenser (98/24/EF) og direktivet om biologiske agenser (2000/54/EF).

Arbeidstidsdirektivet (2003/88/EF) fastsetter minimumskrav til arbeidstid, inkludert daglige og ukentlige hvileperioder, maksimal ukentlig arbeidstid, og årlig ferie. Direktivene om midlerti-

## Boks 7.1 Nasjonale arbeidsmiljøstrategier

### Danmark

Den danske regjeringen og arbeidsmarkedets parter har inngått en trepartsavtale som setter mål for arbeidsmiljøet fram mot 2030 (188).

Det er avtalt fire nye nasjonale mål for arbeidsmiljøinnsatsen som skal fremme et mer sikkert og sunt arbeidsmiljø, og at sentrale aktører på arbeidsmiljøområdet trekker i samme retning:

- *Arbeidsulykker*: Reduksjon av arbeidsrelaterte ulykker.
- *Kjemisk arbeidsmiljø*: Forbedring av håndtering og forebygging av kjemiske farer.
- *Ergonomisk arbeidsmiljø*: Reduksjon av belastningsskader gjennom bedre ergonomi.
- *Psykisk arbeidsmiljø*: Forbedring av det psykiske arbeidsmiljøet for å redusere stress og psykiske plager.

Trepartsavtalen understreker også viktigheten av forebygging på arbeidsplassene og å fremme samarbeid mellom ledelse og ansatte for å oppnå et trygt og sunt arbeidsmiljø.

Avtalen har også satt i gang et ambisiøst forskningsspor for å oppnå bedre kunnskap som kan inkluderes i målene på lang sikt. Arbeidet er et ledd i implementeringen av den nye nasjonale forskningsstrategien for arbeidsmiljø.

### Sverige

Sverige har implementert EUs HMS-strategi gjennom flere tiltak og initiativer:

- Nasjonal strategi*: Sverige har oppdatert sin nasjonale arbeidsmiljøstrategi for å reflektere EUs prioriteringer, inkludert fokus på digitalisering, grønn omstilling og demografiske endringer
- Forebygging av ulykker og sykdommer*: Sverige har styrket sine forebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelaterte ulykker og sykdommer. Dette inkluderer kampanjer og opplæring for å fremme en kultur for risiko-forebygging
- Beredskap for helsekriser*: Basert på erfaringer fra COVID-19-pandemien, har Sverige forbedret sin beredskap for å håndtere framtidige helsekriser
- Sosial dialog*: Sverige fremmer aktivt sosial dialog mellom myndigheter, arbeidsgivere og arbeidstakere for å sikre effektiv implementering av HMS-tiltak
- Datainnsamling og analyse*: Sverige samler inn og analyserer data om arbeidsmiljøet for å identifisere risikoer og forbedringsområder

dig ansettelse (2008/104/EF) og deltidsansatte (97/81/EF) skal sikre at midlertidig ansatte og deltidsansatte har samme arbeidsvilkår som fast ansatte. Det er også fastsatt direktiver om f.eks. informasjon og konsultasjon (2002/14/EF), vikararbeid (2008/104/EF) og utsending av arbeidstakere i forbindelse med tjenesteyting (96/71/EF).

Direktivet om likestilling (2006/54/EF) skal fremme likestilling mellom menn og kvinner i arbeidslivet, inkludert lik lønn for likt arbeid.

### EUs arbeidsmiljøstrategi

EUs strategiske ramme for helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen 2021–2027 (187) definerer de viktigste prioriteringene og tiltakene for å forbedre arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet i medlemslandene og håndtere raske endringer i økonomi, demografi og arbeidsmønstre. Bl.a. følgende nøkkelområder er løftet fram:

- *Forutse og håndtere endringer i arbeidslivet*: Dette inkluderer å håndtere digitalisering, nye arbeidsformer og demografiske endringer.
- *Forbedre forebygging av arbeidsrelaterte ulykker og sykdommer*: Dette innebærer å styrke forebyggende tiltak og fremme en kultur for risiko-forebygging.
- *Øke beredskapen for framtidige helsekriser*: Lære av COVID-19-pandemien for å forbedre beredskapen og responsen på framtidige helsekriser.

Strategien legger også vekt på å fremme mental helse på arbeidsplassen, bekjempe yrkesrelatert kreft og forbedre håndhevelsen av HMS-regelverk.

For å implementere EUs HMS-strategi 2021–2027 og sikre et trygt og sunt arbeidsmiljø for alle arbeidstakere i EU har medlemslandene fått flere konkrete oppgaver:

### **Boks 7.2 Det svenske Arbeidsmiljøverkets særskilte innsats innenfor kvinnedominererte sektorer og arbeidsplasser**

I *Arbetsmiljöverkets rapport om särskilda förebyggande insatser inom kvinnodominerat arbete (189)* konkluderes det med at det er de organisasjonene/virksomhetene som arbeider systematisk med kvalitetsarbeid som lykkes best med å drive utvikling og forandring når det gjelder arbeidsmiljø og likestilling.

Den svenske satsingen på arbeidsmiljø i kvinnedominererte sektorer fokuserer på å forbedre arbeidsforholdene for ansatte, spesielt kvinner, i disse sektorene. Her er noen hovedpunkter fra satsingen:

#### *Forebyggende tiltak:*

Implementering av spesifikke forebyggende tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet, som inkluderer ergonomiske forbedringer og tiltak for å redusere arbeidsrelatert stress.

#### *Kompetanseutvikling:*

Økt fokus på opplæring og kompetanseutvikling for ansatte og ledere for å sikre bedre forståelse og håndtering av arbeidsmiljøutfordringer.

#### *Inspeksjoner og evalueringer:*

Regelmessige inspeksjoner og evalueringer av arbeidsmiljøet for å identifisere og adressere problemer tidlig.

#### *Kommunikasjon og samarbeid:*

Styrking av kommunikasjon og samarbeid mellom ulike aktører, inkludert arbeidsgivere,

ansatte og fagforeninger, for å fremme et bedre arbeidsmiljø.

#### *Jämställdhetsintegrering:*

Integrering av et kjønnsperspektiv i arbeidsmiljøarbeidet for å sikre at tiltakene tar hensyn til de spesifikke utfordringene kvinner møter i arbeidslivet.

En gjennomgang av kunnskapsoppsummeringer i prosjektet viste at:

- det kreves et kjønnsperspektiv for å synliggjøre hva som fører til helse/uhelse
- kvinner og menn befinner seg i ulike sektorer i arbeidsmarkedet med ulike vilkår og arbeidsmiljørisikoer
- selv der hvor kvinner og menn arbeider innenfor samme virksomhet og yrke gjør de ulike arbeidsoppgaver med ulike fysiske og mentale belastninger
- fysisk og emosjonell belastning i de kvinnedominererte sektorene er negative følger av arbeidsvilkår og arbeidsmiljø
- det høye sykefraværet er relatert til organisatoriske og sosiale faktorer i arbeidsmiljøet
- innenfor kommunene trengs tiltak på sentralt nivå. Det er behov for å diskutere hvordan tiltak kan gjennomføres
- det er behov for en gjennomgang av og større samarbeid mellom ulike aktører med ansvar for arbeidsmiljøarbeidet; arbeidsgivere, arbeidstakere, bedriftshelsetjeneste og myndigheter

1. *Oppdatere nasjonale strategier:* Medlemslandene må oppdatere sine nasjonale arbeidsmiljøstrategier i tråd med EUs prioriteringer. Dette inkluderer å fokusere på grønn, digital og demografisk omstilling.
2. *Forebygging av ulykker og sykdommer:* Landene må styrke forebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelaterte ulykker og sykdommer. Dette innebærer å jobbe mot en nullvisjon for arbeidsrelaterte dødsfall.
3. *Øke beredskapen:* Medlemslandene må forbedre sin beredskap for å håndtere nåværende og framtidige helsekriser, basert på erfaringer fra COVID-19-pandemien.
4. *Sosial dialog:* Det er viktig å fremme dialog mellom myndigheter, arbeidsgivere og arbeidstakere for å sikre effektiv implementering av HMS-tiltak.
5. *Finansiering og håndheving:* Landene må sikre tilstrekkelig finansiering og effektiv håndheving av HMS-regelverk. Dette inkluderer å gjennomføre inspeksjoner og overvåke etterlevelse.
6. *Datainnsamling og analyse:* Medlemslandene må samle inn og analysere data om arbeidsmiljøet for å identifisere risikoer og forbedringsområder.

På bakgrunn av økningen i «uhelse» i kvinnedominerte sektorer gjennomførte Arbeidsmiljøverket prosjektet «Kvinnors arbeidsmiljø» i perioden 2011–2016. Prosjektet ble videreført i en særskilt satsing for å skape bedre arbeidsmiljø for både kvinner og menn i kvinnedominerte sektorer med høyt sykefravær, se boks 7.2.

### 7.1.1 Utviklingen av arbeidervernlovgivningen

I tiden før fabrikktilsynsloven fra 1892, var arbeidervernlovgivningen knyttet til vern av særskilte grupper arbeidstakere, som tjenestefolk, håndverksarbeidere i byene, sjøfolk, bergverksarbeidere og jordbruksarbeidere. I 1885 nedsatte Indredepartementet en arbeiderkommisjon som fikk i oppdrag å komme med forslag til lov for vern av arbeidstakerne mot ulykker, og om offentlig tilsyn med arbeidsforholdene i fabrikker. I innstillingen som ble gitt i 1887, ble det også foreslått bestemmelser om begrensninger i arbeidstiden, inkludert innskrenkninger i muligheten til å benytte nattarbeid, kontraktsvern og særregler for kvinner, barn og unge.

Forslaget var omdiskutert, og etter flere utsettelser ble loven vedtatt i 1892 og trådte i kraft 1. juli 1893. Fabrikktilsynsloven (190) innførte et generelt vern for arbeidstakere i «enhver fabrikkmessig drevet virksomhet». Selv om behovet for vernebestemmelser kunne ha sin opprinnelse i kvinnedominerte virksomheter, ble bestemmelsene gjort gjeldende for alle. Tilsynet skulle utføres av to fabrikkinspektører og av kommunale tilsynsorganer.

Det ble utover 1900-tallet vedtatt flere endringer i fabrikktilsynsloven, bl.a. ble det i 1909 besluttet at en av fabrikkinspektørene skulle være kvinne, og «Det kvinnelige fabrikkinspektorat» skulle ha ansvaret for de kvinnelige arbeidsplassene. Dette kunne være arbeid i tekstilindustrien, bryggerier og mineralvannfabrikker, fyrstikkfabrikker og bakerier. Den første kvinnelige fabrikkinspektøren var Betzy Kjelsberg, som hadde denne stillingen i perioden 1910 til 1936.

I 1919 ble arbeidstiden satt ned til 48 timer per uke, og åtte-timersdagen ble innført.

Først i 1936 ble en ny lov om arbeidervern vedtatt. Loven dekket med få unntak alle arbeidsforhold til lands, og kan kalles den første alminnelige arbeidervernlov. Alminnelige regler om vern mot usaklig oppsigelse og om rett til ferie ble innført. Med enkelte mindre endringer ble loven av 1936 stående til 1956, da en ny arbeidervernlov ble vedtatt. Denne inneholdt en rekke nye regler,

bl.a. om utvidet ansvar for arbeidsgiver på arbeidsplasser med flere arbeidsgivere, om det organiserte vernearbeidet, om adgang til å påby legekontroll og om oppsigelsesvern for sykmeldte arbeidere.

Samfunnsutviklingen og utvikling av teknologi i industrien, førte etter hvert til behov for en ny og mer moderne arbeidervernlovgivning. Kommunal- og arbeidsdepartementet satte i 1974, i gang arbeidet med en større revisjon av arbeidsmiljøloven. Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv., trådte i kraft 1. juli 1977. Kravet om at både fysisk og psykisk arbeidsmiljø skulle være fullt forsvarlig, ble for første gang presisert i arbeidsmiljøloven av 1977.

I løpet av 1980- og 1990-tallet ble det betydelig mer søkelys på psykososiale og organisatoriske risikofaktorer på arbeidsplassen. På 2000-tallet ble det innført mer spesifikk lovgivning og veiledning om psykososialt arbeidsmiljø. På bakgrunn av Arbeidslivslovutvalgets (191) forslag kom dagens arbeidsmiljølov i 2005 med vesentlige endringer, og erstattet arbeidsmiljøloven av 1977. I 2005-loven om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven) ble reglene om krav til organisatoriske og psykiske faktorer i arbeidsmiljøet styrket, bl.a. ved at loven fikk en egen bestemmelse om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet i § 4-3. Det ble tydeliggjort at arbeidsgivere har ansvaret for å identifisere og håndtere risikofaktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet som kan påvirke arbeidstakernes fysiske og psykiske helse.

#### 7.1.1.1 Krav til kvinners arbeidsmiljø og arbeidsforhold

Kvinnehelse har fra arbeiderkommisjonen i 1885, vært tema i diskusjonene om hvilke krav som skulle stilles til arbeidervernlovgivningen. Dette handlet i hovedsak om kvinners arbeid og fikk betydning for fertilitet, svangerskap, fødsel og moderskap, se oversikt over utvikling av rettigheter i boks 7.5.

Fra starten av var det forbud mot at barn og unge menn under 16 år, og kvinner uansett alder, skulle benyttes til arbeid «under dagen» ved bergverksvirksomhet. I tillegg skulle ikke kvinner benyttes til

rensning, smøring eller ettersyn av akselledninger eller maskiner under gang, eller pålegging av remme, taug eller deslike på omdreie skiver, mens disse er i bevægelse, uden hvor det er aldeles ufarlig.

Begrunnelsen var at kvinnes bekledning kunne innebære en særskilt risiko.

I forbindelse med endringene i fabrikktilsynsloven i 1915 ble det innført forbud mot å ansette fruktsommelige kvinner i virksomheter med særskilte risikoforhold. Forslaget var opprinnelig ment å omfatte alle kvinner, fordi

Den beskyttelse hvormed kvinders sysselsættelse i industrielle virksomheter antages at burde være omgjærdet, antages det at være inkonsekvent alene at la fruktsommelige kvinder bli tildel. Denne beskyttelse er begrundet dels i kvinders svakere fysiske kræfter og dels nødvendigheten av at beskytte moderskapet.

Forslag om forbud mot nattarbeid ble diskutert i flere omganger. Det ble påpekt at nattarbeid hadde uheldige virkninger på helse, og burde begrenses i størst mulig grad for alle. Etter omfattende diskusjoner ble nattarbeid tillatt for voksne menn og kvinner, mens det ble innført begrensninger for barn og unge.

I kraft av samfunnsutviklingen i første del av 1900-tallet, ble innstramningene for barn og unge stadig utvidet, men det ble flere ganger tatt opp at også kvinner burde være underlagt forbudet mot nattarbeid.

Medicinaldirektøren (192) begrunner dette slik i 1914:

Men for kvinderne kommer her særlige momenter til, som gjør de uheldige virkninger av natarbeidet, navnlig naar det fortsættes gjennom længre tid, særlig fremtrædende for deres vedkommende. Deres legemskräfte er gennemgaaede mindre end mændenes, og deres nervesystem bringes – gjennemsnitlig set – lettere ut av likevegt. Hertil kommer, for saavidt angaar de kvinder som er hustruer eller mødre, at de har endnu vanskeligere end mændene til at skaffe sig den fornødne hvile og søvn i løpet av dagen. Fra et hygienisk standpunkt maa det derfor ansees for en fordel, at kvinders natarbeide i industrien mest mulig indskrænkes.

Ifølge historikeren Edvard Bull (193) falt forsøket på å innføre lovforbud mot nattarbeid for kvinner etter sterk motbør fra deler av kvinnebevegelsen. Lovforbudet ble av den borgerlige delen av kvinnebevegelsen ansett som et angrep på kvinners rett til lønnet arbeid til fordel for mennene, og derfor også et angrep på kvinnefrigjøringen og kampen for kvinners rettigheter. Arbeiderkvin-

nene derimot ønsket flere særregler til beskyttelse av kvinnelige arbeidstakere. LO ønsket derimot ikke forskjellsbehandling i regelverket, og gikk imot forslaget. Et generelt forbud mot nattarbeid for kvinner ble aldri vedtatt i norsk lov, selv om dette ikke var uvanlig i andre europeiske land på denne tiden.<sup>1</sup>

Betzy Kjelsberg var opptatt av sanitære forhold på arbeidsplassene, og fikk gjennomført en rekke hygienetiltak i virksomhetene. Det var særlig muligheten til håndhygiene og bedring av kvaliteten på spiserom hun ivret for. Hun var også en forkjemper for sikker bekledning for kvinner som arbeidet ved maskiner, og bestemmelser om disse forholdene kom etter hvert på plass i lovverket. I tillegg anbefalte tilsynet at det på arbeidsplasser med mye stående arbeid skulle være et passende antall sitteplasser, dersom det var mulig. Det ble antatt at dersom man ikke i ledige stunder fikk sitte ned, kunne dette ha betydning for kvinnes helse, særlig knyttet til moderskap.

I forbindelse med forslag til revisjon av fabrikktilsynsloven i 1914, foreslo Betzy Kjelsberg at det ikke skulle være noen grense for antall ansatte i en virksomhet<sup>2</sup> for at virksomheten skulle komme inn under loven. Kjelsberg viste til at det i de minste virksomhetene både var barn og kvinner som jobbet under vanskelige arbeidsforhold. Hun foreslo også at det i tillegg til de virksomhetene som allerede var underlagt tilsynet, skulle tas med flere typer virksomheter som benyttet kvinnelig arbeidskraft, bl.a. sykeetablissementer, vaskerier og strykerier, i tillegg til arbeid ved sjoddi- og fillerivingsanlegg.<sup>3</sup> Hun mente at det også var behov for å beskytte arbeidere i hjemmeindustrien.

Ved lov 1913 ble innførsel, tilvirkning eller salg av fyrstikker med hvitt fosfor forbudt. Bruk av fosfor i fyrstikkproduksjonen førte til fosfornekrose, som angrep kjevebena og var invalidiserende. Streiken ved fyrstikkfabrikkene Bryn og Grønvold i 1889 hadde sitt utspring i bruken av fosfor og dennes konsekvenser, hvor kravene fra fyrstikkpakkere både innbar opprettholdelse av lønn, og bedre sanitærforhold (190).

Særbestemmelsene om forbud mot å sette kvinner til arbeid «under dagen», og til beskyttelse mot farlig arbeid, ble ikke videreført i den

<sup>1</sup> Norge har ikke vedtatt ILO-konvensjon nr. 4 (1921) da det i artikkel 3 er et generelt forbud mot nattarbeid for kvinner.

<sup>2</sup> Grensen i fabrikktilsynsloven for en del type virksomhet, var minst fem menn.

<sup>3</sup> Sjoddi og fillerivingsanlegg ble underlagt lov om arbeidsbeskyttelse i 1915, og det ble utferdiget særskilte forskrifter for å ivareta sikkerheten.



nye arbeidervernloven i 1936. Sterk motstand fra en rekke kvinneorganisasjoner mot slike særbestemmelser, medførte at forslaget falt under stortingsbehandlingen. Kun bestemmelsene om rettigheter for barselkvinner ble videreført.

Arbeidsmiljøloven av 1977 hadde ingen særbestemmelser rettet spesielt mot kvinner, bortsett fra rettigheter om permisjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Det ble imidlertid gitt hjemmel til å gi «forskrifter om begrensninger i adgangen til å sysselsette visse grupper av arbeidstakere som i særlig grad kan være utsatt for ulykkes- eller helsefare.» Forarbeidene viser til at lovens intensjoner er at «også gravide eller fertile kvinner skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, uansett hvor de sysselsettes. Særregler må bare bli aktuelt der hvor tilfredsstillende vern ikke kan oppnås på annen måte.»

I perioden 1980–1997 ble det fastsatt bestemmelser om forbud mot arbeid under svangerskap, grenseverdier, kontroller og omplassering i følgende forskrifter:

- 1980: Forskrift om håndtering av cytostatika § 5
- 1984: Forskrift for arbeid med narkosegasser § 17
- 1985: Forskrift om arbeid med ioniserende stråling §§ 3 og 6
- 1995: Forskrift om forplantningsskader og arbeidsmiljø
- 1997: Forskrift om arbeid med bly og blyforbindelser §§ 13 og 17

Arbeidsmiljøloven av 2005 har fulgt systemet i 1977-loven, og har kun bestemmelser knyttet til permisjonsrettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel m.m. Ved forskriftssammenslåingen i 2011, ble bestemmelsene om vern av barselkvinner og kvinner i fertil alder flyttet over til et eget kapittel i forskrift om utførelse av arbeid (194) kapittel 7 om arbeid med fare for forplantningsskader.

Her stilles det på generelt grunnlag, krav til arbeidsgivers plikter til risikovurderinger, informasjon og tiltak ved arbeid med fare for forplantningsskader. I tillegg er det gitt forbud mot at gravide og ammende arbeidstakere skal settes til arbeid når risikovurderingen viser at arbeidet kan medføre forplantningsskade.

Forskriften gir arbeidsgiver plikt til omplassering av gravide og ammende arbeidstakere, der det er risiko for forplantningsskader på barnet. Krav til omplassering gjelder også andre arbeids-

takere i forplantningsdyktig alder, dersom det er nødvendig og praktisk mulig.

I forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer, er grenseverdiene som tidligere sto i de forskjellige forskriftene samlet. I tråd med økt kunnskap om de forskjellige faktorenes innvirkning på helsen, skjer det stadig endringer i disse verdiene, og forskriften oppdateres fortløpende.

### 7.1.2 Dagens rettslige rammer

I det følgende redegjøres det for rettslige rammer som er av særlig relevans for kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet.

Den mest omfattende loven som ivaretar helse-, miljø- og sikkerhet på arbeidsplassene er arbeidsmiljøloven. Også likestillings- og diskrimineringsloven og folketrygdloven er viktige verktøy for arbeidstakernes helse.

Det framgår av forarbeidene til arbeidsmiljøloven (10) at formålsbestemmelsen først og fremst skal gi veiledning, ved at den angir retning, gir inspirasjon og gir uttrykk for lovens overordnede visjon og verdisyn, jf. også kapittel 7.1.

#### Boks 7.3 Arbeidsmiljøloven § 1-1 Lovens formål

Lovens formål er:

- a. å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet,
- b. å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet,
- c. å legge til rette for et godt yringsklima i virksomheten,
- d. å legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon,
- e. å gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomhetene selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet,
- f. å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Formålsbestemmelsen har imidlertid en realitet utover det rent veiledningsmessige. Den gir informasjon om regelverkets hensikt og viktige forutsetninger som ligger til grunn for reglene. Den vil derfor ha en mer eller mindre direkte rettslig betydning, selv om formålsbestemmelsen i seg selv ikke innebærer noen bindende materiellrettslig regulering. Tolkning av lovens materiellrettslige bestemmelser skal skje i lys av formålet og formålsbestemmelsen kan derfor etter omstendighetene være avgjørende for tolkningsresultatet.

Det følger direkte av arbeidsmiljøloven § 1-9 at den ikke kan fravikes til ugunst for arbeidstaker med mindre det er særskilt fastsatt. Det betyr at det er lov å inngå avtaler eller legge til rette for andre ordninger som er bedre enn lovens minstekrav, men at det som den klare hovedregel er forbudt for arbeidsgiver å ha dårligere arbeidsavtaler eller arbeidsvilkår enn det som følger av loven. Mange tariffavtaler har bestemmelser som sikrer arbeidstakerne bedre rettigheter enn det loven gir. Bl.a. er normalarbeidsuken i loven 40 timer per uke, mens den er 37,5 timer etter tariffavtalene.

På enkelte områder kan loven likevel fravikes, men for at dette skal være lovlig må det skje på den måten som loven gir anvisning om i det enkelte tilfellet, f.eks. ved skriftlig avtale eller tariffavtale. Også bestemmelser i tariffavtalen må vike for lovens regler hvis de er i strid med disse.

#### *7.1.2.1 Arbeidsgivers ansvar for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø*

Arbeidsmiljøloven § 2-1 tredje ledd slår fast at arbeidsgiver skal sørge for at bestemmelsene i arbeidsmiljøloven blir overholdt.

Arbeidsgiver kan delegere oppgaver i forbindelse med gjennomføringen av lovens krav til lavere nivå i virksomheten, men dette fritar ikke arbeidsgiver fra det overordnede ansvaret. Det betyr at arbeidsgiver selv, eller den som i dennes sted leder virksomheten, må vurdere hvordan arbeidsmiljøproblemene best kan løses og hvordan myndighet kan delegeres slik at kravene overholdes.

Arbeidsgiver har plikt til å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven § 4-1 første ledd. Kravet er en rettslig standard, og et dynamisk begrep, som innebærer at innholdet endres i forhold til den teknologiske utviklingen, endringer i kunnskap osv. Det betyr bl.a. at en arbeidsmiljøstandard som var ansett som «fullt forsvar-

lig» i 1977, ikke nødvendigvis er det i 2025. Videre har arbeidsgiver det overordnede ansvaret for å ta i bruk arbeidsmiljølovens virkemidler for å oppnå et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Dette innebærer at arbeidsgiver bl.a. har ansvar for:

- at organisatoriske, psykososiale, ergonomiske, fysiske og tekniske, kjemiske og biologiske arbeidsbetingelser enkeltvis og samlet ikke påfører arbeidstakerne uheldige helsebelastninger eller skade (bl.a. arbeidsmiljøloven kapittel 4 og kapittel 10)
- en organisert vernetjeneste (arbeidsmiljøloven kapittel 6 og 7)
- at det drives et systematisk arbeidsmiljøarbeid (arbeidsmiljøloven § 3-1)
- å være tilknyttet godkjent bedriftshelsetjeneste når risikoforholdene i virksomheten tilsier det (arbeidsmiljøloven § 3-3 og forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-1)

#### *7.1.2.2 Arbeidstakers medvirkningsplikt*

Arbeidsmiljøloven § 2-3 pålegger arbeidstakere å medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetenes systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Arbeidstakere skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføringen av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Arbeidstaker skal bl.a. sørge for at arbeidsgiver eller verneombudet blir underrettet så snart arbeidstaker blir kjent med at det forekommer trakassering eller diskriminering på arbeidsplassen.

#### *7.1.2.3 Det forebyggende aspektet – grunntanken bak loven*

Arbeidsmiljøloven § 4-1 andre ledd første punktum presiserer lovens forebyggingsaspekt. Ved planlegging og utforming av arbeidet skal det legges vekt på å forebygge skader og sykdommer. At forebygging er selve grunntanken bak arbeidsmiljøloven, går også tydelig fram av forarbeidene til loven, jf. NOU 2004: 5 kapittel 23.2, (191) og Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) side 307 (10).

Hva som er et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, må vurderes både ut fra de enkelte risikofaktorene hver for seg, og disse sett i sammenheng. Å se risikofaktorene i sammenheng kan bety at hver enkelt arbeidsbetingelse for seg kan være fullt forsvarlig, men at en samlet vurdering av to eller flere arbeidsmiljøfaktorer til sammen kan føre til at arbeidsmiljøet sett under ett ikke er det.

Bestemmelsen fanger opp alle faktorer som ligger i begrepet arbeidsmiljø, også det psykososiale arbeidsmiljøet.

#### 7.1.2.4 *Krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid*

For å sikre at ingen blir skadet eller syke av jobben, skal alle arbeidsforhold som kan føre til skader eller helseplager hos arbeidstakerne kartlegges, forebygges og følges opp.

Det følger av arbeidsmiljøloven § 3-1 at arbeidsgiver har en plikt til å gjennomføre systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. Arbeidsgiver skal bl.a. kartlegge farer og problemer, og iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Plikten omfatter også å sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes

helse når risikoforholdene tilsier det. Videre stiller forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) nærmere krav til innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Arbeidsgiver plikter å kartlegge alle typer risiko, lage en plan for forebygging og iverksette tiltak for å redusere risikoen, når dette er relevant for virksomheten. Alle mulige risikoforhold dekkes av dette generelle kravet, også psykososiale risikoforhold.

#### 7.1.2.5 *HMS-opplæring*

Alle arbeidstakere skal få den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig for å ivareta sikkerheten. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 3-2 første ledd bokstav a.

Det følger videre av bokstav b at arbeidstakere som har til oppgave å lede eller kontrollere andre har nødvendig kompetanse til å føre kontroll med

### **Boks 7.4 Risikovurdering**

Ifølge Arbeidstilsynet omfatter en risikovurdering:

- en systematisk kartlegging og vurdering av alle forhold i arbeidet som kan føre til personskader, helseplager eller sykdom
- et systematisk arbeid med å identifisere og vurdere effekten av tiltak som kan redusere risikoen ved disse forholdene

Kartleggingen av farer og problemer, vurdering av risiko, planer og tiltak skal:

- være skriftlig og oppdatert
- dokumenteres i form av omfang som er nødvendig på bakgrunn av typen og størrelsen på virksomheten, arbeidsoppgavene og forholdene
- være en del av det systematiske arbeidet med helse, miljø og sikkerhet.
- bidra til økt risikoforståelse
- bidra til relevante tiltak
- bidra til å skape eierskap til tiltakene og motivasjon til å gjennomføre endringer hos arbeidstakerne

I arbeidet med risikovurderingen er det arbeidsgiver som har ansvaret for:

- at arbeidstakere har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø

- at alle farer og problemer knyttet til arbeidet kartlegges og risikovurderes
- at arbeidstakere får medvirket i kartleggingen og risikovurderingen
- å bruke nødvendig fagkompetanse i risikovurderingen, f.eks. fra en bedriftshelsetjeneste
- å sette inn tiltak for å redusere risikoen, basert på funn i risikovurderingen, og følge opp effekten av tiltakene

Verneombud skal tas med på råd ved planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet innenfor eget verneområde.

Risikovurderingen skal gjennomføres i samarbeid med arbeidstakerne, og tillitsvalgte. Samarbeid med arbeidstakerne vil:

- bidra til å gi et mer realistisk bilde av arbeidet og mulige utfordringer i arbeidsmiljøet.
- bidra til økt risikoforståelse
- bidra til relevante tiltak
- bidra til å skape eierskap til tiltakene og motivasjon til å gjennomføre endringer hos arbeidstakerne

Dersom virksomheten er knyttet til en bedriftshelsetjeneste, kan denne bistå med kartlegging og risikovurdering.

at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte.

Arbeidsgivere skal etter lovens § 3-5 gjennomgå opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Plikten er personlig for øverste leder, og kan ikke delegeres.

Lovens § 6-5 og § 7-4 stiller krav til at verneombud og medlemmer av arbeidsmiljøutvalg skal gis den opplæringen som er nødvendig for å kunne utføre vernet på forsvarlig måte. I forskrift om organisering, ledelse og medvirkning er kravene ytterligere utdypet.

#### *7.1.2.6 Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling*

##### *Generell tilrettelegging*

Arbeidsmiljøloven § 4-1 andre ledd andre punktum uttrykker et generelt tilretteleggingskrav. Arbeidet skal organiseres slik at arbeidstakere ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas. Bestemmelsen viser til eksempler på organisatoriske faktorer som arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger, lønnsystemer, prestasjonslønn og teknologi. De faktorene som nevnes i selve lovteksten er ikke uttømmende. Formuleringen «ledelse» er tatt med for å vise at hvordan arbeidet og arbeidstakerne blir ledet, er en viktig arbeidsmiljøfaktor.

##### *Alenearbeid*

Lovens § 4-1 tredje ledd sier at arbeidsgiver skal vurdere om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid. Arbeidsgiver må iverksette tiltak for å forebygge og redusere risiko ved alenearbeid. Bestemmelsen er imidlertid ikke et generelt forbud mot alenearbeid.

##### *Informasjon om systemer m.m.*

Arbeidsmiljøloven § 4-2 første ledd sier at arbeidstakere og deres tillitsvalgte skal informeres om systemer som brukes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene og skal medvirke ved utformingen av dem.

##### *Arbeidssituasjonens utforming*

Bestemmelsen i § 4-2 andre ledd er generell, og de forholdene som nevnes her skal tas i betraktning ved utformingen av arbeidssituasjonen. Det skal legges til rette for at arbeidet skal gis et posi-

tivt innhold gjennom at arbeidstakere skal gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet. Det er dermed ikke nok at arbeidsgiver kun fokuserer på å unngå de negative konsekvensene av arbeidet.

Arbeidsgiver skal ta hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet og alder mv. Bestemmelsen er sentral i vurderingen av arbeidstakeres arbeidsbelastning. I utformingen av den enkelte arbeidssituasjon skal det legges vekt på å gi arbeidstaker mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar.

##### *Særskilte krav til det psykososiale arbeidsmiljøet*

Lovens § 4-3 er en spesialbestemmelse om krav til det psykososiale arbeidsmiljøet. Bestemmelsen er dels en videreføring av krav fra 1977-loven, og dels var den ny i 2005. Ifølge forarbeidene skal bestemmelsen løfte fram og understreke lovens krav rettet mot arbeidsmiljøproblemer av sosial/psykososial art, f.eks. trakassering, mobbing, sosial isolasjon med videre.

Loven stiller krav om at arbeidsgiver skal legge til rette for at arbeidstakers integritet og verdighet skal ivaretas. I forarbeidene nevnes at den direkte foranledningen til at begrepet «integritet» ble tatt inn i loven, var et ønske om å forby såkalt toppløsservering. I Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) side 101, uttaler departementet imidlertid at «bestemmelsen har, og skal ha, en mer generell rekkevidde enn dette».

Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten. Dette kravet var nytt med loven av 2005 og kravet skal forebygge arbeidsmiljøproblemer knyttet til isolasjon i arbeidet. Formuleringen «arbeidet skal søkes utformet slik at» viser at kravet ikke er en plikt til å ha flere arbeidstakere enn det saklig sett er behov for, og skal ikke forstås som et forbud mot alenearbeid.

Vern mot trakassering og annen utilbørlig oppførsel er en videreføring av 1977-loven. Kravet omfatter forholdet til andre mennesker som f.eks. kunder, elever, brukere og andre arbeidstakere i virksomheten. Kravet omfatter f.eks. uønskede negative handlinger, unnlaterelser eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende. Dette kan f.eks. være uønsket seksuell oppmerksomhet, plaging, utfrysing eller sårende fleiping og erting. Trakassering kan være både enkelthendelser og hendelser som skjer gjentatte ganger. Dersom det er en enkelthen-

delse må den være av en viss alvorlighetsgrad for at det faller inn under begrepet. Hvis handlingene derimot er systematiske og gjentas over tid, vil det ofte dreie seg om mobbing, som er en form for trakassering.

Fra 1. januar 2024 er det presisert i arbeidsmiljøloven § 4-3 tredje ledd at seksuell trakassering omfattes av trakasseringbegrepet.

Arbeidstilsynet hadde høsten 2024 forslag til endringer i arbeidsmiljøloven og forskrift om utførelse av arbeid på høring. Formålet med forslagene er å synliggjøre og tydeliggjøre regelverket om psykososialt arbeidsmiljø. Selv om det ikke innføres nye krav på området, er det likevel et forbedringspotensial i å løfte fram og synliggjøre dagens krav til det psykososiale arbeidsmiljøet, slik at regelverket bedre kan bidra til å hjelpe virksomhetene til et godt systematisk forebyggende arbeidsmiljøarbeid på dette området. Saken er til vurdering i Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

#### *Vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre*

Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. Forarbeidene viser at begrepet «trusler» omfatter alle typer trusler, f.eks. trusler om vold, økonomiske trusler eller trusler om å sverte arbeidstakerens omdømme.

Kravet er ikke et absolutt krav, men arbeidsgiver skal «så langt det er mulig» organisere arbeidet slik at arbeidstakere er vernet mot risikoene.

Bestemmelsene om vold og trusler er utdypet i forskrift om utførelse av arbeid § 23 A.

I 2023 ratifiserte Norge ILO-konvensjon nr. 190 om avskaffelse av vold og trakassering i arbeidslivet. Konvensjonen ble vedtatt i 2019 og er den første internasjonale avtalen som retter seg mot vold og trakassering i arbeidslivet. Den stiller bl.a. krav til at medlemsstatene skal definere og forby vold og trakassering i arbeidslivet. Både medlemsstatene og arbeidsgivere skal treffe tiltak for å forebygge vold og trakassering, inkludert kjønnsbasert vold og trakassering. Konvensjonen krever også at medlemsstatene treffer hensiktsmessige tiltak for å håndheve nasjonale regler om vold og trakassering i arbeidslivet. Ratifisering av konvensjonen krevde ikke endringer i norsk rett, men i forbindelse med ratifikasjon ble definisjonen av trakassering og seksuell trakassering innført i arbeidsmiljøloven, tilsvarende definisjonene i likestillings- og diskrimineringsloven. Samtidig

ble verneombudets oppgaver når det gjelder psykososialt arbeidsmiljø presisert i loven.

#### *Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne*

Dersom en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få passende arbeid. Dette følger av arbeidsmiljøloven § 4-6. Ifølge forarbeidene tar bestemmelsen særlig sikte på tilbakeføring av sykmeldte arbeidstakere og gir arbeidsgiver tilretteleggingsplikt når arbeidstakere underveis i arbeidsforholdet av en eller annen grunn får redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l. Arbeidsevnen kan ha blitt redusert på grunn av psykiske, fysiske eller sosiale forhold, eller sammensatte forhold, og bestemmelsen gjelder uavhengig av om endringen i helsetilstand har sammenheng med arbeidsforholdene eller ikke. Tilretteleggingskravet er vidtrekkende, men ikke absolutt; det skal legges til rette «så langt det er mulig». Det skal foretas en konkret helhetsvurdering, der virksomhetens art, størrelse, økonomi og arbeidstakers forhold skal veies opp mot hverandre.

Dersom det ikke er mulig å tilrettelegge slik at arbeidstaker kan fortsette i sitt vanlige arbeid skal arbeidsgiver vurdere omplassering/overgang til annet arbeid. Plikten går ikke så langt som til å opprette en ny stilling, men dersom det er eller blir ledig en passende stilling i virksomheten, skal den tilbys arbeidstakeren hvis vedkommende ellers er skikket for den.

Også likestillings- og diskrimineringsloven kapittel 3 har bestemmelser om tilrettelegging for arbeidstakere og arbeidssøkere med funksjonsnedsettelse eller som er gravide.

#### *7.1.2.7 Verneombud og arbeidsmiljøutvalg*

##### *Plikt til å velge verneombud*

Det følger av dagens § 6-1 at det i enhver virksomhet skal velges verneombud. Ved virksomheter med mindre enn 5 arbeidstakere kan partene skriftlig avtale en annen ordning, herunder at det ikke skal være verneombud ved virksomheten.

##### *Verneombudets oppgaver*

Det følger av § 6-2 første ledd at verneombudet skal ivareta arbeidstakernes interesser i saker

som angår arbeidsmiljøet. Det innebærer at verneombudet, knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet, bl.a. må:

- delta i observasjon og kartlegging av forhold som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet negativt
- delta i risikovurderinger av psykososiale faktorer som f.eks. stress, konflikter, trakassering m.m.
- delta i utvikling og gjennomføring av tiltak for å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet
- samarbeide og medvirke for å fremme et godt psykososialt arbeidsmiljø

Verneombudets oppgaver omfatter også ansvar for innleide og for selvstendige oppdragstakere som utfører arbeid i nær tilknytning til virksomheten.

Dersom verneombudet mener at det foreligger umiddelbar fare for arbeidstakernes liv eller helse, og faren ikke kan avverges på annen måte, kan verneombudet stanse arbeidet inntil Arbeidstilsynet har tatt stilling til om det kan fortsette.

#### *Plikt til å ha arbeidsmiljøutvalg*

Det følger av § 7-1 at alle virksomheter med minst 30 arbeidstakere har plikt til å opprette et arbeidsmiljøutvalg (AMU). Hvis en av partene krever det, skal også virksomheter med mellom ti og 30 ansatte ha AMU. Arbeidstilsynet kan også bestemme at det skal være AMU i en virksomhet.

#### *Arbeidsmiljøutvalgets oppgaver*

AMU skal arbeide for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten.

Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet i virksomheten, og følge nøye med på utviklingen av arbeidsmiljøet. Dette innebærer bl.a. å:

- behandle spørsmål som angår bedriftshelsetjenesten og vernetjenesten
- behandle spørsmål om opplæring og instruksjon på områder som har betydning for arbeidsmiljøet
- behandle planer om nye lokaler, prosesser eller ombygginger som krever samtykke fra Arbeidstilsynet
- behandle andre planer som kan få vesentlig betydning for arbeidsmiljøet, som nye maskiner, rasjonaliseringstiltak, endringer i arbeidsprosesser og forebyggende vernetiltak

- delta aktivt i virksomhetens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Delta i kartlegginger, utarbeidelser av handlingsplaner og gi råd til prioriteringer og tiltak
- vurdere helse- og velferdsaspekter ved arbeidstidsordninger
- gjennomgå alle rapporter om ulykker, nestenulykker og sykdom som kan skyldes arbeidsmiljøet. Ha fokus på årsaken til hendelsen og se til at arbeidsgiveren gjør det som er nødvendig for å hindre at det skjer igjen
- gjennomgå alle rapporter om yrkeshygieniske undersøkelser og måleresultater
- behandle spørsmål om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert funksjonsevne
- utarbeide en årsrapport om arbeidet

#### *7.1.2.8 Bedriftshelsetjeneste*

Alle arbeidsgivere har plikt til å knytte virksomheten sin til en godkjent bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene tilsier det. Det følger av arbeidsmiljøloven § 3-3. Arbeidstilsynet kan derfor pålegge enhver virksomhet å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste dersom de ser et særlig behov for overvåking av arbeidsmiljøet og arbeidshelsen til de ansatte i virksomheten.

Noen bransjer har et mer risikofyllt arbeidsmiljø enn andre, med større risiko for sykdommer, skader og psykiske belastninger. I forskrift om hvilke virksomheter som skal ha verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste), også kalt bransjeforskriften fra 1989, ble det foretatt en risikoanalyse av en hel rekke bransjer som man vurderte hadde risikoforhold som gjorde det nødvendig med tilknytning til bedriftshelsetjeneste (195). Vurderingene den gang hadde søkelys på det fysiske arbeidsmiljøet, og omfattet i det store og hele industri og mannsdominerte arbeidsplasser, hvor ulykkesrisiko og skadetall ble lagt til grunn for utvelgelsen.

Da forskriften ble revidert i 2009 ble det tatt utgangspunkt i en helhetsvurdering basert på risikopotensial ved utførelse av arbeidsoppgavene og i arbeidssituasjonen og på registrerte konsekvenser. På konsekvenssiden ble det lagt vekt på kriterier som frafall og sykefravær. Valg av bransjer la større vekt på både kjemiske, biologiske, ergonomiske og organisatoriske og psykososiale kriterier. Både arbeidsbetingelser, opplevd belastning og andre tallfestede konsekvenser ble vurdert. Vurderingene resulterte i at sju nye bransjer ble tilføyd listen: helse- og omsorgssektoren, undervisningssektoren, frisørbransjen, fiskeoppdrett og

klekkerier, gjenvinning, vakttjenester og kraft- og vannforsyning.

Plikten til å knytte bedriftshelsetjeneste til virksomheten følger nå av forskrift 6. desember 2011 nr. 1355 om organisering, ledelse og medvirkning, kapittel 13.

#### *Bedriftshelsetjenestens oppgaver*

Bedriftshelsetjeneste er en fagkyndig rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid.

Tjenesten skal bistå arbeidsgiver og arbeidstakere med å følge opp arbeidsmiljøet i virksomheten.

Dette innebærer bl.a. å bistå med:

- kartlegging av arbeidsmiljøet, foreta undersøkelser og vurdere risiko
- å foreslå og gjennomføre forebyggende tiltak som kan redusere risiko for arbeidsrelaterte helseskader
- planlegging og gjennomføring av fysiske og organisatoriske endringer, f.eks. ved nybygg eller endring av arbeidslokaler
- utarbeidelse av internkontroll i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet
- å overvåke og følge opp arbeidstakernes helse når arbeidssituasjonen tilsier det, begrunnet ut fra et arbeidshelseperspektiv eller når virksomhetens risikovurdering tilsier det
- å foreslå og gjennomføre tilrettelegging av arbeidet for den enkelte
- informasjon og opplæring om helse, miljø og sikkerhet
- oppfølging av henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg

Arbeids- og inkluderingsdepartementet hadde i 2016 over tid fått signaler, særlig fra arbeidsgiversiden, om at kravene knyttet til bedriftshelsetjeneste oppleves som omfattende og kostnadskrevende og at ordningen i mange tilfeller ikke fungerer etter intensjonen. Dette gjaldt særlig i små virksomheter. Departementet iverksatte derfor i perioden 2016–2017 en evaluering og en faglig ekspertgjennomgang av bedriftshelsetjenesten. Resultatene av disse viste bl.a. at det var forskjeller på tvers av bransjer når det gjelder bruk av bedriftshelsetjenesten og om denne oppleves å bidra i utviklingen av HMS- og arbeidsmiljøarbeidet. Det framgikk videre at bedriftshelsetjenesten generelt i stor grad tilbyr og brukes til individuell oppfølging av arbeidstakere, som generelle helsekontroller, trening mv. Det ble pekt på at en del bedriftshelsetjenester og virksomheter har for lav bevissthet om hva som er bedriftshelsetjenestens

samfunnsoppdrag og oppgaver, og at det er nødvendig å tydeliggjøre oppdraget knyttet til målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid (196, 197). Det ble på denne bakgrunn gjennomført et utviklingsprosjekt for bedriftshelsetjenesten i samarbeid med partene i arbeidslivet og det ble i 2023 vedtatt en tiltakspakke med flere endringer i regelverket om utbygging av bedriftshelsetjeneste og om bedriftshelsetjenesters oppgaver og arbeid i virksomhetene. Dette gjaldt bl.a. å tydeliggjøre bedriftshelsetjenestens oppgaver som et forebyggende arbeidsmiljø- og arbeidshelsetiltak. Samtidig ble det innført nye forskriftskrav rettet mot bedriftshelsetjenesten, som krav til dokumentasjon av arbeidsmetodikk, obligatorisk opplæring og at Arbeidstilsynet kan føre tilsyn med bedriftshelsetjenestene. Arbeidstilsynet og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) iverksatte også en rekke tiltak for å støtte opp under regelverksendringene. Arbeidstilsynet har som ledd i dette igangsatt et arbeid med å gjennomgå listen over de næringsgrupper som plikter å knytte seg til bedriftshelsetjeneste etter forskrift om organisering, ledelse og medvirkning § 13-1 andre ledd, med sikte på at listen skal oppdateres i løpet av 2025. Det framgår av bestemmelsens andre ledd at listen skal gjennomgås og oppdateres hvert sjette år.

STAMIs Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024 viser at andelen som har en jobb som er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste, og andelen som har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten siste år, er forskjellig for ulike grupper av sysselsatte. Kvinner svarer oftere «vet ikke» enn menn på spørsmål om jobben er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste (29 prosent blant kvinner mot 22 prosent blant menn). Kvinner svarer også sjeldnere enn menn at de har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten i løpet av de siste tolv månedene (tolv prosent mot 21 prosent). Andelen som har hatt kontakt med bedriftshelsetjenesten er relativt lav i helse- og omsorgsnæringene. Ansatte i kvinne-dominerte bransjer som hjemmetjenesten, sykehjem og omsorgsinstitusjoner, benytter ikke i stor grad bedriftshelsetjenesten til primærforebyggende tjenester som kurs/opplæring og kartlegging av arbeidsmiljø, eller sekundærforebyggende tiltak som konsultasjon ved sykdom/skade eller tilrettelegging (1).

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har igangsatt en følgeevaluering for å dokumentere om «tiltakspakken» bidrar til den ønskede justeringen og målrettingen av bedriftshelsetjenestens virksomhet. Evalueringen gjennomføres av Oslo Economics, og sluttrapport fra prosjektet skal foreligge innen 1. oktober 2025.

### 7.1.2.9 Rettigheter ved svangerskap og fødsel mv. Tilrettelegging, omplassering og krav på svangerskapspengene

I tillegg til tilretteleggingspliktene som er omtalt ovenfor regulerer forskrift om utførelse av arbeid kapittel 7 arbeid med fare for forplantningsskader. Det følger av forskriften at arbeidsgiver skal risikovurdere og informere om fare for slike skader. Dersom det foreligger risiko skal arbeidsgiver sørge for nødvendig tilrettelegging eller eventuelt omplassering av den gravide. Dersom tilrettelegging eller omplassering ikke er mulig, skal den gravide tas midlertidig ut av arbeid. Arbeidstakere som tas ut av arbeid etter bestemmelsen vil vanligvis ha krav på svangerskapspengene etter folketrygdloven § 14-4 (198).

#### Permisjon

Rett til permisjon er regulert i arbeidsmiljøloven kapittel 12. Folketrygdloven regulerer retten til økonomisk kompensasjon. De permisjonsrettighetene som omtales her er permisjoner som knytter seg til svangerskap og fødsel, samt pårørendesorg. Rett til økonomiske ytelser for å sikre foreldres inntekt ved svangerskap, fødsler og adopsjon følger av folketrygdloven kapittel 14.

#### Svangerskap og fødsel

Arbeidstaker som er gravid har rett til fri fra arbeid med lønn i forbindelse med svangerskapskontroll dersom slike undersøkelser med rimelighet ikke kan finne sted utenfor arbeidstiden. Det følger av arbeidsmiljøloven § 12-1. Arbeidsgiver betaler lønn for den tiden arbeidstaker er borte fra arbeid.

Foreldrene har rett til foreldrepermisjon i inntil tolv måneder for hver fødsel, samt når det ytes foreldrepenger etter folketrygden. Det følger av arbeidsmiljøloven § 12-5. Arbeidstaker som er gravid, har etter § 12-2, rett til permisjon i inntil tolv uker under svangerskapet. Etter fødselen skal mor ha permisjon i de seks første ukene med mindre hun framlegger legeattest på at det er bedre for henne å komme i arbeid, se § 12-4. Svangerskapspermisjon etter § 12-2 og fødselspermisjon etter § 12-4 inngår i de tolv månedene.

Foreldrepengerperioden består av en mødrekvote på 15 uker, (hvorav de første seks ukene må tas rett etter fødselen), en fedrekvote på 15 uker, en periode på tre uker før termin til mor og en fellesperiode på 16 uker (totalt 49 uker).

#### Ammefri

Det følger av arbeidsmiljøloven § 12-8 at kvinne som ammer sitt barn kan kreve den fri hun av den grunn trenger. Det følger videre av bestemmelsen at fritiden f.eks. kan tas ut to ganger daglig eller som redusert arbeidstid med inntil én time hver dag.

Dersom den ammende har en avtalt arbeidstid på sju timer eller mer per dag, har hun rett til lønn inntil én time per dag. Det følger av bestemmelsens andre ledd.

Rett til ammefri ble innført i arbeidervernloven av 1956, og ble videreført med enkelte endringer i arbeidsmiljøloven av 1977 og senere arbeidsmiljøloven av 2005.

Bestemmelsen om rett til lønnet ammefri trådte i kraft 1. januar 2014. Det framgår av forarbeidene:

Formålet med lovforslaget er å legge til rette for at mødre som går ut i arbeid i barnets første leveår skal kunne fortsette å amme uten vesentlig inntektstap. Dette vil både legge til rette for at flere kvinner kan amme sitt barn og for økt yrkesdeltakelse blant kvinner som ammer. Høyere yrkesaktivitet blant mødre i barnets første leveår åpner for at fedre kan ta en større del av foreldrepermisjonen og bidrar dermed til mer likestilte foreldreskap.

Flere tariffavtaler gir ammende bedre rettigheter i forbindelse med amming enn det som følger av loven. Bl.a. i staten gis ammende rett til inntil to timer lønnet fri per dag for å amme.

I samsvar med «Folkehelsemeldingen» har Helsedirektoratet iverksatt et samarbeid mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene, relevante brukerorganisasjoner og kompetansemiljø, med mål om å gjøre regelverket om ammefri bedre kjent og praktiserbart (199). Helsedirektoratet skal også utarbeide et forslag til hvordan kvinners mulighet til å amme i arbeidstiden i tråd med helsefaglige råd kan kartlegges.



### Boks 7.5 Oversikt over utviklingen av rettigheter knyttet til svangerskap og fødsel

*Lov 27. juni 1892 nr. 1 om tilsyn med arbeid i fabrikker (fabrikktilsynsloven)*

Loven ga forbud mot å sette barselkvinner i arbeid de første seks uker etter nedkomst, med mulighet til å gjenoppta arbeidet etter fire uker, dersom man hadde legeerklæring om dette.

*Lov 18. september 1915 om arbeideres beskyttelse i industriell virksomhet (arbeidsbeskyttelsesloven)*

I tillegg til forbudet mot å settes i arbeid de første seks uker etter nedkomst, ga loven kvinner rett til å ta fri fire uker før lege eller jordmor har anslått nedkomst. I tillegg kunne ikke arbeidsgiver nekte kvinnen å amme sitt barn.

*Lov 19. juni 1936 nr. 8 om arbeidervern (arbeidervernloven)*

I 1936-loven er bestemmelsen om barselkvinner endret til rettigheter for kvinnen, i motsetning til et forbud mot å sette kvinner i arbeid i perioder før og etter fødselen. Kvinnen kan med minst tre dagers varsel, kreve å få arbeidsfri de siste seks ukene før fødsel. Varslingsbestemmelsen kom inn i loven under komitebehandlingen, fordi man ønsket at arbeidsgiver skulle ha mulighet til å skaffe vikar. Regelen om pliktig fri de første seks uker etter fødselen er gjort om til en «bør» bestemmelse, fordi sosialkomiteen i Stortinget mente at med den utvidelsen som ble foreslått, ville det kunne være «vanskelig å praktisere et slikt forbud». Forutsetningene fra lovgivers hånd har imidlertid vært at seks uker fortsatt skal være hovedregelen, og at det kun er særlige forhold som skulle tilsi at arbeidsgiver kan

kalle kvinnen tilbake til arbeid før dette. Som eksempel på slike forhold nevnes at det ikke ville være mulig å skaffe vikar.

Kvinnen har rett til å amme sitt barn med minst en halv time to ganger daglig.

*Lov 7. desember 1956 nr. 2 om arbeidervern (arbeidervernloven)*

Her har lovgiver gått tilbake til at kvinnen skal ha fri de første seks ukene etter fødselen. Loven ble endret for å kunne ratifiserer ILO-konvensjon nr. 103, om mødrevern, hvor kravet om fri etter fødselen er obligatorisk. I tillegg kan hun kreve å få fri i ytterligere seks uker som kan legges både før og etter fødselen. Varslingsregelen på tre dager er opprettholdt, det samme er rettigheten til fri til amming.

*Lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern- og arbeidsmiljø (arbeidsmiljøloven)*

Retten til fri er ytterligere utvidet i 1977-loven. Retten til fri under svangerskapet er satt til tolv uker. Etter fødselen er kravet fortsatt at hun skal ha seks uker fri. Det kan gjøres unntak fra dette dersom hun har legeattest som viser at det er bedre for henne å komme i arbeid. I tillegg skal hun ha rett til fri med lønn til svangerskapskontroller, dersom slike ikke med rimelighet kan legges utenom arbeidstiden.

*Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*

Bestemmelsene er en videreføring av bestemmelsene fra 1977-loven.

#### *Barns og barnepassers sykdom*

Rett til permisjon ved barns og barnepassers sykdom er regulert i arbeidsmiljøloven § 12-9.

Omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom er regulert i folketrygdloven §§ 9-5 – 9-9.

#### *Pleie av nærstående/pårørendeomsorg*

Arbeidstaker som pleier nærstående i hjemmet i livets slutfase har rett til permisjon i 60 dager for pleie av den enkelte nærstående. Det følger av arbeidsmiljøloven § 12-10. Det følger av folke-

trygdloven § 9-13 at det ytes pleiepenge i opptil 60 dager for hver pasient. Det kan ytes pleiepenge til inntil to personer samtidig for pleie av samme person.

Fra 1. juli 2010 fikk bestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 12-10 et nytt andre ledd som gir arbeidstaker rett til permisjon i inntil ti dager hvert kalenderår for å gi nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. Det gis ingen rett til økonomisk kompensasjon fra folketrygden. Mange kan imidlertid ha rett på permisjon med lønn som følge av tariffavtale eller virk-

### **Boks 7.6 Rett til permisjon for arbeidstaker som har omsorg for barn:**

(1) Arbeidstaker som har omsorg for barn har rett til permisjon:

- a. for nødvendig tilsyn med barnet når det er sykt,
- b. hvis barnet skal følges til legeundersøkelse eller annen oppfølging i forbindelse med sykdom, eller
- c. hvis den som har det daglige barnetilsynet er syk eller har permisjon etter denne paragraf på grunn av et annet barn.

(2) Retten til permisjon etter paragrafen her gjelder til og med det kalenderåret barnet fyller 12 år. Arbeidstaker har rett til permisjon inntil 10 dager hvert kalenderår eller inntil 15 dager dersom arbeidstaker har omsorg for mer enn to barn.

(3) Dersom barnet har kronisk sykdom, langvarig sykdom eller har nedsatt funksjonsevne og det derfor er en markert økning av risikoen for at arbeidstaker får fravær fra arbeidet, har arbeidstaker rett til fri etter første ledd i inntil 20 dager hvert kalenderår. Retten til permisjon gjelder til og med det kalenderåret barnet fyller 18 år. Arbeidstaker har i tillegg rett til permisjon for å delta i opplæring ved godkjent helseinstitusjon eller offentlig kompetansesenter for å kunne ta seg av og behandle barnet.

(4) Arbeidstaker som har omsorg for barn har rett til permisjon dersom:

- a. barnet blir innlagt i helseinstitusjon og arbeidstaker oppholder seg ved helseinstitusjonen
- b. barnet er utskrevet fra helseinstitusjon og arbeidstaker må være hjemme fordi barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie, eller
- c. barnet har livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade

Ved permisjon etter bokstavene a og b gjelder aldersgrensene i andre og tredje ledd. Rett til permisjon etter bokstav c gjelder til og med det kalenderåret barnet fyller 18 år, men uten hensyn til alder hvis barnet er psykisk utviklingshemmet.

(5) Arbeidstaker har uansett rett til permisjon når det ytes omsorgspenger, pleiepenger eller opplæringspenger fra folketrygden.

(6) Arbeidstaker som er alene om omsorgen for barn har rett til dobbelt så mange permisjonsdager som etter andre og tredje ledd. Det samme gjelder hvis det er to om omsorgen, men en av dem er langvarig avskåret fra tilsynet med barnet på grunn av nedsatt funksjonsevne, innleggelse i helseinstitusjon som langtidspasient, er i fengsel, avtjener verneplikt eller tilsvarende forhold. Retten til permisjon kan overføres med inntil halvparten av dagene hvert kalenderår til mor eller far med samværsrett eller til den som arbeidstaker bor sammen med og som ikke har omsorg for egne barn.

somhetsbaserte bestemmelser om velferdspermisjoner mv.

At det ikke gis økonomisk kompensasjon, medfører manglende kunnskap om bruken av bestemmelsen.

Stortinget har bedt regjeringen om å «gjenomgå og forbedre regelverket for pårørendes permisjonsmuligheter i arbeidslivet for å sikre likestilling og bedre mulighetene til å kombinere arbeid og omsorg uten å pådra seg økonomiske problemer eller falle ut av arbeidslivet». Saken følges opp av regjeringen.

#### *7.1.2.10 Arbeidstid*

Arbeidstid handler ikke bare om antall timer som tilbringes på jobb, men også om når på døgnet vi jobber.

Arbeidsmiljøloven kapittel 10 regulerer innenfor hvilke rammer arbeidsgiver kan organisere arbeidet i sin virksomhet. Kapitlet har bl.a. bestemmelser om ordinær arbeidstid, hvor mye overtid og merarbeid som kan utføres, daglig og ukentlig hviletid, hva som defineres som nattarbeid og når arbeid kan skje på søndager. I tillegg inneholder kapitlet bestemmelser om hvordan arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker eller arbeidstakers organisasjoner kan avtale avvikende ordninger. Dersom arbeidstakerne arbeider til ulike tider på døgnet skal det etter § 10-3 utarbeides arbeidsplaner. Arbeidsplanen skal utarbeides i samarbeid med arbeidstakernes tillitsvalgte, og drøftes med de tillitsvalgte senest to uker før iverksettelsen.

Det følger av § 10-2 at arbeidstidsordninger skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for

uheldige fysiske eller psykiske belastninger, og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. I forarbeidene er dette presisert slik:

For å komme fram til resultatet må ulike risikoforhold kartlegges og vurderes. Bestemmelsen innebærer en begrensning i adgangen til å utnytte de maksimale rammer loven setter der som dette vil medføre uheldige psykiske eller fysiske belastninger eller at arbeidstakernes mulighet til å ivareta sikkerhetshensyn reduseres.

Regelen i § 10-4 fastsetter at den alminnelige arbeidstiden ikke må overstige ni timer i løpet av 24 timer, og 40 timer i løpet av sju dager.

For døgnkontinuerlig skiftarbeid og sammenlignbart turnusarbeid må den alminnelige arbeidstiden ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og 38 timer i løpet sju dager, og for helkontinuerlig skiftarbeid og sammenlignbart turnusarbeid må den ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og 36 timer i løpet av sju dager.

Mange arbeidstakere vil imidlertid, enten gjennom tariffavtale eller praksis, ha en arbeidstid i samsvar med tariffavtale. Etter den tariffavtalte arbeidstidsforkortelsen som ble gjennomført per 1. januar 1987 er den ukentlige ordinære arbeidstiden 37,5 timer, og 35,5 timer for døgnkontinuerlig skift/turnusarbeid og 33,5 timer for helkontinuerlig skift/turnusarbeid.

De nærmere definisjonene av hva som er å regne som turnus og skiftarbeid, er bl.a. omtalt i Ot.prp. nr. 54 (2008–2009) (200). I denne proposisjonen ble det foreslått å likestille turnus og skiftarbeid. Bakgrunnen for dette forslaget var et ønske fra særlig kvinnedominerte helsepersonellgrupper om å likestille tredelt turnus, med helkontinuerlig skiftarbeid og dermed ha rett på kortere ukentlig arbeidstid. Det ble bl.a. hevdet at arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser knyttet til skift/turnus innebar en urettferdig forskjellsbehandling av kvinner, fordi det stort sett er kvinner som arbeider i helsevesenet og menn tradisjonelt i industrien. I 1996 uttalte Likestillingsombudet at reguleringen «innebærer en indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn, og derfor ansees å være i strid med likestillingsloven». Det daværende Kommunal- og arbeidsdepartementet påpekte at det er forskningsmessig støtte for at både skiftarbeid og turnusarbeid der nattarbeidet er omfattende, kan være skadelig for helsen. Nattarbeid kan i seg selv utgjøre en helserisiko, og denne risikoen forsterkes ved arbeidstidsordninger der nattarbeid kombineres med skift mellom dag- og kveldsarbeid.

Resultatet ble et nytt sjettede ledd i arbeidsmiljøloven § 10-4 som innebærer at arbeidstiden blir redusert for personell som arbeider på søndager og nattarbeid avhengig av omfanget av dette arbeidet. Endringen trådte i kraft 1. januar 2010.

Fagforening med innstillingsrett etter arbeidstvistloven eller tjenestetvistloven<sup>4</sup> kan, med visse unntak inngå tariffavtale som fraviker bestemmelsene i arbeidstidskapittelet. Det er en forutsetning at arbeidstakerne sikres tilsvarende kompenserte hvileperioder, eller der det ikke er mulig, annet passende vern. Det er inngått en rekke slike avtaler, bl.a. i helsesektoren.

#### *Rett til redusert arbeidstid*

Arbeidsmiljøloven § 10-2 fjerde ledd gir arbeidstakere som er fylt 62 år, eller som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for det, rett til å få redusert arbeidstid. Forutsetningen er at dette ikke medfører vesentlige ulemper for virksomheten.

I bestemmelsen stilles det krav om at arbeidstaker må ha et behov for redusert arbeidstid ut fra «helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner». I forarbeidene er dette presisert slik:

Helsemessige grunner refererer seg til sykdom hos arbeidstakeren selv, og må kunne dokumenteres med legeattest. Sosiale grunner knytter seg til forhold hos arbeidstakerens familie eller nærmeste omgivelser, og utløser gjerne omsorgsoppgaver eller belastninger utenom det vanlige. Velferdsgrunner kan fange opp tilfeller som ligger nær opp til helsemessige eller sosiale grunner, men har en videre karakter. Det må imidlertid foreligge et kvalifisert behov for redusert arbeidstid om denne skal gis på velferdsmessig grunnlag, og dette er understreket ved at det i lovteksten er krav om vektige velferdsgrunner. Det mest vanlige eksempelet på en viktig velferdsgrunn er arbeidstaker med små barn som i en periode ønsker mer tid til samvær eller som har problemer med å skaffe barnepass i arbeidstiden.

#### *Rett til fleksibel arbeidstid*

Arbeidslivslovutvalget foreslo i NOU 2004: 5 *Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*, å lovfeste en generell rett til fleksitid, slik at arbeidsta-

<sup>4</sup> Fagforening som har minst 10 000 arbeidstakere som medlemmer

kerne kunne ha mulighet til «å tilpasse sin arbeidstid, arbeidsmengde og innholdet i arbeidet til sin generelle livssituasjon». Forslaget ble fulgt opp i Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) og innebærer at arbeidstaker etter arbeidsmiljøloven § 10-2 tredje ledd har rett til fleksibel arbeidstid, dersom dette ikke medfører vesentlige ulemper for virksomheten.

Det framgår av forarbeidene at fleksibel arbeidstid innebærer en mulighet for arbeidstaker til å få arbeidstiden tilpasset sine behov. Det nærmere innholdet i «fleksibel arbeidstid» er ikke definert. Det vil være opp til arbeidsgiver og arbeidstaker i fellesskap å finne fram til løsninger som ivaretar arbeidstakers ønsker og behov, samtidig som de oppfyller kravet om «uten vesentlig ulempe» for virksomheten.

#### 7.1.2.11 Ansettelse – heltid/deltid og fast/midlertidig

Hovedregelen i arbeidsmiljøloven er at arbeidstakere skal ansettes fast og på heltid, se lovens § 14-9 første ledd og § 14-1b første ledd. Behovet for arbeidskraft kan imidlertid variere, og skape behov for midlertidig ansatte og arbeidstakere ansatt på deltid. Noen ønsker deltidsarbeid, mens andre kan være i situasjoner hvor de etter loven har krav på redusert arbeidstid.

##### *Deltid*

Før arbeidsgiver fatter beslutning om ansettelse i deltidsstilling, skal arbeidsgiver skriftlig dokumentere behovet for deltidsansettelse. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig for tillitsvalgte, og spørsmålet om deltidsansettelse skal drøftes med de tillitsvalgte.

Arbeidsgiver skal i tillegg minst én gang i året drøfte bruken av deltid med de tillitsvalgte.

Det følger av arbeidsmiljøloven § 14-3 at deltidsansatte har rett til utvidet stilling framfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten. Med deltidsansatt menes her en person som har avtalt arbeidstid som er lavere enn normal arbeidstid i vedkommende yrke eller bransje.

Ifølge forarbeidene skal bestemmelsen forstås slik at den ikke gir deltidsansatte adgang til å velge å utvide sin eksisterende stillingsbrøk ut fra egne preferanser. En deltidsansatt som gjør fortrinnsrett gjeldende må ta hele den utlyste/ledige stillingen. Bestemmelsen er likevel ikke til hinder for at partene kan avtale løsninger som innebærer at den ledige stillingen blir besatt delvis av en fortrinnsberettiget deltidsansatt.

##### *Rett til stilling for deltidsansatte tilsvarende faktisk arbeidstid*

Fra 1. januar 2014 ble det innført en ny bestemmelse i arbeidsmiljøloven som gir deltidsansatte som de siste tolv måneder jevnlig har arbeidet utover avtalt arbeidstid, rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden, med mindre arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeid ikke lenger foreligger. Tolv månedersperioden skal beregnes med utgangspunkt i det tidspunkt arbeidstaker fremmet sitt krav.

Ifølge lovteksten er det «arbeid utover avtalt arbeidstid» som utløser retten til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid. Den typiske situasjonen vil være der arbeidstaker arbeider «ekstravakter» utover avtalen, eller av andre grunner arbeider «overtid» i sin deltidsstilling; såkalt merarbeid. Bestemmelsen skal gjelde uavhengig av om det er økt arbeidsmengde, sykefravær eller andre forhold som begrunner behovet.

Kravet om «jevnlig» merarbeid innebærer at merarbeidet må ha en viss hyppighet og at det samlet sett må ha et visst omfang. Det vil kreves innslag av merarbeid i den løpende driften. Merarbeidet må ikke nødvendigvis være tilnærmet likt fordelt over hele tolv månedersperioden. Det framgår av forarbeidene at hovedpoenget er at bruken av merarbeid skal framstå som en etablert praksis i den aktuelle referanseperioden (201).

##### *Midlertidig ansettelse*

Etter arbeidsmiljøloven § 14-9 kan det inngås avtale om midlertidig ansettelse:

- når arbeidet er av midlertidig karakter
- for arbeid i stedet for en annen eller andre (vikariat)
- for praksisarbeid
- med deltaker i arbeidsmarkedstiltak i regi av eller i samarbeid med arbeids- og velferdsetaten
- med idrettsutøvere, idrettstrenerne, dommere og andre ledere innen den organiserte idretten

Fortrinnsretten etter § 14-2 første ledd gjelder også for midlertidig ansatte som på grunn av virksomhetens forhold ikke får fortsatt ansettelse.

#### 7.1.2.12 Likestillings- og diskrimineringsloven

Reglene om diskriminering på grunn av bl.a. kjønn, funksjonsnedsettelse, etnisitet, graviditet,

fødsel og adopsjon og omsorgsoppgaver framgår av likestillings- og diskrimineringsloven (202).

Likestillings- og diskrimineringsloven har til formål å fremme likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder. Alle norske virksomheter, uavhengig av størrelse, skal jobbe aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering.

For å sikre at arbeidstakere og arbeidssøkere får like muligheter er alle arbeidsgivere i Norge, selv de minste, pålagt en generell aktivitetsplikt som er beskrevet i § 26 i likestillings- og diskrimineringsloven, se boks 7.7.

For alle offentlige arbeidsgivere, uavhengig av størrelse, og private arbeidsgivere som jevnlig sysselsetter mer enn 50 ansatte, gjelder en spesifisert og konkret plikt som er beskrevet i likestillings- og diskrimineringsloven § 26 andre ledd. Det samme gjelder arbeidsgivere i private virksomheter som jevnlig sysselsetter mellom 20 og 50 ansatte, når en av arbeidslivets parter i virksomheten krever det. Disse arbeidsgiverne skal redegjøre for den faktiske tilstanden når det gjelder kjønnslikestilling i virksomheten og hva de gjør for å oppfylle aktivitetsplikten.

Også offentlige myndigheter er pålagt aktivitets- og redegjøringsplikt etter loven. Arbeidslivets organisasjoner skal, innenfor sine virkefelt, arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering bl.a. på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon, omsorgsoppgaver mv.

Arbeidsgivere som har plikter etter § 26 andre ledd, skal redegjøre for den faktiske tilstanden når det gjelder kjønnslikestilling i virksomheten og hva de gjør for å oppfylle aktivitets- og redegjøringsplikten etter § 26.

Redegjørelsen etter første ledd skal gis i årsberetningen eller i annet offentlig tilgjengelig dokument. Dersom redegjørelsen gis i annet offentlig tilgjengelig dokument, og foretaket har en plikt til å levere årsberetning, skal det i årsberetningen opplyses hvor dokumentet finnes offentlig tilgjengelig. Arbeidsgivere i offentlige virksomheter som ikke er pålagt å utarbeide årsberetning, skal ta redegjørelsen etter første ledd inn i sin årsrapport eller i et annet offentlig tilgjengelig dokument.

Likestillings- og diskrimineringsloven har i kapittel 3 egne bestemmelser om tilrettelegging for arbeidstakere og arbeidssøkere med funk-

### Boks 7.7 § 26 Arbeidsgivers aktivitets- og redegjøringsplikt

Alle arbeidsgivere skal, innenfor sin virksomhet, arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling, hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, eller kombinasjoner av disse grunnlagene, og søke å hindre trakassering, seksuell trakassering og kjønnsbasert vold. Arbeidet skal bl.a. omfatte områdene rekruttering, lønns- og arbeidsvilkår, forfremmelse, utviklingsmuligheter, tilrettelegging og mulighet for å kombinere arbeid og familieliv.

I alle offentlige virksomheter, uavhengig av størrelse, og i private virksomheter som jevnlig sysselsetter mer enn 50 ansatte, skal arbeidsgiver innenfor sin virksomhet

a. undersøke om det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling, herunder annethvert år kartlegge lønnsforhold fordelt etter kjønn og bruken av ufrivillig deltidsarbeid

b. analysere årsakene til identifiserte risikoer  
c. iverksette tiltak som er egnet til å motvirke diskriminering, og bidra til økt likestilling og mangfold i virksomheten og  
d. vurdere resultater av arbeidet etter bokstav a til c

Det samme gjelder arbeidsgiver i private virksomheter som jevnlig sysselsetter mellom 20 og 50 ansatte, når en av arbeidslivets parter i virksomheten krever det.

Med ufrivillig deltidsarbeid menes deltidsarbeid der stillingsinnehaveren ønsker og er tilgjengelig for å jobbe mer.

Arbeid som nevnt i denne bestemmelsen skal dokumenteres. Arbeid som nevnt i bestemmelsens andre ledd skal skje fortløpende og i samarbeid med de ansattes representanter.

Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om innholdet i og gjennomføringen av lønnskartleggingen.

sjonsnedsettelse eller som er gravide. Kapittel 5 inneholder særlige regler i arbeidsforhold. Det er bl.a. presisert at forbud mot å diskriminere gjelder alle sider av et arbeidsforhold, herunder bl.a. utlysning av stilling, ansettelse, omplassering og forfremmelse, opplæring og kompetanseutvikling, lønns- og arbeidsvilkår og opphør av stilling. Arbeidsgivere må ikke i ansettelsesprosessen innhente opplysninger, f.eks. om en søkers graviditet, adopsjon eller planer om å få barn. Arbeidssøkere som mener seg forbigått, kan kreve at arbeidsgiveren skriftlig gir opplysninger om den som ble ansatt.

I loven er det presisert at arbeidstakere som er eller har vært i lovbestemt foreldrepermisjon har rett til å komme tilbake til samme, eventuelt tilsvarende stilling, nyte godt av forbedringer av arbeidsvilkårene som arbeidstakerne ellers ville vært berettiget til under fraværet og fremme lønnskrav og bli vurdert i lønnsforhandlinger på samme måte som de øvrige arbeidstakerne i virksomheten.

Loven har også regler om lik lønn for arbeid av lik verdi, og at arbeidsgiver har opplysningsplikt om lønn til den som mener seg diskriminert.

Et eget kapittel i loven omhandler håndheving, bevisbyrde og reaksjoner. Diskrimineringsnemnda er et statlig domstollignende organ som avgjør enkeltsaker om diskriminering og trakassering. Sammen med Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) er Diskrimineringsnemnda den sentrale aktøren i arbeidet for å gjennomføre diskrimineringslovgivningen.

Diskrimineringsnemnda er et alternativ til å bringe saker inn for de ordinære domstolene, og er ment å være enklere, raskere og billigere. Det er gratis å få en sak avgjort av nemnda, og partene velger selv om de vil bruke advokat. Nemndas kompetanse er regulert i diskrimineringsombudslovens § 7. Nemnda kan behandle saker om de fleste av bestemmelsene i likestillings- og diskrimineringsloven, samt diskrimineringsbestemmelsene bl.a. i arbeidsmiljøloven. Nemnda kan fatte vedtak om at et forhold er i strid med diskrimineringslovgivningen. Vedtakene er endelige, men kan bringes inn for domstolene for full prøving.

Vedtakene kan pålegge stansing, retting eller andre tiltak som er nødvendige, og inneholde en frist for oppfyllelse. Nemnda kan også ilegge tvangsmulkt der slike pålegg ikke blir fulgt opp innen fristen.

Fra 1. januar 2018 kan nemnda, ved enstemmighet, fatte vedtak om erstatning for økonomisk

tap. Innenfor arbeidslivets område kan den også tilkjenne oppreisning.

Nemnda kan imidlertid ikke kjenne en ansettelse ugyldig, eller pålegge en arbeidsgiver å ansette en arbeidstaker.

LDO skal arbeide for å fremme reell likestilling og hindre diskriminering på alle samfunnsområder, bl.a. på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel og adopsjon og omsorgsoppgaver.

Grove overtredelser av diskrimineringsforbudet kan straffes med bøter eller fengsel.

### 7.1.2.13 Særaldersgrenser

Systemet med særaldersgrenser bygger på en forutsetning om at grupper av arbeidstakere ikke kan fortsette i stillingen utover en gitt alder, med bakgrunn i at tjenesten stiller spesielle krav til fysiske eller psykiske egenskaper som normalt svekkes ved alder, eller at stillingen medfører uvanlig fysisk eller psykisk belastning. Særaldersgrenser er utførlig behandlet i en rapport fra en arbeidsgruppe i 2023 (39).

I dag har bl.a. følgende yrkesgrupper særaldersgrenser: politi, brannfolk og forsvarsansatte (60 år), kriminalomsorgen (63 år) og helsepersonell (65 år), se boks 7.8. Samlet utgjør det over 200 000 offentlig ansatte; nesten én av tre offentlig ansatte.

85-årsregelen, innebærer at alderspensjon kan tas ut på 57 år for de med aldersgrense på 60 år, eller 62 år for de med aldersgrense på 65 år, dersom tjenestetiden og alderen til sammen er minst 85 år. Det betyr f.eks. at mange sykepleiere kan gå av allerede ved 62 år.

Inntil 2021 ga særaldersgrensene lite rom for fleksibilitet for videre arbeid. I 2021 ble plikten til å fratruke ved særaldersgrenser fjernet for alle unnatt ansatte i Forsvaret (fra 1. juli 2021 i statlig sektor og 1. januar 2022 for kommunal sektor). Retten til pensjon ved oppnådd særaldersgrense er imidlertid videreført (39). Dersom man har arbeid i offentlig sektor som gir rett til medlemskap i offentlig tjenestepensjonsordning, vil pensjonen avkortes.

Et forslag fra regjeringen, som var på høring i 2024, innebærer å innføre et særalderspåslag for dem som har stilling med særaldersgrense 60, 63 og 65 år og som er født i 1963 eller senere. Særalderspåslaget er et livsvarig tillegg til ordinær pensjon. Forslaget gjaldt også videreføring av gjeldende tidligpensjonsordning for enkelte årskull og innføring av en ny tidligpensjonsordning for de med særaldersgrense 60 og 63 år. Det var også en del av forslaget å fjerne 85-årsregelen, som gir

### Boks 7.8 Ulike særaldersgrenser

For ansatte i staten følger aldersgrensene av aldersgrenseloven (203). Det følger av loven at den alminnelige aldersgrensen er 70 år, mens de lavere aldersgrensene kan være 65, 63 og 60 år.

I kommunal sektor er det tariffestet en alminnelig aldersgrense på 70 år og særaldersgrenser. En forskrift om pensjonsordninger for kommunalt eller fylkeskommunalt ansatte (204) fastsetter at aldersgrensene ikke må være lavere enn for tilsvarende stillinger for offentlige tjenestemenn etter aldersgrenseloven. I en særavtale om pensjonsordninger i KS-området fra 2020 følger det at særaldersgrensene i kommunal sektor skal følge det som gjelder i staten for tilsvarende stillinger (205).

Aldersgrenser for sykepleiere framgår av sykepleierpensjonsloven (206). Offentlig godkjente sykepleiere i privat, fylkeskommunal eller statlig virksomhet omfattet av spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven skal være medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere. Aldersgrensen er 70 år for overordnede sykepleiere, sykepleiere i administrative stillinger og undervisningsstillinger, og 65 år for underordnede sykepleiere.

Aldersgrensene for ballettdansere, sangsolister og korsangere ved Den Norske Opera & Ballett følger av operapensjonsloven, og er 41 år for ballettdansere, 52 år for sangsolister og 56 år for korsangere.

mulighet for uttak av pensjon tre år før aldersgrensen. Forslagene var basert på en avtale som ble inngått 25. august 2023 mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Landsorganisasjonen i Norge (LO), Unio, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS), Akademikerne, KS og Arbeidsgiverforeningen Spekter om pensjonsregler for personer med særaldersgrense. I avtalen framgår det også at særaldersgrensene skal øke i takt med økende levealder. Det innebærer at utbetalingsperioden for tidligpensjon og særalderspåslag forskyves. Økningen skal skje i tråd med økningen i aldersgrensen for rett til ubetinget uttak av alderspensjon fra folketrygden. I Meld. St. 6 (2023–2024) er det foreslått å øke aldersgrensene i pensjonssystemet og i de andre inntektssikringsordningene i folketrygden (207). Stortinget har stilt seg bak forslagene. Forslaget om å øke aldersgrensene i takt med levealderen gjelder alle, ikke bare for stillinger med særaldersgrenser. Arbeidet med lovforslag om økte aldersgrenser er pågående, og dette arbeidet vil også omfatte forslag om økte aldersgrenser for personer med særaldersgrenser. Det ble derfor ikke foreslått regler for økte aldersgrenser i høringsnotatet fra 2024, men lovforslagene er utformet slik at det vises til alderen for ubetinget rett til alderspensjon fra folketrygden og ikke til dagens særaldersgrenser på 60, 63 og 65 år. Formålet er å sikre at det foreslåtte regelverket også fungerer i et system med økende aldersgrenser. Høringsforslaget er til behandling i Arbeids- og inkluderingsdepartementet, med sikte på å legge fram et lovforslag i løpet av våren 2025.

### 7.1.3 Yrkesskaderegelverket

I Norge er det en tosporet obligatorisk yrkesskadeordning, bestående av folketrygdlovens særytelser ved yrkesskader og yrkessykdommer og en yrkesskadeforsikring som pålegger arbeidsgivere å forsikre sine ansatte. Nav forvalter yrkesskadetrygden, mens arbeidsgivers forsikringsselskap administrerer yrkesskadeforsikringen. Yrkesskadeforsikringen finansieres ved premiebetaling fra arbeidsgiverne. Folketrygdens vesentligste utgifter dekkes via en refusjonsordning dekket av forsikringsselskapene.

Premiens størrelse avhenger av tre hovedelementer; skadefrekvensen i ulike næringer, en konkret risikovurdering hos den enkelte arbeidsgiver som tilsier rabatt eller forhøyet premie og markeds-/konkurranserabatt i den enkelte salgssituasjon (208).

Lovene er ment til sammen å sikre skadelidte full erstatning for det økonomiske tapet ved yrkesskader og yrkessykdommer. Nav og forsikringsselskapene er ikke bundet av hverandres avgjørelser.

Det har blitt rettet kritikk mot yrkesskadeordningen bl.a. fordi det oppleves som tungvint, komplisert og ressurskrevende å forholde seg til to regelverk, ettersom bevisbyrden i begge systemene ligger på den enkelte arbeidstaker og fordi det ofte er vanskelig å føre tilstrekkelig bevis i disse sakene. Det er også vist til kjønnsforskjeller ved at det er flere menn som får godkjent yrkesskade eller yrkessykdom enn kvinner. Stortinget vedtok 11. mai 2021 å be regjeringen om, i

samråd med partene i arbeidslivet, å legge fram et forslag til nødvendig forenkling av yrkesskadereglene som er i tråd med utviklingen i samfunnet og arbeidslivet, og som sikrer den enkelte arbeidstaker. Stortinget ba også regjeringen om å gjennomgå og om nødvendig oppdatere yrkessykdomslisten (209). Det framgår videre av Hurdalsplattformen at regjeringen vil forbedre reglene om yrkesskade og yrkesskadeforsikring (210). Som første del av dette arbeidet har Arbeids- og inkluderingsdepartementet hatt et forslag til en ny yrkessykdomsliste på høring. Forslaget bygger på STAMIs faglige oppdatering av den listen som ble foreslått av Yrkessykdomsutvalget i 2008 (211). STAMI vurderer bl.a. at psykiske sykdommer som posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depresjon etter krigsdeltakelse, kan tas opp på ny liste, samt at det er grunnlag for å inkludere enkelte muskel- og skjelettsykdommer på listen. Det foreslås videre å etablere et system for regelmessig revisjon av listen. Forslagene er til vurdering i Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Departementet arbeider videre med å forbedre og forenkle yrkesskadeområdet. I neste fase skal det undersøkes om arbeidsulykkebegrepet bør endres. Med dagens arbeidsulykkebegrep vil enkelte kunne oppleve at man ikke får en skade godkjent som yrkesskade fordi man har et risikofyllt arbeid. Et eventuelt endret arbeidsulykkebegrep vil derfor kunne være svært viktig for den enkelte, ikke minst i yrker der arbeidshverdagen er risikofyllt.

Ifølge tall fra Nav var det per 31. desember 2023 9 800 uføretrygdede der hele eller deler av uførheten er en følge av yrkesskade (236). Det er en liten nedgang (på om lag 200 personer) sammenlignet med 2022.

Andelen kvinner utgjør 31,4 prosent per desember 2023, andelen har vært svakt økende i hele tiårsperioden fra 2014. I desember 2014 var kvinneandelen 29,6 prosent.

### 7.1.3.1 Folketrygdloven

Alle som er bosatt eller arbeider i Norge eller på den norske delen av kontinentalsokkelen er i utgangspunktet medlemmer i folketrygden og kan få rett til ytelser ved yrkesskade.

Det er et vilkår at skaden eller sykdommen er påført i arbeid på arbeidsstedet i arbeidstiden. For arbeidstakere som har et fast arbeidssted, gjelder yrkesskadedekningen i hovedsak på bedriftsområdet. Skader som oppstår på reise mellom hjem

og arbeidssted eller oppdragssted, omfattes normalt ikke av yrkesskadedekningen. Det gjelder visse unntak, bl.a. når transporten skjer i arbeidsgiverens regi eller er av en slik karakter at den medfører vesentlig økt risiko for skade. Enkelte arbeidstakergrupper har utvidet yrkesskadedekning.

Yrkesskade er et sentralt rettighetsbegrep i folketrygdloven. Med yrkesskade menes en personskade, en sykdom eller et dødsfall som skyldes en arbeidsulykke som skjer mens vedkommende er yrkesskadedekket. Som arbeidsulykke regnes en plutselig eller uventet ytre hending som vedkommende har vært utsatt for i arbeidet, eller en konkret tidsbegrenset ytre hending som medfører en påkjenning eller belastning som er usedvanlig i forhold til det som er normalt i vedkommende arbeid.

I tillegg kan visse yrkessykdommer som skyldes påvirkning over tid i arbeidet, likestilles med yrkesskade. Med hjemmel i folketrygdloven er det gitt forskrifter som lister opp sykdommene som kan likestilles med yrkesskade (212, 213). Dette er sykdommer der man i stor grad har kunnskap om sammenhengen med skadelig påvirkning i arbeidet, hovedsakelig av kjemisk, fysisk eller biologisk art. For at en sykdom skal kunne godkjennes som yrkessykdom og gi rett til erstatning, må sykdommen i tillegg til å stå på listen være forårsaket av yrkeseksponeringen. Forskriftene gjelder også for yrkesskadeforsikring.

Belastningslidelser som over tid har utviklet seg i muskel- og skjelettsystemet, regnes ikke som yrkesskade eller likestilt med yrkesskade. Det samme gjelder lidelser som har utviklet seg som følge av psykiske påkjenninger eller belastninger over tid.

### Melding av yrkesskade og yrkessykdom

Arbeidsgivere plikter snarest å sende skademelding til Nav når en arbeidstaker blir påført en skade eller en sykdom som kan gi rett til yrkesskadefordeler. Meldeplikten gjelder selv om arbeidsgiver er i tvil om det foreligger yrkesskade eller yrkessykdom. Det er utarbeidet egne skjemaer for melding.

Arbeidstaker kan selv melde til Nav hvis den meldepliktige ikke gjør dette.

Selv om meldefristen er oversittet, kan det gjøres unntak når «det er klart at forholdet er en yrkesskade, og det foreligger særlige grunner til at melding ikke er gitt i rett tid».



### 7.1.3.2 Yrkesskadeforsikringsloven

Arbeidsgiver er pålagt å tegne yrkesskadeforsikring til fordel for sine ansatte. For å være omfattet av forsikringsordningen er det et vilkår at man regnes som arbeidstaker. Selvstendige næringsdrivende faller utenfor lovens forsikringsplikt.

Yrkesskadeforsikringen skal, med enkelte unntak, dekke skader og sykdommer som arbeidstakere påføres i arbeid på arbeidsstedet i arbeidstiden. Loven gir de ytre rammene for tidsrom og situasjoner når arbeidstakeren er yrkesskadeforsikret, og fastsetter kravene til årsak og skade innenfor disse rammene. Begrepene «i arbeid på arbeidsstedet i arbeidstiden» skal forstås på samme måte som i folketrygdloven.

Loven omfatter skade og sykdom forårsaket av arbeidsulykke (yrkesskade).

Årsakskravet bygger på alminnelige erstatningsrettslige prinsipper. Skadelidte har bevisbyrden for årsakssammenhengen, men det er tilstrekkelig at det er mer sannsynlig at ulykken har vært en nødvendig betingelse, enn at den ikke har vært det. En skade kan ikke godkjennes delvis som yrkesskade, slik som etter folketrygdlovens praksis.

Folketrygdlovens «yrkessykdomsliste» gjelder fullt ut også for yrkesskadeforsikring. Etter yrkesskadeforsikringsloven må arbeidstaker sannsynliggjøre at han eller hun har en sykdom som går inn under listen, og at yrkespåvirkningen har forårsaket sykdommen. Forutsatt at arbeidstaker kan sannsynliggjøre dette, skal sykdommen anses forårsaket i arbeid på arbeidsstedet i arbeidstiden, med mindre forsikringsgiveren kan bevise at dette åpenbart ikke er tilfelle. Det åpnes ikke for å godkjenne delvis en sykdom som yrkessykdom.

Også andre sykdommer enn dem som omfattes av yrkessykdomslisten kan godkjennes som yrkessykdom. Det er tilstrekkelig at slike sykdommer skyldes påvirkning fra skadelige stoffer eller arbeidsprosesser. Etter lovforarbeidene omfattes ikke belastningslidelser.

Det følger av yrkesskadeerstatningsloven § 14 at erstatningen kan settes ned eller falle helt bort dersom skadelidte forsettlig eller grovt uaktsomt har medvirket til skaden (214). I lovforarbeidene er manglende bruk av hensiktsmessig verneutstyr tross påbud og advarsler nevnt som eksempel.

### Melding av yrkesskade og yrkessykdom

Det er ingen meldeplikt for arbeidsgiver til sitt forsikringsselskap når en arbeidstaker ved bedriften har vært utsatt for en arbeidsulykke eller har pådratt seg en yrkessykdom som følge av arbeidet. Dermed må arbeidstaker selv melde dette til arbeidsgivers forsikringsselskap. Skadelidte kan også melde skaden til arbeidsgiver. Meldingen til arbeidsgiveren må gis en slik form at arbeidsgiveren har grunn til å forstå at det kan være tale om en forsikringssak.

## 7.2 Arbeidsmiljømyndighetenes ansvar og virksomhet

Redegjørelsen i kapittel 7.2 bygger i stor grad på Arbeidstilsynets redegjørelse om regelverksutvikling og tilsynets oppfølging når det gjelder kvinnearbeidshelse (141).

### 7.2.1 Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet er en forebyggende etat som skal legge premisser for og følge opp at virksomhetene holder et høyt nivå med hensyn til helse, arbeidsmiljø og sikkerhet. Arbeidstilsynet skal, på et faglig og selvstendig grunnlag, følge opp at virksomhetene ivaretar sitt ansvar etter arbeidsmiljølovgivningen.

Arbeidstilsynet har tilsynsmyndighet overfor flere enn 223 000 virksomheter som har svært ulike arbeidsmiljøutfordringer, samt ressurser, vilje og evne til å håndtere dem. Basert på kunnskap om arbeidsmiljøtilstanden, utvikling og trender, skal Arbeidstilsynets innsats prioriteres med utgangspunkt i en risikovurdering. Arbeidsmiljøproblemene som prioriteres er basert på kunnskap presentert i STAMIs «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse» (1) supplert med analyser av Arbeidstilsynets egne data og tilsynserfaringer, og øvrig forskningslitteratur og analyser som foreligger på området. Arbeidstilsynet skal ha målrettet aktivitet for å forebygge både svært alvorlige konsekvenser som rammer få, og mindre alvorlige konsekvenser som rammer mange, og som i sum kan ha store samfunns- og folkehelsemessige konsekvenser. Dette kan f.eks. være sykefravær og frafall fra arbeidslivet på grunn av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. Arbeidstilsynet prioriterer innsatsen mot utsatte grupper, næringer og forhold i arbeidslivet med høy risiko for utnytting, sykdom eller skade, og mot aktører

som gjennom useriøsitet og arbeidslivskriminalitet setter arbeidsmiljøtilstanden under press.

Arbeidstilsynet har ulike virkemidler for å påvirke virksomhetene til å arbeide systematisk forebyggende med arbeidsmiljøet, herunder regelverksutvikling, tilsyn, informasjon og veiledning og samarbeid med andre fagmyndigheter og partene i arbeidslivet. Valg av virkemidler avhenger av flere faktorer. F.eks. hvilke arbeidsmiljøutfordringer virksomheten har, og omfang, kompleksitet og alvorlighetsgrad. Andre faktorer av betydning er vurdering av virksomhetens kunnskap, motivasjon og ressurser til forbedring. Arbeidstilsynet kan gripe direkte inn i en virksomhet eller påvirke den mer indirekte. Virkemiddelbruken tilpasses etter hva man ønsker å oppnå og i hvilke målgrupper. Ofte er det behov for langsiktig innsats med bruk av flere virkemidler. Gjennom veiledning formidler Arbeidstilsynet også kunnskap om tilstanden i arbeidslivet og om eksponeringer og helseutfall, og gir informasjon om hvordan regelverket skal forstås og hvordan det kan etterleves.

Arbeidstilsynets risikobaserte forebyggende tilsyns- og veiledningsaktiviteter har gjennom årene hatt temainngang (f.eks. «forebygge vold og trusler», «sett strek for seksuell trakassering») og/eller en målgruppeinngang («revisjon i sykehus», «tilsyn og veiledning i ambulansetjenesten»). Aktivitetene har ikke hatt en eksplisitt kjønnsinngang, men kjønnspektivet kan ha vært inkludert der hvor det har vært aktuelt. I det følgende gjennomgår myndighetsoppfølging i form av utadrettet aktivitet som er rettet mot kvinnedominerte deler av arbeidslivet, og/eller som har handlet om arbeidsmiljøtemaer som er spesielt relevante for kvinner.

### 7.2.1.1 Tilsyn

Gjennom tilsyn kontrollerer Arbeidstilsynet at virksomheter overholder bestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og gir ev. reaksjoner ved manglende etterlevelse. Tilsyn kan være meldt på forhånd eller uanmeldt, de kan gjennomføres som stedlige tilsyn, digitale tilsyn eller som dokumenttilsyn. Hvis tilsynet avdekker brudd på regelverket på ett eller flere områder, kan det gis ulike reaksjoner, f.eks. pålegg, tvangsmulkt, stans av arbeid eller overtredelsesgebyr. Reaksjonen avhenger av hvor alvorlig bruddet er og om bruddet fører til akutt fare for arbeidstakerne.

Arbeidstilsynet har ikke komplette data fra tilsyn før 2014 (141). Arbeidstilsynet gjennomførte totalt 136 920 tilsyn i perioden 2014–2023. I 69 pro-

sent av disse tilsynene ble det avdekket brudd på regelverket, mens 63 prosent ble fulgt opp med reaksjon. Av alle tilsynene, ble flest gjennomført i virksomheter i næringsområdene bygg- og anleggsvirksomhet (46 241), varehandel og reparasjon av motorvogner (15 335), overnattings- og serveringsvirksomhet (13 661) og industri (13 056). Fafo har pekt på at virksomheter i næringer med mange ansatte og stor kvinneandel i liten grad er gjenstand for Arbeidstilsynets oppmerksomhet. Fafo viser samtidig til at funnene ikke er overraskende i lys av Arbeidstilsynets strategi om «risikobasert tilsyn» (61). Arbeidstilsynets rolle er å føre tilsyn med loven, og ikke med den faktiske arbeidsmiljøtilstanden. Antall gjennomførte tilsyn er likevel ikke i seg selv et mål på Arbeidstilsynets ressursbruk i en gitt næring. Ressursbruk på tilsyn avhenger av mange faktorer, som bl.a. hensikten med tilsynet, tilsynsform og tilsynsmetodikk, og reaksjonsbruk. Et tilsyn i helse- og sosialsektoren, der Arbeidstilsynet kontrollerer forhold knyttet til forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager, vil være mye mer ressurskrevende enn et tilsyn i bygg og anlegg, der etaten kontrollerer HMS-kort. Arbeidstakernes kjønn har ikke avgjort tema for tilsyn eller hvor Arbeidstilsynet har rettet innsatsen (141). Likevel kan tilsynene være relevante ut fra et kvinnearbeidshelseperspektiv.

### 7.2.1.2 Tema i tilsyn

Forhold knyttet til temaene systematisk arbeidsmiljøarbeid og organisatoriske arbeidsbetingelser ble kontrollert som planlagte deler av tilsynet i henholdsvis 105 458 og 77 799 tilsyn i perioden 2014–2023. Disse to temaene er relevante i forbindelse med andre temaer Arbeidstilsynet fører tilsyn med, og blir ofte kontrollert i samme tilsyn. Som planlagt del av tilsynet, ble fysiske arbeidsbetingelser kontrollert i 48 176 tilsyn, kjemiske og biologiske arbeidsbetingelser i 19 293 tilsyn, ergonomiske arbeidsbetingelser i 8 798 tilsyn og psykososiale arbeidsbetingelser i 7 814 tilsyn. Fokus i tilsyn hvor ergonomiske og psykososiale arbeidsbetingelser blir kontrollert er ofte virksomhetens forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og/eller arbeidsrelaterte psykiske plager – to helseutfall som er særlig relevante for kvinner.

### 7.2.1.3 Tilsyn i kvinnedominerte næringer

Arbeidstilsynet gjennomførte 22 948 tilsyn i kvinnedominerte næringer i perioden 2014–2023.

Tabell 7.1 Næringer med kvinneandel over 60 prosent

Næring (SN 2007)	Kvinneandel
Veterinærtjenester	84,8 prosent
Pleie og omsorg i institusjon	81,1 prosent
Omsorg uten botilbud, barnehager mv.	81,0 prosent
Annen personlig tjenesteyting	78,9 prosent
Helsetjenester	77,4 prosent
Lønnet arbeid i private husholdninger	76,9 prosent
Bekledningsindustri	76,1 prosent
Undervisning	66,3 prosent
Bibliotek, muséer o.a. kulturvirksomhet	63,5 prosent
Detaljhandel, unntatt med motorvogner	62,0 prosent
Reisebyråer og reisearrangører	60,8 prosent
Overnattingsvirksomhet	60,7 prosent
Gjennomsnitt alle næringer	47,3 prosent

Kilde: Arbeidstilsynet 2025.

Arbeidstilsynet avgrensner kvinnedominerte næringer til næringer, bransjer og yrker hvor minst 60 prosent av de sysselsatte er kvinner, se tabell 7.1.

Tilsyn i disse kvinnedominerte næringene utgjorde 16,8 prosent av alle tilsyn Arbeidstilsynet gjennomførte i denne perioden (136 920). Antall tilsyn per år i kvinnedominerte næringer varierte fra 1 384 (pandemiåret 2020) til 3 578 (2015). I perioden ble det avdekket brudd på regelverket i 74 prosent av tilsynene, og 66 prosent ble fulgt opp med reaksjon. Det ble altså avdekket brudd og gitt reaksjon i en større andel av tilsynene i kvinnedominerte næringer, sammenlignet med alle tilsyn totalt.

#### 7.2.1.4 Tema i tilsyn i kvinnedominerte næringer

I tilsynene med virksomheter i kvinnedominerte næringer, kontrollerte Arbeidstilsynet forhold knyttet til ulike temaer. Tabell 7.2 viser antall tilsyn hvor hvert tema ble kontrollert som en planlagt del av tilsynet i perioden, og i hvor stor andel av disse tilsynene det ble avdekket brudd og gitt reaksjon. Av de aktuelle temaene, kontrollerte Arbeidstilsynet systematisk arbeidsmiljøarbeid i flest tilsyn, etterfulgt av organisatoriske arbeidsbetingelser og psykososiale arbeidsbetingelser. Størst andel brudd på regelverket ble avdekket

når det gjaldt systematisk arbeidsmiljøarbeid (brudd i 67 prosent av tilsynene), psykososiale arbeidsbetingelser (brudd i 63 prosent av tilsynene) og ergonomiske arbeidsbetingelser (brudd i 56 prosent av tilsynene). Disse temaene kan også ha blitt kontrollert i andre tilsyn, uten at kontrollpunktene inngikk i de planlagte sjekklistene, f.eks. dersom inspektøren har inkludert kontrollpunkter som følge av observasjoner underveis i tilsynet. Disse tilsynene vises ikke i denne statistikken.

Under hvert tema er det flere konkrete undertemaer. I tabell 7.3 vises tall på antall tilsyn, andel tilsyn med brudd og andel tilsyn med reaksjon i kvinnedominerte næringer i perioden, for undertemaene trakassering og vold og trusler. Disse sorterer under psykososiale arbeidsbetingelser, og er særlig relevante for kvinner. Under temaet «trakassering» er det et kontrollpunkt som handler spesifikt om *seksuell* trakassering, og om hvorvidt virksomheten har rutiner for hvordan dette skal forebygges, meldes, håndteres og følges opp. Dette kontrollpunktet har blitt benyttet som en planlagt del av tilsynet i 138 tilfeller, hvorav det har blitt avdekket brudd i 48 prosent, og fulgt opp med reaksjon i 33 prosent. 109 av disse tilsynene ble gjort innenfor næringsområdet Overnattings- og serveringsvirksomhet.

Tabell 7.2 Tema i tilsyn i kvinnedominerte næringer

Kontrollert tema	Antall tilsyn	Andel tilsyn med brudd	Andel tilsyn med reaksjon
Systematisk arbeidsmiljøarbeid	17 459	67 prosent	54 prosent
Organisatoriske arbeidsbetingelser	14 257	38 prosent	30 prosent
Psykososiale arbeidsbetingelser	4 218	63 prosent	50 prosent
Kjemiske og biologiske arbeidsbetingelser	3 028	40 prosent	32 prosent
Fysiske arbeidsbetingelser	2 631	40 prosent	23 prosent
Ergonomiske arbeidsbetingelser	2 024	56 prosent	36 prosent
<b>Totalt</b>	<b>20 903</b>	<b>72 prosent</b>	<b>62 prosent</b>

Antall tilsyn, andel tilsyn med brudd og andel tilsyn med reaksjon i kvinnedominerte næringer i perioden 2014–2023, fordelt på kontrollerte temaer (i tilfellene hvor kontrollpunkter relatert til temaet har vært en planlagt del av tilsynet). Ett tilsyn kan dekke flere tema.

Kilde: Arbeidstilsynet 2025.

Tabell 7.3 Tilsyn knyttet til trakassering og vold og trusler

Kontrollert undertema	Antall tilsyn	Andel tilsyn med brudd	Andel tilsyn med reaksjon
Trakassering	398	34 prosent	20 prosent
Vold og trusler	2 790	60 prosent	53 prosent

Antall tilsyn, andel tilsyn med brudd og andel tilsyn med reaksjon i kvinnedominerte næringer i perioden 2014–2023, fordelt på utvalgte undertema (i tilfellene hvor kontrollpunkter relatert til temaet har vært en planlagt del av tilsynet). Ett tilsyn kan dekke flere undertema.

Kilde: Arbeidstilsynet 2025.

Det er flere arbeidsmiljøfaktorer som er særlig relevante for kvinner, men som det ikke er egne konkrete kontrollpunkter for per i dag. F.eks. er emosjonelle krav én av flere relevante faktorer å ta høyde for i kontroll av virksomhetens kartlegging, risikovurdering, plan og tiltak for å forebygge arbeidsrelaterede psykiske plager. Dette kontrollpunktet sorterer under temaet psykososiale arbeidsbetingelser, men tallene gir ikke grunnlag for å si noe om hvor stor andel av bruddene som spesifikt skyldes emosjonelle krav.

#### 7.2.1.5 Særskilte tilsyns- og veiledningsaktiviteter

En rekke aktiviteter som er særskilt relevante for kvinners arbeidshelse har vært gjennomført som satsinger, prosjekter og kampanjer. Dette er aktiviteter som er målrettet og spisset med hensyn til tema og målgruppe.

#### *OFIA-prosjektet (2002–2004)*

OFIA-prosjektet var en satsing særlig rettet mot ergonomisk, organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Utgangspunkt for prosjektet var å øke kunnskapen om disse arbeidsmiljøutfordringene, og å utvikle tilsynsmetoder som ville være best mulig egnet til å føre tilsyn med disse som tema. Dette var ikke et tilsynsprosjekt som sådan, men et faglig utviklingsarbeid som skulle bidra til økt kunnskap om hvilke faktorer som er viktige innen organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø og hvilke arbeidsmåter som er best egnet til å jobbe med dem framover.

#### *Rett hjem-kampanjen (2002–2007)*

Hovedmålet med kampanjen var å redusere de belastningene som bidrar mest til arbeidsrelaterede skader og sykdommer i hjemmetjenesten. Kampanjen omhandlet psykososiale og ergonomiske arbeidsmiljøfaktorer som uheldig tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold og trusler.

Det ble til sammen gjennomført 2 315 tilsyn i hjemmetjenester i alle landets 434 kommuner i tre runder; 2002–2003, 2003–2004 og i 2007. Alle tilsynsrundene avdekket store arbeidsmiljøutfordringer knyttet til temaene tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold og trusler i hjemmetjenesten. I tillegg til tilsyn ble det igangsatt et stort informasjons- og veiledningsarbeid i form av møter med målgruppene og partene i arbeidslivet, distribusjon av en rekke veiledningsmaterieell og oppslag i ulike medier og fagblader.

#### *Jobbing uten mobbing (2005–2007)*

«Jobbing uten mobbing» var en informasjons- og veiledningskampanje der formålet var å øke kunnskap og sette både arbeidsgivere og arbeidstakere i stand til å forebygge og håndtere mobbing og trakassering på jobb. Et viktig formål var også å tydeliggjøre at forebygging og håndtering av mobbing er en viktig del av det systematiske HMS-arbeidet i enhver virksomhet. Prosjektet ble initiert av partene i arbeidslivet, og fikk mye oppmerksomhet. I samarbeid med forskere og partene i arbeidslivet ble det utviklet veiledningsmaterieell og verktøy som ble samlet på en felles nettside. I samme periode kom forbudet mot trakassering inn i arbeidsmiljøloven.

#### *God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus (2005–2011)*

God vakt! var en landsdekkende tilsynskampanje der Arbeidstilsynet gjennomførte til sammen 875 tilsyn og møter i 22 offentlige helseforetak og fem private sykehus i 2005 og i 2008. Kampanjen skulle føre til reduksjon i de belastningene som bidrar til arbeidsrelaterte skader og sykdommer i helseforetakene, og hadde som mål at helseforetakene skulle ha fungerende HMS-systemer, og skulle organisere arbeidet slik at ansatte ikke ble utsatt for helseskadelige psykiske eller fysiske belastninger i arbeidet. Relevante temaer som ble vektlagt var organisering av arbeidet, omstilling, psykiske og sosiale belastninger, ergonomiske belastninger, og kjemisk og biologisk helsefare. Det ble avdekket brudd på arbeidsmiljøregelverket og gitt reaksjoner i form av pålegg til samtlige helseforetak/private sykehus. I tillegg til tilsyn ble det gjennomført informasjons- og veivisnings tiltak i form av en veiledningsbrosjyre, publisering av påleggsdokumentene, utgivelse av en informasjonsavis i 40 000 eksemplarer og pressemeldinger i nasjonal og lokal presse.

#### *3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø*

Dette samarbeidsprosjektet ble initiert med bakgrunn i Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) 2006–2009. Nav og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene deltok også i prosjektet. Målene i prosjektet var å forbedre arbeidsmiljøet, redusere sykefravær og øke den reelle pensjoneringsalderen i to utvalgte bransjer med store utstøtingsproblemer: sykehjem og kjøttindustrien. Prosjektets navn refererer til tre parter i arbeidslivet, to bransjer og ett felles mål. For begge målgrupper var muskel- og skjelettlidelser fulgt av psykiske lidelser de største diagnosegruppene for sykefravær og uførepensjonering. Ved oppstart av prosjektet ble det gjennomført samlinger der systematisk HMS- og IA-arbeid ble presentert og samarbeid etablert. Det ble avholdt regionale, bransjevise samlinger i flere runder, der hensikten var kunnskaps- og erfaringsdeling på tvers av virksomhetene. Det ble avsatt midler til gjennomføring av arbeidsmiljøtiltak på virksomhetsnivå, og midlene gikk bl.a. til personalsamlinger, lederopplæring, kurs i kommunikasjon og konfliktløsning, og opplæring i refleksjonsverktøy.

#### *Med skolen som arbeidsplass (2009–2010)*

«Med skolen som arbeidsplass» inngikk i Arbeidstilsynets innsats for et inkluderende arbeidsliv. Målet var at skolene og skoleeiere skulle bli bedre i stand til å forebygge sykefravær og utstøting ved å jobbe systematisk med HMS for å sikre et godt og inkluderende arbeidsmiljø for alle ansatte i skolen. Psykososiale og inneklimarelaterte risikofaktorer i sektoren var særlig i fokus i tilsynene. Mer konkret handlet det bl.a. om kartlegging, risikovurdering og oppfølging av psykososiale arbeidsmiljøutfordringer med særlig fokus på konflikter, vold og trusler, omstillinger og sikring av et fullt forsvarlig inneklima. Arbeidstilsynet gjennomførte 831 tilsyn i grunnskoler og videregående skoler. I 76 prosent av tilsynene ble det avdekket brudd på arbeidsmiljølovens krav som resulterte i reaksjoner i form av pålegg.

#### *Arbeid for helse (2010–2012)*

Hovedmålet til satsingen «Arbeid for helse» var å sette virksomhetene bedre i stand til å forebygge psykiske belastninger som kan oppstå på grunn av uheldige psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøforhold. Aktuelle temaer var bl.a. vold og trusler, konflikter, trakassering, omstilling, varsling, uheldig stressbelastning, sosial støtte,

autonomi, opplæring og medvirkning. Alle temaene ble knyttet til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, herunder kartlegging, risikovurdering, plan og avvikssystem. 1 360 tilsyn ble gjennomført i hele landet i bransjer med særlig risiko for muskel- og skjelettplager og psykiske belastninger. Dette inkluderte bl.a. barnevernsinstitusjoner, kommunalt barnevern, asylmottak og mediebedrifter. Det ble avdekket brudd på arbeidsmiljølovens krav i totalt 61 prosent av tilsynene. I tillegg til tilsyn, ble det i satsingen gjennomført omfattende informasjons- og veiledningsarbeid.

#### *På lag (2011–2012)*

«På lag» var en tilsyns- og veiledningssatsing hvor tilsyn med helse, miljø og sikkerhet først og fremst ble sett i sammenheng med organisatoriske og psykososiale arbeidsbetingelser. Prosjektet prioriterte bransjer og virksomheter med særlige utfordringer med hensyn til tilrettelegging, sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det inkluderte flere kvinnedominerte næringer og bransjer, bl.a. store deler av helse- og sosialsektoren (sykehjem, aldershjem og hjemmetjeneste, tannhelse), undervisning, varehandel, kultursektoren (bl.a. kommunale bibliotek), forretningsmessig tjenesteyting (renholdsvirksomheter) og annen tjenesteyting (frisører). Totalt ble det gjennomført 3 758 tilsyn, og i 69 prosent av tilsynene ble det gitt én eller flere reaksjoner.

#### *Føre var! – forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager (2010–2012)*

Formålet med «Føre var!» var å bidra til at flere virksomheter arbeidet systematisk med å forebygge muskel- og skjelettplager. Om lag 4 200 tilsyn ble gjennomført i en rekke bransjer, bl.a. kvinnedominerte arbeidsplasser som barnehager, overnattingsvirksomheter og kontorarbeidsplasser. Tilsynene kontrollerte forhold knyttet til organisatorisk, psykososialt og ergonomisk arbeidsmiljø. 60 prosent av de kontrollerte virksomhetene hadde brudd på arbeidsmiljølovens krav til kartlegging og risikovurdering av forhold i arbeidsmiljøet med vekt på forebygging av muskel- og skjelettplager. 60 prosent av virksomhetene hadde ikke gjennomført lovpålagt opplæring om forebygging av muskel- og skjelettplager. Flest tilsyn ble gjennomført i barnehagene, og her ble det registrert én eller flere reaksjoner i 83 prosent av tilsynene. Oppfølgingstilsyn ble gjennomført i 2012.

#### *Frisørkampanjen (2002–2011)*

To nasjonale kampanjer rettet mot frisørers arbeidsmiljø ble gjennomført i denne tidsperioden, henholdsvis «Frisørkampanjen» i 2004–2005 og «Bedre kjemi» fra 2008–2011. I perioden ble det gjennomført 2 400 tilsyn i frisørsalonger. Tema for tilsynene var kjemisk arbeidsmiljø, ergologi og inneklima. Forhold knyttet til stoffkartotek, bruk av personlig verneutstyr og ventilasjon ble kontrollert, i tillegg til bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste. I en av tilsynsrundene fikk 90 prosent av de kontrollerte virksomhetene ett eller flere pålegg. Det ble også utviklet veiledningsmateriell i kampanjeperioden.

#### *Satsing i renholdsbransjen (2013–2017)*

Renholdsbransjen var i perioden 2013–2017 en av Arbeidstilsynets store nasjonale satsinger. Satsingens overordnede mål var å redusere sosial dumping ved at alle arbeidstakere i næringen skulle få lovlige lønns- og arbeidsbetingelser, redusere arbeidsrelaterte belastninger som fører til helseplager, og å legge til rette for mer inkluderende arbeidsplasser og redusert sykefravær i næringen. Totalt ble det gjennomført 4 900 tilsyn, med både renholdsvirksomheter og virksomheter som kjøper renholdstjenester. Det ble avdekket brudd og gitt én eller flere reaksjoner i 75 prosent av tilsynene med godkjente renholdsvirksomheter. Det ble avdekket brudd på regelverket i 63 prosent av tilsynene med ikke godkjente renholdsvirksomheter. I tillegg til tilsyn, ble det gjennomført en rekke veilednings- og kommunikasjonsaktiviteter.

#### *Sykehusrevisjonen (2014)*

Sykehusrevisjonen omfattet seks sykehus og var en del av Arbeidstilsynets satsing i helse- og sosialsektoren i perioden 2013–2016. Tilsynene ble gjennomført som revisjoner, det vil si grundig gjennomgang av HMS-arbeidet knyttet opp mot kravene i forskrift om systematisk HMS-arbeid. Målet med tilsynene var å bidra til gode arbeidsbetingelser i sykehusene og at sykehusene forebygger sykefravær og utvikler et så bra arbeidsmiljø som mulig. Tema for tilsynene var arbeidsbetingelser ved endring og omstilling, arbeidstilknutting, arbeidstidsordninger, vold og trusler, bruk av bedriftshelsetjeneste og forebygging av stikkskader.

### *Forebygge vold og trusler*

Arbeidstilsynet har i en rekke år hatt tilsyns- og veiledningsaktiviteter rette mot forebygging av vold og trusler. Temaet har inngått i tilsynsaktiviteter der det har vært relevant, men har også vært gjennomført som selvstendige satsinger i særlig utsatte næringer, herunder:

- 2016: Tilsyn og veiledning i to særlig utsatte deler av arbeidslivet: barnevernsinstitusjoner og kriminalomsorgen.
- 2017: Med regelverksendringene som kom knyttet til vold og trusler, ble det iverksatt en nasjonal omfattende informasjonskampanje for å gjøre endringene kjent og for å sette vold og trusler på dagsorden i arbeidslivet. Målgruppen var arbeidstakere og arbeidsgivere i helse- og sosialtjenester.
- 2017: Veiledningsaktiviteter i kommunale helse- og sosialtjenester med forebygging av vold og trusler som tema.
- 2018: 93 tilsyn i tilfeldig utvalgte grunnskoler med forebygging av vold og trusler som tema. Det ble avdekket brudd på arbeidsmiljølovens krav til kartlegging, risikovurdering, plan og tiltak ved nær ni av ti skoler.
- 2019: Det er gjennomført flere veiledningsaktiviteter med vold og trusler som tema i kommunale helse- og sosialtjenester, særlig i sykehjem, mot kommunal ledelse og i hjemmetjenesten.
- 2023: Kampanje for å gjøre skoleledere og ansatte i undervisning bevisst på arbeidsmiljøforhold som kan være spesielt viktige å jobbe med for å redusere fravær og frafall og for å øke trivsel og produktiviteten i sektoren. Arbeidstilsynet gjennomførte omfattende veiledning i undervisningssektoren gjennom bl.a. e-læringskurs, informasjon i sosiale medier og flere webinarer om arbeidsmiljø i skolen som tema (vold og trusler m.m.).
- 2024: Videre oppfølging med tilsynsaktivitet i undervisning med forebygging av vold og trusler som tema.

### *Forebygge arbeidsrelaterte psykiske plager og muskel- og skjelettplager*

At arbeidsgivere skal forebygge arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager har vært ett av tre prioriterte mål i Arbeidstilsynets forebyggende aktivitet siden 2023. Helsevirksomheter og byggevirksomheter er særlig prioriterte målgrupper i dette arbeidet. I 2023 ble det gjennomført 1 765 tilsyn med forebygging av arbeids-

relaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Tilsynet fant ett eller flere brudd i 83 prosent av tilsynene. Flest tilsyn (571) ble gjennomført i helse- og sosialtjenester, hvor det ble avdekket brudd i 89 prosent av tilsynene.

Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager er det temaet Arbeidstilsynet veileder aller mest om, sammenlignet med andre temaer. I 2023 ble det gjennomført 121 veiledningsseminarer knyttet til forebygging av arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager, med til sammen nær 46 700 deltakere og visninger. Tilsynet gjennomførte tre kampanjer, med over sju millioner visninger.

### *Sammen setter vi strek for seksuell trakassering (2018–2025)*

I 2018 lanserte Arbeidstilsynet, Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) og partene i utelivsbransjen kampanjen «Sammen setter vi strek for seksuell trakassering» (#settestrek). Kampanjen er løftet i flere runder, og har som mål å øke kunnskapen til arbeidsgivere og arbeidstakere i bransjen, om hva seksuell trakassering er og hvordan det kan forebygges og håndteres på arbeidsplassen. Det er utarbeidet en nettbasert veileder med konkrete og praktiske råd. Arbeidstilsynet og LDO har også arrangert flere kurs om temaet og produsert to webinarer. I 2025 skal det lanseres et oppgradert samtaleverktøy med tolv oppgaver som skal fungere som samtalestartere. Verktøyet kan brukes på personalmøter og skal bidra til å senke terskelen for å snakke om et vanskelig tema på arbeidsplassen. Utviklet materiell og verktøy er tilgjengelig på [www.settestrek.no](http://www.settestrek.no)

### *Seksjon for kunnskapsformidling inkluderende arbeidsliv*

Seksjon for kunnskapsformidling inkluderende arbeidsliv (KIA) ble opprettet i Arbeidstilsynet som ledd i Arbeidsmiljølovsatsingen i 2019. KIA driver målrettet og kunnskapsbasert veiledning og veivisning i forebyggende arbeidsmiljøarbeid. KIA har siden opprettelsen veiledet i forebyggende arbeidsmiljøarbeid i prioriterte bransjer på de områder som i størst grad fører til sykefravær og frafall; organisatoriske, ergonomiske og psykososiale arbeidsmiljøforhold. Flere av de prioriterte bransjene i dette arbeidet er kvinnedominerte. I 2023 gjennomførte Arbeidstilsynet 196 aktiviteter og veiledet over 50 000 personer. Målgruppene fikk bransjetilpasset veiledning og økt kjennskap til Arbeidsmiljøportalen og dens verktøy, og kunn-

skap om å forebygge muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Arbeidstilsynet jobbet ut mot et bredt utvalg målgrupper, som ledere, verneombud, tillitsvalgte og HR/HMS-ansvarlige, dvs. aktører med størst påvirkning på arbeidsmiljøet i virksomhetene.

### **7.2.2 Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)**

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) er det nasjonale forskningsinstituttet for arbeidsmiljø og arbeidshelse. Instituttet er en uavhengig kunnskapsformidler, underlagt Arbeids- og inkluderingsdepartementet. STAMI frambringer, foredler og formidler kunnskap om arbeidsmiljø og arbeidshelse. STAMI bygger sin virksomhet på forskning, som sammen med bl.a. kunnskapsformidling og utdanning står sentralt i instituttets samfunnsoppdrag. Gjennom dette skal STAMI nå ut til norsk arbeidsliv og aktører av betydning for arbeidslivet, og bidra til forskningsbasert systematisk arbeid for å skape gode arbeidsmiljøer, og redusere frafall og fravær. Kunnskap fra STAMI skal dyktiggjøre arbeidslivets parter og arbeidsmiljømyndighetene, inkludert ansatte i Arbeidstilsynet og Navs arbeidslivssentre.

STAMI har det nasjonale ansvaret for arbeidet med arbeidsmiljøovervåking hvor de med utgangspunkt i etablert forskningsbasert kunnskap og foreliggende nasjonale data, kontinuerlig arbeider med å definere og utvikle indikatorer som er egnet til å beskrive utviklingen i den norske arbeidsmiljøtilstanden. Målsettingen er å framskaffe pålitelig og kvalitetssikret underlagsmateriale til arbeidsmiljømyndighetene, partene i arbeidslivet, helsevesenet og andre forskningsmiljøer. En sentral del i overvåkningsarbeidet er utarbeidelsen av «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse». Faktaboka publiseres hvert tredje år og er et felles fakta- og diskusjonsunderlag for arbeidsmiljømyndighetene og arbeidslivets prioriteringer for forebyggende virksomhet på arbeidsmiljøområdet.

### **7.2.3 Informasjon og veiledning**

#### *7.2.3.1 Arbeidsmiljøetsatsingen*

I 2019 ble det gjennom IA-avtalen etablert en ny arbeidsmiljøetsatsing. Hovedmålet med arbeidsmiljøetsatsingen er å bidra til bedre innhold og retning i arbeidsmiljøarbeidet på den enkelte arbeidsplass. Arbeidsmiljøetsatsingen handler om målrettet bransje- og arbeidsplassrettet kunnskapsutvikling, formidling og veivisning i forebyggende

arbeidsmiljøarbeid på områder som i størst mulig grad bidrar til sykefravær og frafall.

Arbeidsmiljøetsatsingen retter arbeidsmiljøarbeidet mot de sentrale faktorene:

- hvor forskning viser sammenheng med selve arbeidet
- hvor forebyggingspotensialet knyttet til sykefravær er størst
- hvor en med riktige virkemidler kan gi størst effekt

Arbeidsmiljøetsatsingen er organisert i et samarbeid mellom STAMI, Arbeidstilsynet, Nav og Havindustritilsynet. Det er etablert samarbeid mellom etatene og partene i arbeidslivet, noe som er sentralt for å nå godt ut med budskapet og produktene i satsingen. Verktøyene i satsingen er per 1. mars 2025 tilpasset 29 bransjer.

Satsingen består bl.a. av kunnskapsoppsummeringer og utvikling av konkrete verktøy. Myndighetene har også økt veilednings-, informasjons- og tilsynsarbeidet. Tiltakene skal treffe virksomhetene, og rettes mot bransjer som har utfordringer knyttet til sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Agenda Kaupang gjennomførte i forbindelse med en evaluering av arbeidsmiljøetsatsingen en undersøkelse i over 2 000 virksomheter i statlig, privat og kommunal sektor (215). Denne undersøkelsen viste at de fleste virksomhetene som har brukt de ulike produktene i satsingen, opplever dem som både nyttige og relevante. Evalueringen viste en økende etterspørsel etter satsingen i større deler av det norske arbeidslivet, samtidig som kjennskapen til, og kunnskapen om satsingen og dens ulike elementer er økende. Arbeidsmiljøetsatsingen har likevel et stort potensial for mer bruk hos virksomhetene, og produktene i satsingen er fortsatt ikke tilstrekkelig kjent. Agenda Kaupang trekker fram formidling under sine anbefalinger. Det er indikasjoner på at satsingen fortsatt ikke er godt nok kjent blant målgruppene, og formidlingsarbeidet bør ha høy prioritet og bør styrkes mot det regionale leddet framover (215).

De involverte etatene opplever også at arbeidsmiljøetsatsingen og budskapene og verktøyene i denne har blitt godt kjent de siste årene, men at det er et stort potensial i å nå ut til mange flere virksomheter. Satsingen er mest brukt av de første bransjene som ble lansert, og potentialet i å nå ut til flere bransjer er stort. Det blir viktig at dette både skjer gjennom samarbeid mellom etatene og med partene, men også gjennom formidlingsaktiviteter der hovedbudskapet i satsingen framheves. Formidlingsaktiviteten fra etatene har vært økende de siste årene, og man ser at etterspørse-



len etter samarbeid og deltakelse på ulike formidlingsarenaer er økende (216).

*Arbeidsmiljøportalen, En bra dag på jobb og Arbeidsmiljøhjelpen*

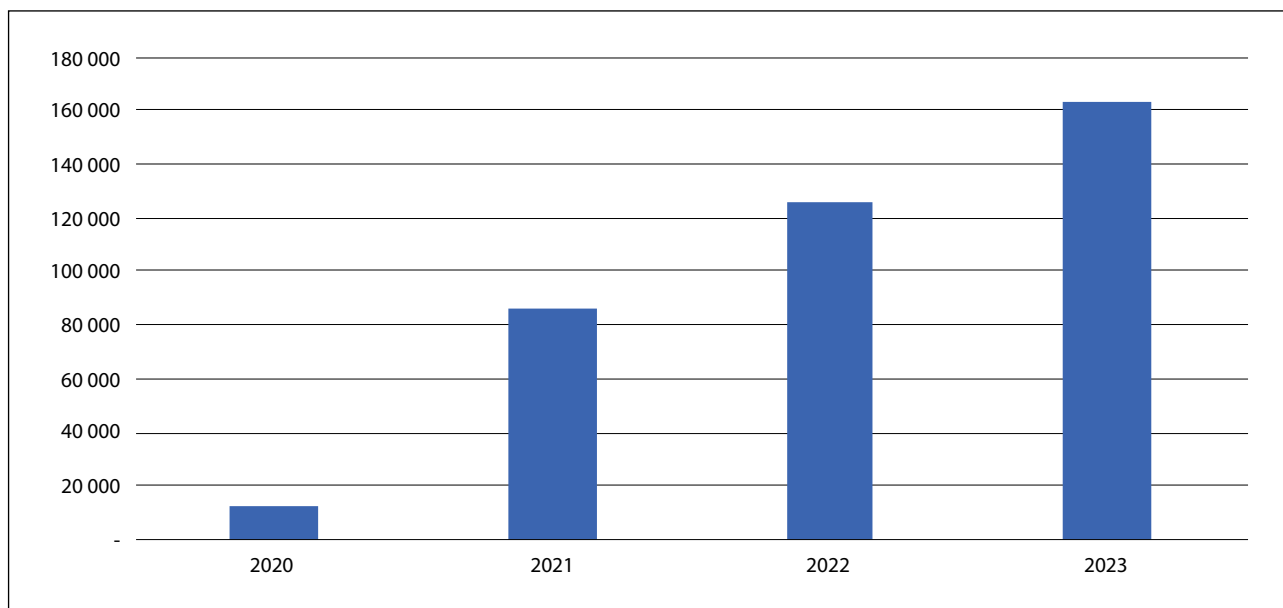
Som en del av arbeidsmiljøloven opprettet arbeidsmiljømyndighetene den nettbaserte «Arbeidsmiljøportalen»<sup>5</sup>. Portalen inneholder bl.a. konkrete verktøy og fakta om hvordan man effektivt kan jobbe forebyggende med arbeidsmiljø i ulike bransjer, sektorer og virksomheter, med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap. Ved utgangen av februar 2025 hadde portalen kunnskap om 29 ulike bransjer, inkludert kvinne-dominerte bransjer som sykehus, sykehjem, barnevern, barnehage, renhold, frisør, grunnskole, servering, varehandel, hjemmetjenesten og helseklinikker. Verktøyene *En bra dag på jobb* og *Arbeidsmiljøhjelpen* er tilgjengelige fra portalen for de samme 29 bransjene.

*En bra dag på jobb* er et verktøy til bruk i arbeidsmiljøarbeidet på den enkelte virksomhet, utviklet av STAMI som en del av arbeidsmiljøloven. Verktøyet er tilpasset ulike bransjer og skal gjøre det enkelt å jobbe med arbeidsmiljø på en måte som bidrar til redusert sykefravær og hindrer frafall. Det baserer seg på forskning fra STAMI om arbeidsmiljø- og arbeidshelseutfor-

dringer i ulike bransjer og sektorer og er utviklet gjennom dialog med virksomheter. Ved å presentere filmer med typiske utfordringer i en bestemt bransje, legges det til rette for at ansatte kan diskutere utfordringene på sin egen arbeidsplass. I fellesskap skal de komme fram til en konkret handlingsplan som vil hjelpe dem til å få et bedre arbeidsmiljø. Det lokale partssamarbeidet er viktig for å skape et godt arbeidsmiljø, og det er lagt opp til at leder, tillitsvalgt og verneombud samarbeider om å lede prosessen.

*Arbeidsmiljøhjelpen* er et bransjetilpasset selvbetjeningsverktøy utviklet av Arbeidstilsynet som en del av arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøhjelpen er et verktøy som kan benyttes av leder, verneombud, tillitsvalgte og ansatte i samarbeid for å forbedre arbeidsmiljøet. Innholdet i verktøyet er utviklet i samarbeid med fagfolk fra bransjene. Arbeidsmiljøhjelpen handler om det organisatoriske, psykososiale og ergonomiske arbeidsmiljøet. Temaer i verktøyet som bransjene skal jobbe med er organisering av arbeidet (krav og forventninger, sosial støtte, opplæring, alenearbeid), jobbe med mennesker (sterke følelser, vold og trusler, seksuell trakassering, samarbeid), manuelt arbeid (arbeidsstillinger, variasjon), arbeidstid (nattarbeid, lange arbeidsdager), tids- og arbeidspress (arbeidstempo, pauser) og omstilling (usikkerhet, effektivisering og opplæring). Disse temaene gir bransjespesifikke, konkrete eksempler på hvordan arbeidsmiljøfaktorer kan se ut hos virk-

<sup>5</sup> <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/>



Figur 7.2 Utvikling av antall visninger «En bra dag på jobb»

Grafen viser veksten av antall unike visninger av «En bra dag på jobb» i perioden 2020–2023.

Kilde: Arbeidstilsynet 2025.

somheter i en gitt bransje. Verktøyet gir også tips til forbedringsområder virksomhetene kan jobbe videre med.

Partene i arbeidslivet har foreslått hvilke bransjer som skal prioriteres i arbeidsmiljøetsatsingen, og hvordan verktøyene skal innrettes. Verktøyene er bygget opp forskjellig med ulike virkemidler, men har samme mål: Å være et verktøy som bistår arbeidsplassene i å bygge et bedre arbeidsmiljø.

Årsrapporten til arbeidsmiljøetsatsingen 2023 viser at det er en økning i bruken av *En bra dag på jobb*.

I 2023 var det 123 000 unike sidehenvisninger. De mest brukte bransjene i 2023 er barnehage og kontorarbeidsplasser. *En bra dag på jobb* har blitt tatt i bruk i bransjeprogram etablert gjennom IA-avtalen, bl.a. i de kvinnedominerte bransjene sykehjem og barnehager. Dette har bidratt til den relativt høye andelen av brukere hvert år. Kontorarbeidsplasser treffer flest brukere på tvers av sektorer. Undervisning (grunnskole) kommer på tredjeplass i 2023, og det vises til at det har vært et stort søkelys på spesielt vold og trusler i skolen (216).

#### 7.2.3.2 Veiledning på arbeidstilsynet.no

Nettsider som *arbeidstilsynet.no* er en sentral kanal for veiledning. Her finnes en rekke veiledninger knyttet til arbeidsmiljøregelverket. Nettsidene blir stadig oppdatert med nye veiledninger, og revidert i tråd med endringer i regelverket og ny kunnskap. Veiledningene har i all hovedsak en temainngang (stress, graviditet og arbeidsmiljø, vold og trusler, seksuell trakassering osv.). Mange av veiledningene er relevante for kvinnearbeidshelse, men få av dem omtaler kjønn eksplisitt. Veiledningene retter seg mot arbeidsgivere, verneombud, tillitsvalgte, arbeidstakere, bedriftshelsetjeneste og andre aktører som er opptatt av arbeidsmiljø, med beskrivelser av krav, plikter og rettigheter i arbeidsmiljø sammenheng. Dette omtales uten referanse til kjønn, med unntak av der loven stiller særlige krav til å hensynta kjønn, som f.eks. kjønnsdelte garderobes og gravide arbeidstakere eller der kvinner utgjør en særlig utsatt gruppe, som f.eks. når det gjelder risiko for seksuell trakassering og vold og trusler.

#### Risikohjelpen

Risikohjelpen er et bransjespesifikt selvbetjeningsverktøy utviklet av Arbeidstilsynet i samarbeid med partene i arbeidslivet. Det er et verktøy som hjelper virksomheter med å redusere risiko

for sykdom og skade på arbeidsplassen. Utviklingen av Risikohjelpen er inspirert av andre risikovurderingsverktøy, som f.eks. Online interactive Risk Assessment tool (OiRA tool av EU-OSHA) og Arbeidsplassvurdering (APV av Arbejdstilsynet Danmark). Risikohjelpen ble lansert første gang i 2018 for bransjene renhold og frisør. Hittil er verktøyet tilgjengelig for fem bransjer, hvorav fire av dem er kvinnedominerte (renhold, frisør, servering og hjemmetjenesten). Flere av temaene som inngår i verktøyet er relatert til kvinnearbeidshelse: vold og trusler, trakassering, uønsket seksuell oppmerksomhet, emosjonelle krav, tids- og arbeidspress, tilrettelegging, arbeidstid, gravide medarbeidere, alenarbeid og rollekonflikt, tunge og ubekvemme løft, arbeid på knær og huk, stående arbeid, arbeid med armene hevet, samt uheldige arbeidsstillinger.

#### 7.2.3.3 Idébanken – for et arbeidsliv som inkluderer

Idébanken er et virkemiddel for formidling av informasjon som skal bidra til å få ned sykefraværet, hindre frafall og få flere i arbeid i norsk arbeidsliv. Idébanken skal støtte, men ikke erstatte, partenes og myndighetenes arbeid med å formidle informasjon om inkluderende arbeidsliv. Tjenesten leveres av Nav. Idébanken har en rådgivende referansegruppe som består av representanter for partene i arbeidslivet og sentrale myndigheter.

#### 7.2.3.4 Veiledning om tilrettelegging for gravide

På Arbeidstilsynets nettsider finnes det omfattende informasjon om arbeid og graviditet, herunder om risikofaktorer i arbeidsmiljøet, plikter til tilrettelegging for gravide og vern mot diskriminering av gravide. Ved STAMI er det også etablert en egen rådgivningstjeneste for gravide i arbeid, som bistår med råd om tilrettelegging og hvordan gjennomføre risikovurdering av arbeidsmiljøet. De fleste som kontakter STAMIs rådgivningstjeneste er gravide, ansatte i bedriftshelsetjenester og annet helsepersonell, som jordmødre. Andre grupper er hovedsakelig arbeidsgivere og verneombud. Henvendelsene angår i hovedsak kjemisk arbeidsmiljø, men inkluderer også fysisk belastning, arbeidstidsordninger, smitterisiko, støy, vibrasjon, stråling, voldsrisiko og psykososialt arbeidsmiljø. Idebanken – for et arbeidsliv som inkluderer inneholder også veiledning og eksempler om god tilrettelegging for gravide.

#### 7.2.4 Myndighetssamarbeid

Arbeidstilsynet, STAMI, Havindustritilsynet og Nav arbeider i fellesskap med å styrke og tilgjengeliggjøre kunnskapsgrunnlaget knyttet til arbeidsmiljøforhold av betydning for sykefravær og frafall, bl.a. gjennom videreutvikling av IA-arbeidsmiljøsatsingen. Etatene samarbeider også med partene i arbeidslivet i dette arbeidet.

Regjeringen viser i «Folkehelsemeldinga» til at deltakelse i arbeidslivet er knyttet til velferd langs flere dimensjoner, som helse, levealder og materiell levestandard (199). Det vises videre i meldingen til at samarbeid mellom arbeidsmiljø- og helsemyndighetene var avgjørende for å nå ut med informasjon og veiledning til arbeidslivet under koronapandemien, se boks 7.9.

Som oppfølging av «Folkehelsemeldinga» er det enighet om å styrke det strategiske samarbeidet mellom arbeidsmiljømyndighetene og helse-

myndighetene om beredskaps- og krisesituasjoner, forebygging av dagens og framtidens arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringer, utvikling av et bedre datagrunnlag og kunnskapsutvikling og forebyggende tiltak for å møte konsekvensene av klima- og miljøendringer.

Helse og arbeid henger tett sammen. God helse vil ofte medføre god arbeidsevne, og det å være i arbeid er i seg selv helsefremmende (217). Dette perspektivet kan ses i sammenheng med Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på arbeidshelse: «et område innen folkehelse for å fremme og opprettholde høyeste grad av fysisk, psykisk og sosialt velvære hos arbeidstakere i alle yrker».

#### 7.2.5 De arbeidsmedisinske avdelingene

De arbeidsmedisinske spesialistavdelingene inngår i de regionale helseforetakene og er lokalisert

#### Boks 7.9 Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga

##### Kapittel 3.4 Arbeid og inntekt

«Å halde ein stor del av befolkninga i arbeid og inkludere fleire av dei som er i ytterkanten av arbeidsmarknaden, vil ha positiv verknad på folkehelsa generelt og på sosiale helseforskjellar spesielt. Dersom arbeidet blir organisert på ein måte som skaper balanse mellom krava som blir stilte i arbeidet, og den yrkesaktive sine ressursar, kan det å vere i arbeid ha positive verknader gjennom aktivisering, sosial kontakt og oppleving av mening i kvardagen. Arbeid vil i mange tilfelle vere helsefremjande, også for personar med helseplager. [...] Arbeids- og velferdsforvaltninga forvaltar ein brei portefølje av verkemiddel som skal bidra til å auke moglegheitene i arbeidsmarknaden for dei som treng bistand til å komme i arbeid, eller som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Målet er å motverke avgang frå arbeidslivet til varige trygdeytningar og å redusere og forebygge arbeidsløyse. [...]

Å lykkast med å få kvinner i arbeid er også viktig for å oppnå likestilling mellom kjønna, og for at barna deira skal få høve til full deltaking i det norske samfunnet. [...]

Dette gjer at helse- og omsorgstenesta og arbeids- og velferdsforvaltninga må samarbeide for å kunne møte brukarane sine behov for

tenester. [...] Samhandlingsmodellen HelseIArbeid er eit anna døme, med helsefremjande og forebyggande tiltak retta mot grupper i arbeidslivet som står i fare for å bli sjukmelde eller falle ut av arbeidslivet på grunn av muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager.

[...]

Arbeidslivet og arbeidsplassen er ein viktig arena for forebygging, og det er eit stort potensial for gjensidig gevinst for både arbeidshelse og folkehelse. Ved betre samarbeid mellom arbeidshelse og folkehelse kan ein i større grad realisere dette potensialet. Derfor er det viktig med meir heilskapleg tenking om og tilnærming til arbeidshelse og folkehelse. Samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemiljøstyresmaktene under pandemien var avgjerande for å nå ut med koordinert informasjon og rettleiing til arbeidslivet. Det er viktig å føre det strategiske samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemiljøstyresmaktene vidare og styrke det også på andre område. Det gjeld blant anna samarbeid om forebygging av dagens og framtidens arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringar, utvikling av eit betre datagrunnlag og kunnskapsutvikling, og forebyggande tiltak for å møte konsekvensane av klima- og miljøendringar.»

i Bergen, Trondheim, Skien, Tromsø og Oslo. Det er også etablert en arbeidsmedisinsk poliklinikk ved STAMI. Avdelingene utreder pasienter ved mistanke om arbeidsrelaterte sykdommer, og har oppgaver knyttet til forskning, samt utdanning av spesialister i arbeidsmedisin. Avdelingene inngår i spesialisthelsetjenesten, men har samtidig viktige roller knyttet til kunnskapsbasert, forebyggende arbeidsmiljøarbeid. STAMI har en koordinerende rolle for de arbeidsmedisinske avdelingene. Det utarbeides felles faglige arbeidsmedisinske retningslinjer, og det er etablert et felles anonymt register over utredningssaker for alle pasienter som er utredet ved avdelingene. STAMI har ansvar for drift av registeret, og utarbeider årlige rapporter basert på den registrerte virksomheten. Som ledd i oppfølgingen av IA-avtalen, ble det i 2008 satt av årlige midler til en økning av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene.

### 7.3 Rammer og oppfølging i regi av toparts- og trepartssamarbeidet

Det norske arbeidslivet er organisert med et trepartssamarbeid mellom myndighetene og hovedorganisasjonene på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden sentralt og et velutviklet topartssamarbeid mellom arbeidstakerorganisasjoner og arbeidsgivere på virksomhetsnivå. Trepartssamarbeidet mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene og myndighetene er sentralt for å få en felles virkelighetsforståelse, forstå hverandres partsinteresser og for å utvikle en felles forståelse av samspillet mellom ulike elementer i organiseringen av det norske samfunnet. Merverdien av trepartssamarbeidet består bl.a. i at det bidrar til få oppslutning om nødvendige tiltak for å oppnå en god samfunnsutvikling med høy sysselsetting.

Medvirkning og partssamarbeid er vesentlige forutsetninger og viktige arenaer i arbeidet for et godt og helsefremmende arbeidsmiljø og for å forebygge frafall fra arbeidslivet. Samarbeid og gjensidig tillit og respekt mellom partene er viktige forutsetninger for et godt partssamarbeid. Dette gjelder både arbeidstakermedvirkning på virksomhetsnivå, i topartssamarbeidet og på de ulike arenaene for trepartssamarbeid.

#### 7.3.1 Arenaer for trepartssamarbeid

##### 7.3.1.1 Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd

Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd er et samarbeidsforum mellom regjeringen ved arbeids- og inkluderingsministeren og de åtte hovedorganisasjonene i arbeidslivet. Staten som arbeidsgiver ved statens personaldirektør, samt Arbeidstilsynet og Arbeids- og velferdsdirektoratet er også representert i rådet. Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd skal ivareta en jevnlig dialog mellom statsråden og organisasjonsledere for arbeidslivets parter om sentrale utfordringer i arbeidslivs- og pensjonspolitikken. Ved behandling av aktuelle likestillingspolitiske spørsmål møter også likestillingsministeren i rådet.

##### 7.3.1.2 Samarbeid om et mer inkluderende arbeidsliv – IA-avtalen

Begrepet «Et inkluderende arbeidsliv» ble først introdusert i Sandmanutvalget (218). Utvalget, som var satt ned for å utrede årsaker til økningen i sykefraværet og uførepensjon og foreslå tiltak for å motvirke denne utviklingen, pekte på *arbeidsplassen* som den viktigste arenaen for å forebygge sykefravær og utstøting. Utvalget la vekt på at tiltak for å forebygge at personer faller varig ut av arbeid skulle forankres i arbeidslivet, og iverksettes i samarbeid mellom partene og myndighetene. Tankene til Sandmanutvalget om ansvarliggjøring av arbeidsplassen, arbeidsgiver og arbeidstaker, fokus på arbeidstakers funksjonsevne samt tilpassede offentlige støtteordninger, ble fulgt opp gjennom *Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv – IA-avtalen* mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Hovedprinsippet bak IA-avtalen var at det er arbeidsplassen som er arenaen for å tilrettelegge og forebygge frafall, følge opp utsatte arbeidstakere og fremme inkludering – med støtte fra myndighetene.

Partene har i løpet av IA-periodene blitt enige om at det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet skal være en større del av det praktiske arbeidet med IA-avtalen. Dette ble tydeliggjort i formålet med avtalen fra 2014, og fra 2018 ble det etablert virkemidler for å bygge kompetanse og støtte opp under det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene, herunder arbeidsmiljøetsatsingen, jf. kapittel 7.2.3.1 og bransjeprogrammer, kapittel 7.3.1.3.

IA-avtalen kan sies å ha bidratt til utvikling i norsk arbeidsliv. Det er bred enighet om at samarbeidet om IA-avtalen i seg selv har bidratt til endring i holdninger og atferd når det gjelder oppføl-

ging av sykmeldte, og at dette er satt på dagsorden i den offentlige debatten. Trepertssamarbeidet om IA-avtalen har også i seg selv hatt merverdi og sannsynligvis gitt en arena og lagt til rette for godt samarbeid innenfor andre samfunnsområder, også regionalt.

Erfaringene viser også at partssamarbeidet på virksomhetsnivå har verdi og er viktig for det forebyggende og inkluderende arbeidsmiljøarbeidet. Kunnskapen om hvordan virksomheter med gode resultater jobber for å lykkes, peker bl.a. på en ansvarlig og engasjert ledelse, og samarbeid og arbeidstakermedvirkning der verneombud og tillitsvalgte har aktive roller, kunnskap og kompetanse. Merverdi av to- og trepartssamarbeidet kan sies å være en «rød tråd» på alle nivå i IA-arbeidet der man lykkes.

IA-avtalen 2025–2028, «Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet», ble inngått mellom arbeids- og inkluderingsministeren og partene i arbeidslivet 12. februar 2025 (219). I denne avtalen legges det vekt på:

- å forsterke den forebyggende arbeidsmiljøinnsatsen, gjennom eksisterende og nye bransjeprogram, arbeidsmiljøinnsatsingen i regi av Arbeidstilsynet og STAMI og Nav Arbeidslivssenter
- å bedre sykefraværsoppfølgingen, bl.a. gjennom økt etterlevelse av pliktene i regelverket fra alle aktører
- å bidra til forsterket innsats på den enkelte arbeidsplass gjennom økt informasjons- og opplæringsaktivitet rettet mot virksomhetene
- å øke kunnskapen om sykefravær, frafall og virkningsfulle tiltak for å få ned fraværet

Det understrekes i IA-avtalen at innsatsen på den enkelte arbeidsplass er sentral for å få ned sykefraværet, enten årsaken til helseplagene er arbeidsrelaterte eller ikke. De overordnede tiltakene har begrenset effekt om de ikke følges opp på den enkelte arbeidsplassen. Partene skal bidra til at partene lokalt følger opp avtalen og tar i bruk avtalens virkemidler med sikte på en sterkere lokal forankring av IA-arbeidet i den enkelte virksomhet. Den viktigste innsatsen for å få ned sykefraværet og hindre frafall gjøres av ledere, tillitsvalgte, verneombud og ansatte på den enkelte virksomhet. Partene er enige om at det må satses mer på formidling av informasjon om avtalen og virkemidlene i denne.

Virkemidlene IA-bransjeprogrammer og arbeidsmiljøinnsatsingen, som retter seg mot forebyggende arbeid og gode arbeidsmiljø, videreføres i den nye avtaleperioden. Eksisterende bran-

sjeprogram skal formidle og spre aktivitet, tiltak og verktøy for bedre arbeidsmiljø og lavere sykefravær til resten av sin bransje. Det tas også sikte på å opprette enkelte nye bransjeprogram innenfor det utvalg av aktuelle bransjer som er kartlagt av STAMI. Arbeidsmiljøinnsatsingen skal intensivere for at flere skal ta verktøyene i bruk, ved at partene i arbeidslivet forplikter seg til å spre kunnskap om arbeidsmiljøportalen og virkemidlene i innsatsingen til sine medlemmer. Kunnskap og verktøy skal gjøres mer tilgjengelig for virksomhetene ved å videreutvikle Idébanken som en samlande informasjons- og veiledningskanal.

### 7.3.1.3 Bransjeprogram

Et bransjeprogram danner en felles ramme rundt innsats og er et operativt samarbeid mot en utvalgt bransje. Formålet med bransjeprogram er å mobilisere partene på bransjenivå til i fellesskap å dokumentere og ta fatt i felles erkjente utfordringer. Det avgjørende for at de skal lykkes er at partene i bransjen har eierskap til og tar ansvar for programmene. Utformingen og organiseringen av de konkrete bransjeprogrammene tilpasses hver enkelt bransje (220).

Det finnes i dag flere forskjellige bransjeprogrammer med ulike formål, organisering og innretning. Det ble etablert et treparts bransjeprogram for *renholdsbransjen* i 2012, i *utelivsbransjen* og deler av *transportbransjen* i 2014 og i *bilbransjen* i 2018. Formålet med disse bransjeprogrammene er å mobilisere arbeidsgivere, arbeidstakere og myndigheter til i fellesskap å dokumentere og ta fatt i felles utfordringer når det gjelder arbeidsforhold og arbeidsmiljø i utsatte bransjer. Disse bransjeprogrammene har særlig fokus på oppfølging av useriøsitet og arbeidslivskriminalitet.

«Samarbeid for sikkerhet i bygg- og anlegg SfS BA» (tidligere «Charter for en skadefri bygge- og anleggsnæring») ble etablert i 2014 etter initiativ fra aktører i næringen. Dette er et bransjeovergripende samarbeid for å få ned antall ulykker i næringen. Deltakerne er byggherrer, prosjekterende, utførende, arbeidstakersiden, arbeidsmiljømyndighetene og NTNU. SfS BA er et samarbeid om konkrete problemstillinger som er viktige for den enkelte bedrift/organisasjon og for fellesskapet. Samarbeidet foregår i all hovedsak i prosjektbaserte arbeidsgrupper. Prosjektene ledes og bemannes av deltakere fra flere ledd i næringskjeden, for å bidra til tillit og samarbeid på tvers av fag og roller. Arbeidet med utvikling av veiledere, bransjestandarder mv. ledes og finansieres av partene i samarbeidet. Arbeidsmiljømyndighetene

bidrar i dette samarbeidet ved at Arbeidstilsynet og STAMI i fellesskap utarbeider årlige rapporter over skader og yrkesrelaterte sykdommer i næringen. Rapportene er en leveranse til Styringsgruppen for SfS BA og brukes til å identifisere problemområder og til å måle endringer over tid.

*Bransjeprogram som IA-virkemiddel* ble etablert i IA-avtalen fra 2019, i bransjer hvor IA-partene var enige om å sette inn prioritert innsats. Ved etableringen var det en forutsetning at de prioriterte bransjene var en del av det organiserte arbeidslivet, siden oppfølging og gjennomføring av programmene skjer i samarbeid mellom partene, og partsengasjement og partsinvolvering på sentralt og lokalt nivå ligger til grunn for gjennomføring av programmene.

Ved oppstart av disse bransjeprogrammene ble det gjort et forarbeid der en partssammensatt arbeidsgruppe la fram forslag til hvilke bransjer som skulle omfattes av bransjeprogram (220). Forarbeidet redegjorde bl.a. for sykefravær og arbeidsmiljøeksponeringer i de ulike bransjene, og viste slik også tydelig forebyggingspotensialet i bransjene. På bakgrunn av dette ble det i 2019 opprettet bransjeprogram i sju ulike bransjer: sykehus, sykehjem, barnehager, næringsmiddelindustrien, rutebuss og persontrafikk, bygg og anlegg og leverandørindustrien til olje- og gassnæringen. Kjønnssammensetningen i de ulike bransjene var ikke et eget vurderingskriterium ved valg av bransjer, men kunnskapsgrunnlaget som ble brukt ved valg av bransjer viser til kjønnssammensetningen. Av de sju bransjene er barnehager, sykehjem og sykehus kvinnedominerte, med en kvinneandel på over 74 prosent (1, 108). Bransjeprogrammene er finansiert av statlige midler.

IA-bransjeprogrammene har utviklet og prøvd ut ulike bransjerettede tiltak innenfor de valgte satsingsområdene: forebyggende arbeidsmiljøarbeid og oppfølging av lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær. Tiltakene og virkemidlene skulle være kunnskapsbaserte, og det ble satt i gang følgeforskning og effektevalueringer av prioriterte satsinger og virkemidler. Tiltakene som har blitt utviklet og gjennomført i bransjeprogrammene kan deles inn i to hovedkategorier: sentrale tiltak, som er utviklet av bransjeprogrammet eller andre, og virksomhetsspesifikke tiltak, som er identifisert og gjennomført av virksomheten selv, med tilskudd fra bransjeprogrammet sentralt.

På oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet gjennomførte STAMI i perioden 2020–2024 tre arbeidsmiljøkartlegginger i virksomheter med bransjeprogram (221). Kartleggingene viser

fremdeles et vesentlig forebyggingspotensial i de kartlagte virksomhetene. Andelen som oppgir at det er gjennomført tiltak for å bedre arbeidsmiljøet på arbeidsplassen har økt fra 40 prosent i 2021 til 47 prosent i 2023 og 46 prosent i 2024. Fra 2021 til 2024 er det en litt høyere andel respondenter som opplever at tiltakene har bidratt til å forbedre samarbeidet og samhandlingen mellom kollegaer, samt mellom de ansatte og ledelsen. Det er særlig en positiv endring i bransjene barnehage, sykehjem og bygg og anlegg. Samtidig har det ikke vært noen nedgang i sykefraværet. Det arbeidsrelaterte egenmeldte fraværet var stabilt fra 2021 til 2023, men økte i 2024. Sykefravær over 14 dager var om lag på samme nivå i 2024 som i 2021, med et litt høyere nivå i 2023.

Deloitte leverte i 2023 en evalueringsrapport av bransjeprogram som virkemiddel (222). Deloitte ser bl.a. på om bransjeprogrammene kan vise til at utvikling og igangsetting av tiltak bygger på kunnskap. For de virksomhetsspesifikke tiltakene er det varierende om bedriftene har dokumentert hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for tiltakene. Noen virksomheter har samarbeidet med forskningsmiljøer for å velge ut tiltak tilpasset sin bedrift, eller de har gjennomført egne kartlegginger. Andre virksomheter kan ikke vise til et kunnskapsgrunnlag om hvordan tiltaket forebygger sykefravær og/eller frafall. Tiltakene er dermed heller ikke overførbare til resten av bransjen. Deloitte observerer at flere av tiltakene er basert på bedriftenes egne antagelser om hva som kan påvirke sykefravær i bedriften. De sentrale tiltakene er i stor grad kunnskapsbaserte og målrettede mot å forebygge sykefravær og frafall. Tiltakene er i større grad rettet mot systematiske utfordringer i bransjen, tilpasset den enkelte arbeidsplass. Systematiske og kunnskapsbaserte tiltak muliggjør overførbare til andre deler av bransjen. Deloitte peker på at programmene burde hatt tydeligere dokumentasjonskrav om kunnskapsgrunnlaget for tiltakene, og at programmene burde ses i tettere sammenheng med arbeidsmiljøets satsingen. Andre viktige forbedringspunkter for å lykkes med bransjeprogrammene knytter seg bl.a. til organisering og prosjektstyring. I de første årene av bransjeprogrammets drift var de noe preget av mangel på klare mål og planer, og lav bevissthet til risikohåndtering og roller og ansvar. Bedre systematikk for oppfølging av mål og resultater fra oppstart ville også bidratt til at aktivitetene i større grad oppfylte IA-avtalens mål (222).

Selv om Deloitte pekte på en rekke forbedringspunkter, konkluderes det i rapporten med

at bransjeprogram kan være et egnet virkemiddel for å bidra til å oppnå målene og ambisjonene i IA-avtalen. Rapporten framhevet særlig at

- bransjeprogrammene mobiliserte partssamarbeidet. Samarbeidet mellom partene sentralt og lokalt skapte et større engasjement og eierskap til IA-arbeidet
- bransjeretningen bidro, sammen med partsamarbeidet, til at kunnskap, aktiviteter og tiltak i større grad enn før ble målrettet mot spesifikke utfordringer i den aktuelle bransjen
- bransjeprogrammene kom direkte og tett på virksomhetene i bransjen

#### 7.3.1.4 *Arbeidsgruppe for likestilling i arbeidslivet*

Det er etablert et organisert samarbeid mellom regjeringen og hovedorganisasjonene i arbeidslivet for å fremme likestilling mellom kvinner og menn i arbeidslivet. Den partssammensatte arbeidsgruppen for likestilling arbeider med likestillingsspørsmål og skal spille inn og følge opp saker fra Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. Gruppen ledes av Kultur- og likestillingsdepartementet, og hovedorganisasjonene deltar med en representant hver.

#### 7.3.1.5 *Pensjonspolitisk arbeidsgruppe*

Pensjonspolitisk arbeidsgruppe er en partssammensatt arbeidsgruppe opprettet under Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. Arbeidsgruppen gir hvert år ut en rapport som beskriver hovedtrekk ved utviklingen i uttak av pensjon, yrkesaktivitet og inntekt i den eldre befolkningen.

#### 7.3.1.6 *Trepartssamarbeid knyttet til arbeidsmiljø- og sikkerhetsmyndighetene*

Arbeidstilsynet, Havindustritilsynet og STAMI har egne arenaer for trepartssamarbeid innenfor sine ansvarsområder.

*Rådet for Arbeidstilsynet* er et samarbeidsforum mellom Arbeidstilsynet og partene i arbeidslivet for å fremme en positiv utvikling av arbeidslivet. Rådet skal diskutere og dele informasjon og kunnskap om aktuelle saker innenfor området, inkludert impulser og trender i norsk arbeidsliv. Behandling av saker i rådet skal gi grunnlag for å etablere felles plattformer i arbeidsmiljø- og sikkerhetssaker, og finne fram til mest mulig omforente løsninger og felles initiativer. De tre partene skal ta med seg råd og faglige innspill i sitt arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeid.

Rådet ledes av direktøren for Arbeidstilsynet. Øvrige medlemmer er hovedorganisasjonene på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden, Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (som arbeidsgiver i staten), STAMI og Norges Bondelag. Arbeids- og inkluderingsdepartementet deltar som observatør i rådet.

*Regelverksforum i Arbeidstilsynet* er et samarbeidsforum mellom hovedorganisasjonene og Arbeidstilsynet for å fremme innspill og synspunkter på gjeldende og framtidig helse-, miljø- og sikkerhetsregelverk. Et overordnet mål er å utvikle HMS-regelverket under arbeidsmiljøloven på Arbeidstilsynets myndighetsområde, slik at det styrker det forebyggende arbeidet med hensyn til skader, ulykker og arbeidsrelaterte helseproblemer. Arbeidet i Regelverksforum skal baseres på trepartssamarbeid og en åpen og løpende dialog for å sikre felles forståelse og eierskap til regelverksarbeidet.

Regelverksforum ledes av Arbeidstilsynet og har medlemmer fra de åtte hovedorganisasjonene, Havindustritilsynet og Norges Bondelag. Arbeids- og inkluderingsdepartementet deltar som observatør i forumet.

*Det partssammensatte fagrådet for STAMI* er instituttets overordnede arena for kontakt med arbeidslivets parter og arbeidsmiljømyndighetene. Fagrådet skal fungere som et rådgivende organ i faglige spørsmål og skal stimulere til utvikling og samarbeid, og sikre innspill og forankring til STAMIs aktiviteter fra instituttets viktigste målgrupper. Innspillene fra fagrådet skal bidra til styrking av STAMIs faglig uavhengige posisjon som det nasjonale forskningsinstituttet og den vitenskapelige kunnskapsaktøren innenfor arbeidshelse- og arbeidsmiljøområdet i Norge.

Fagrådet skal bli invitert til å komme med råd knyttet til instituttets overordnede strategier og faglige veivalg, knyttet til både forskning, utvikling, kunnskapsoppsummeringer, rådgivning, undervisning, kommunikasjon og overvåking. Fagrådet skal holdes orientert om utviklingen i instituttets prosjektportefølje og den vitenskapelige produksjonen, og relevante prosjekter skal jevnlig presenteres i fagrådsmøtene, som underlag for diskusjon knyttet til både de enkelte prosjekter og helheten i porteføljen.

STAMI skal orientere, og høste innspill fra, fagrådet om nasjonale oppgaver som er tillagt STAMI, bl.a. IA-arbeidsmiljøetsatsingen og Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA).

Fagrådet ledes av STAMIs direktør. Øvrige medlemmer er representanter for de åtte hovedorganisasjonene, Arbeidstilsynet og Havindustritil-

synet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet deltar som observatør i fagrådet.

Medvirkning og partssamarbeid om helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet står sentralt i petroleumsvirksomheten, særlig med tanke på det høye risikopotensialet i næringen. Dette er viktige forutsetninger for en modell basert på et funksjonelt regelverk og et system- og risikobasert tilsyn. En slik myndighetstilnærming er viktig i en næring som preges av høy kompetanse og meget rask teknologisk utvikling. Det er bred enighet om at dette HMS-regimet har bidratt til en positiv utvikling og et høyt HMS-nivå i norsk petroleumsvirksomhet.

*Sikkerhetsforum* ble etablert i 2000 og er sammensatt av representanter fra myndighetene og partene i petroleumsnæringen. Sikkerhetsforum ledes av Havindustritilsynet og har som hovedoppgave å fremme arbeidet med sikkerhet og arbeidsmiljø i norsk petroleumsvirksomhet gjennom å:

- være et forum for å diskutere, initiere og følge opp aktuelle sikkerhets- og arbeidsmiljøspørsmål
- legge til rette for et godt samarbeid mellom partene i næringen og myndighetene
- være en referansegruppe for prosjekter som er eller planlegges igangsatt av partene eller av myndighetene

Gjennom arbeidet i Sikkerhetsforum identifiseres sentrale problemstillinger i fellesskap, og partene diskuterer måter å løse dem på. Forumet brukes også aktivt til å spre kunnskap på tvers i næringen og til å drøfte strategi og prioriteringer i HMS-arbeidet. Alt som skjer i Sikkerhetsforum dokumenteres og gjøres lett tilgjengelig også for andre som ikke deltar direkte i forumet. Dette skal bidra til åpne og forpliktende prosesser. Gjennom årene har en rekke viktige prosesser for kontinuerlig forbedring av HMS-nivået i petroleumsvirksomheten blitt forankret gjennom Sikkerhetsforum.

*Regelverksforum* knyttet til petroleumsvirksomheten ble etablert i 1986 og ledes også av Havindustritilsynet. I forumet får partene anledning til å følge regelverksarbeidet løpende og uttale seg om viktige forslag underveis. Dette fører til en større grad av eierskap til og konsensus om endelige forslag til regelverksutvikling. I tillegg bidrar forumet til å klargjøre forskjeller og likheter i virksomheten på land og til havs.

Regelverksforum skal legge til rette for:

- informasjon, diskusjon, rådgivning og eventuelt tilbakemelding om arbeidet med utvikling

og vedlikehold av regelverket for petroleumsvirksomheten

- informasjon og diskusjon om den praktiske implementeringen og bruken av HMS-forskriftene

### 7.3.2 Det kollektive avtaleverket

Samarbeidet mellom partene i arbeidslivet er omfattende og viktig både sentralt og lokalt. Det kollektive avtaleverket på de respektive områdene er fundamentet for samarbeidet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, og dermed grunnlaget for et velordnet arbeidsliv.

#### 7.3.2.1 Tariffavtalene

De landsdekkende avtalesystemene inngått mellom partene i arbeidslivet i privat sektor deles gjerne inn i et hierarki. Hovedavtalene mellom hovedorganisasjonene på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden er de overordnede avtalene som regulerer spørsmål som forhandlingsordninger, medvirkning og medbestemmelse, permittering, samt tillitsvalgte og arbeidsgivers plikter og rettigheter. I tillegg har de regler for håndtering av interesse- og tolkningstvister. De landsdekkende overenskomstene regulerer materielle spørsmål som lønns- og arbeidsvilkår innenfor bransjer eller yrkesgrupper. Arbeidstid og sosiale rettigheter er en del av dette. De sentrale tariffavtalene kan utfylles av lokale særavtaler på virksomhetsnivå (40).

Det er likevel ulike modeller for partssamarbeid. F.eks. er ikke alle partsforhold omfattet av en hovedavtale. I andre sammenhenger finnes det ikke landsdekkende tariffavtaler fordi hovedavtalen inneholder bestemmelser som sammen med lokale avtaler anses tilstrekkelig. Videre er noen tariffavtaler avgrenset til en enkelt virksomhet.

Offentlig sektor dekkes av hovedtariffavtalene i staten (LO Stat/YS Stat og Akademikerne/Unio), hovedavtalen i KS-området og hovedavtalen for Oslo kommune som er et eget tariffområde. I tillegg kommer avtalene innen Spekter Helse som omfatter alle de statlige helseforetakene. Spekter skiller seg ut med en forhandlingsmodell der lønnsdannelse og avtaleutvikling i størst mulig grad knytter seg til den enkelte virksomhet. Med noen unntak er overenskomstene virksomhetsvise, men inngås mellom Spekter og hovedorganisasjonene på arbeidstakersiden. Det finnes i tillegg en rekke tariffavtaler/overenskomster i randsonen for offentlig sektor, f.eks. offentlige foretak og statlige og kommunale stiftelser.



Selv om partssamarbeidet i all hovedsak er regulert gjennom hovedavtalene og dermed omfatter tillitsvalgte etter avtaleverket, har også verneombudene, som er regulert i arbeidsmiljøloven en viktig rolle i arbeidsmiljøarbeidet. I studier som har sett på partssamarbeidets rolle i arbeidsmiljøarbeidet i praksis, er derfor gjerne verneombudene tatt med.

### 7.3.3 Samarbeid på arbeidsplassene

Samarbeid mellom partene i arbeidslivet om arbeidsmiljøspørsmål har lange tradisjoner i Norge. Utgangspunktet om at partssamarbeid og medvirkning bidrar til både bedre arbeidsmiljø og økt effektivitet, har stått sentralt.

Fafo (2020) har vist at norske lønnstakere i stor grad slutter opp om det organiserte arbeidslivet, slik det tradisjonelt forstås (223). Det er få som mener at fagforeninger er en gammeldags løsning. Over 50 prosent mener at sterke arbeidstakerorganisasjoner er en fordel for arbeidstakere flest. Fafo har videre vist at oppslutningen om den norske modellen er stor (224). Arbeidstakerne er i hovedsak fornøyde med hvordan verneombudsordningen og arbeidsmiljøutvalg fungerer, men vurderingen av tillitsvalgte og verneombuds innflytelse varierer. Forholdet mellom partene, og kvaliteten på partssamarbeidet, framstår som godt. Det pekes på at tett dialog, felles mål og tidlig involvering er med på å forbedre samarbeidet. Fafo har i denne undersøkelsen undersøkt om det er temaer tillitsvalgte og verneombud mener burde vært diskutert i de fora der de er representert, men som ikke er det i dag. Diskusjoner rundt kompetanseutvikling og psykososialt arbeidsmiljø er de tema som etterlyses av flest (39 prosent). Det vises til at de tillitsvalgte har innflytelse, men dette varierer ut fra nivået i virksomheten, hvilke saker det gjelder og størrelsen på fagforeningen. Tillitsvalgtes innspill vektlegges i stor grad i arbeidsmiljøspørsmål. Fafo peker videre på at tillit mellom partene er sentral i den norske modellen. Hyppige formelle og uformelle møter bidrar til etablering og vedlikehold av slik tillit. Respekt og tillit henger også sammen med en samarbeidsorientert ledelse.

YS Arbeidslivsbarometer er en spørreskjemaunderøkelse som gjennomføres årlig i regi av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) blant arbeidstakere i Norge. Undersøkelsen i 2024 viser at oppslutningen om fagforeninger og fagforeningenes legitimitet har vært stabil i flere år, men det er en signifikant nedgang i barometeret (42). Dette gjelder både offentlig og privat sektor, men er særlig

tydelig i offentlige tjenester, som barnehager og skoler, helsetjenester og pleie og omsorg. Flere enn 80 prosent er positive til fagforeningsmedlemskap, men flere som oppgir at de ikke ønsker å være med i fagforening begrunner det med at de uansett får de samme lønns- og arbeidsvilkår og at det er for dyrt. Om lag 30 prosent er villige til å påta seg tillitsverv. Årsaker til å ikke ville påta seg verv er i hovedsak at det er tidkrevende og innebærer mye ansvar. Arbeidslivsbarometeret viser at over tid føler færre tillitsvalgte seg respektert av ledelsen, og resultatene antyder en fallende motivasjon blant tillitsvalgte.

SINTEF gjennomførte i 2018 en studie om hvordan partssamarbeidet bidrar til godt forebyggende arbeidsmiljøarbeid (225). Studien peker på hvordan evnen til å samarbeide om arbeidsmiljøspørsmål er den avgjørende faktoren for å lykkes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Både lederrollen, tillitsvalgtrollen og verneombudsrollen bidrar på forskjellig vis til å skape et klima for godt samarbeid om arbeidsmiljøarbeid i praksis. Det ble gjennomført casestudier av hvordan det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet er blitt praktisert i virksomheter som i stor grad har lyktes med dette arbeidet. Det ble tatt utgangspunkt i hovedavtaleområdene til staten, KS, Arbeidsgiverforeningen Spekter, Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og Hovedorganisasjonen Virke, og SINTEF vurderte i hvilken grad hovedavtalene og utvalgte tariffavtaler støtter opp under partsbasert arbeidsmiljøarbeid gjennom adressering av tillitsvalgtroller og partsrelasjoner, opplæring av tillitsvalgte mv.

Godt forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene avhenger av at arbeidet prioriteres av øverste ledelse. SINTEF-rapporten nevner en rekke suksessfaktorer i forebyggende arbeidsmiljøarbeid som driftsnære og kompetente verneombud og tillitsvalgte, kontinuitet i rollene, hyppige formelle og uformelle møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud, samt synlige tillitsvalgte og verneombud som har tilstrekkelig tid til å utøve sine verv. SINTEF konkluderer med at et velfungerende partssamarbeid på arbeidsplassen er en motor for det forebyggende arbeidet fordi det kan sørge for at tiltak implementeres og at ansatte ansvarliggjøres. Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv er godt skodd for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Det handler om å bruke dette handlingsrommet. Hovedavtalene i arbeidslivet har et stort handlingsrom for partsamarbeid om forebyggende arbeidsmiljø både i form av finansiell bistand og anerkjennelse av at

### Boks 7.10 Eksempler på partssamarbeid i IA-bransjeprogrammer

#### IA-bransjeprogram sykehus

«Der skoen trykker» er en metodikk for å jobbe systematisk og langsiktig med arbeidsmiljøet i sykehus. Prosjektet er et av innsatsområdene til Bransjeprogram-IA i sykehus. Metodikken er kunnskapsbasert og utarbeidet av og for sykehussektoren, der 77 prosent av de ansatte er kvinner. Siden oppstarten i 2019, har bransjeprogrammet samarbeidet med 18 sykehus om å innføre og utvikle denne metodikken.

«Der skoen trykker» skal sikre at arbeidsmiljøarbeidet er rettet mot de viktigste faktorene for ivaretagelse og utvikling av et godt arbeidsmiljø. Ledelse, strukturert partssamarbeid og direkte medarbeiderinvolvering er bærende elementer i metodikken.

Arbeidet har fire faser:

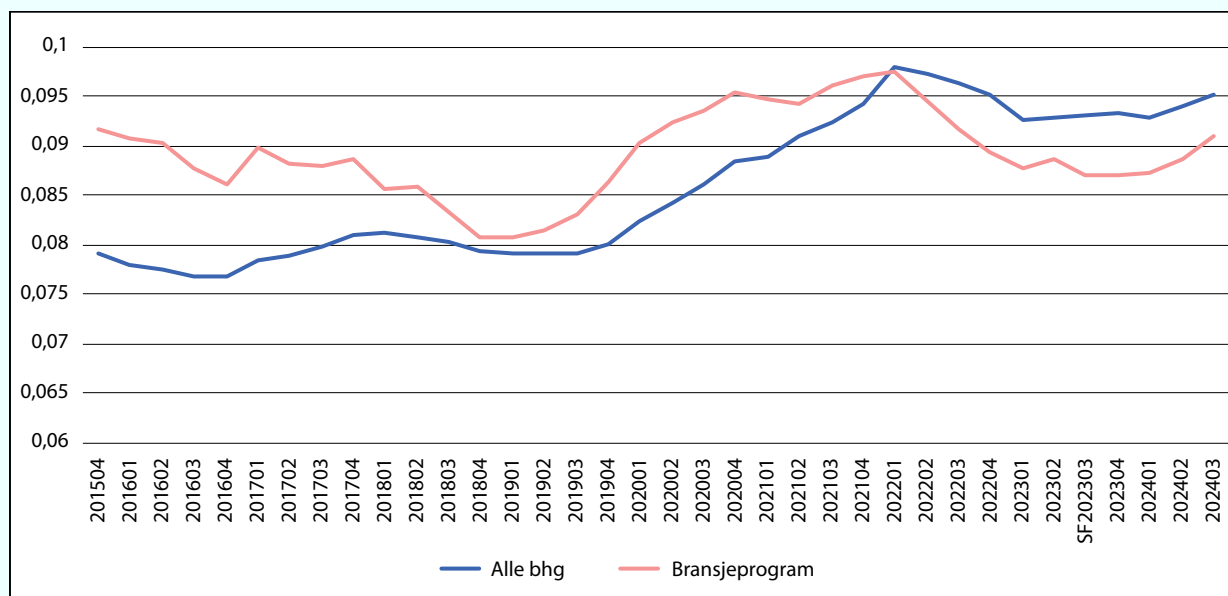
1. forankre og planlegge arbeidet
2. kartlegge og analysere arbeidsmiljøet
3. definere mål, utvikle og iverksette tiltak
4. følge opp, evaluere og justere

Fasene gjennomføres kronologisk, men er også delvis overlappende. «Der skoen trykker» er et kontinuerlig forbedringsarbeid som skal integreres i det systematiske HMS-arbeidet.

AFI ved OsloMet har gjennomført følgeforskning av «Der skoen trykker» (226). Hovedfunnene fra forskningen viser at jobbtilfredsheten øker og at sykefraværet ser ut til å synke i enheter som gjennomfører arbeidet på en systematisk måte. AFI konkluderer med at «Der skoen trykker» kan bidra til å revitalisere HMS-arbeidet i sykehus og gjennom dette bidra til bedre arbeidsmiljø og lavere sykefravær under gitte betingelser. For å lykkes, må metodikken være lederforankret, ha et reelt partssamarbeid, oversettes hensiktsmessig og bli fulgt opp over tid, uavhengig av skifte i sentrale roller.

#### IA-bransjeprogram barnehage

IA-bransjeprogram barnehage har utviklet to verktøy og et kurs i rolleforståelse og partssamarbeid. Alle verktøy og kurs er utviklet av partene i samarbeid og testet ut i barnehagene. Bransjeprogrammet har inkludert 75 pilotbarnehager jevnt fordelt på kommunale og private barnehager. I elleve sammenhengene kvartaler – siden første kvartal 2022 – har barnehagene som deltar i bransjeprogrammet hatt et lavere sykefravær enn landsgjennomsnittet, se figur 7.3.



Figur 7.3 Legemeldt sykefravær i barnehager – IA-bransjeprogram

Legemeldt sykefravær for barnehager i Norge, alle barnehager og barnehager i IA-bransjeprogram. Vist i prosent fra fjerde kvartal 2015 til tredje kvartal 2024. Barnehagene som deltar i IA-bransjeprogram ble rekruttert i perioden 2020-2021.

Kilde: NORCE rapport 2024:4. Kartlegging av arbeidsmiljøarbeid i 74 barnehager (Nav). Data for siste år bestilt fra Nav til utvalgets arbeid.

Boks 7.10 forts.

*Tidlig inn* er et verktøy bestående av fem «dialogduker» for å jobbe systematisk med arbeidsmiljøet og forebygge sykefraværet i barnehagene. *Tidlig inn* bidrar til gode rutiner på avdelingen, en felles forståelse for situasjonen og gode løsninger som en integrert del av arbeids hverdagen.

Dukene tar for seg temaene:

- Bli kjent** – med hverandre
- Forstå** – utfordringene på jobb
- Utdyp** – se sammenhengene
- Løse** – finn gode løsninger/tiltak
- Prøve** – prøv ut, juster og evaluer

*BarnehageHMS* er et verktøy med HMS-tema rettet mot barnehager. Her finner barnehagene fakta om tema innenfor HMS, tilrettelegging og

arbeidsmiljø samt gode diskusjonspunkter til arbeidet i egen barnehage (227).

#### *Rolleforståelse og partssamarbeid*

Kurs i rolleforståelse og partssamarbeid er utviklet i samarbeid med IA-bransjeprogram sykehjem. Kurset er utviklet av og for partene, og gir kunnskap og øvelse i utvidet, driftsnært partssamarbeid. Her jobber en partssammen-satt gruppe lokalt i barnehagen sammen om økt rolleforståelse, rolleklarhet, rolleutøvelse og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Evalueringen av kurset (228) viser at verktøyene som ble utviklet ble formidlet godt gjennom partssamarbeidet og førte til økt rolleforståelse, bedre partssamarbeid og mer involvering av personalet i arbeidsmiljøarbeidet.

partssamarbeid må brukes til både produktiv og organisatorisk utvikling av arbeidsplasser. Det konkluderes med at både lov- og avtaleverket har et uutnyttet potensial i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet (225).

SINTEFs rapport «Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet» (65) gjennomgår omfang, håndtering, og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant yrkesgruppene politi, grunnskolelærere, barnehagelærere, sykepleiere og fysioterapeuter. Det er i denne studien bl.a. kartlagt hvordan det arbeides forebyggende med arbeidsmiljø og emosjonelle krav på arbeidsplassen. Bare fem prosent svarer at det i stor eller svært stor grad arbeides med emosjonelle krav og belastninger som en del av det systematiske HMS-arbeidet på deres arbeidsplass. Når det gjelder partssamarbeidets rolle, oppgir 27 prosent at samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud brukes for å igangsette tiltak for å redusere belastninger knyttet til emosjonelle krav. Elleve prosent oppgir at bedriftshelsetjenesten brukes aktivt i det forebyggende HMS-arbeidet.

I flere av IA-bransjeprogrammene framheves økt partssamarbeid som et av de viktigste resultatene så langt, både på sentralt og lokalt nivå (222). Det vises til at bransjeprogrammene har bidratt til å styrke det sentrale partssamarbeidet gjennom nye samarbeidsformer. Godt partssamarbeid på

sentralt nivå, med felles problemforståelse og enighet om tiltak, bidrar også til å bygge et grunnlag for godt partssamarbeid på lokalt nivå, gjennom å gi legitimitet til arbeidet. I tillegg har flere bransjeprogram satsset på tiltak som retter særskilt oppmerksomhet mot partssamarbeid og rolleforståelse på lokalt nivå. Godt partssamarbeid lokalt i den enkelte virksomhet framheves av mange som svært viktig for å lykkes med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

Kvinnerarbeidshelseutvalget har i møte med representanter for IA-bransjeprogrammer blitt orientert om samarbeidsprosjekter mellom partene i bransjene, f.eks. samarbeidsprosjektet «Der skoen trykker» i bransjeprogram sykehus og barnehage, se boks 7.10.

## 7.4 Opplæring i arbeidsmiljøarbeid

Et av virkemidlene i IA-avtalen 2019–2024 var «Opplæring i arbeidsmiljøarbeid». Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene forpliktet seg gjennom dette virkemiddelet til å bidra til bedre og kunnskapsbasert opplæring i arbeidsmiljøarbeid. Det ble pekt på at kunnskap og kompetanse blant ledere, tillitsvalgte og verneombud er helt avgjørende for å oppnå resultater på arbeidsplassene. Partene vil også i IA-avtalen 2025–2028 bidra til forsterket innsats på den enkelte arbeidsplass

gjennom økt informasjons- og opplæringsaktivitet rettet mot virksomhetene. Opplæring i arbeidsmiljø og målrettet arbeidsmiljøarbeid skal bygge på kunnskap og kompetanse fra den nye arbeidsmiljøetsatsingen. Deloitte gjennomførte i 2024 en evaluering av hvordan partene har fulgt opp opplæring i arbeidsmiljøarbeid, herunder hva som ligger i opplæringen, hvordan opplæringen følges opp, og så langt det er mulig effekter av opplæringen (230). Det ble gjennomført en generell undersøkelse rettet mot alle hovedorganisasjonene som er parter i IA-avtalen, samt en bransjerettet undersøkelse rettet mot seks utvalgte bransjer. I tre av disse bransjene er det etablert bransjeprogram, jf. kapittel 7.3.1.3. De utvalgte bransjene var rutebuss og persontrafikk, overnatting og servering, barnehage, undervisning (grunnskole), bygg og renhold. Deloitte finner i evalueringen at arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene i varierende grad har sett på og behandlet opplæring i arbeidsmiljøarbeid som en egen forpliktelse og et eget virkemiddel på linje med de øvrige virkemidlene i IA-avtalen. Det kommer bl.a. fram i evalueringen at det, særlig i de største hovedorganisasjonene, ikke nødvendigvis er en kobling mellom de delene av organisasjonen som jobber med opplæringstilbudet og de som jobber inn mot IA-området. Dette synes i noen tilfeller å utgjøre en barriere mot å integrere forebyggende arbeidsmiljøarbeid basert på kunnskapen fra arbeidsmiljøetsatsingen inn i opplæringen. Det er også ulike oppfatninger av hvilke muligheter hovedorganisasjonene faktisk har til å påvirke innholdet i opplæringen som gis på arbeidsplassene til tillitsvalgte, verneombud og ledere. Hovedorganisasjonene viser til at de har begrenset instruksjonsmyndighet overfor sine underliggende organisasjonsledd når det gjelder å etablere føringer for det daglige, operative arbeidet ute på arbeidsplassene. I mange tilfeller er det medlemsforbund, landsforeninger eller regionale ledd som gjennomfører opplæring av ledere, tillitsvalgte og verneombud. Organisasjonene har derfor vært opptatt av at deres rolle er å tilrettelegge for at kunnskapen kan tas i bruk av underliggende organisasjonsledd. Deloitte vurderer at organisasjonene i varierende grad har lyktes i å mobilisere sine medlemsforbund, -foreninger og enkeltmedlemmer i dette arbeidet.

Evalueringen tyder på at virksomhetene opplever at opplæring i arbeidsmiljøarbeid har størst effekt når innholdet er bransjespesifikt og oppleves relevant for deltakerne. Opplæring som er tilpasset den enkelte bransje og enkelte virksomhet vil derfor være mer relevant og nyttig for delta-

kerne, og vil gi dem bedre forutsetninger for å kunne jobbe med arbeidsmiljøspørsmål på en effektiv og hensiktsmessig måte. Evalueringen tyder også på at virksomhetene opplever at opplæring i arbeidsmiljøarbeid har størst effekt når partene på arbeidsplassen deltar på opplæring i fellesskap. De positive effektene av dette er at alle partene får et eierskap til arbeidsmiljøarbeidet og at de får mer forståelse for hverandres roller og ansvar. Evalueringen viser at mange av virksomhetene som har deltatt i bransjeprogram har gjennomført ulike opplæringstiltak der de har hatt mulighet til å samle ledere, tillitsvalgte og verneombud til felles opplæring. Det er også disse virksomhetene, særlig innenfor barnehage, som opplever at det har vært størst endringer i arbeidsmiljøarbeidet de siste årene. Til slutt viser evalueringen at de fleste virksomhetene opplever at de største barrierene ikke er knyttet til opplæringen i seg selv, men til oppfølgingen av opplæringen i etterkant. Virksomheter som har deltatt i bransjeprogram, og da særlig innenfor barnehage, opplever at de har hatt god nytte av konkrete verktøy som har blitt tilgjengeliggjort gjennom bransjeprogrammet. Dette kan bidra til at virksomhetene i større grad blir dyktiggjort til å jobbe med arbeidsmiljøet i etterkant av gjennomført opplæring (230).

SINTEF har vist at for å oppnå målene i IA-avtalen er hovedorganisasjonene og myndighetene avhengige av at ledere, tillitsvalgte og verneombudene på virksomhetsnivå settes i stand til målrettet arbeid. Kontinuerlig innsats betyr å bruke fellesarenaer til å følge opp arbeidsmiljøundersøkelser, ta opp status for tiltaksimplementering, ansvarliggjøre ansatte i å påta seg oppgaver og ansvar, og evne å formidle hvordan ulike tiltak og innsatsområder henger sammen for å «svare ut» identifiserte arbeidsmiljøutfordringer. Kompetanse og opplæring framheves som viktig av alle informantene for å kunne jobbe langsiktig og utviklingsorientert med det forebyggende arbeidsmiljøet (225).

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at lovens krav til opplæring og kompetanse gjennomføres i virksomhetene, jf. kapittel 7.2.1. Kunnskap og kompetanse anses som grunnleggende forutsetninger for at virksomheten skal kunne ivareta ansvar, plikter og oppgaver etter arbeidsmiljøregelverket. Arbeidstilsynet har, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, nedsatt en partsammensatt arbeidsgruppe som på bred basis skal vurdere dagens ordninger for HMS-opplæring for verneombud, medlemmer av arbeidsmil-

Tabell 7.4 Sammenheng mellom bruddandel for åtte utvalgte arbeidsmiljøforhold og brudd på krav om HMS-opplæring

	Prosent brudd på minst ett av kravene til HMS-opplæring	Prosent ikke brudd HMS-opplæring	Sjekket i antall tilsyn
1. Arbeidets organisering	68,5	49,9	1 873
2. Verneombud og tillitsvalgtes medvirkning	57,1	22,6	43 503
3. Kartlegging, risikovurdering og tiltak	60,4	36,8	36 590
4. Informasjon og opplæring	21,2	10,5	26 642
5. Bedriftshelsetjeneste	68,0	35,1	38 472
6. Trakassering	63,4	41,6	1 293
7. Vold og trusler	65,5	64,8	5 546
8. Arbeidstidsordninger	38,2	20,1	30 987

Kilde: Arbeidstilsynet 2025.

jøutvalg, arbeidsgivere og ansatte med lederansvar.

I forbindelse med dette arbeidet har Arbeidstilsynet gjennomgått sine erfaringer etter tilsyn med opplæringskravene. Etatens vurdering omfatter 51 302 gjennomførte tilsyn fra 2014 til og med 2024, hvor krav til HMS-opplæring har blitt kontrollert. Arbeidstilsynet har også gjennomført en intern kartlegging om inspektørenes erfaringer og vurderinger når det gjelder tilsyn med kravene om opplæring av arbeidsgiver, ledere, verneombud og medlemmer av arbeidsmiljøutvalg. De foreløpige resultatene av denne gjennomgangen viser at det er en sammenheng mellom bruddandel for åtte utvalgte arbeidsmiljøforhold og brudd på krav om HMS-opplæring, se tabell 7.4. I tilsyn som avdekker brudd på HMS-opplæring, finner tilsynet også flere brudd på andre arbeidsmiljøforhold, sammenlignet med tilsyn hvor HMS-opplæring er tilfredsstillende. Dette gjelder både hvis man ser på HMS-opplæring totalt, og hvis man ser på HMS-opplæring for arbeidsgivere, ledere og verneombud hver for seg. I virksomheter hvor Arbeidstilsynet finner brudd på HMS-opplæring,

gis det flere reaksjoner, sammenlignet med tilsyn hvor HMS-opplæring er tilfredsstillende. Dette gjelder også både hvis man ser på HMS-opplæring totalt, og hvis man ser på HMS-opplæring for arbeidsgivere, ledere og verneombud hver for seg. Denne forskjellen er statistisk signifikant for alle arbeidsmiljøforholdene, med unntak av krav knyttet til vold og trusler. Mange av Arbeidstilsynets inspektører opplever at brudd på arbeidsmiljøregelverket kan ha sammenheng med mangelfull HMS-kompetanse hos arbeidsgiver og mellomledere. Selv om lederne har gjennomført HMS-opplæring, anses denne opplæringen som mangelfull. Mangel på HMS-opplæring blant arbeidsgivere og mellomledere oppleves også å begrense samhandlingen med verneombud. En betydelig andel av inspektørene er usikre på om den gjennomførte opplæringen for verneombud oppfyller kravene i regelverket. Mange erfarer også at verneombudsopplæringen ikke alltid er tilpasset de konkrete risikoforholdene i virksomheten, og det er mangelfulle forsvarlighetsvurderinger når virksomheten avtaler kortere opplæring enn 40 timer.



Figur 8.1

## Kapittel 8

# Samfunnsøkonomiske virkninger og potensial for forebygging

Utvalget har innhentet bistand fra Vista Analyse til en overordnet samfunnsøkonomisk beregning av effekter av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet, samt en tilsvarende vurdering av potensialet knyttet til forebyggende og tilretteleggende tiltak, jf. kapittel 2.4.2.3. Redegjørelsen i kapittel 8 bygger på Vista Analyses rapport, som også følger som uttrykt vedlegg til utredningen (231).

Vista Analyses vurderinger av de samfunnsøkonomiske virkningene av kvinners arbeidsrelaterte helseplager er basert på kunnskap om omfang og konsekvenser hentet fra kunnskapsgrunnlaget i utvalgets utredning (kapittel 3–7). En vurdering og tallfesting av de samfunnsøkonomiske kostnadene som følge av arbeidsrelaterte helseplager, kan bidra til å øke bevisstheten om viktigheten av å redusere risikofaktorer og bidra til å skape gode og helsefremmende arbeidsmiljøer. Kunnskap om kostnader hører også med i en problembeskrivelse etter utredningsinstruksen og bidrar til informerte beslutninger om behov og hvor stor ressursinnsats som kan forsvares investert i kvinners arbeidshelse.

Kostnadene forbundet med arbeidsrelaterte helseplager sier også noe om gevinstpotensialet for mulige tiltak. Det skilles mellom et «teoretisk

gevinstpotensial», der all negativ eksponering fjernes, og det Vista Analyse omtaler som «det realiserbare gevinstpotensialet». Det teoretiske potensialet er et speilbilde av kostnadene og krever at all negativ eksponering fra arbeidslivet elimineres. Dette er ikke en realistisk målsetting, og Vista Analyse har derfor ikke gått nærmere inn på det teoretiske gevinstpotensialet, utover å beregne kostnadene.

Hva som er et realiserbart gevinstpotensial drøftes fra litt ulike perspektiver, der det også gis noen anslag for hvor stort det realiserbare gevinstpotensialet kan være. Det ses da bort fra politiske og økonomiske begrensninger, og det er heller ikke vurdert hva som skal til for å realisere gevinstpotensialet. Beregningene sier dermed ikke noe om hvilke gevinster som er realistiske å oppnå, basert på gjennomførbare tiltak. Utvalgets vurderinger og anbefalinger av økonomiske konsekvenser av tiltaksforslag behandles i kapittel 10.

Analysene som refereres i dette kapitlet er gjennomført etter Finansdepartementets retningslinjer for samfunnsøkonomiske analyser, gitt i Rundskriv R-109/21 (232). Analysene med forutsetninger og inngangsdata er nærmere dokumentert i Vista Analyses rapport (231).

## 8.1 Samfunnsøkonomiske kostnader

En samfunnsøkonomisk analyse er en metode for å vurdere de økonomiske konsekvensene av ulike tiltak eller prosjekter for samfunnet som helhet. Denne typen analyser tar hensyn til både kostnader og gevinster, inkludert de som ikke nødvendigvis har en direkte markedsverdi, som livskvalitet og tap av helse. Formålet med analysene er vanligvis å vurdere om mulige tiltak, som lovendringer, bruk av økonomiske virkemidler, investeringer i forebyggingstiltak, informasjon eller kunnskapsutvikling er samfunnsøkonomisk lønnsomme. Med samfunnsøkonomisk lønnsomt menes det at de samlede gevinstene over en tidsperiode overstiger kostnadene ved tiltakene. I dette delkapittelet vurderes kun kostnadene knyttet til nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet i dagens situasjon.

Arbeidsrelaterte helseplager, skader og sykdommer, samt fravær og frafall fra arbeidslivet, medfører kostnader både for den enkelte, for virksomheter og for samfunnet. Hvor store disse kostnadene er, avhenger bl.a. av hvor stor andel av hhv. sykefraværet, frafall fra arbeidslivet med overgang til uføretrygd og nedsatt arbeidsevne som kan tilskrives arbeidet. Dette er usikre størrelser, noe som gjør at også beregningene av de samfunnsøkonomiske kostnadene blir usikre. For å vise noe av usikkerheten presenteres resultatene basert på Vista Analyses beste anslag, samt lavt og høyt anslag. Tap av livskvalitet er ikke tallfestet i beregningene. I helseøkonomiske analyser beregnes ofte tap av livskvalitet i «Disability-adjusted Life Years» (DALY), også omtalt som helsetapsjusterte leveår. DALY er det mest brukte målet på sykdomsbyrde, og er summen av tapte leveår og år levd med helsetap. I enkelte tilfeller skjer det at mennesker dør som følge av arbeidet. Arbeidsrelaterte helseplager kan også gi redusert livskvalitet. Årsakssammenhengene kan være komplekse. Forhold på arbeidsplassen virker sammen med en rekke andre forhold på helse og livskvalitet, og det kan gå mange år fra eksponering til for tidlig død. Usikkerheten gjør at Vista Analyse har valgt å ikke innarbeide verdien av tapt livskvalitet i beregningene. Tap av liv som følge av arbeidsulykker er inkludert i hovedberegningen der verdien av et statistisk liv er brukt som verdsetting. Tap av liv som følge av langsiktig eksponering og for tidlig død er synliggjort, men er på grunn av usikkerhet i kildene ikke inkludert i hovedberegningen.

De samfunnsøkonomiske kostnadene som er prissatt, er beregnet til 59 (48,1–105,9) mrd. kro-

ner årlig. Kostnadene er betydelig høyere enn resultatene fra andre beregninger der de samme kostnadspostene for arbeidsrelaterte helsetap for begge kjønn er beregnet (233, 234). Forskjellen skyldes i første rekke ulike beregninger av bortfall av dager som følge av sykefravær, arbeidsavklaring eller uførhet. SINTEF (234) anslår at 20 prosent av det legemeldte sykefraværet i 2014 er arbeidsrelatert. Dette utgjør fem millioner fraværsdager, som også er brukt i beregningene. Oslo Economics (233) bruker det samme frafallstallet som SINTEF, men oppdaterer kroneverdien fra 2014-kroner til 2018-kroner. Dette utgjør fem millioner fraværsdager som også er brukt i beregningene. Det legemeldte sykefraværet for kvinner i 2024 utgjorde 20 millioner dager, mens det egenmeldte ga over tre millioner fraværsdager. Med grunnlag i de tidligere kapitlene anslår Vista Analyse at 34 prosent av det legemeldte sykefraværet er arbeidsrelatert, mens 20 prosent av det egenmeldte sykefraværet er arbeidsrelatert. I tillegg gjør Vista Analyse anslag over antall fraværsdagsverk som kan tilskrives arbeidsrelatert uføregrad. Dette gir et betydelig høyere antall fraværsdager enn det som er beregnet i tidligere analyser, til tross for at denne utredningen kun ser på kvinner.

### 8.1.1 Hovedresultater

Fravær fra arbeid som følge av arbeidsrelaterte helseplager gir redusert produksjon av varer og tjenester. Dette omtales som produksjonstap og er den største kostnadsposten i de prissatte virkningene i tabell 8.1. Grunnlaget for beregningene av denne kostnadsposten vises i kapittel 8.1.2, mens forutsetningene bak beregningene av tap av liv og behandlingskostnader drøftes i de påfølgende kapitlene.

Skattefinansieringskostnaden som skal brukes i samfunnsøkonomiske analyser er fastsatt av Finansdepartementet i rundskriv R-109/21 til 20 prosent. Skattefinansieringskostnad, også kjent som skattekostnad, refererer til kostnader som oppstår når offentlige tiltak finansieres gjennom skatteinntekter. Denne kostnaden kommer i tillegg til de direkte kostnadene ved et tiltak eller et offentlig tilbud, som f.eks. helsetjenester som er finansiert over offentlige budsjetter. Sykepenger og trygdeutbetalinger er overføringer og ikke en samfunnsøkonomisk kostnad utover skattefinansieringskostnaden.

Utbetalinger av sykepenger og uføretrygd belaster offentlige budsjetter og begrenser handlingsrommet i statsbudsjettet. Fravær fra arbeid

Tabell 8.1 Prissatte kostnader fordelt på hovedposter er vist i følgende tabell: Samfunnsøkonomiske kostnader av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet, mrd. 2024-kroner per år

	Beste anslag	Lavt	Høyt
Produksjonstap som følge av arbeidsrelatert sykefravær, uførhet og arbeidsavklaring	47,2	32,6	56,4
Tap av liv som følge av arbeidsulykker	0,05	0,05	0,09
Tap av liv som følge av arbeidsrelatert helsetap		9,3	32,2
Behandlingskostnader, arbeidsrelatert helsetap	4,2	2,6	5,7
Tap av produktivitet	2,5	0,0	5,0
Skattefinansieringskostnad	5,3	3,5	6,5
Sum prissatte kostnader	59,3	48,1	105,9

Kilde: Vista Analyse 2025.

som følge av uførhet gir økte trygdeutgifter og reduserte skatteinntekter, men innebærer ikke samfunnsøkonomiske kostnader i seg selv. Vista Analyse har anslått budsjettkostnadene for arbeidsrelaterte sykepenge- og trygdeutbetalinger basert på de samme forutsetningene om arbeidsrelatert fravær som beregningene av de samfunnsøkonomiske kostnadene. Disse gjengis i kapittel 8.1.6.

### 8.1.2 Kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet som følge av arbeidsrelatert sykefravær og helsetap

Kostnadene ved kvinners sykefravær og frafall fra arbeidslivet som følge av arbeidsrelaterte helseplager er avhengig av omfanget av fravær og frafall som legges til grunn for beregningene.

Vista Analyse har tatt utgangspunkt i data fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og SSB, som viser det arbeidsrelaterte sykefraværet, jf. kapittel 3.7.1.3. Videre er det tatt hensyn til deltid, der det i beregninger av de samlede kostnadene er brukt gjennomsnittlig stillingsandel, mens fraværet er regnet om til fulle årsverk og årsverkslønn. Grunnlaget for fraværsberegningene vurderes som robust og er basert på gjennomgangen i kapittel 3–7. Svakheten i dataene som følge av at det arbeidsrelaterte sykefraværet er beregnet ut fra selvrapporterte data (se kapittel 2.4.1, 3.7.1.3 og kapittel 4.4), vurderes som den største usikkerheten i beregningene. Dataene anses å gi et godt bilde av forekomst av sykdom og plager i befolkningen. Vista Analyse har likevel lagt et usikkerhetsspenn på den arbeidsrelaterte

sykefraværsandelen for kvinner som spenner fra 2,4 til 3,4 prosent med 2,9 prosent som beste anslag, jf. tabell 8.2.

Kunnskapen og datagrunnlaget for å beregne hvor stort frafall fra arbeidslivet som kan tilskrives arbeidsrelatert helsetap som fører til arbeidsavklaring og deretter hel eller delvis uførhet, er beheftet med atskillig større usikkerhet enn frafall som kan tilskrives sykmeldinger. På dette området har det vært nødvendig å gjøre en rekke antakelser.

En mulig antakelse kan være at andelen arbeidsrelaterte uføre er på samme nivå som andelen arbeidsrelatert sykefravær. Tanken med denne tilnærmingen er at sykmeldingene går over i arbeidsavklaring og deretter uføretrygd. På den annen side er det for flere mulig å bytte jobb eller få andre arbeidsoppgaver, og statistikken viser at det er mulig å komme tilbake til arbeidslivet etter lengre sykefravær, også arbeidsrelaterte sykefravær. Vista Analyses vurdering er derfor at denne tilnærmingen vil gi for høye tall på frafall. En annen mulighet er å avgrense antallet til mottakere av uføretrygd der hele eller deler av uføregraden er en følge av yrkesskade. Disse skadene er 100 prosent arbeidsrelatert, men dekker etter Vista Analyses vurderinger ikke alle arbeidsrelaterte helsetap som resulterer i uførhet og frafall fra arbeidslivet. I Vista Analyses rapport vises ulike tilnærminger med tilhørende vurderinger. Forutsetningene og inngangsdataene som er brukt i beregningene er vist i tabell 8.3.

Usikkerheten i inngangsdataene er som vist betydelig større for bortfall som følge av uførhet enn sykefravær. Dette gir også en større usikker-



Tabell 8.2 Fravær fra arbeid som følge av samlet sykefravær og arbeidsrelatert sykefravær for kvinner. Årsverk 2024

Sykefravær	Tap av årsverk, samlet sykefravær 2024	Tap av årsverk arbeidsrelatert sykefravær 2024	Sykefravær andel	Arbeidsrelatert sykefravær andel	Andel arbeidsrelatert sykefravær av totalt sykefravær
Egenmeldt	12 762	2 552	1,1 %	0,2 %	20,0 %
Legemeldt	86 673	31 498	7,5 %	2,7 %	36,3 %
Sum sykefravær hovedberegning	99 435	34 050	8,6 %	2,9 %	34,3 %
Lavt estimat		28 276		2,4 %	28,4 %
Høyt estimat		39 838		3,4 %	40,1 %

Kilde: Vista Analyse 2025, basert på SSB tabell 12439: Sykefravær for lønnstakere (prosent), etter kjønn, type sykefravær, statistikkvariabel og kvartal.

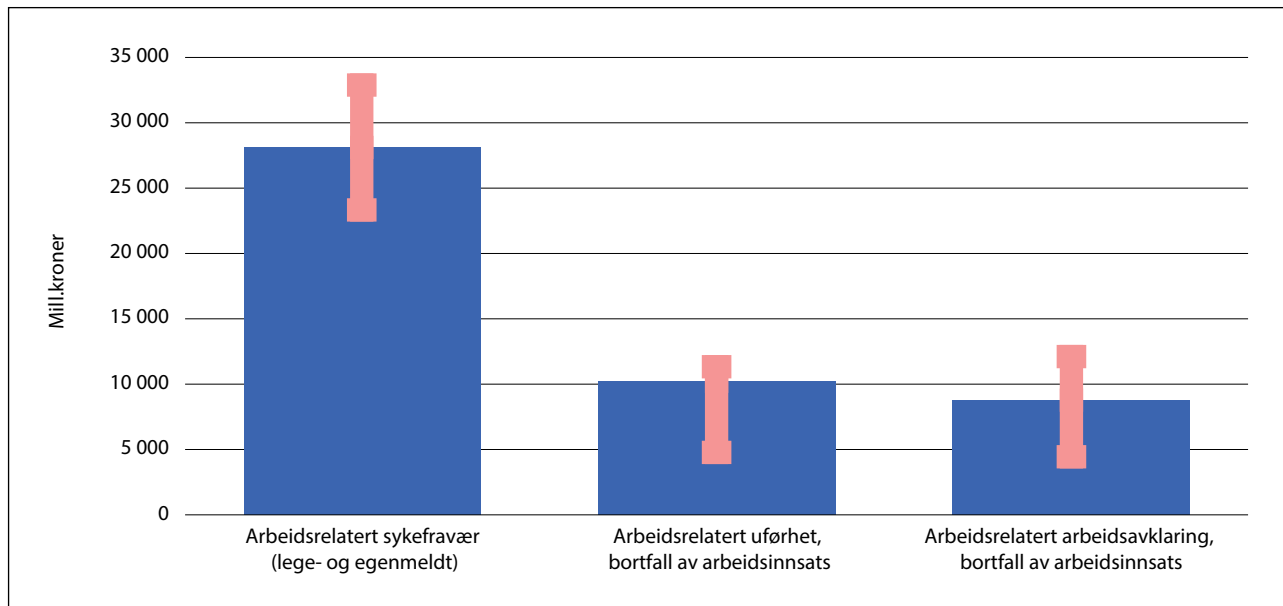
Tabell 8.3 Fravær fra arbeid som følge av uførhet og arbeidsavklaring. Beregningsforutsetninger

Uføre- og arbeidsavklaringspenger kategorier	Antall mottakere 2024	Andel arbeidsrelaterte tilfeller	Bortfall av årsverk som følge av arbeidsrelaterte helseplager	Bortfall av årsverk som følge av arbeidsrelaterte helseplager, lavt estimat	Bortfall av årsverk som følge av arbeidsrelaterte helseplager, høyt estimat
A: Mottakere av uføretrygd, der hele eller deler av uførheten er en følge av yrkesskade	3 072	100 %	1 931	1 738	2 574
B: Mottakere av uføretrygd (ekskl. yrkesskade, medfødte misdannelser og mottakere under 30 år)	183 455	Beste estimat 9 % Lagt estimat 3 % Høyt estimat 14 %	10 475	4 033	11 098
C: Mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP), fjerde kvartal – beregnet bortfall inkluderer overgang til uføretrygd	93 485	Beste estimat 18 % Lagt estimat 9 % Høyt estimat 25 %	10 676	5 338	14 689
Sum ufør og arbeidsavklaring			23 082	11 109	28 361

Kilde: Vista Analyse 2025.

het i kostnadene knyttet til arbeidsrelatert uførhet og arbeidsavklaring enn arbeidsrelatert sykefravær.

Figur 8.2 viser de beregnede samfunnsøkonomiske kostnadene for delpostene under arbeidsrelatert sykefravær, uførhet og arbeidsavklaring med usikkerhet.



Figur 8.2 Beregnede samfunnsøkonomiske kostnader for delposter med arbeidsfravall

Blå søyle viser beste anslag, rosa søyle viser lavt til høyt estimat.  
Kilde: Vista Analyse 2025.

### 8.1.3 Behandlingskostnader, arbeidsrelatert helsetap

Behandlingskostnader består av to kategorier; legebekostnader i primærhelsetjenesten og behandling i spesialisthelsetjenesten. Den første kategorien er beregnet med utgangspunkt i antall sykmeldinger og varighet, der det er gjort forutsetninger om antall legebekostnader per sykmelding. Beregningene gir et rimelig anslag over reelle kostnader i forbindelse med sykmeldinger og oppfølging i primærhelsetjenesten.

Når det gjelder behandling i spesialisthelsetjenesten er grunnlaget for å gjøre gode anslag atskillig dårligere. Mesteparten av kostnadene i spesialisthelsetjenesten skyldes sykdommer og ulykker som ikke er arbeidsrelaterte. Kostnadene ved arbeidsrelaterte behandlinger blir derfor også små. Usikkerhetsspennet er stort, men i og med at kostnadsposten er relativt liten, sammenlignet med produksjonsbortfallet, har denne usikkerheten mindre betydning.

### 8.1.4 Tap av liv, arbeidsulykker og arbeidsrelaterte dødsfall

I beregningen av tap av liv vurderer Vista Analyse at beste anslag er ett arbeidsrelatert dødsfall som følge av arbeidsulykker per år. Tallet er hentet fra STAMI. I beste anslag er ikke øvrige arbeidsrelaterte dødsfall inkludert. Arbeidstilsynets statistikk

bekrefter at det er få, nær null, arbeidsrelaterte dødsulykker som rammer kvinner. Begrunnelsen for å utelate øvrige arbeidsrelaterte dødsfall i beste anslag er at disse er vurdert som svært usikre, der tilgjengelige data bygger på modellberegninger eller overføringer til norsk fra internasjonale studier.

Global Burden of Disease (GBD) (235) har beregnet noen flere yrkesrelaterte dødsfall blant kvinner i 2021 enn direkte arbeidsulykker, herunder som følge av kreft. Disse beregningene antas å være modellbaserte og beheftet med stor usikkerhet. Det svenske Arbeidsmiljøverket publiserte i 2019 en kunnskapsoppsummering om arbeidsrelatert dødelighet. I denne rapporten presenteres også analyser for arbeidsrelaterte dødsfall per år som følge av en rekke eksponeringer, også fordelt på kjønn. I alt estimeres det her at 1277 kvinner i Sverige døde som følge av arbeidsrelaterte skader, lidelser eller sykdommer i 2016. Det tilsvarende tallet for norske sysselsatte kvinner blir i dette tilfellet 690. De vanligste oppgitte årsakene til arbeidsrelaterte dødsfall i denne rapporten er stress, skiftarbeid, støv og eksos i arbeidsluft. I rapporten fra Vista Analyse er dette tallet brukt som et øvre anslag, mens nedre anslag er hentet fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) og den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO). Vista Analyse understreker likevel at deres beste anslag kun inkluderer arbeidsulykker hentet fra STAMI. Tabell 8.4 viser forutsetningene

Tabell 8.4 Anslag på antall arbeidsrelaterte dødsfall per år blant norske kvinner, beregnet ut fra ulike kilder

Antall dødsfall brukt i analysen	Kilde	Notat
<b>1</b> <i>Beste anslag, har ikke inkludert dødsfall som skyldes arbeidseksposering</i>	NOA/STAMI (2024)	Kun arbeidsskadedødsfall
<b>202</b> <i>Lavt anslag for dødsfall som skyldes arbeidseksposering</i>	WHO/ILO (2021)	Også inkludert arbeidsmiljøeksponeringer
<b>690</b> <i>Høyt anslag for dødsfall som skyldes arbeidseksposering</i>	Svenska Arbetsmiljöverket (2019)	Også inkludert arbeidsmiljøeksponeringer

I kostnadsberegningene er det brukt verdien av et statistisk liv, i tråd med Finansdepartementets retningslinjer.  
Kilde: Vista Analyse 2025.

bak beregningene (merk at beste anslag kun inkluderer arbeidsulykker og derfor er lavere enn lavt anslag, der øvrige arbeidsrelaterte dødsfall er estimert).

### 8.1.5 Tap av produktivitet

Størrelsen på tap av produktivitet er usikker, men det er anerkjent at arbeidsrelatert helsetap blant arbeidstakere gir produktivitetstap. Produktivitetstapene kan følge av at arbeidstakerne det gjelder utfører mindre arbeid i løpet av avtalt arbeidstid enn vedkommende ellers ville gjort. Dette kan også svekke andre deler av virksomheten på ulike måter. Hvor mye arbeidsrelaterte helseplager for kvinner faktisk svekker den samlede produktiviteten i arbeidslivet er imidlertid usikkert. Vista Analyse har tatt utgangspunkt i den samlede produksjonen i Norge, målt som BNP. I beste anslag er det lagt til grunn et produktivitetstap totalt på 0,2 prosent for «kvinneandelen» i BNP. Det er da sett

bort fra at helsetap blant kvinner på arbeidsplassen også kan ha betydning for produktiviteten til menn. I lavt anslag er det sett bort fra produktivitetstap, mens høyt anslag er beregnet med et produktivitetstap på 0,4 prosent. Vista Analyse viser i sin rapport at produktivitetstapet på den enkelte arbeidsplass beregnes med et atskillig høyere produktivitetstap, men har valgt å bruke svært konservative anslag som inngangsdata i den samfunnsøkonomiske analysen.

### 8.1.6 Kostnader over offentlige budsjetter

Belastningen over offentlige budsjetter er, som nevnt over, ikke en samfunnsøkonomisk kostnad utover skattefinansieringskostnaden.

Budsjettkonsekvensen er beregnet som summen av direkte skatter og avgifter av arbeid (37,2 prosent av årslønn) og netto uføreytelse (uføretrygd fratrukket 18,7 prosent skatt).

Tabell 8.5 Beregnet belastning over offentlige budsjetter

	Mrd. kroner 2023
Utbetalinger fratrukket skatt	18,6
Tap av skatter og avgifter av arbeid	13,3
Sum konsekvenser for offentlige budsjetter	31,9

Kilde: Vista Analyse 2025.

## 8.2 Gevinstpotensial ved forebygging og tilrettelegging

Det realiserbare gevinstpotensialet defineres som den nytteøkningen som kan oppnås ved å gjennomføre alle realiserbare forebyggende og tilretteleggende tiltak for å fremme god arbeidshelse og arbeidstilknytning blant kvinner.

Med «realiserbart» menes noe annet enn realistisk ved at det ses bort fra politiske og økonomiske begrensninger. Samtidig er realiserbart gevinstpotensial noe annet enn «teoretisk gevinstpotensial», dvs. gevinstene ved å fjerne *alle* arbeidsrelaterte helseproblemer for kvinner. Tiltakene må være gjennomførbare. Noen arbeidsrelaterte helseproblemer vil bestå også etter at alle mulige tiltak er forsøkt. Dagens kostnader vil være en øvre grense for hvor store gevinster det er mulig å oppnå.

Vista Analyses beste anslag for samfunnsøkonomiske kostnader av nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet er beregnet til 59 mrd. kroner årlig. Kostnadene er betydelig høyere enn resultatene fra andre tilsvarende beregninger som er foretatt tidligere. Denne forskjellen skyldes i første rekke ulike beregninger av antall arbeidsdager som bortfaller som følge av sykefravær, arbeidsavklaring eller uførhet. Til tross for at denne utredningen kun ser på kvinner, er antall arbeidsrelaterte fraværsdager som følge av helsetap større enn det som tidligere er antatt for begge kjønn samlet.

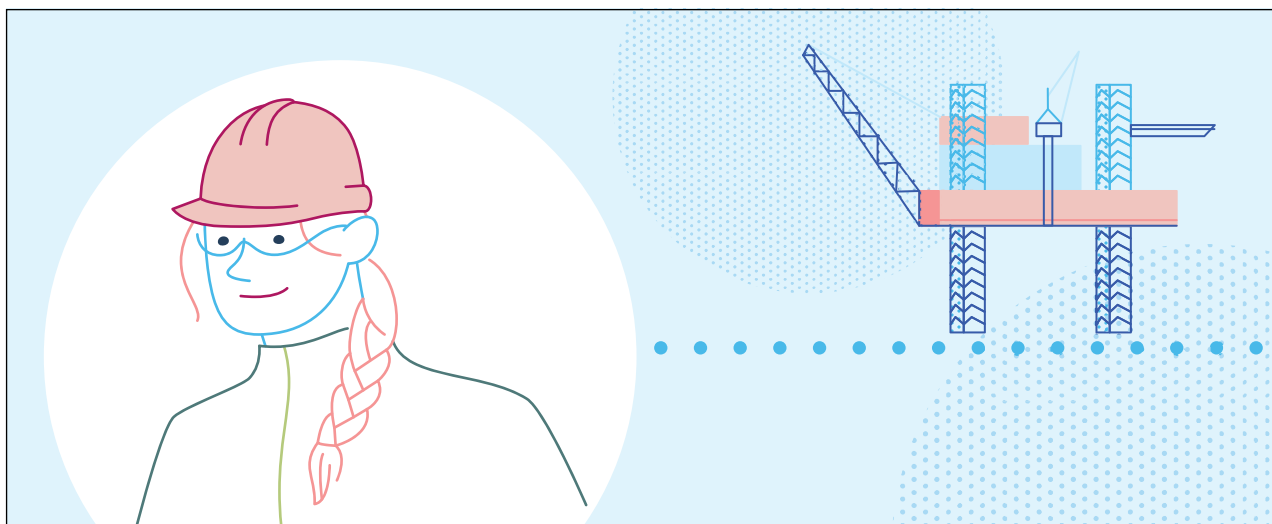
Vista Analyse beskriver ulike tilnærminger og flere scenarier for å synliggjøre realiserbart gevinstpotensial ved ulike forebyggende og tilretteleggende tiltak. Tilnærmingene tar utgangspunkt i dagens situasjon, målt ved kvinners arbeidsrelaterte sykefravær.

For hver av tilnærmingene beregnes et gevinstpotensial i kroner, som omfatter de samfunnsøkonomiske gevinstene ved redusert sykefravær, uførhet og medisinsk behandling, tilsvarende det som inngår i de beregnede samfunnsøkonomiske kostnadene. Scenariene viser at dersom det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner i Norge reduseres til nivået for norske menn, er dette beregnet å gi en gevinst på 19 mrd. kroner per år. Dersom det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner reduseres til det måltallet som var satt i IA-avtalen 2019–2024, vil gevinsten utgjøre seks mrd. kroner per år. Anslagene framkommer ved å først beregne hvor stor reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet som vurderes som realiserbart i den aktuelle tilnærmingen. Denne reduksjonen ganges opp med hovedanslaget for de samfunnsøkonomiske kostnadene, dvs. 59 mrd. kroner. Hva som er realistisk å oppnå gjennom tilgjengelige og gjennomførbare tiltak, er imidlertid svært usikkert.

Tilnærmingene drøftes nærmere i Vista Analyses rapport.

*Del III*  
*Utvalgets vurderinger og forslag*





Figur 9.1

## Kapittel 9

# Utvalgets vurderinger av kunnskapsgrunnlaget

### 9.1 Kvinnearbeidshelseutvalgets oppsummering

Kvinnearbeidshelseutvalget ble oppnevnt 8. mars 2024, for å utarbeide et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse og foreslå tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Kunnskapsgrunnlaget framgår av del II i utredningen, og anses i seg selv som en hovedleveranse fra utvalget.

Det er høy yrkesdeltakelse blant kvinner i Norge. 75 prosent av kvinnene er sysselsatt, men en tredjedel arbeider deltid. Norsk arbeidsliv beskrives som kjønnsdelt, ved at kvinner og menn er ulikt representert i ulike næringer, sektorer, yrker og stillinger.

I de kvinnedominerte næringene omfatter arbeidet ofte direkte samhandling med pasienter, brukere, elever, kunder og klienter. Kvinner i disse næringene og yrkene har høyere forekomst av psykososiale arbeidsbelastninger som emosjonelle krav, rollekonflikter, lav selvbestemmelse, samt vold, hets eller trusler, enn gjennomsnittet av sysselsatte. Dette eksisterer ofte i kombinasjon med mekaniske eksponeringer som tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger.

I situasjoner der arbeidstakere utsettes for flere arbeidsmiljøfaktorer samtidig, kan dette forsterke de enkelte faktorenes effekter på helsen. En stor andel kvinner utsettes for en kombinasjon av psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøbelastninger. Høy eksponering for psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer øker særlig risikoen for psykiske plager, muskel- og skjelettplager og sykefravær. Det er behov for mer kunnskap om helseeffektene av slik kombinert eksponering til bruk i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Arbeidsmiljøfaktorer kan også bidra til sosiale forskjeller i helse. I noen av de kvinnedominerte yrkene med mest belastende arbeidsmiljø er det en høy andel kvinner med lavere utdanning, og i noen yrker også en høy andel kvinner med innvandrerbakgrunn.

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. Slike faktorer kan være selvbestemmelse, sosial støtte og godt samarbeid med kollegaer, anerkjennelse for arbeidet, muligheter for å bruke kunnskap og ferdigheter, samt muligheten til faglig utvikling. I tillegg kan forhold på organisasjonsnivå, som god ledelse og håndterlig lederspenning, god opplæring av

de ansatte, kollegastøtte og mentorordninger virke positivt på kvinners arbeidshelse.

Det høyeste sykefraværet i Norge finner vi blant kvinner i typiske kvinnedominerte næringer og yrker. Kvinner rapporterer også mer arbeidsrelatert fravær enn menn, og fraværet for gravide er omtrent fire ganger så høyt som for ikke-gravide kvinner. Muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser er de klart mest brukte diagnosene i kvinners sykmeldinger. Frafall fra arbeidslivet med uføretrygd er også større enn gjennomsnittet i flere kvinnedominerte næringer.

Turnusarbeid og deltidstillinger kjennetegner arbeidsforholdene i mange av de kvinnedominerte næringene og yrkene. Arbeid utenom vanlig dagtid kan gi økt risiko for helseplager, sykdommer og sykefravær. Små stillinger er ofte knyttet til dårligere faglig utvikling og redusert læringsmiljø. Turnusordninger basert på hele stillinger og heltidskultur assosieres med en praksis med godt arbeidsmiljø, god kompetanse, forutsigbar arbeidstid og lønn, kontinuitet i arbeidet og bedre tjenestekvalitet. Utvalget antar derfor at tiltak for å øke andelen kvinner som jobber heltid kan ha betydning for kvinners arbeidsmiljø og -helse. Samtidig er det behov for mer kunnskap om arbeidstidsorganisering og sammenhengen med arbeidshelse, fravær og arbeidstilknytning.

Forskjeller i omfanget av arbeidsrelaterte helseplager, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper kan skyldes ulik arbeidsbelastning eller risiko. Måltrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i næringer der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt, og hvor antallet kvinner er stort, kan bidra til økning av kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet.

De fleste voksne kvinner har god egenvurdert helse. Samtidig lever mange med ulike helseplager, som migrene, hodepine, smerter i kroppen, og psykiske plager som depresjon og angst. Det er lite forskning på hvordan kroniske sykdommer og tilstander påvirker kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning, og generelt behov for mer kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes arbeidsrelaterte påvirkninger. Dette kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjoner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner.

Det er flere innfallsvinkler til forståelse av livsfaseproblematikk. Hormonelle endringer påvirker kvinners liv gjennom ulike livsfaser, som svangerskap og overgangsalder, samtidig som de samme livsfasene også preges av ansvar og oppgaver

knyttet til familierelasjoner og arbeid – familiebalansen. Arbeidsmiljøet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen kan ha betydning for kvinners arbeidsdeltakelse gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner. *Utvalget* foreslår tiltak som fremmer arbeidstilknytning i ulike livsfaser, basert på eksisterende forskning, og peker samtidig på områder med behov for mer kunnskap. Arbeidstakere som er eller har vært voldsutsatt kan ha behov for oppfølging og tilrettelegging på jobben. *Utvalget* mener det er viktig å gi arbeidsgivere og virksomheter tilgang til relevant kunnskap og veiledning om aktuelle virkemidler på dette området.

Vista Analyse anslår samfunnsøkonomiske kostnader ved nedsatt kvinnearbeidshelse og kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet til 59 mrd. kroner årlig. Det er vanskelig å vurdere hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial, og derfor betydelig usikkerhet knyttet til disse tallene. *Utvalget* legger likevel til grunn at det kan være et samfunnsøkonomisk gevinstpotensial i størrelsesorden flere milliarder kroner forbundet med å lykkes med tiltak som forbedrer kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, og som reduserer fravær og frafall fra arbeidslivet.

Kunnskapen viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. Samtidig vil en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer være felles, som innebærer at også bransjespesifikke verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Kunnskapsgrunnlaget viser samtidig at det er et forbedringspotensial i arbeidet med risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene generelt og i kvinnedominerte yrker spesielt. Etablert kunnskap og målrettede virkemidler og verktøy når ikke i tilstrekkelig grad ut. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

For å fremme kvinners arbeidsmiljø og arbeidstilknytning er det derfor nødvendig å engasjere alle ansvarlige aktører; myndighetene, partene i arbeidslivet, kompetansemiljøer og virksomhetene lokalt i en satsing på kvinners arbeidshelse. Det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet må legges til grunn for satsingen, og *utvalget* mener at formidling av kunnskapsgrunnlaget i seg selv er et hovedtiltak. Dernest peker



*utvalget* på at det er nødvendig å utvikle ny og oppdatert kunnskap om kvinners arbeidshelse. Det største potensialet for forbedringer vurderes å ligge i å forsterke det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, hovedsakelig innenfor gjeldende krav og rammer, understøttet av nasjonale kunnskapsbanker, bransjeprogrammer og veiledningsmaterieell mv., og med partene i arbeidslivet som aktive pådrivere.

Tiltaksforslagene rettes mot alle aktører i denne kjeden og innebærer vurderinger og oppfølging av regelverk, veiledning, myndighetsoppfølging, kunnskapsutvikling, partssamarbeid, tariffavtaler, opplæring, organisert samarbeid og rammebetingelser på arbeidsplassene.

## 9.2 Overordnede vurderinger

I tråd med mandatet, har utvalget i del II utarbeidet et helhetlig kunnskapsgrunnlag om kvinners arbeidshelse. Dette kunnskapsgrunnlaget anses i seg selv som en hovedleveranse fra utvalget.

I dette kapitlet redegjøres det for hvordan utvalget legger kunnskapsgrunnlaget til grunn for en felles problemforståelse – en «rød tråd» fra tolkningen av utvalgets oppdrag og mandat til forståelsen av dokumentert kunnskap og av rammer for mulige tiltak og målrettet oppfølging, når det gjelder kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet.

### 9.2.1 Data og dokumentasjon av anerkjent faglig kvalitet

Kunnskapsgrunnlaget bygger på data og dokumentasjon av anerkjent faglig kvalitet. Dette tilsier at det kan legges til grunn for kunnskapsbaserte tiltak og for utvikling av mer kunnskap. Det vises på flere områder til kunnskapshull og behov for videre kunnskapsutvikling om kvinners arbeidshelse.

*Utvalget* er enige om at kunnskapsgrunnlaget representerer den beste faglige dokumenterte kunnskapen vi har i dag. Utvalgets vurderinger og forslag til tiltak for å styrke kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet, baserer seg på en analyse av kunnskapsgrunnlaget.

### 9.2.2 Definisjoner og avgrensninger

«Arbeidshelse» er i utvalgets mandat definert som helseforhold som helt eller delvis skyldes utøvelsen av arbeidet og påvirkninger fra arbeidsmiljøet. Hvordan arbeidsmiljøet påvirker kvinners helse

og deltakelse i arbeidslivet, både i positiv og negativ retning, er derfor et sentralt tema for utvalget. «Arbeidsmiljø» handler om selve arbeidet som skal utføres, og er knyttet til hvordan man organiserer, planlegger og utfører arbeidet.

I tråd med mandatet drøfter utvalget også andre forhold relatert til kvinners helse og arbeidsdeltakelse, og hvordan disse forholdene henger sammen. Problemstillinger og tiltak som ikke omhandler forholdet ved og mellom arbeid og helse, anses i utgangspunktet ikke som relevant for dette utvalgets arbeid. *Utvalget* vurderer ikke problemstillinger knyttet til kvinners frafall fra arbeidslivet, som ikke henger sammen med helseforhold.

Utvalgets mandat omfatter ikke oppfølging eller tiltak på overordnet samfunnsnivå, som f.eks. sykelønnsordningen og andre stønadsordninger, pensjonssystemet, utdanningssystemet, generell arbeidstid, prioriteringer i helsevesenet og annet overordnet lovverk. *Utvalget* har derfor avgrenset sitt arbeid i forhold til disse ordningene. På noen områder viser *utvalget* til pågående prosesser for gjennomgang av relevante ordninger og regelverk, herunder yrkesskadeordningen, arbeidsmiljølovens regler om psykososialt arbeidsmiljø mv., der utvalget kommer med enkelte anbefalinger, uten å ta for seg ordningene i sin helhet.

### 9.2.3 Viktig bakteppe for sysselsetting

Regjeringen viser i Perspektivmeldingen (3) til at det vil være behov for å mobilisere mer arbeidskraft for å løse samfunnets oppgaver i framtiden. Knapphet på kompetent arbeidskraft ventes å bli vesentlig større framover, sett i lys av at befolkningen eldes og at behovet for helse- og omsorgstjenester dermed antas å ville øke. Det pekes i meldingen på at Norge har en forholdsvis høy andel arbeidsuføre som mottar helserelaterte trygdetelser, og at antall utførte timeverk per sysselsatt i Norge er under gjennomsnittet i Europa.

Beregninger kan tilsi at potensialet for å øke sysselsettingen og antall årsverk i arbeid er størst ved å iverksette tiltak som reduserer antall personer som faller ut av arbeidslivet og går over til uføretrygd. Det er derfor viktig med innsats for å bedre arbeidsevnen tidlig i forløpet. Reduksjon i sykefraværet, særlig langtidsfraværet, vil kunne redusere frafall fra arbeidslivet og overgang til arbeidsavklaringspenger, og senere til uføretrygd.

I utvalgets mandat pekes det bl.a. på at konsekvensene av arbeidsrelaterte plager og sykdommer rammer kvinner som jobber i helse- og omsorgssektoren i særlig grad. Kunnskapsgrunn-

laget viser at sykefraværet og omfanget av tapte dagsverk i denne sektoren er høyt. Arbeidsmiljøforhold i helse- og omsorgssektoren er derfor et sentralt tema i utvalgets arbeid. Helseeffekter i form av muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, både hver for seg og i kombinasjon, er særlig relevante i denne sammenheng.

#### 9.2.4 Sammensatte utfordringer, med arbeidsplassen i sentrum

Utvalgets oppdrag er å dokumentere kunnskap og foreslå tiltak som kan bedre arbeidshelse og redusere fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Overordnet viser utvalgets kunnskapsgrunnlag at kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet har sammensatte årsaker.

Det er dokumentert kunnskap om sammenheng mellom arbeidsmiljøforhold og helse for kvinner som gjør det mulig å arbeide målrettet for å fremme helse og forebygge arbeidsrelaterte helseskader som fører til fravær og frafall.

Arbeidsmiljøutfordringer varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass, samtidig som beslektede yrker og sektorer har fellestrekk. Effektivt og målrettet arbeidsmiljøarbeid må derfor ta utgangspunkt i de konkrete forholdene på arbeidsplassen.

*Utvalget* viser til at aktører på alle nivåer; herunder myndighetene, kompetansemiljøer, partene i arbeidslivet, arbeidsgivere, og arbeidstakerne og deres representanter, har viktige roller og oppfølgingsansvar i dette arbeidet.

Arbeidsmiljøet og oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen vil ha betydning for kvinners arbeidsdeltakelse gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner. Også helseforhold som i utgangspunktet ikke henger sammen med arbeidsmiljøet påvirker kvinners tilknytning til og deltakelse i arbeidslivet. Kunnskapsgrunnlaget viser at det per i dag foreligger lite forskning om hvordan symptomer relatert til kvinners hormonelle påvirkninger gjennom ulike livsfaser påvirker arbeidshelse og arbeidstilknytning. *Utvalget* peker derfor på områder hvor det er nødvendig med mer forskning, og foreslår tiltak som kan fremme kvinners arbeidstilknytning i ulike livsfaser, basert på den kunnskap som foreligger. *Utvalget* legger vekt på at samfunnet ikke skal sykeliggjøre normale tilstander, som følger av kvinners biologiske livsfaser med hormonell påvirkning. Samtidig er *utvalget* opptatt av at relevante problemstillinger som gjelder for mange kvinner skal løstes fra et individuelt til et strukturelt nivå.

#### 9.2.5 Samfunnsøkonomiske kostnader ved redusert kvinnearbeidshelse

Vista Analyse har beregnet kostnadene ved produksjonstap, produktivitetstap, dødsfall og behandlingkostnader som følge av dårlig kvinnearbeidshelse og arbeidsrelatert fravær. Med skattefinansieringskostnader er Vista Analyses beste anslag for de samlede kostnadene på 59 mrd. kroner årlig. Dette anslaget er betydelig høyere enn resultatene fra andre tilsvarende beregninger som er foretatt tidligere. Denne forskjellen skyldes i første rekke ulike beregninger av antall arbeidsdager som bortfaller som følge av sykefravær, arbeidsavklaring eller uførhet. Til tross for at denne utredningen bare ser på kvinner, er antall arbeidsrelaterte fraværsdager som følge av hestetap beregnet å være flere enn det som tidligere er antatt for begge kjønn samlet.

Vista Analyse beskriver ulike tilnærminger og scenarier for å synliggjøre realiserbart gevinstpotensial ved ulike forebyggende og tilretteleggende tiltak. Tilnærmingene tar utgangspunkt i dagens situasjon, målt ved kvinners arbeidsrelaterte sykefravær.

For hver av tilnærmingene beregnes et gevinstpotensial i kroner, som omfatter de samfunnsøkonomiske gevinstene ved redusert sykefravær, uførhet og medisinsk behandling, tilsvarende det som inngår i de beregnede samfunnsøkonomiske kostnadene. Scenariene viser at dersom det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner i Norge reduseres til nivået for norske menn, er dette beregnet å gi en gevinst på 19 mrd. kroner per år. Dersom det arbeidsrelaterte sykefraværet for kvinner reduseres til det måltallet som var satt i IA-avtalen 2019–2024, vil gevinsten utgjøre seks mrd. kroner per år. Anslagene framkommer ved å først beregne hvor stor reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet som vurderes som realiserbart i den aktuelle tilnærmingen. Denne reduksjonen ganges opp med hovedanslaget for de samfunnsøkonomiske kostnadene, dvs. 59 mrd. kroner. Hva som er realistisk å oppnå gjennom tilgjengelige og gjennomførbare tiltak, er imidlertid svært usikkert.

*Utvalget* viser til at de beregnede kostnadene ved produksjonstap, produktivitetstap, dødsfall og behandlingkostnader som følge av dårlig kvinnearbeidshelse og arbeidsrelatert fravær hos kvinner, utgjør svært store beløp. Det er vanskelig å vurdere hva som er et «realiserbart» gevinstpotensial, og derfor betydelig usikkerhet knyttet til disse tallene. *Utvalget* legger likevel til grunn at det kan være et samfunnsøkonomisk gevinstpo-

tensial på i størrelsesorden flere milliarder kroner forbundet med å lykkes med tiltak som forbedrer kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, og som reduserer fravær og frafall fra arbeidslivet.

### 9.3 Hovedtrekk i kunnskapsgrunnlaget

#### 9.3.1 Om kunnskapsgrunnlaget

*Utvalget* viser til del II for en helhetlig, faglig gjennomgang av kunnskap om kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Kunnskapsgrunnlaget bygger på data og dokumentasjon av anerkjent faglig kvalitet og gir en beskrivelse av tilstanden og utviklingen i kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og deltakelse i arbeidslivet. Samtidig gir det en oversikt over områder med manglende eller utilstrekkelig kunnskap. Et viktig kriterium som ligger til grunn for kunnskapsgrunnlaget, er at det kan vises til dokumentert sammenheng mellom arbeidsmiljø og helse. På områder hvor det er gjort mye forskning, er de mest oppdaterte systematiske litteraturgjennomgangene som er publisert i fagfelleverderte tidsskrift lagt til grunn. Videre er det i tillegg lagt vekt på å løfte fram enkeltstudier fra Norge, der dette har vært relevant, f.eks. når det gjelder spørsmål om frafall eller arbeidstilknytning for kvinner som har helseproblemer som i utgangspunktet ikke skyldes jobben. På dette feltet har det vært relativt lite forskning. Her er det vist til norske studier for å eksemplifisere hva som er gjort på området, men som i mindre grad gir sikker kunnskap om årsakssammenhenger.

Om kunnskapen blir vurdert å være tilstrekkelig (ha «sterk nok» evidens) eller ikke, vil kunne avhenge av hva kunnskapen skal brukes til. Det kan vurderes om kunnskap med begrenset evidens kan være tilstrekkelig som grunnlag for å foreslå å redusere eksponering i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, før evidensen vurderes å være sterk nok til å konkludere med en sikker årsakssammenheng.

Eksperimentell forskning er av stor betydning for å kunne bidra til å avklare årsaksfaktorer til mange sykdommer, der kliniske randomiserte forsøk, som etablerer kontroll med alle utenforliggende faktorer, har vært ansett som det optimale valg. Denne metoden er imidlertid lite tilgjengelig som kunnskapskilde når en skal dokumentere sammenhenger mellom eksponeringer i arbeid og sykdom. Bl.a. av etiske årsaker kan man ikke

eksponere personer for antatt skadelige stoffer, for derved å lære mer om årsakssammenhenger.

En hovedkilde til kunnskap om arbeidsrelatert sykdom er derfor observasjonsstudier, der eksponeringen allerede er gitt. I godt designede observasjonsstudier, også kalt epidemiologiske studier, følger man studiedeltakere over tid, og forsøker på den måten å sikre at den antatte årsaken inntrer før den antatte virkningen i tid. Hvis det f.eks. foreligger mange observasjonsstudier av god kvalitet på ulike populasjoner med samme resultat, vil en kunne tilnærme seg kausale slutninger, og kunnskapen vil kunne være tilstrekkelig til å gi forebyggende råd, jf. kapittel 2.4.1.

*Utvalget* viser særlig til følgende hovedtrekk i kunnskapsgrunnlaget:

#### 9.3.2 Kvinners deltakelse i arbeidslivet

Norske kvinner har høy arbeidsdeltakelse, i likhet med kvinner i de andre nordiske landene. Andelen norske kvinner i aldersgruppen 15–64 år som er sysselsatt er på 75 prosent, mot i snitt 65 prosent i EU. Deltidsandelen blant kvinner er på rundt 34 prosent.

##### *Kjønnsdelt arbeidsliv*

Arbeidslivet i Norge beskrives som kjønnsdelt, gjennom at kvinner og menn er ulikt representert i ulike næringer, sektorer, yrker og stillinger. Kvinner velger omsorgsykker framfor tekniske fag, og har lederstillinger sjeldnere enn menn. Kjønnsdelingen er relativt stabil over tid.

##### *Arbeidsrelatert sykefravær*

I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB) har man ved bruk av selvrapporterte data kartlagt hvor stor del av sykefraværet som kan skyldes arbeidsrelaterte forhold. I 2022 oppga om lag 19 prosent av de sysselsatte at de hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager i løpet av det siste året. Det tilsvarer om lag 489 000 personer. Mer enn én av tre av disse oppgir at fraværet skyldtes helseproblemer som helt eller delvis var forårsaket av jobben, noe som tilsvarer om lag 187 000 personer. Andelen med arbeidsrelatert fravær er høyere blant kvinner (8,3 prosent) enn blant menn (6,0 prosent) (1). Det er høyest arbeidsrelatert sykefravær i yrker innen barnehage, helsevesen og transport. Yrkene med høyest arbeidsrelatert fravær (begge kjønn) er barnehagelærer (19 prosent) og renholder (15 prosent).

Flere av yrkene og næringene med høyt sykefravær – og høyt arbeidsrelatert sykefravær – har også en høy andel og et høyt antall sysselsatte kvinner. F.eks. er 88 prosent av sykepleiere kvinner, tilsvarende 75 000 sysselsatte. Blant sykepleiere oppgir 8,8 prosent å ha et arbeidsrelatert sykefravær på over 14 dager. Blant barnehage- og skoleassistenter, yrker hvor det jobber 80 000 kvinner, oppgir nærmere ti prosent det samme.

Også varehandel er en næring der det jobber mange kvinner. Selv om andelen kvinner i denne næringen som oppgir å ha hatt et arbeidsrelatert sykefravær er omtrent på snittet blant sysselsatte, innebærer det høye antallet kvinner i sektoren (125 000) at dette også er en næring der tiltak som kan redusere det arbeidsrelaterte sykefraværet har potensiale for å nå mange.

### *Uføretrygd*

Frafall fra arbeidslivet i form av innvilget uføretrygd er også større enn gjennomsnittet i flere kvinneedominerte næringer. Både hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjon, og sosialtjenester/barnevern har en høyere andel nye uføre per år enn gjennomsnittet blant næringene i Norge. To tredjedeler av uføre som er i arbeid hele året er kvinner. Kvinner er altså gradert uføre i langt større grad enn menn.

### *Sykefravær blant gravide*

I perioden 2015–2022 var sykefraværet for gravide mellom 20 og 44 år på 19 prosent. Fraværet for gravide er omtrent fire ganger så høyt som for ikke-gravide kvinner. Sykefraværet blant gravide varierer med yrke og næring, noe som kan være et uttrykk for ulike arbeidsmiljøbelastninger, ulike krav i arbeidet og grad av tilrettelegging på arbeidsplassen. Det er høyest sykefravær blant gravide renholdere og helsefagarbeidere, som er yrker med mer belastende arbeidsforhold.

Oppsummert peker *utvalget* på at målrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid, i næringer med mange kvinner, og der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt, har potensial til å kunne styrke kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet.

### **9.3.3 Kvinners arbeidsmiljø, arbeidsforhold og arbeidshelse**

*Utvalget* viser til at forskjeller i omfanget av arbeidsrelaterte helseproblemer, sykdom, syke-

fravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper, kan skyldes forskjeller i graden av arbeidsbelastninger eller risikofylte arbeidsforhold.

### *Sykefraværshypoteser*

Kvinnerns høye sykefravær har vært forsøkt forklart gjennom ulike hypoteser: «Arbeidsmiljøhypotesen» forklarer kvinners relativt høye nivå av helseplager og fravær med at mange kvinner jobber i yrker med stor arbeidsbelastning, som øker risikoen for helseplager eller forverring av plager, og/eller kan gjøre det utfordrende å stå i jobb med helseplager. «Den biologiske hypotesen» forklarer kvinners helseplager og sykdommer med biologiske faktorer som øker risikoen for helseplager, herunder konsekvenser av menstruasjonsplager, graviditet og overgangsalder. «Dobbeltarbeidshypotesen» forklarer kvinners nivå av helseplager med at kvinner, i større grad enn menn, kombinerer yrkesaktivitet med større ansvar og tidsbruk knyttet til omsorgsoppgaver i hjemmet. «Den sosiokulturelle hypotesen» forklarer kjønnsforskjeller ut fra ulik sykdomsatterferd mellom kvinner og menn. Oppsummert viser forskningen at når de ulike hypotesene prøves ut, gjenstår likevel uforklarte forskjeller i sykefravær. Det pekes derfor på et videre behov for forskning og kunnskapsutvikling.

### *Sykefravær skyldes primært muskel- og skjelettplager og psykiske plager*

Arbeidstakerne i flere kvinneedominerte næringer ligger relativt høyt, sammenlignet med gjennomsnittet, både når det gjelder arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser er generelt de klart mest brukte diagnosene i sykmeldinger for kvinner.

Uansett om sykefraværet skyldes helseproblemer som helt eller delvis er forårsaket av jobben eller ikke, vil forhold ved arbeidet påvirke om en ansatt med redusert helse kan være på jobb eller blir sykmeldt.

Mange av de kvinneedominerte yrkene og næringene kjennetegnes av både tungt fysisk arbeid og høye emosjonelle krav. Uavhengig av om en gitt helseplage eller sykdom skyldes arbeidet, vil det være mer utfordrende å stå i slike yrker dersom man har f.eks. muskel- og skjelettsmerter eller lettere psykiske lidelser.

Samme sykdom eller funksjonsnedsettelse vil derfor kunne gi ulike grader av arbeidsuførhet

pga. ulike jobbkrav. Dette vil kunne påvirke sykefraværet, og kan også være med på å forklare noe av forskjellen på sykefravær i ulike yrker og næringer (reversert kausalitet).

#### *Kombinasjon av psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer*

Et kjennetegn ved mange kvinnedominerte yrker og næringer er en kombinasjon av høy belastning knyttet til både *psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer*. De store kvinnedominerte næringene innen helse- og sosialsektoren, slik som hjemmetjenesten, sykehjem, omsorgsinstitusjon, sykehustjenester, barnehage og skolefritidsordning er eksempler på næringer der arbeidstakerne rapporterer om både stor mekanisk (ergonomisk) belastning og høye nivåer av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. Butikkhandel er også en næring med relativt høye nivåer av både mekaniske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. I de samme næringene er det en relativt høy forekomst av arbeidsrelaterte helseplager, som psykiske plager og muskel- og skjelettplager, psykisk utmattelse og hodepine/migræne.

Høy eksponering for psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer øker særlig risikoen for psykiske plager, muskel- og skjelettplager og sykefravær. Eksisterende forskning og kunnskap på området er basert på informasjon om psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer hver for seg. Det er få studier som har sett på hvordan kombinasjoner av arbeidsmiljøfaktorer påvirker helse og arbeidstilknytning for ansatte i kvinnedominerte yrker. Dette kan være en forklaring på manglende målrettet kunnskap og arbeidsmiljøoppfølging i kvinnedominerte yrker. *Utvalget* viser til at det er behov for mer kunnskap om helseeffektene av kombinert eksponering for både psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer. Denne kunnskapen må brukes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

#### *Beskyttende faktorer*

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. Eksempelvis vil tilstrekkelige ressurser bidra til å møte kravene i arbeidet og øke jobbmotivasjonen og jobbtilfredsheten. Slike ressurser kan være selvbestemmelse, sosial støtte og godt samarbeid med kollegaer, anerkjennelse for arbeidet, muligheter for å bruke kunnskap og ferdigheter, samt

muligheten til faglig utvikling. I tillegg kan forhold på organisasjonsnivå, som god ledelse og håndterlig lederspenn, god opplæring av de ansatte, kollegastøtte og mentorordninger virke positivt på kvinners arbeidshelse.

Enkelte psykososiale faktorer som emosjonelle krav, kan man ikke fjerne helt i yrker innenfor helse- og sosialtjenester og undervisning. Å forholde seg til andre menneskers sterke følelser som sinne, frustrasjon, sorg osv. er med andre ord en iboende del av arbeidsoppgavene innenfor en rekke kvinnedominerte yrker. Flere psykososiale faktorer som økt selvbestemmelse og god ledelse kan bidra til å redusere risikoen for å utvikle helseplager som konsekvens av emosjonelle krav.

#### *Tilpasset verneutstyr*

Dersom helseskadelige faktorer i arbeidsmiljøet ikke kan elimineres, må eksponeringen for de ansatte reduseres. Ansatte skal fortrinnsvis være vernet ved hjelp av tekniske installasjoner på arbeidsplassen, eller ved tilpassede arbeidsmetoder og arbeidsprosesser.

Personlig verneutstyr skal brukes hvis det likevel er risiko for at arbeidstakeren kan bli utsatt for farlige påvirkninger. Dårlig tilpasset verneutstyr for kvinner kan være en kilde til at kvinner og menn reagerer ulikt på samme eksponering.

#### *Sosiale forskjeller i helse*

*Utvalget* peker på at arbeidsmiljøfaktorer kan bidra til sosiale forskjeller i helse. I noen av de kvinnedominerte yrkene med mest belastende arbeidsmiljø er det også en stor andel kvinner med lavere utdanning, og i noen yrker også en stor andel kvinner med innvandrerbakgrunn.

#### *Kvinnelige arbeidstakere med innvandrerbakgrunn*

Innvandrerkvinner i norsk arbeidsliv er en mangfoldig gruppe med ulik bakgrunn, erfaringer og utfordringer. Noen har høyere utdanning og jobber i akademiske eller profesjonelle yrker. Andre jobber i fysisk krevende yrker, som innenfor renhold, helse og omsorg, varehandel eller i mannsdominerte bransjer som industri, hvor arbeidsforholdene ofte er preget av høye arbeidsbelastninger, midlertidige ansettelsesforhold og større eksponering for arbeidsmiljøforhold som kan gi arbeidsrelaterte helseplager.

Om lag 40 prosent av innvandrerkvinnene i yrkesaktiv alder i Norge kommer fra land utenfor EU og fra ikke-vestlige regioner. Disse kvinnene

møter i tillegg oftere barrierer som språk- og kulturforskjeller, svakere rettighetsforståelse, samt større risiko for diskriminering og utnyttelse i arbeidslivet. Innvandrerkvinner rapporterer også høyere forekomst av stress, diskriminering og trakassering enn andre arbeidstakere.

*Utvalget* viser til at forebyggende arbeidsmiljøtiltak vil omfatte alle på arbeidsplassen, men at det kan være behov for særskilte tiltak i form av informasjon og HMS-opplæring på flere språk mv.

#### Gravide arbeidstakere

Enkelte arbeidsmiljøfaktorer kan være av spesiell betydning for gravide arbeidstakere på grunn av konsekvenser for det ufødte barnet. Dette er forhold som virksomhetene må ha kjennskap til for å kunne tilby tilstrekkelig tilrettelegging eller omplassering for gravide der arbeidsmiljøet kan være skadelig for fosteret, eventuelt bistå i søknad om svangerskapspengene.

Det er også høyere sykefravær blant gravide, men sykefraværet varierer avhengig av yrke.

*Utvalget* bemerker at tilrettelegging for gravide har hatt fokus i Norge siden slutten av 90-tallet, og at man i dag har mye kunnskap om hva som skal til for å holde gravide i jobb. Likevel er svangerskap den største enkeltårsaken til høyt sykefravær hos kvinner. Mange friske gravide opplever redusert arbeidsevne i sitt vanlige arbeid, og dette kan føre til sykmeldinger i normale svangerskap og unødvendig sykeliggjøring av friske gravide.

*Utvalget* mener at det kan være mulig å redusere sykefraværet blant gravide ved å tilrettelegge bedre for gravide med enkelte svangerskapsrelaterede plager, som jobber i yrker med en rekke kjente arbeidsfaktorer som kan gi helseplager og sykdommer.

#### Arbeidstidsordninger

Turnusarbeid kjennetegner arbeidsforholdene i mange av de kvinneorienterte næringene og yrkene, som samtidig er preget av relasjonelt arbeid med emosjonelle og mekaniske belastninger. Samlet sett oppgir 34 prosent av alle sysselsatte kvinner at de arbeider utenom ordinær dagtid, og ti prosent oppgir at de har jobbet natt i løpet av de siste tre månedene.

Arbeidstidsordninger kan klassifiseres på ulike måter, f.eks. etter hvorvidt de inkluderer kvelds- og nattarbeid eller tidlige morgenskift, eller de kan klassifiseres med hensyn på hviletid mellom arbeidsøkter, lengden av arbeidsøkter

eller arbeidsuker, med hensyn på pauser eller rotasjonsordninger, eller kombinasjoner av disse.

En utfordring når man skal vurdere forskningen som ser på helseeffekter av arbeidstidsordninger for de ansatte på kort og lang sikt, er metodologiske svakheter i studiene, spesielt når det gjelder hvordan arbeidstid måles, og at få studier skiller helt på lang arbeidstid og hvilken tid på døgnet de sysselsatte arbeider (dag, kveld og natt), jf. kapittel 4.5.3.1.

Arbeidstidsorganisering er en problemstilling som *utvalget* er opptatt av, men hvor kunnskapsgrunnlaget på flere områder ikke er tilstrekkelig, og sammenhengen med arbeidshelse, fravær og arbeidstilknytning er usikker.

*Utvalget* viser til partssamarbeidet som en avgjørende faktor for å løse utfordringer knyttet til arbeidstid og turnus. Fagforeninger med innstillingsrett etter arbeidstvistloven eller tjenestetvistloven kan, med visse unntak, inngå tariffavtale som fraviker bestemmelsene i arbeidstidskapitlet i arbeidsmiljøloven. Det er en forutsetning at arbeidstakerne, ved forlenget arbeidstid, sikres tilsvarende kompenserende hvileperioder, eller, der det ikke er mulig, annet passende vern. Det er inngått en rekke slike avtaler, bl.a. i helsesektoren, se kapittel 7.1.2.10.

I forskningslitteraturen er det støtte for en sammenheng mellom nattarbeid, forlengede arbeidstider (som ofte er forbundet med nattevakter og liten tid til hvile), overtid og kort hviletid, og økt risiko for ulike helseplager og sykdommer, se kapittel 4.5.3.1. Til tross for at det fremdeles er behov for mer kunnskap på dette feltet, mener *utvalget* at den kunnskapen som foreligger om helseeffekter for de ansatte (på kort og lang sikt) og ulykkesrisiko (for de ansatte og tredjepart) må tas med i risikovurderingene i virksomhetene når turnusarbeid skal organiseres og planlegges. Kartlegginger viser kraftig vekst i bruken av individuell tilpasning av arbeidstid i form av langvakter, fleksible turnuser eller ønsketurnuser mfl. *Utvalget* anbefaler at nye og individuelt tilpassede arbeidstidsordninger følges opp med epidemiologisk og eksperimentell forskning, for å avdekke langtidseffekter på helse og sikkerhet.

Om lag en tredjedel av sysselsatte kvinner i Norge arbeider deltid. Ifølge Arbeidskraftundersøkelsen 2024 var det blant deltidssysselsatte kvinner 14,9 prosent som jobbet ufrivillig deltid, tilsvarende 68 000 personer (2). Kvinneorienterte yrker uten krav til høyere utdanning har høyest andel deltidsansatte som ønsker lengre arbeidstid. Det gjelder særlig yrker som helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere, servitører, butikkmedar-

beidere og kantinemedarbeidere, jf. kapittel 3.4. Fafo (2024) legger verdier og praksis inn i begrepet «heltidskultur». Det er ikke nok at heltidsandelen er høy. Med heltidskultur assosieres også en praksis med godt arbeidsmiljø, god kompetanse, kontinuitet i driften og bedre tjenestekvalitet til brukerne. Større stillinger gir mer forutsigbare arbeidsforhold, bedre økonomi, og rettigheter som pensjon for den enkelte arbeidstaker. Heltidsstillinger kan også skape et bedre arbeidsmiljø, økt kontinuitet i bemanningen, sterkere kollegialt fellesskap og muligheter for faglig utvikling (12). I denne sammenheng beskrives også kjennetegn ved såkalte «bærekraftige arbeidsmiljøer», der ansatte klarer å arbeide heltid til pensjonsalder, og «den gode vakta» som et fundament for å oppnå et bærekraftig arbeidsmiljø i helse- og omsorgssektorens turnusarbeid. *Utvalget* antar derfor at tiltak for å øke andelen kvinner som jobber heltid kan ha betydning for kvinners arbeidsmiljø og -helse.

*Utvalget* er samtidig oppmerksomme på at enkelte arbeidstakere med helseutfordringer har behov for reduserte stillinger for en periode, eller for å kunne fortsette å stå i arbeid, og at arbeidslivet også skal legge til rette for dette.

At mange kvinner selv velger å jobbe deltid, kan ha sammensatte årsaker, inkludert forhold knyttet til opplevd helse og arbeidsmiljø. I de sektorer hvor det rapporteres høy grad av selvvalgt deltid, bør det gjøres undersøkelser for å identifisere eventuelle organisatoriske arbeidsforhold som påvirker jobbtilknytningen.

#### *Forskning om kvinners arbeidshelse*

Særsilt kunnskap om kvinners arbeidshelse er mer mangelfull enn kunnskap om forhold som gjelder både kvinner og menn på lik linje. Menns arbeidseksposeringer er betydelig mer studert enn kvinners arbeidseksposeringer. Det er viktig at framtidige studier skiller på kjønn når konsekvenser av eksponering for ulike arbeidsmiljøfaktorer studeres.

Det er også en skjevhet innen forskning på kvinnedominerte yrker, med et flertall av studier i helse- og omsorgssektoren og få innen andre kvinnedominerte yrker, som frisører, barnehageansatte og lærere.

Det er også forskjeller i hvilke arbeidsmiljøfaktorer som har blitt studert i hvilke sammenhenger. F.eks. er det få studier som har studert kjemiske og biologiske arbeidsmiljøfaktorer i sammenheng med arbeidsdeltakelse og frafall for kvinner, mens det er en overvekt av forskning på

psykososiale faktorer og sykefravær. *Utvalget* mener derfor det er behov for videre og bredere utvikling av kunnskap om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse.

#### **9.3.4 Andre forhold av betydning for kvinners deltakelse i arbeidslivet**

##### *God helse, samtidig flere helseplager*

De fleste voksne kvinner har god egenvurdert helse, og bare en liten andel rapporterer om dårlig helse, se kapittel 6.3. Samtidig lever mange kvinner med ulike helseplager, som migrene, hodepine, smerter i kroppen, og psykiske plager som depresjon og angst. Det er per i dag lite forskning på hvordan kroniske sykdommer og tilstander påvirker kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning.

Også helseforhold som i utgangspunktet ikke henger sammen med arbeidet kan påvirke kvinners tilknytning til og deltakelse i arbeidslivet, som f.eks. smertefull menstruasjon, endometriose, graviditet, fertilitetsbehandling, abort og overgangsalder.

##### *Mangler kunnskap om livsfaser og livssituasjoner*

Det mangler kunnskap om hvordan ulike livsfaser og livssituasjoner påvirker helse, arbeidsevne og sykefravær blant kvinner i Norge. Kvinnehelseutvalget drøfter i sin utredning hvordan biologiske forutsetninger kan påvirke kvinners deltakelse i arbeidslivet.

Arbeidsmiljøet, samt oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen kan ha betydning for kvinners arbeidsdeltakelse, gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner. *Utvalget* peker på områder hvor det er behov for mer forskning, og foreslår tiltak som fremmer arbeidstilknytning i ulike livsfaser, basert på eksisterende forskning.

##### *Overgangsalderen på arbeidsplassen*

Internasjonal forskning viser at overgangsalderen kan påvirke kvinners arbeidsevne og øke sykefraværet. Ulike studier viser ulike resultater mht. om kvinner med helseplager i forbindelse med overgangsalder har lavere arbeidskapasitet og risiko for fravær og frafall fra arbeidslivet. Bl.a. viser studier at det er høyest sykefravær og bruk av arbeidsavklaringspenger blant kvinner mellom 45 og 60 år, men det framgår ikke om dette skyldes plager relatert til overgangsalder eller andre forhold. Det er også pekt på sosiale forskjeller i

hvordan kvinners arbeidsdeltakelse påvirkes av overgangsalder.

For å legge til rette i arbeidslivet for kvinner med overgangsplager, mener *utvalget* at det bør utvikles og formidles arbeidslivsrelevant informasjon om mulige helseplager som følge av kvinners overgangsalder, og eksempler på tilretteleggings-tiltak.

#### *Dobbeltarbeid og omsorgsoppgaver*

Noen studier viser at balansen mellom arbeid og barneomsorg har betydning for kvinners helse og sykefravær, mens andre gir begrenset støtte til at «dobbeltarbeidshypotesen» kan forklare et høyt sykefravær blant kvinner.

Kunnskapsgrunnlaget tyder videre på at omsorg for eldre eller syke foreldre i liten grad påvirker arbeidsdeltakelsen. Potensielle omsorgsoppgaver spiller en rolle for avgang fra arbeidslivet, men i langt mindre grad enn selvrapportert helse (jf. kapittel 6.1.2).

#### *Vold utenfor arbeidet*

Vold og overgrep utenfor arbeidet har betydning for kvinners helse og arbeidsdeltakelse, men det mangler nærmere kunnskap om disse sammenhengene. Kvinner er i større grad enn menn utsatt for seksuell vold og vold i nære relasjoner, og er også ofte utsatt for vold gjennom livet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fant i 2023 at en av fem kvinner rapporterte om voldtekt ved makt og tvang eller sovevoldtekt. Elleve prosent av kvinnene hadde vært utsatt for alvorlig partnervold. Det er pågående studier om hvilken effekt vold har på arbeidsdeltakelse, og om hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke arbeidstilknytningen for kvinner som har helseutfordringer på grunn av vold og overgrep.

Arbeidstakere som er, eller har vært, voldsutsatt kan ha behov for oppfølging og tilrettelegging på jobben. *Utvalget* mener det er viktig å gi arbeidsgivere og virksomheter tilgang til relevant kunnskap og veiledning om aktuelle virkemidler på området.

### **9.3.5 Rammebetingelser og oppfølging**

#### *Arbeidervern fra sent 1800-tallet*

Gjennomgangen av dokumentasjon i kapittel 7 viser at arbeidervern, eller regelverk som skal

beskytte arbeidstakerne, har vært en offentlig oppgave siden slutten av 1800-tallet, da fabrikktilsynsloven ble vedtatt i Norge. Det har etter dette vært en omfattende utvikling i arbeidsmiljølovgivningen, både når det gjelder hvem som omfattes og hva som skal reguleres. Det er bl.a. utviklet en rekke bestemmelser som er relevante for oppfølging av kvinners arbeidshelse, livsfaser og deltakelse i arbeidslivet.

#### *Roller og ansvar*

*Utvalget* viser til at det er arbeidsgivers ansvar å sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og at arbeidstakerne skal medvirke. Myndighetenes rolle er å stille krav og føre tilsyn med at kravene blir etterlevd. I tillegg har både myndighetene, partene i arbeidslivet og andre aktører ansvar for å spre informasjon og kunnskap om hva som skal til for å sikre at kravene etterleves.

#### *Oppfølging av kvinnedominerte næringer og yrker*

Utvalgets kunnskapsgrunnlag viser at det, på bakgrunn av risikovurderinger, har vært betydelig oppfølging av kvinnedominerte sektorer og yrker fra arbeidsmiljømyndighetenes side gjennom mange år, både med tilsyn og med veiledning og informasjon, selv om kjønn i seg selv ikke har vært et kriterium for prioritering. Dette gjelder særlig sektorer og næringer med organisatoriske, psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøutfordringer. Det pågår et arbeid med forbedring og tydeliggjøring av regelverket om psykososialt arbeidsmiljø.

#### *Bedriftshelsetjeneste i kvinnedominerte næringer og yrker*

*Utvalget* viser til at bedriftshelsetjenesten er en sentral aktør som skal bistå arbeidsgiver og arbeidstakere med å følge opp arbeidsmiljøet i virksomheten. Sentrale kvinnedominerte yrker og næringer er omfattet av plikten til bedriftshelsetjeneste, bl.a. helse- og omsorgssektoren, undervisningssektoren og frisørbransjen.

Kravene knyttet til bedriftshelsetjeneste har av mange virksomheter blitt opplevd som omfattende og kostnadskrevenne, og ordningen har i mange tilfeller ikke fungert etter intensjonen som et forebyggende arbeidsmiljøtiltak. «Faktabok om arbeidsmiljø og -helse 2024» viser at kvinnedominerte bransjer, som hjemmetjenesten, sykehjem og omsorgsinstitusjoner, ikke i stor grad benytter bedriftshelsetjenesten til primærforebyggende



tjenester som kurs/opplæring og kartlegging av arbeidsmiljø, eller sekundærforebyggende tiltak som konsultasjon ved sykdom/skade eller tilrettelegging (1). I januar 2023 ble det vedtatt en rekke endringer i regelverket og i myndighetenes oppfølging av bedriftshelsetjenesten. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har, i regi av Oslo Economics, igangsatt en følgeevaluering for å dokumentere om disse endringene bidrar til den ønskede justeringen og målrettingen av bedriftshelsetjenestens virksomhet. Sluttrapport fra prosjektet skal foreligge innen 1. oktober 2025. *Utvalget* mener at det fortsatt må rettes oppmerksomhet mot bedriftshelsetjenestens roller, oppgaver og målrettede forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

#### *Vidtrekkende krav til tilrettelegging og positivt innhold*

Arbeidsmiljøloven stiller vidtrekkende krav til tilrettelegging for den enkelte arbeidstaker, jf. kapittel 7.1.2.6. Arbeidet skal organiseres slik at arbeidstakere ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhets hensyn ivaretas. Arbeidsgiver skal ta hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet og alder mv. Denne bestemmelsen er sentral i vurderingen av arbeidstakers arbeidsbelastning. Det skal legges til rette for at arbeidet skal gis et positivt innhold, gjennom at arbeidstakere skal gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet. Det er dermed ikke nok at arbeidsgiver kun fokuserer på å unngå de negative konsekvensene av arbeidet.

Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne, skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Denne tilretteleggingsplikten gjelder uavhengig av om slik ulykke, sykdom e.l. skyldes forhold i eller utenfor arbeidet, og uavhengig av om tilretteleggingsbehovet er kortvarig eller langvarig. *Utvalget* viser i denne forbindelse til at Sysselsettingsutvalget bl.a. foreslo å utvikle en elektronisk samhandling mellom alle aktørene i sykefraværsoppfølgingen, for å bedre arbeidet med oppfølging av og tilrettelegging for sykmeldte.

#### *To- og trepartssamarbeidet*

Samarbeid mellom partene i arbeidslivet om arbeidsmiljøspørsmål har lange tradisjoner i Norge. Merverdien av to- og trepartssamarbeidet består bl.a. i at det bidrar til å få oppslutning om nødvendige tiltak for å oppnå en god samfunns-

utvikling med høy sysselsetting. I denne utredningen framheves partenes viktige rolle i arbeidet med å styrke kvinners arbeidshelse og redusere fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner.

Myndighetene og partene i arbeidslivet har en rekke ulike samarbeidsarenaer, hvor det diskuteres regelverksutvikling, arbeidsmiljøstandard, kunnskapsutvikling mv. Utgangspunktet om at partssamarbeid og medvirkning bidrar til både bedre arbeidsmiljø og økt effektivitet, har stått sentralt. Bl.a. har trepartssamarbeidet om IA-avtalen i seg selv hatt merverdi, og sannsynligvis gitt en arena og lagt til rette for godt samarbeid også innenfor andre samfunnsområder, også regionalt. Merverdi av to- og trepartssamarbeidet kan sies å ha vært en «rød tråd» på alle nivå i IA-arbeidet der man har lyktes.

Det kollektive avtaleverket er et fundament for samarbeidet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, og dermed grunnlaget for et velordnet arbeidsliv. IA-avtalen for 2025–2028 «Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet» legger særlig vekt på;

- å forsterke den forebyggende arbeidsmiljøinnsatsen, gjennom eksisterende og nye bransje-program, arbeidsmiljøinnsatsingen i regi av Arbeidstilsynet, STAMI og Nav Arbeidslivssenter
- å bedre sykefraværsoppfølgingen, bl.a. gjennom økt etterlevelse av pliktene i regelverket fra alle aktører
- å bidra til forsterket innsats på den enkelte arbeidsplass gjennom økt informasjon og opplæringsaktivitet rettet mot virksomhetene
- å øke kunnskapen om sykefravær, frafall og virkningsfulle tiltak for å få ned fraværet

Det understrekes i IA-avtalen at innsatsen på den enkelte arbeidsplass er sentral for å få ned sykefraværet, enten årsaken til helseplagene er arbeidsrelaterte eller ikke.

*Utvalgets* anbefalinger i kapittel 10 ses i sammenheng med enigheten som er oppnådd i IA-avtalen 2025–2028 og oppfølgingen av denne.

#### *Systematisk HMS-arbeid i virksomhetene*

Kunnskapsgrunnlaget viser at foreliggende kunnskap og kompetanse om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse og om målrettet forebyggende arbeid, i mindre grad når ut til og følges opp på arbeidsplassene, illustrert gjennom følgende eksempler:

1. I perioden 2014–2023 fant Arbeidstilsynet brudd på kravene om systematisk arbeidsmil-

- jørarbeid i 67 prosent av tilsyn i kvinnedomnerte næringer (141).
- 39 prosent av tillitsvalgte og verneombud etterlyser diskusjoner om kompetanseutvikling og psykososialt arbeidsmiljø i samarbeidsfora der de er representert (224).
  - Bare fem prosent av ansatte i SINTEFs undersøkelse om emosjonelle krav og belastninger i arbeidet svarer at det i stor eller svært stor grad arbeides med emosjonelle krav og belastninger som en del av det systematiske HMS-arbeidet på deres arbeidsplass (65).
  - Bare elleve prosent i den samme undersøkelsen oppgir at bedriftshelsetjenesten brukes aktivt i det forebyggende HMS-arbeidet (65).

Kunnskapsbaserte, målrettede verktøy og virkemidler for forebyggende arbeidsmiljøarbeid på den enkelte arbeidsplass er utarbeidet i samarbeid mellom myndighetene og partene. Evalueringen av arbeidsmiljøetsatsingen viser samtidig at det er et stort potensial for mer bruk på arbeidsplassene, og produktene i satsingen er fortsatt ikke nok kjent (215).

*Utvalget* mener at det framover bør legges vekt på å sørge for implementering og oppfølging av regler og andre rammebetingelser og virkemidler som gjelder krav om oppfølging av systematisk HMS-arbeid i virksomhetene.

Viljen og evnen til å samarbeide om arbeidsmiljøspørsmål på arbeidsplassene er en avgjørende faktor for å lykkes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. *Utvalget* viser til at et velfungerende partssamarbeid på arbeidsplassen er en motor for det forebyggende arbeidet, fordi det kan sørge for at tiltak gjennomføres og at partene ansvarliggjøres. Det lokale partssamarbeidet vil på denne måten kunne ha en positiv innvirkning på kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse.

#### *IA-bransjeprogram – gode eksempler*

Det er et potensial for at både myndighetene og partene i arbeidslivet kan bidra bedre til at verktøy og virkemidler for forebyggende arbeidsmiljøarbeid kan nå ut til større deler av det norske arbeidslivet.

Virksomheter som har deltatt i IA-bransjeprogram, og da særlig innenfor barnehage, opplever at de har hatt god nytte av konkrete verktøy som har blitt tilgjengeliggjort gjennom bransjeprogrammet. Dette kan bidra til at arbeidsplassene i større grad blir dyktiggjort til å jobbe med arbeidsmiljøet i etterkant av gjennomført opplæring (230). Virksomhetene opplever at opplæring i

arbeidsmiljøarbeid har størst effekt når innholdet er bransjespesifikt og oppleves relevant for deltakerne, og når partene lokalt er samlet til felles opplæring.

#### *God HMS-opplæring er viktig*

Arbeidstilsynet har, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som på bred basis skal vurdere dagens ordninger for HMS-opplæring for verneombud, medlemmer av arbeidsmiljøutvalg, arbeidsgivere og ansatte med lederansvar.

Arbeidstilsynets analyser av mer enn 50 000 tilsyn de siste ti årene viser at det er en sammenheng mellom brudd på kravene til HMS-opplæring og brudd på andre arbeidsmiljøregler. Det gis flere reaksjoner på øvrige arbeidsmiljøområder i virksomheter som samtidig har brudd på krav om HMS-opplæring, sammenlignet med tilsyn i virksomheter hvor HMS-opplæringen er tilfredsstillende. Arbeidstilsynets inspektører opplever at brudd på arbeidsmiljøregelverket kan ha sammenheng med mangelfull HMS-kompetanse hos arbeidsgiver og mellomledere.

#### *Yrkesskade og yrkessykdom*

*Utvalget* konstaterer at det er et stort engasjement knyttet til yrkesskadeordningen, og at relativt få kvinner innvilges yrkesskadeerstatning for skade og sykdom. Det er langt flere menn enn kvinner som har yrker der de utsettes for arbeidsmiljøfaktorer som gir helseskade som kan vurderes som yrkessykdom etter folketrygdloven.

*Utvalget* viser til den pågående prosessen for oppfølging av høringen om forslag om en ny yrkessykdomsliste og endringer i folketrygdlovens yrkessykdomsregler. Høringen omfattet STAMIs forslag til ny yrkessykdomsliste, og et system for jevnlig revidering av denne.

*Utvalget* vil poengtere viktigheten av at yrkessykdomslisten revideres jevnlig. *Utvalget* mener det er viktig at kunnskapsgrunnlaget som skal ligge til grunn for jevnlig revidering av yrkessykdomslisten er tilstrekkelig, herunder med kunnskap om kvinnedominerte næringer og yrker og de arbeidsmiljøfaktorer som preger dette arbeidet.

Det pågår en samfunnsdebatt om hvordan yrkesskadeordningen bør utvikle seg. I den forbindelse debatteres det bl.a. spørsmål om hvordan myndighetene i det videre arbeidet med yrkesskadeordningen kan styrke kunnskapsgrunnlaget om risikofaktorer for yrkesskade og

yrkessykdom i kvinnedominerte yrker. *Utvalget* har ikke tatt stilling til den pågående politiske debatten om yrkesskadeordningen.

*Utvalget* viser til at flere av de tiltakene som utvalget foreslår i kapittel 10 vil bidra til økt fokus på og kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer i kvinnedominerte sektorer som helse- og sosialsektoren, og slik kan bidra til bedre forebyggende arbeidsmiljøarbeid i de sektorene der mange kvinner jobber. Dette er viktig for å redusere belastningen og helseplagene som disse eksponeringene kan gi, for å bedre kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet.

#### 9.4 Utvalgets oppsummerende vurderinger

*Utvalget* viser til at forskjeller i omfanget av arbeidsrelaterte helseproblemer, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper, kan skyldes forskjeller i graden av arbeidsbelastninger eller risikofylte arbeidsforhold.

Arbeidstakerne i flere kvinnedominerte næringer ligger relativt høyt, sammenliknet med gjennomsnittet, både når det gjelder arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager. Muskel- og skjelettdiagnoser og psykiske diagnoser er generelt de klart mest brukte diagnosene i sykmeldinger for kvinner.

En stor andel kvinner utsettes for en kombinasjon av negative psykososiale og mekaniske (ergonomiske) arbeidsmiljøfaktorer, i tillegg til arbeid utenom ordinær dagtid. I situasjoner der arbeidstakere utsettes for flere arbeidsmiljøfaktorer samtidig, kan dette forsterke de enkelte faktorenes effekter på helsen. Kvinnedominerte næringer, som hjemmetjenesten, sykehjem/omsorgsinstitusjoner, barnehage og skolefritidsordning, og næringsmiddelindustrien, som sysselsetter mange kvinner, er preget av slik kombinert eksponering. De kvinnedominerte yrkene helsefagarbeider, barnehagelærer, barnehage- og skoleassistent, pleiemedarbeider, sykepleier og renholder er utsatte. I de samme yrkene og næringene er det en relativt høy forekomst av helseplager som muskel- og skjelettplager, psykiske plager, psykisk utmattelse og hodepine/migræne.

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan også virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. *Utvalget* mener derfor at målrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeids-

miljøarbeid i næringer der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt, og hvor antallet kvinner er stort, har potensial for å påvirke kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet.

*Utvalget* viser også til at det er behov for mer kunnskap om helseeffektene av kombinert eksponering for både psykososiale og mekaniske arbeidsmiljøfaktorer. Denne kunnskapen må brukes i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet.

*Utvalget* viser til at det er behov for mer kunnskap som kan belyse sammenhenger mellom kvinners helseutfordringer som ikke skyldes påvirkninger fra arbeidet/arbeidsmiljøet (arbeidshelse) og arbeidsdeltakelse. Dette kan handle om kvinners helse i ulike livsfaser eller livssituasjoner, og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner. Det er flere innfallsvinkler til forståelse av livsfaseproblematikk. Hormonelle endringer påvirker kvinners liv gjennom ulike livsfaser, samtidig som de samme livsfasene preges av ansvar og oppgaver knyttet til familierelasjoner (arbeid – familiebalansen).

*Utvalget* viser til at det er etablert formelle strukturer og et handlingsrom gjennom regelverk, partssamarbeid og andre formelle rammebetingelser for oppfølging av arbeidshelse, både når det gjelder kravene til hva som skal til for å skape gode arbeidsmiljøer og arenaene for partsamarbeid. Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Det er utviklet kunnskap og kunnskapsbaserte, virksomhetsrettede verktøy og virkemidler til bruk i virksomhetenes HMS-arbeid.

Kunnskapsgrunnlaget viser likevel at det er et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid både i virksomhetene generelt og kvinnedominerte yrker spesielt, jf. kapittel 7.2.1.4 og 7.3.3. Etablert kunnskap og målrettede virkemidler og verktøy når ikke i tilstrekkelig grad ut til virksomhetene. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Bransjerettet informasjon etterlyses i HMS-opplæringen, jf. kapittel 7.4.

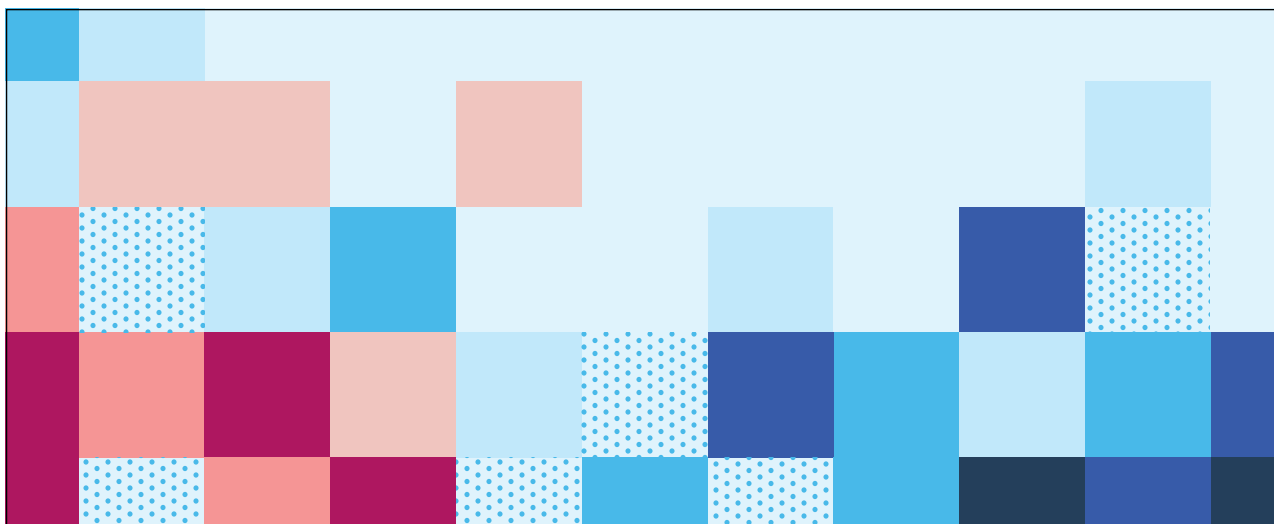
*Utvalget* peker på at det er et potensial for å bruke det etablerte handlingsrommet, slik at virksomheter får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om regelverk og virkemidler til å arbeide målrettet og effektivt med forebygging og tilrettelegging. Kunnskapen viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. Dette er et viktig utgangspunkt for arbeidet med risikovurderinger

og handlingsplaner i virksomhetene, og en utfordring som bør følges opp i det videre arbeidet med å bedre kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Samtidig vil *utvalget* påpeke at en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer vil være felles, som innebærer at bransjespesifikke verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

For å fremme kvinners arbeidsmiljø og arbeidstilknytning er det derfor nødvendig å engasjere alle ansvarlige aktører; myndighetene, partene i arbeidslivet, kompetansemiljøer og virksomhetene lokalt, i en satsing på kvinners arbeidshelse – i samarbeid og innenfor sine respektive ansvarsområder. Det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet må legges til grunn for satsingen, og utvalget mener at formidling av kunn-

skapsgrunnlaget i seg selv er et hovedtiltak. Der- nest peker utvalget på at det er nødvendig å utvikle ny og oppdatert kunnskap om kvinners arbeidshelse. Det største potensialet for forbedringer vurderes å ligge i å forsterke det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, hovedsakelig innenfor gjeldende krav og rammer, understøttet av nasjonale kunnskapsbanker, bransjeprogrammer og veiledningsmateriell mv., og med partene i arbeidslivet som aktive pådrivere.

*Utvalgets* tiltaksforslag rettes mot alle aktører i denne kjeden og innebærer vurderinger og oppfølging av regelverk, veiledning, myndighetsoppfølging, kunnskapsutvikling, partssamarbeid, tariffavtaler, opplæring, organisert samarbeid og rammebetingelser på arbeidsplassene.



Figur 10.1

## Kapittel 10

# Satsing på kvinners arbeidshelse: Tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner

*Kvinnearbeidshelseutvalget* er enige om å foreslå en helhetlig satsing på kvinners arbeidshelse i regi av virksomhetene, partene i arbeidslivet, myndighetene og kompetansemiljøer, med 47 tilhørende tiltaksforslag.

Forslagene til tiltak som kan inngå i en satsing for å bedre kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet bygger på kunnskapsgrunnlaget i utredningens del II og utvalgets vurderinger i kapittel 9. Det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse må legges til grunn for satsingen, og *utvalget* mener at formidling av kunnskapsgrunnlaget i seg selv er et hovedtiltak. Satsingen kan inngå i en ny nasjonal arbeidsmiljøstrategi, dersom en slik strategi etableres.

*Utvalgets* forslag til tiltak omhandler oppfølging av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse generelt, både i kvinnedominerte yrker og næringer, og i yrker og næringer med ulik kvinneandel. Det største potensialet antas å ligge i tiltak som forsterker det systematiske arbeidsmiljøarbeidet for kvinner i virksomhetene, og særlig innen kvinnedominerte næringer og yrker, som omfatter mange kvinner og der arbeidet preges av emosjonelle og relasjonelle

krav i kombinasjon med mekaniske (ergonomiske) belastninger. Dette er arbeidsmiljøforhold som er vist å ha betydning for de dominerende arbeidsrelaterte årsakene til sykefravær og frafall fra arbeidslivet, som er lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Tiltaksforslagene omhandler også kvinners livsfaser, vold og overgrep utenfor arbeidet og helseforhold som i utgangspunktet ikke er forårsaket av arbeidsmiljøet, men som likevel påvirker kvinners arbeidstilknytning og arbeidsdeltakelse.

Oppfølging av, og tilrettelegging for, kvinner med helseutfordringer skal følges opp i virksomhetene uavhengig av om helseutfordringene har sammenheng med arbeidet eller ikke.

*Utvalget* foreslår en forskningssatsing på kvinners arbeidshelse, herunder å utvikle og oppdatere faglig og dokumentert kunnskap om kvinners arbeidsmiljø og arbeidsmiljøets betydning for helse, frafall fra og tilknytning til arbeidslivet. Forslagene omfatter også kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse og forskning på sammenhenger mellom kvinners livssituasjon, helse og arbeidsdeltakelse.

For å få bedre kunnskap om arbeidsfaktorer som påvirker forekomsten av arbeidsrelatert sykdom, arbeidsrelatert sykefravær og uførhet blant kvinner i Norge, foreslår *utvalget* også tiltak som kan styrke omfanget av, kvaliteten på og tilgangen til datagrunnlaget på arbeidsmiljø- og helseområdet for analyse- og forskningsmiljøer.

*Utvalget* har lagt til grunn at tiltaksforslagene skal:

- svare på utvalgets mandat
- bygge på kunnskapsgrunnlaget
- ha betydning for kvinners arbeidshelse og helserelatert fravær og frafall fra arbeidslivet

Oppsummert anbefaler *utvalget* at en satsing på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning omfatter følgende innsatsområder:

1. Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene
2. Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene
3. Partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse
4. Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse
5. Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser
6. Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene
7. Forskningssatsing og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser

*Utvalget* legger til grunn at tiltaksforslagene som inngår i satsingen på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning skal:

- a) sette arbeidsgivere og arbeidstakere på den enkelte arbeidsplass bedre i stand til å jobbe målrettet, forebyggende og helsefremmende med arbeidsmiljøforholdene, for å fremme arbeidshelse og arbeidstilknytning
- b) bidra til at arbeidet tilrettelegges slik at arbeidstakere med helseutfordringer kan stå i arbeid, og at sykmeldte kan komme raskere tilbake
- c) ansvarliggjøre virksomhetene og partene i arbeidslivet i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet
- d) legge til rette for effektiv myndighetsoppfølging og et velfungerende partssamarbeid om målrettet, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljø- og tilretteleggingsarbeid
- e) bidra til å utvikle nødvendig kunnskap og kompetanse og fremme bevisstheten om betydningen av et godt arbeidsmiljø i virksomhetene

## 10.1 Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene

Mange virksomheter har et godt og systematisk HMS-arbeid. Det er samtidig behov for å se hvordan vi kan forsterke og målrette arbeidet for å styrke kvinners arbeidstilknytning.

Omfanget av arbeidsrelaterte helseproblemer, sykdom, sykefravær og arbeidsskader i ulike næringer og yrkesgrupper kan skyldes forskjeller i graden av arbeidsbelastninger, arbeidsmengde, bemanningsfaktorer eller risikofylte arbeidsforhold.

*Utvalget* vil framheve at det er et potensial for å styrke kvinners deltakelse i og tilknytning til arbeidslivet, gjennom satsing på målrettet, kunnskapsbasert, forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid. Potensialet vil være særlig stort i sektorer og næringer som sysselsetter mange kvinner, og der sykefravær og frafall fra arbeidslivet er høyt.

Kunnskapsgrunnlaget viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. *Utvalget* viser til dette som en viktig plattform for arbeidet med risikovurderinger og handlingsplaner i virksomhetene generelt, og i kvinnedominerte yrker spesielt. Samtidig vil *utvalget* påpeke at en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer vil være felles, noe som innebærer at bransjespesifikke verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

Kunnskapsgrunnlaget viser at det er behov for bedre retningslinjer og rutiner for å håndtere arbeidsmiljøutfordringer på arbeidsplassene.

*Utvalget* vil særlig peke på behovet for å inkludere det psykososiale arbeidsmiljøet i det systematiske HMS-arbeidet, øke kjennskapen til utfordringer med samtidige psykososiale og mekaniske (ergonomiske) belastninger, og øke synligheten av og forståelsen for de utfordringene som særlig gjelder for kvinnedominerte yrker og sektorer.

*Tiltak 1: Styrke det systematiske HMS-arbeidet i virksomhetene, med vekt på kvinners arbeidshelse*

*Utvalget* anbefaler virksomhetene å:

- sørge for at arbeidsmiljørelaterte risikovurderinger på den enkelte arbeidsplass tar utgangspunkt i konkrete og bransjespesifikke utfordringer, herunder forhold som er særlig relevante på kvinnedominerte arbeidsplasser, som emosjonelle og relasjonelle krav og utfordrin-

- ger, mekaniske (ergonomiske) belastninger, samtidige psykososiale og mekaniske påkjenninger, rollekonflikter og autonomi
- inkludere det psykososiale arbeidsmiljøet i det systematiske arbeidet med HMS-vernerunder og arbeidsmiljøkartlegging, og oppfølgingen av disse
  - utarbeide rutiner for mestring og håndtering av emosjonelle og relasjonelle belastninger i arbeidet
  - utarbeide rutiner for forebygging og håndtering av trakassering, trusler og vold på arbeidsplassen, herunder seksuell trakassering
  - sørge for tilgang til verneutstyr som er tilpasset kvinner, inkludert gravide. Dette er særlig relevant for kvinner som arbeider i mannsdominerte yrker
  - sørge for tilgang til arbeidsutstyr og arbeidstøy som er tilpasset kvinner, inkludert gravide, der dette er relevant
  - gjennomføre arbeidsmiljøundersøkelser og arbeidsmiljøkartlegginger som bl.a. inkluderer spørsmål om forhold som særlig berører kvinners arbeidshelse. Dette kan omfatte eksempelvis emosjonelle og relasjonelle krav og belastninger herunder kombinert med mekaniske forhold, rollekonflikter, autonomi og arbeidsorganisering

Dette vurderes å være det tiltaket som samlet sett har størst gevinstpotensial. Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Det er utviklet kunnskap og kunnskapsbaserte, virksomhetsrettede verktøy og virkemidler til bruk i virksomhetenes HMS-arbeid.

Kunnskapsgrunnlaget viser likevel at det er et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid både i virksomhetene generelt og kvinnedominerte yrker spesielt, jf. kapittel 7.2.1.4 og 7.3.3. Etablert kunnskap og målrettede virkemidler og verktøy når ikke i tilstrekkelig grad ut til virksomhetene. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Bransjerettet informasjon etterlyses i HMS-opplæringen, jf. kapittel 7.4.

*Utvalget* peker på at det er et potensial for å bruke det etablerte handlingsrommet, slik at virksomheter får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om regelverk og virkemidler til å arbeide

målrettet og effektivt med forebygging og tilrettelegging. Kunnskapen viser at effektivt arbeidsmiljøarbeid må ta utgangspunkt i utfordringene på den enkelte arbeidsplass. Dette er et viktig utgangspunkt for arbeidet med risikovurderinger og handlingsplaner i virksomhetene, og det er en utfordring som bør følges opp i det videre arbeidet med å bedre kvinners arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Samtidig vil *utvalget* påpeke at en rekke bransjespesifikke forhold og utfordringer vil være felles, noe som innebærer at bransjespesifikke verktøy og sektorsamarbeid kan ha stor betydning.

#### *Tiltak 2: Bruke bedriftshelsetjenesten for å fremme kvinners arbeidshelse*

I Avtalen om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025–2028 har partene i arbeidslivet forpliktet seg til å bidra til at virksomhetene i større grad bruker bedriftshelsetjenesten aktivt i forebyggings- og oppfølgingsarbeidet, herunder til utvikling av rutiner for sykefraværsoppfølging og ved behov for individuell tilrettelegging.

*Utvalget* mener at bedriftshelsetjenesten kan være en viktig ressurs i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på kvinnedominerte arbeidsplasser, og vil framheve viktigheten av at virksomhetene bruker bedriftshelsetjenesten aktivt for å bedre kvinners arbeidshelse og redusere fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner.

*Utvalget* foreslår at virksomhetene:

- innhenter bistand fra bedriftshelsetjenesten i det forebyggende HMS-arbeidet rettet mot kvinners arbeidshelse, herunder i arbeidet med risikovurderinger og handlingsplaner
- bruker bedriftshelsetjenesten aktivt i det systematiske tilretteleggingsarbeidet for kvinnelige ansatte med helseutfordringer

Et eksempel er barnehage, der en bedriftshelsetjeneste kan bistå med kartlegging og veiledning som bl.a. kan gi bedre arbeidsstillinger, mindre støy, mindre smitte og bedre håndtering av emosjonelle krav (233). Hjemmetjenesten er en annen bransje der målrettet bruk av bedriftshelsetjeneste kan gi store gevinster. Bl.a. kan bedriftshelsetjenesten bistå med kartlegging av psykososiale forhold og tilrettelegging av samtaler i gruppe eller individuelt som kan gi bedre håndtering av konflikter, trusler og vold og økt trivsel blant de ansatte.

### *Tiltak 3: Forsvarlig arbeidsmiljø for kvinnelige arbeidstakere med innvandrerbakgrunn*

*Utvalget foreslår at virksomhetene:*

- oversetter virksomhetens arbeidskontrakter, HMS-instruksjoner og virksomhetsinterne sikkerhetsprosedyrer til medarbeidere som ikke forstår norsk
- etablerer fadder-/mentorordninger hvor erfarne arbeidstakere hjelper nyankomne innvandrerkvinner med å orientere seg på arbeidsplassen, herunder gi dem praktisk opplæring i HMS og norsk fagspråk
- gjennomfører opplæring i mangfoldsledelse i virksomheter med høy andel kvinnelige ansatte med innvandrerbakgrunn

Mange virksomheter har allerede gjennomført nødvendige arbeidsmiljøtiltak for ansatte med innvandrerbakgrunn. For andre kan det gjenstå ressurskrevende arbeid. Særlig kan det være kostnadskrevende å oversette et større antall virksomhetsinterne dokumenter til mange språk. Fadder-/mentorordninger og mangfoldsledelse vil kreve at det settes av tid og eventuelt hentes inn ressurser utenfra ved etablering av ordningene, og deretter noe ressurser i løpende drift.

## **10.2 Arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god kvinnearbeidshelse i virksomhetene**

Ulike organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer kan virke beskyttende og helsefremmende, redusere risikoen for negative helseutfall ved belastninger og bidra til økt tilknytning til arbeidslivet. Gode arbeidsforhold vil bidra til å møte kravene i arbeidet, og øke jobbmotivasjonen og jobbtilfredsheten, gjennom hele yrkeslivet. Slike faktorer kan være selvbestemmelse, sosial støtte og godt samarbeid med kollegaer, anerkjennelse for arbeidet, muligheter for å bruke kunnskap og ferdigheter samt muligheten til å utvikle ny kunnskap.

I tillegg kan forhold på organisasjonsnivå, som forutsigbar arbeidstid og inntekt, god ledelse og håndterlig lederspenning, god opplæring av de ansatte og mentorordning/kollegastøtte virke positivt på kvinners arbeidshelse.

### *Tiltak 4: Organisering og ledelse som legger til rette for god oppfølging*

*Utvalget foreslår at virksomhetene:*

- sørger for organisering og ledelse av virksomheten med et håndterlig lederspenning, som innebærer reell mulighet til å følge opp ansatte på en god måte, og som fremmer godt arbeidsmiljø, arbeidshelse og økt arbeidstilknytning
- etablerer opplegg for god ledelse og oppfølging av medarbeidere på arbeidsplasser der arbeidsorganiseringen hindrer eller reduserer samtidig tilstedeværelse for ansatte og ledere, som ved døgnkontinuerlig arbeid og fjernarbeid

Organisering og ledelse som legger til rette for god oppfølging kan gi store gevinster for arbeidshelsen til de ansatte, med konsekvenser for produktivitet, sykefravær og frafall, samt for den enkeltes livskvalitet. Virkningene kan imidlertid være vanskelige å måle. En del av gevinstene kan dessuten bli realisert utenfor virksomheten og først etter lang tid. Dersom virksomhetene lykkes bedre med HMS-arbeidet som følge av tiltak 1, vil deler av virksomhetens gevinstpotensial ved tiltaket kunne reduseres.

### *Tiltak 5: Organisasjonstiltak som fremmer arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning*

*Utvalget foreslår at virksomhetene:*

- arbeider med utvikling av godt medarbeiderskap, hvor ansatte får tillit til å ta initiativ og ansvar i arbeidsfellesskapet
- sørger for god involvering og medvirkning/medbestemmelse fra de ansatte, også i de ytterste leddene av organisasjonen
- gjennomfører rutinemessig evaluering av endret organisering og nye arbeidsmetoder og verktøy mv., som grunnlag for løpende forbedringsarbeid
- utvikler gode virksomhetsspesifikke løsninger som fremmer seniorkvinner deltakelse i arbeidslivet. Herunder kan det eksempelvis vurderes å etablere fadder-/mentorordninger der eldre og erfarne arbeidstakere kan bidra til kunnskapsoverføring og gi veiledning og støtte til nyansatte

Dette er tiltak som kan gi store gevinster for virksomhetene, den enkelte og samfunnet for øvrig. Samtidig vil den konkrete innretningen og tiltakskostnadene avhenge av forhold i den enkelte virksomhet. Hvor stor gevinst det samlede tiltaket



kan utløse avhenger av virksomhetens utgangspunkt og hvilke øvrige tiltak som gjennomføres.

#### *Tiltak 6: Arbeidstidsordninger som fremmer helse og heltid*

*Utvalget* foreslår at ledere og tillitsvalgte i samarbeid legger bedre til rette for arbeidstidsordninger for ansatte i turnusbaserte sektorer, i tråd med gjeldende lov- og avtaleverk, som innebærer valgfrihet, forutsigbar arbeidstid og en utvikling i retning av faste, hele stillinger som normen i arbeidsorganiseringen.

Eksempler på tilnærminger som kan fremme dette er:

- arbeidstidsordninger med valgfrihet: Øke medarbeidernes mulighet til å velge blant flere alternative turnusordninger, basert på individuelle preferanser og livssituasjon, og innenfor de rammer driftssituasjonen og kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø setter. Ta i bruk mulighetsrommet som ligger i årsturnus.
- teknologisk støtte: Bruke KI-baserte verktøy for å optimalisere turnusplanleggingen, sikre jevn arbeidsbelastning, og så langt som mulig imøtekomme medarbeidernes ønsker og behov. Kunstig intelligens må benyttes på en måte som ivaretar medbestemmelse, personvern og ansattes helse og sikkerhet.
- integrert kompetanseutvikling: Inkludere dedikert tid til faglig utvikling i arbeidsplanen, slik at ansatte kan delta i opplæring, veiledning og kurs.
- aktive tillitsvalgte: Sørge for gode prosesser, medvirkning og medbestemmelse fra tillitsvalgte.
- avtalestruktur som forenkler: Partene i arbeidslivet kan vurdere å inngå sentrale avtaler om turnusordninger med langvakter i kvinnedominerte bransjer, i tråd med lovverkets krav til forsvarlig arbeidsmiljø.

Arbeidstidsordninger som fremmer helse og heltid kan altså handle om vesensforskjellige tiltak. Tiltakene kan hver for seg og sammen gi store gevinster både for virksomheten og den enkelte ansatte, bl.a. i form av mer effektiv turnusplanlegging, jevnere arbeidsbelastning og mer individuelt tilpassede arbeidstidsordninger. Nye verktøy og systemer vil medføre ressursbruk til utvikling/innkjøp og opplæring i den enkelte virksomhet. Kostnadene vil være mindre der virksomhetene kan lære av andre som har kommet lenger, f.eks. ved at arbeidsgiverorganisasjonene tar ansvar for kunnskapsspredning. Medvirkning og medbe-

stemmelse vil kreve ressursbruk fra de som involveres.

#### *Tiltak 7: Virkemidler for håndtering av emosjonelle belastninger*

Mange arbeidstakere møter høye emosjonelle krav i arbeidshverdagen. Dette kan inkludere navigering i etiske dilemmaer hvor det ikke finnes enkle løsninger. I tillegg opplever mange stadig oftere situasjoner preget av vold eller trusler, noe som skaper en ytterligere belastning i arbeidshverdagen.

*Utvalget* foreslår at virksomhetene etablerer tiltak som f.eks.:

- refleksjonsgrupper, kollegastøtte og debrifing, slik at de ansatte gis mulighet til å bearbeide emosjonelle belastninger, og derigjennom styrker sin evne til å håndtere krevende situasjoner
- opplæring av ledere i å støtte ansatte i utfordrende situasjoner, med mål om å bidra til å bygge robuste arbeidsmiljøer preget av trivsel, mestring, læring og trygghet
- fadder-/mentorordninger for nyansatte

Emosjonelle belastninger gjør seg særlig gjeldende i noen næringer, som helse og omsorg, undervisning, hotell og restaurant, barnevern og trygdeforvaltningen. De emosjonelle belastningene kan være vedvarende eller plutselige, og et mer eller mindre uunngåelig aspekt ved det arbeidet som skal utføres. Virksomheter der de emosjonelle belastningene er store, og som i liten grad har adressert utfordringene fra før, kan oppleve det som ressurskrevende å utvikle og etablere virksomme tiltak. Samtidig kan gevinstene være betydelige både for virksomheten, den enkelte ansatte og samfunnet for øvrig.

#### *Tiltak 8: Økt utvikling og bruk av digitale og teknologiske hjelpemidler*

Digitalisering, robotteknologi og kunstig intelligens omfatter en rekke ulike verktøy som kan gi store gevinster for kvinner arbeidshelse. Digitale verktøy og teknologiske hjelpemidler kan f.eks. gi muligheter for mer fleksibel organisering av arbeidet, og dermed flere muligheter for varierte arbeidssituasjoner, avlastning og tilrettelegging for ansatte.

*Utvalget* foreslår økt utvikling og bruk av digitale og teknologiske hjelpemidler, robotteknologi og kunstig intelligens (KI) i kvinnedominerte yrker og sektorer, med mål om å bidra til redusert arbeidsbelastning i form av avlastning, variasjon

mv. KI må benyttes på en måte som ivaretar medbestemmelse, personvern og ansattes helse og sikkerhet.

### **10.3 Partssamarbeid som fremmer kvinnens arbeidshelse**

Trepartssamarbeidet bidrar til oppslutning om tiltak for å oppnå en bærekraftig samfunnsutvikling med høy sysselsetting. Partssamarbeid og medvirkning bidrar både til bedre arbeidsmiljø og økt effektivitet. Myndighetene og partene i arbeidslivet har en rekke ulike samarbeidsarenaer hvor det diskuteres arbeidsmiljøstandarder og utvikling av kunnskap og regelverk mv.

Det kollektive avtaleverket er et fundament for samarbeidet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, og dermed grunnlaget for et velordnet arbeidsliv.

Hovedorganisasjonenes rolle er i denne sammenheng å legge til rette for at kunnskap tas i bruk av underliggende organisasjonsledd, i tillegg til å utvikle og følge opp lov- og avtaleverket.

Lov- og avtaleverket i norsk arbeidsliv legger til rette for at partene på arbeidsplassen – i topartssamarbeidet – kan og skal samarbeide om forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

*Tiltak 9: Implementering av kunnskap om kvinnens arbeidshelse i IA-bransjeprogrammene*

*Utvalget* viser til IA-avtalens bransjeprogrammer, som gjennomfører en samordnet, virksomhetsrettet arbeidsmiljøinnsats, med partssamarbeid om HMS-tiltak. Formålet med bransjeprogrammene er å forebygge og redusere fravær og frafall fra arbeidslivet.

IA-avtalen 2025–2028 fastslår at eksisterende bransjeprogram skal formidle og spre aktivitet, tiltak og verktøy for bedre arbeidsmiljø og lavere sykefravær til resten av sin bransje. Arbeidet i programmene skal styrkes gjennom tettere kobling til arbeidsmiljøinnsatsingen. Bransjeprogram skal sette egne mål for reduksjon av sykefravær.

*Utvalget* forslår at det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget om kvinnens arbeidshelse implementeres i bransjeprogrammene, og understreker viktigheten av økt formidling og spredning av gode erfaringer og metodikk fra bransjeprogrammene.

*Tiltak 10: Vurdere nye IA-bransjeprogram i kvinnedominerte bransjer*

*Utvalget* viser til at partene i IA-avtalen 2025–2028 er enige om å vurdere flere bransjeprogram, innenfor det utvalg av aktuelle bransjer som er kartlagt av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det tas sikte på å avklare nye bransjeprogrammer våren 2025.

*Utvalget* foreslår at kvinnedominerte bransjer med høyt sykefravær særlig vurderes, herunder hjemmetjenester. Hjemmetjenestene sysselsetter mange kvinner, og er en av de kvinnedominerte næringene med høyest fravær.

Tiltaket krever ikke ressurser ut over det som ligger i IA-avtalen.

*Tiltak 11: Partene i arbeidslivet fremmer tiltak for kvinnens arbeidshelse*

*Utvalget* foreslår at partene i arbeidslivet bruker handlingsrommet i lov- og avtaleverket, og det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget om kvinnens arbeidshelse i Norge, til å løfte fram tiltak som fremmer kvinnens arbeidshelse og arbeidsdeltakelse.

Kostnadene og gevinstene ved slike tiltak vil avhenge av hvordan tiltakene konkret innrettes.

*Tiltak 12: Partene i arbeidslivet bidrar til HMS-opplæring som omfatter kvinnens arbeidshelse*

*Utvalget* foreslår at partene i arbeidslivet bidrar til at opplæringen om HMS og målrettet arbeidsmiljøarbeid for ledere, tillitsvalgte og verneombud i virksomhetene bygger på etablert kunnskap og kompetanse om kvinnens arbeidshelse og er tilstrekkelig bransjespesifikk for kvinnedominerte næringer og sektorer.

Tiltaket kan innebære at deler av arbeidet med videreutvikling av HMS-opplæringen løftes vekk fra den enkelte virksomhet. En slik ansvarsdeling kan være samfunnsøkonomisk fornuftig, ikke bare fordi mye av videreutviklingen kan være virksomhetsoverskridende, men også fordi en del av gevinstene av slik videreutvikling må forventes å tilfalle andre enn den enkelte virksomhet.

*Tiltak 13: Partene i arbeidslivet bidrar til bruk av bedriftshelsetjenesten*

I IA-avtalen 2025–2028 har partene i arbeidslivet forpliktet seg til å bidra til at virksomhetene i større grad bruker bedriftshelsetjenesten aktivt i forebyggings- og oppfølgingsarbeidet, herunder i

utvikling av rutiner for sykefraværsoppfølging og ved behov for individuell tilrettelegging.

*Utvalget* mener at bedriftshelsetjenesten kan være en viktig ressurs i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på kvinnedominerte arbeidsplasser, og vil framheve viktigheten av at virksomhetene bruker bedriftshelsetjenesten aktivt for å bedre kvinners arbeidshelse og redusere fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner, og av at partene i arbeidslivet aktivt understøtter dette.

#### *Tiltak 14: Organisert arbeidsliv som virkemiddel for inkludering av innvandrerkvinner i arbeidslivet*

*Utvalget* foreslår at partene i arbeidslivet arbeider for å øke organisasjonsgraden i sektorer med høy andel kvinnelige ansatte med innvandrerbakgrunn.

Dette med bakgrunn i at organiserte virksomheter og fagorganiserte ansatte er sentrale elementer i den norske samfunnsmodellen, som legger til rette for et ryddig og inkluderende arbeidsliv.

Tiltaket vil kreve ressurser hos partene og andre som involveres i arbeidet. Flere av gevinstene vil være vanskelige å evaluere, men kan likevel være viktige både på mikro- og makronivå.

#### *Tiltak 15: Partene i arbeidslivet bidrar til at flere kvinner kan stå lenger i jobb*

IA-avtalen 2025–2028 fastslår at organisasjonene skal bidra til at deres medlemmer jobber godt og systematisk med å forebygge og redusere sykefravær og frafall på den enkelte arbeidsplass. Dette inkluderer tiltak for at flere eldre skal kunne stå lenger i jobb.

*Utvalget* foreslår i tiltak 5 at virksomhetene utvikler gode, virksomhetsspesifikke løsninger som fremmer seniorkvinneres deltakelse i arbeidslivet.

*Utvalget* vil understreke viktigheten av at partene i arbeidslivet bidrar til dette, bl.a. gjennom sitt engasjement i Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv.

## **10.4 Nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse**

Kunnskapsgrunnlaget viser at det er etablert et omfattende system i Norge for systematisk HMS-arbeid i arbeidslivet. Samtidig er det et forbedringspotensial når det gjelder arbeidet med

risikovurderinger og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid, både i virksomhetene generelt og i kvinnedominerte yrker spesielt.

*Utvalget* viser til at relevant kunnskap i liten grad synes å ha nådd ut til de enkelte virksomhetene, som bidrag til deres forebyggende arbeidsmiljøarbeid og oppfølging. Partene på virksomhetsnivå etterlyser bedre kunnskap og kompetanse om systematisk og målrettet forebyggende arbeidsmiljøarbeid, og bransjerettet informasjon etterlyses i HMS-opplæringen.

*Utvalget* foreslår derfor at det utvikles flere nasjonale verktøy for HMS-arbeid, til bruk i virksomhetene. Verktøyene skal særlig gi virksomheter i kvinnedominerte sektorer og næringer bransjerettet kunnskap om organisatoriske, og psykososiale og mekaniske risikofaktorer – og kombinasjonen av disse – i arbeidsmiljøet, og om hvordan de kan arbeide forebyggende, helsefremmende og systematisk med dette. Dette skal sette arbeidsgivere og arbeidstakere i den enkelte virksomhet bedre i stand til å jobbe målrettet med arbeidsmiljøforholdene for å fremme kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning.

Kjønn har ikke vært et kriterium for myndighetenes oppfølging på arbeidsmiljøområdet, men Arbeidstilsynet har gjennom flere år gjennomført omfattende risikobasert oppfølging av kvinnedominerte bransjer og av arbeidsmiljøutfordringer som særlig berører kvinner. Det er også utviklet og formidlet kunnskap og kunnskapsbaserte, virksomhetsrettede verktøy og virkemidler til bruk i virksomhetenes HMS-arbeid.

*Utvalget* forslår at myndighetenes innsats for å fremme kvinners arbeidshelse i kvinnedominerte næringer styrkes. Dette innebærer målrettet kunnskapsformidling, tilpasset veiledning til aktuelle næringer, og tydelig premissgiving til virksomhetene. Sentrale aktører i dette er Arbeidstilsynet og STAMI.

#### *Tiltak 16: Nasjonal arbeidsmiljøstrategi, med kvinners arbeidshelse som et av satsingsområdene*

*Utvalget* foreslår at det utarbeides en nasjonal arbeidsmiljøstrategi, som skal legge til rette for koordinert innsats på arbeidsmiljøområdet.

Strategien må adressere anerkjente arbeidsmiljø- og sikkerhetsrisikoer og helsefremmende arbeidsmiljøforhold, og fokusere på områder med endrede risikoforhold og områder med behov for særskilte prioriteringer og innsats.

*Utvalget* foreslår at kvinners arbeidshelse blir et av satsingsområdene i Norges første nasjonale arbeidsmiljøstrategi.

*Utvalget* legger til grunn at en ny nasjonal arbeidsmiljøstrategi, som omhandler bl.a. forhold av betydning for kvinners arbeidshelse, vil bidra til styrking, utvikling, prioritering og forankring av den samlede nasjonale innsatsen for et helsefremmende arbeidsmiljø.

En nasjonal arbeidsmiljøstrategi for Norge vil være i tråd med internasjonale forpliktelser og europeiske retningslinjer, og et viktig virkemiddel for oppfølging av dette. Våre nordiske naboland har etablert nasjonale arbeidsmiljøstrategier. En norsk arbeidsmiljøstrategi vil dermed kunne bidra til å videreutvikle og styrke arbeidsmiljøarbeidet i nordisk sammenheng.

En nasjonal arbeidsmiljøstrategi bør utvikles i et samarbeid mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, slik at strategien blir et felles utgangspunkt for utvikling av arbeidsmiljøpolitikken i et flerårig perspektiv.

En nasjonal arbeidsmiljøstrategi kan bidra til å:

- samordne innsatsen i arbeidsmiljøarbeidet mellom ulike aktører, herunder staten, partene i arbeidslivet og kompetansemiljøer
- sette tydelige mål og prioriteringer for arbeidsmiljøarbeidet, og derigjennom sørge for målrettet ressursbruk og langsiktige og bærekraftige forbedringer, herunder for kvinners arbeidshelse
- øke oppmerksomheten i samfunnet om arbeidsmiljø og arbeidshelse, inkludert kvinners arbeidshelse
- redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet, gjennom en mer helhetlig tilnærming og innsats
- bidra til en mer harmonisert arbeidsmiljøinnsats i Norden og Europa

Etableringen av strategien vil ikke i seg selv medføre særskilte kostnader. I tillegg kommer gevinstene og kostnadene ved tiltakene som strategien omfatter.

#### *Tiltak 17: Oppdatere og formidle nasjonale verktøy og kunnskapsbanker om arbeidsmiljø*

I IA-avtalen 2025–2028 har myndighetene og partene i arbeidslivet blitt enige om at de skal gjøre kunnskap og verktøy om arbeidsmiljøarbeid mer tilgjengelig for virksomhetene, ved å videreutvikle nettportalen «Idébanken» som en samlende informasjons- og veiledningskanal, og spre kunnskap om Arbeidsmiljøportalen og andre verktøy i Arbeidstilsynets og STAMIs arbeidsmiljøinnsats.

Portalen og verktøyene skal gjøres enklere å ta i bruk for små og mellomstore virksomheter.

*Utvalget* foreslår:

- at det, i tråd med IA-avtalen 2025–2028, arbeides for å gjøre kunnskap og verktøy om arbeidsmiljøarbeid enda bedre kjent, koordinert og lettere tilgjengelig for arbeidslivet, gjennom å videreutvikle Idébanken som en samlende informasjonskanal. Arbeidet med informasjon og formidling bør følges opp både av partene i arbeidslivet og av myndighetene.
- at videreutviklingen av Idébanken inkluderer oppdatert kunnskap og verktøy som særlig gjelder forhold knyttet til kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, og slik støtter opp om virksomhetenes forebyggende arbeidsmiljøarbeid overfor kvinner
- formidling av det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse i Norge som foreligger gjennom denne utredningen, til relevante etater, statsforvalterne, fylkeskommuner og kommuner, arbeidslivsorganisasjoner og fag- og forskningsmiljøer. Mottakerne bør samtidig oppfordres til å ta kunnskapen i bruk.
- formidling av informasjon til landets bedriftshelsetjenester om det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse i Norge som foreligger gjennom denne utredningen. Bedriftshelsetjenestene bør samtidig oppfordres til økt fokus og kunnskapsbasert forbedringsarbeid på området.
- utvikling av en KI-drevet informasjonstjeneste for Idébanken og øvrige nasjonale kunnskapsbanker og nettportaler om arbeidsmiljø og inkluderende arbeidsliv

En KI-drevet informasjonstjeneste vil kreve kostnader til utvikling og drift for Nav som ansvarlig for Idébanken. *Utvalget* legger til grunn mindre kostnader til dette, som kan dekkes innenfor gjeldende rammer. De øvrige tiltakene er ment å ses i sammenheng med oppfølgingen av IA-avtalen 2025–2028 eller det kontinuerlige arbeidet med kunnskapsoppdatering for øvrig hos de ulike aktørene, og er ikke ment å gi særskilte kostnader.

#### *Tiltak 18: Lederstøtte om forebyggende arbeidsmiljøarbeid og sykefraværsoppfølging*

*Utvalget* foreslår at den videreutviklingen av Idébanken som er avtalt gjennom IA-avtalen 2025–2028 omfatter tilrettelegging av en samling av informasjon, verktøy og veiledningsmaterieell for ledere med personalansvar, om f.eks. gjeldende HMS-krav, ordninger og prioriterte satsinger på

arbeidsmiljø- og sykefraværsområdet, inkludert kvinners arbeidshelse.

En slik prioritering vil bidra til å gi virksomhetene og deres ledere enkel tilgang til en oversikt over sentrale regler, verktøy og kunnskap, herunder om kvinners arbeidshelse, som grunnlag for å kunne utøve god ledelse. Tiltaket kan særlig være til hjelp for små og mellomstore virksomheter, jf. IA-avtalen.

Utvalget erkjenner at det å prioritere noe opp kan bety at noe annet må prioriteres ned, og at slike vurderinger hører hjemme i oppfølgingen av IA-avtalen.

#### *Tiltak 19: Oppdatere rammene for HMS-opplæring i virksomhetene*

Utvalget foreslår at dagens rammer for HMS-opplæring i virksomhetene gjennomgås og oppdateres, slik at opplæringen blir mer bransjerettet og inkluderer kjønnsesifikke forhold, herunder ny kunnskap om kvinners arbeidshelse.

Utvalget foreslår at virkemidlet *Opplæring i arbeidsmiljøarbeid*, som omtales i IA-avtalen 2025–2028, oppdateres med kunnskap om kvinners arbeidshelse, og ses i sammenheng med leder-, tillitsvalgt- og verneombudsopplæringen.

Tiltaket vurderes ikke å ha kostnader ut over det som ligger i IA-avtalen.

#### *Tiltak 20: Utvikle verktøy for evaluering av endret organisering og nye arbeidsmetoder og arbeidsverktøy i virksomhetene*

Utvalget foreslår at arbeidslivsmyndighetene får utviklet enkle verktøy for evaluering i virksomhetene av endret organisering og nye arbeidsmetoder og arbeidsverktøy mv., som grunnlag for løpende forbedringsarbeid.

Kostnadene ved å utvikle og ta i bruk slike verktøy vil avhenge av hvordan de innrettes, og kan være lavere dersom det er mulig å bygge på eksisterende systemer. Utvalget vil i denne sammenhengen særlig vise til bransjeverktøy som Arbeidstilsynets «Arbeidsmiljøhjelpen» eller «Risikohjelpen».

#### *Tiltak 21: Utvikle opplæringstilbud om kvinners arbeidshelse for sykmeldere*

Utvalget foreslår at det utvikles opplæringstilbud om arbeidshelse, med særlig fokus på kvinner, for helsepersonell med rett til å sykmelde.

Utvalget foreslår at arbeidshelse, med særlig fokus på kvinners arbeidshelse, blir tematisert i

samarbeidsprosjektet «Bærekraft på legekantoret og sykmelding» i IA-avtalen 2025–2028. Partene i arbeidslivet, herunder myndighetene og Legeforeningen, inngår i prosjektet, som skal styrke fastlegenes rolle i sykefraværsarbeidet, og øke helsekompetansen i befolkningen.

#### *Tiltak 22: Digitalt samhandlingsrom for enklere og bedre informasjonsdeling i sykefraværsoppfølgingen*

Utvalget viser til at det i IA-avtalen 2025–2028 er besluttet at myndighetene, i samarbeid med partene i arbeidslivet, skal igangsette et forprosjekt våren 2025 knyttet til et digitalt samhandlingsrom for enklere og bedre informasjonsdeling mellom alle aktørene i sykefraværsoppfølgingen.

Utvalget mener at dette tiltaket vil kunne bidra til bedre oppfølging av kvinners arbeidshelse og sykefravær, og foreslår at det vurderes å prioritere hensyn til fremming av kvinners arbeidshelse i forprosjektet, f.eks. ved valg av pilot.

Utvalget har ikke hatt grunnlag for å vurdere kostnadene ved dette tiltaket, men viser til satsingen på digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten omtalt i Prop. 1 S (2024–2025) Helse- og omsorgsdepartementet.

#### *Tiltak 23: Intensivere og målrette sykefraværsoppfølgingen*

Utvalget viser til at IA-avtalen 2025–2028 inneholder en rekke tiltak som skal forbedre, intensivere og målrette oppfølgingen av sykefravær. Dette omfatter bl.a. en tydeliggjøring og mulig forsterking av virksomhetenes tilretteleggingsplikt inkludert en mulig veileder, og en nærmere vurdering og presisering av den sykmeldtes medvirknings- og aktivitetsplikt.

Det er avtalt at myndighetene, i samarbeid med partene i arbeidslivet, skal utvikle konkret informasjon og veiledning fra Nav til arbeidsgivere og arbeidstakere om rettigheter og plikter, virksomhets- og diagnosespesifikke tilretteleggingstiltak og håndtering av vanskelige sykefraværssaker.

Det er også avtalt å gjøre Navs ordning med tilskudd til ekspertbistand bedre kjent og enklere å ta i bruk, for at ordningen i større grad skal støtte opp under oppfølgingen av sykmeldte på arbeidsplassen.

Videre er det avtalt at myndighetene skal tydeliggjøre hvilken bistand virksomhetene kan få fra Nav, herunder Nav arbeidslivssenter. Virksomheter med potensial for reduksjon i sykefravær, og som er motiverte og forplikter seg til å gjøre en

egeninnsats, skal prioriteres for prosessuell og tidsavgrenset oppfølging fra arbeidslivsentre.

Det er også avtalt å etablere et samarbeidsprosjekt mellom partene i arbeidslivet, herunder myndighetene og Legeforeningen, om «Bærekraft på legekantoret og sykmelding», som skal styrke fastlegenes rolle i sykefraværarbeidet, og øke helsekompetansen i befolkningen.

*Utvalget* viser til at god sykefraværsoppfølging står sentralt i arbeidet med å bedre kvinners arbeidshelse og redusere kvinners fravær og frafall fra arbeidslivet. *Utvalget* foreslår derfor at oppdatert kunnskap om kvinners arbeidshelse tas med som et viktig grunnlag i arbeidet med å intensivere og målrette sykefraværsoppfølgingen.

*Tiltak 24: Orienterer Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten om kunnskap om kvinners arbeidshelse, og videreføre denne satsingen*

Det nasjonale topplederprogrammet for kommune- og spesialisthelsetjenesten skal bidra til at kommune- og spesialisthelsetjenesten har gode toppledere for framtidens helsetjenester, ved å styrke samhandling på tvers av tjenestenivå, virksomheter, avdelinger og profesjoner.

*Utvalget* foreslår at topplederprogrammet oppdateres med det nye kunnskapsgrunnlaget om kvinners arbeidshelse, slik at det kan vurderes tatt inn i programmet.

*Tiltak 25: Økt tilsyn med at verneutstyr er tilpasset kvinner*

Dårlig tilpasset verneutstyr kan være en kilde til at kvinner og menn reagerer ulikt på samme eksponering av arbeidsmiljøfaktorer. Mangel på tilpasset verneutstyr er særlig relevant for kvinner som arbeider i mannsdominerte yrker. Hensikten med økt tilsyn er å avdekke mangler og gi pålegg om utbedring, med mål om økt dekningsgrad og dermed tryggere arbeidsmiljø.

*Utvalget* foreslår at Arbeidstilsynet og Havnindustritilsynet gjennomfører økt tilsyn med at verneutstyr er tilpasset kvinner, inkludert gravide.

Arbeidet foreslås finansiert gjennom omprioritering innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 26: Forebygging og håndtering av vold, trusler og trakassering i arbeidslivet*

I de kvinnedominerte næringene, hvor arbeidet i stor grad involverer direkte samhandling med

pasienter, elever, kunder og klienter er det høy forekomst av vold og trusler. Generelt sett er det mer vanlig at kvinner, sammenlignet med menn, utsettes for vold, trusler og seksuell trakassering.

*Utvalget* foreslår at myndighetene styrker innsatsen for forebygging og håndtering av vold, trusler og trakassering i arbeidslivet, med hovedvekt på helse-, sosial- og utdanningssektoren.

*Utvalget* foreslår videre at Arbeidstilsynet fortsetter å bidra til at virksomhetene ivaretar sitt ansvar for å forebygge og håndtere vold og trusler, gjennom kunnskapsformidling, veiledning og tilsyn.

*Utvalget* foreslår også at alle berørte deler av arbeidslivet vurderer å ta i bruk den arbeidsmetodikken som beskrives i veilederen «Sammen setter vi strek for seksuell trakassering», som er utarbeidet av Likestillings- og diskrimineringsombudet, Arbeidstilsynet og partene i utelivsbransjen; NHO Reiseliv, KS, Fellesforbundet, Parat og Virke. Veilederen gir praktisk hjelp til å forebygge og håndtere seksuell trakassering gjennom seks tiltak.

De økonomiske og administrative konsekvensene vil avhenge av hvordan tiltakene konkret innrettes. *Utvalget* legger til grunn at styrket myndighetsinnsats finansieres gjennom omprioriteringer innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 27: Nasjonalt veiledningsmaterieell om balansen mellom innbyggernes lovfestede rettigheter og arbeidstakernes krav på forsvarlig arbeidsmiljø*

Balansen mellom å ivareta rettighetene til pasienter, elever og andre tjenestemottakere, og samtidig sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte, kan i praksis være utfordrende å håndtere. Denne utfordringen omfatter store deler av de mest kvinnedominerte sektorene.

*Utvalget* foreslår derfor at Arbeidstilsynet, i samarbeid med andre fagmyndigheter og partene i arbeidslivet, utarbeider nasjonalt veilednings- og refleksjonsmaterieell om disse problemstillingene, til bruk i virksomhetenes opplærings- og forbedringsarbeid.

Myndighetenes ressursbruk forutsettes dekket innenfor gjeldende rammer. Et slikt tiltak vil kreve ressurser også for partene og virksomhetene som skal ta det i bruk. Gevinstene kan være store, men også vanskelige å evaluere. Gevinstene kan omfatte redusert risiko for hendelser som i utgangspunktet er sjeldne, økt trygghet blant ansatte, og økt tjenestekvalitet for brukere som i liten grad uttaler seg.

*Tiltak 28: Sørge for opplæring om personforflytning, emosjonelle og relasjonelle krav, vold og trusler, i kvinnedominerte utdanninger*

*Utvalget* foreslår at utdanningsmyndighetene får kartlagt om det gis tilstrekkelig opplæring om forhold som personforflytning, emosjonelle og relasjonelle krav, vold og trusler, og overgang til arbeidslivet der elever og studenter vil møte en kombinasjon av disse utfordringene, i aktuelle kvinnedominerte utdanninger. Dette som grunnlag for å styrke opplæringen etter behov, med mål om å styrke kvinners arbeidshelse og forebygge psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser blant yrkesaktive kvinner. Kostnadene til kartleggingen forutsettes dekket innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 29: Ny nasjonal strategi for innvandrerhelse, med særlig omtale av kvinners arbeidshelse*

Norge hadde fra 2013–2017 en nasjonal strategi om innvandreres helse. Strategien beskrev hovedutfordringene når det gjelder ulike innvandrergrupper og helse, og fokuserte i hovedsak på innvandrere fra land utenfor EU-/EØS-området som har fått varig opphold i Norge. Strategien var ment å være et redskap for alle nivåer i helse- og omsorgstjenestene når det gjelder tilrettelegging av gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Strategien var forankret i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

*Utvalget* foreslår at det utarbeides en ny nasjonal strategi for innvandrerhelse, i tråd med råd fra Helsedirektoratet og Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse. Strategien bør omhandle bl.a. kvinners arbeidshelse, med mål om å styrke innvandrerkvinner arbeidshelse og tilknytning til arbeidslivet. Strategien bør inkludere arbeidsinnvandrere og asylsøkere.

Arbeidet med selve strategien vil ikke ha særskilte økonomiske eller administrative konsekvenser, og forutsettes gjennomført innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 30: Målrettet HMS-arbeid overfor kvinner med innvandrerbakgrunn*

*Utvalget* foreslår at myndighetene:

- utarbeider klar og tilgjengelig informasjon på flere språk om arbeidstakeres rettigheter og plikter, samt HMS-regler
- utvikler spesifikke HMS-tiltak for ulike yrker der innvandrerkvinner er overrepresentert, i samarbeid med partene i arbeidslivet

- oppfordrer bedriftshelsetjenestene til å øke sin flerkulturelle kompetanse, for å kunne ivareta arbeidshelsen til kvinnelige arbeidstakere med innvandrerbakgrunn

De økonomiske og administrative konsekvensene vil avhenge av hvordan tiltakene innrettes. Konsekvensene forutsettes håndtert innenfor gjeldende rammer.

## 10.5 Et arbeidsliv tilpasset kvinners livsfaser

Helseforhold som i utgangspunktet ikke er forårsaket av arbeidsmiljøet påvirker kvinners tilknytning til og deltakelse i arbeidslivet.

*Utvalget* er opptatt av at slike problemstillinger som gjelder mange kvinner løftes fra et individuelt til et strukturelt nivå.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og tilrettelegge ved helseutfordringer. *Utvalget* legger til grunn at god oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen ved helseplager knyttet til kvinners livsfaser vil ha betydning for kvinners arbeidsdeltakelse gjennom ulike livsfaser og livssituasjoner.

IA-avtalen 2025–2028 fastslår at god forebygging og tilrettelegging som tar hensyn til både livsfase, alder og helse kan bidra til en reduksjon i sykefravær som ikke er arbeidsrelatert.

*Tiltak 31: Tilrettelegge for kvinners livsfaser i virksomhetene*

*Utvalget* anbefaler virksomhetene å:

- styrke tilretteleggingen for gravide og for kvinner som ammer, samt for kvinner som gjennomgår fertilitetsbehandling, slik at det blir lettere å kombinere familie- og arbeidsliv
- legge til rette for kvinners livsfaser og overgangsalder på arbeidsplassen, der dette er relevant

God tilrettelegging for kvinners livsfaser i arbeidslivet kan gi gevinster også utover den enkelte virksomhet, herunder for kvinnen, hennes familie og samfunnet for øvrig. Bevisstheten om viktigheten av slik tilrettelegging varierer mellom virksomheter. Endringer i de ansattes behov og ny kunnskap om ulike livsfaseutfordringer kan gi gevinster ved tiltak også i virksomheter som ikke tidligere har sett behov for slik tilrettelegging.

*Tiltak 32: Nasjonalt veiledningsmateriell om tilrettelegging for gravide i arbeidslivet, og om fertilitetsbehandling*

*Utvalget* foreslår at det utarbeides nasjonalt veiledningsmateriell til bruk i virksomhetene som kan bedre etterlevelsen av plikten til tilrettelegging for gravide som har behov for det, for å unngå belastninger som fører til sykmelding.

*Utvalget* viser til at det er viktig å sørge for at arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for gravide etterlevs, og at gravide ikke sykeliggjøres.

*Utvalget* foreslår at det gjennomføres en nasjonal informasjonskampanje om inkludering av gravide i arbeidslivet, og at det avsettes økonomiske ressurser til dette. Målgrupper for kampanjen skal være både arbeidsgivere og arbeidstakere, med vekt på muligheter for arbeidsdeltakelse og tilrettelegging.

Om lag ti prosent av norske kvinner trenger fertilitetsbehandling for å få barn. Slik behandling vil normalt innebære noe behov for fravær fra arbeidet, og kan medføre både psykiske og fysiske helseplager.

*Utvalget* foreslår at råd om tilrettelegging ved fertilitetsbehandling, og informasjon om omfanget og mulige helseplager ved slik behandling, skal inngå i veiledningsmateriellet om tilrettelegging for gravide i arbeidslivet.

Arbeidstilsynet informerer også i dag om inkludering av gravide i arbeidslivet. Kostnadene ved en informasjonskampanje vil avhenge av hvordan den innrettes, og kan kreve friske midler. I tillegg til Arbeidstilsynets egne erfaringer er det nærliggende å se hen til Helsedirektoratet. F.eks. bevilges det i statsbudsjettet for 2025 20 mill. kroner til en ny, fylkeskommunal tilskuddsordning; «ABC-kampanje for god psykisk helse». Dette er en befolkningskampanje for å fremme psykisk helse som en oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse, og målet er økt kunnskap om psykisk helse i hele befolkningen. Til sammenligning ble det i 2024 gitt en mill. kroner til arbeidet med kampanjen «Demensvennlig samfunn».

*Tiltak 33: Nasjonalt veiledningsmateriell om svangerskapsenger*

*Utvalget* foreslår at det utarbeides nasjonalt veiledningsmateriell til bruk i virksomhetene om ordningen med svangerskapsenger.

Svangerskapsenger kan gis til friske, gravide kvinner, som ikke kan fortsette i arbeid under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret. Virksomheten skal ha vurdert

om tilrettelegging eller omplassering til annet arbeid er mulig.

Nav informerer allerede om ordningen på sine nettsider. Det legges til grunn at tiltaket kan gjennomføres uten vesentlige kostnader.

*Tiltak 34: Nasjonalt veiledningsmateriell om ammefri fra jobben*

*Utvalget* foreslår at det utarbeides nasjonalt veiledningsmateriell til bruk i virksomhetene om retten til ammefri, og om hvordan ammefri praktisk kan organiseres ved ulike former for arbeidsorganisering, som eksempelvis turnus, skift, undervisning og arbeid uten fast oppholdssted.

*Utvalget* legger til grunn at en slik veileder vil kunne bidra til å forenkle amming for kvinner i arbeid, inkludert bruken av ammefri. Det vil kunne vises til beste praksis, eksempler på rutiner for å planlegge ammefri og råd om dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Arbeidstilsynet informerer i dag om ordningen på sine nettsider. Det legges til grunn at tiltaket kan gjennomføres uten vesentlige kostnader.

*Tiltak 35: Nasjonalt veiledningsmateriell om overgangsalderen på arbeidsplassen*

*Utvalget* foreslår at det utarbeides nasjonalt veiledningsmateriell til bruk i virksomhetene om hvilke helserelaterte utfordringer kvinner kan stå overfor i overgangsalderen, med eksempler på verktøy og tiltak som kan være aktuelle for tilrettelegging på arbeidsplassen.

Det foreligger ingen nasjonal veileder om overgangsalderen i arbeidslivet, men flere norske virksomheter har utarbeidet eget veiledningsmateriell. Det kan også være nyttig å støtte seg på internasjonale anbefalinger.

Det kan være hensiktsmessig at en slik veileder også omtaler menstruasjon generelt, med vekt på tilhørende helseplager som omfatter grupper av kvinner, og som virksomhetene bør være kjent med, som psykiske forhold, sterke smerter og kraftige blødninger.

*Utvalget* antar at ansvaret for dette bør legges til Helsedirektoratet og at et slikt tiltak kan finansieres innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 36: Nasjonal oppmerksomhet om tiltak som kan bidra til at flere kvinner står lenger i jobb*

IA-avtalen 2025–2028 framhever viktigheten av å utvikle tiltak for at flere eldre skal kunne stå lenger i jobb.



*Utvalget* anbefaler i tiltak 5 at virksomhetene utvikler gode, virksomhetsspesifikke løsninger som fremmer seniorkvinneres deltakelse i arbeidslivet.

For å understøtte dette, foreslår *utvalget* at nasjonale myndigheter bidrar til utvikling av forslag til satsingsområder og tiltak i virksomhetene, bl.a. gjennom sitt engasjement i Kunnskapssenter for lengre arbeidsliv.

Tiltaket forutsettes finansiert innenfor gjeldende rammer.

*Tiltak 37: Spre kunnskap om aktivitets- og redegjøringsplikten (ARP), som verktøy for styrking av kvinners arbeidsmiljø*

*Utvalget* foreslår å styrke arbeidet med formidling og opplæring om aktivitets- og redegjøringsplikten (ARP) i likestillings- og diskrimineringsloven.

Målet med tiltaket er bedre oppfølging av aktivitets- og redegjøringsplikten på arbeidsmiljørelaterte områder, som tilrettelegging for gravide på arbeidsplassen, innsats mot vold og seksuell trakassering av kvinner og arbeid mot kjønnsdiskriminering.

Tiltaket forutsettes finansiert innenfor gjeldende rammer.

## 10.6 Vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene

Vold og overgrep utenfor arbeidet har betydning for kvinners helse og arbeidsdeltakelse, men det mangler nærmere kunnskap om disse sammenhengene. Det er pågående studier om hvilken effekt vold har på arbeidsdeltakelse, og om hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner som har helseutfordringer på grunn av vold og overgrep.

*Tiltak 38: Etablere et kompetansetilbud for arbeidslivet om vold i nære relasjoner*

Arbeidstakere som er, eller har vært, voldsutsatt kan ha behov for oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen. *Utvalget* mener det er viktig å gi berørte arbeidsgivere og virksomheter tilgang til relevant kunnskap og verkemidler.

*Utvalget* foreslår at det etableres et kompetansetilbud på nasjonalt nivå, som kan bistå arbeidsgivere, verneombud, tillitsvalgte, bedriftshelsetjenesten og andre med nødvendig kunnskap, råd og

veiledning i saker om arbeidstakere som lever med vold i nære relasjoner.

Kompetansetilbudet kan ses i sammenheng med allerede eksisterende nasjonale kompetansemiljøer om vold i nære relasjoner og inkludering av voldsutsatte i arbeidslivet. Tilbudet bør utvikles i samarbeid mellom myndighetene og partene i arbeidslivet.

De økonomiske og administrative konsekvensene vil avhenge av hvordan tiltaket innrettes.

*Tiltak 39: Inkludere tematikk relatert til arbeidsplassen og arbeidsgiveres oppfølging i veilederen for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner*

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har, på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, utarbeidet en veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Kommunene er ikke pålagt å utarbeide slike planer, men det er utarbeidet mange lokale planer gjennom de siste årene, i samarbeid mellom kommunene og andre instanser.

*Utvalget* foreslår at det vurderes å inkludere en omtale av arbeidsplassen som aktuell arena for arbeid mot vold i nære relasjoner ved revidering av den statlige veilederen.

## 10.7 Forskningsatsing og styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser

Det framgår av kunnskapsgrunnlaget i del II og drøftingen i kapittel 9 at det er behov for å utvikle og oppdatere faglig og dokumentert kunnskap om kvinners arbeidsmiljø og arbeidsmiljøets betydning for helse, frafall fra og tilknytning til arbeidslivet. Kunnskapsutvikling på dette feltet krever tid, og langsiktig og stabil finansiering er avgjørende for å bygge nødvendig kompetanse, datagrunnlag, infrastruktur og forskningsmetoder.

*Utvalget* foreslår en satsing på forskning og styrking av data- og dokumentasjonsgrunnlag om kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse på 250 millioner kroner over en 10-årsperiode. Forslagene omfatter også kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse, og forskning på sammenhenger mellom kvinners livssituasjon, helse og arbeidsdeltakelse.

For å sikre at kunnskapen blir relevant, praksisnær og bidrar til konkrete forbedringer i

arbeidslivet bør forskningen gjennomføres i samskaping med sentrale aktører og målgrupper for kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse. *Utvalget* vil også anbefale at en forskningsfinansiering inkluderer støtte til forskerutdanning. Dette vil bidra til å bygge en sterk og bærekraftig forskningskapasitet på lang sikt og sikre videreføring av ekspertise på feltet.

*Utvalget* foreslår å prioritere midler til langsiktig forskning gjennom tildelinger til Forskningsrådet, og at øvrige kunnskapshevende tiltak følges opp av relevante myndigheter.

### 10.7.1 Forskningsinnsats på kvinners arbeidshelse

*Tiltak 40: Etablere en samlet og koordinert forskningsinnsats på forhold av betydning for kvinners arbeidshelse og helserelatert tilknytning til arbeidslivet*

*Utvalget* foreslår at det etableres en samlet og koordinert forskningsinnsats på forhold av betydning for kvinners arbeidshelse og helserelatert tilknytning til arbeidslivet.

*Utvalget* foreslår at målet for forskningsinnsatsen bl.a. skal være å utvikle eller oppdatere forskningsbasert kunnskap om:

- arbeidshelse på kvinnedominerte arbeidsplasser
- risikoforhold for kvinners arbeidshelse, og risikoreduserende intervensjoner, herunder samtidig eksponering for psykososiale og mekaniske (ergonomiske) belastninger
- kjønnsperspektivet i forskning om arbeidshelse, for å sikre at forskningen hensyntar kjønnsspesifikke forskjeller og utfallssammenligninger av arbeidsmiljøforhold og relevante rammebetingelser i kvinnedominerte og mannsdominerte virksomheter
- organisatoriske intervensjoner/tiltak for forebygging og helsefremming, med kost-nytte analyser og prosess- og effektevaluering, for å skape gode intervensjonsstrategier, verktøy og modeller for å bedre kvinners arbeidsmiljø
- hvordan digitalisering, robotteknologi og kunstig intelligens (KI) påvirker arbeidsmiljøet i kvinnedominerte yrker, næringer og sektorer, og hvordan digitalisering, robotteknologi og KI kan benyttes til å bedre arbeidsmiljøet og forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet blant kvinner

*Utvalget* foreslår også at det skal undersøkes helseeffekter av ulike arbeidstidsordninger, herunder;

- arbeidsorganisering som fremmer heltid som norm og god arbeidshelse, og legger til rette for høy og langvarig arbeidsdeltakelse for kvinner
- sammenhenger mellom ulike arbeidstidsordninger, arbeidets art, og kvinners helse og fravær og frafall fra arbeidslivet
- hvordan nødvendig nattarbeid blant kvinner kan organiseres på en minst mulig helseskadelig måte
- hvordan komprimert arbeidstid («langvakter») påvirker kvinners arbeidshelse over tid
- epidemiologisk og eksperimentell følgeforskning av forsøk med individuelt tilpassede arbeidstidsordninger i turnusbaserte kvinnedominerte sektorer, for å avdekke langtids-effekter på helse og sikkerhet. Forskningsresultatene kan, sammen med annen forskning og kollektive avtaler, danne grunnlag for å vurdere eventuelle endringer i regelverket knyttet til individuell tilpasning av arbeidstid (langvakter, fleksible- eller ønsketurnuser mfl.).

### 10.7.2 Kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse

Forskning viser at innvandrerkvinner oftere opplever arbeidsrelaterte helseplager og har høyere sykefravær enn andre grupper, men det mangler systematiske undersøkelser på tvers av sektorer.

*Tiltak 41: Gjennomføre kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse*

*Utvalget* foreslår at det gjennomføres kunnskapshevende tiltak om innvandrerkvinner arbeidshelse, og peker på følgende eksempler på mulige tiltak:

- inkludering av innvandrere generelt og innvandrerkvinner spesielt i større grad i eksisterende levekårsundersøkelser (f.eks. SSBs LKU-I), og vurdere økt hyppighet av disse undersøkelsene. Dette i regi av SSB, med støtte fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet
- vurdere å utarbeide en jevnlig arbeidshelserapport om innvandrere i arbeidslivet, med særskilt fokus på kvinners arbeidshelse
- kartlegging av arbeidsrelaterte helseutfordringer for innvandrerkvinner, med vekt på sektorer som renhold, varehandel og helse og omsorg
- utvikling av tverrfaglige forskningsprosjekter som kobler migrasjonshelseforskning med

arbeidshelseforskning, f.eks. sett i sammenheng med en forskningsinnsats på kvinners arbeidshelse

### 10.7.3 Forskning på sammenhenger mellom kvinners livsfaser, helse og arbeidsdeltakelse

Det mangler kunnskap om hvordan ulike livsfaser og livssituasjoner påvirker helse, arbeidsevne og sykefravær blant kvinner i Norge. Vi vet for lite om hvordan dette forklarer kjønnsforskjeller i arbeidslivet og hvilken betydning det har for folkehelse og levekår.

*Tiltak 42: Utvikle forskningsbasert kunnskap om hvordan livsfaser påvirker kvinners arbeidshelse*

*Utvalget* foreslår at det igangsettes forskning om hvordan ulike livsfaser og livssituasjoner påvirker helse, arbeidsevne og sykefravær blant kvinner, herunder om:

- hvordan helseplager og sykdom relatert til kvinners livsfaser påvirker arbeidsevne, arbeidsdeltakelse og sykefravær, og hva som kan være hensiktsmessige former for forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen, f.eks. graviditet, overgangsalder og pårørendeomsorg
- den helsemessige betydningen av kvinners ulike roller i livet («de tre skiftene», pårøndeomsorg mv.), og hvorvidt dette påvirker kvinners arbeidsdeltakelse
- hvilken effekt vold utenfor arbeidet har på arbeidsdeltakelse, og hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner som har helseutfordringer på grunn av vold og overgrep
- hva som kan fremme og hemme en høy og langvarig arbeidsdeltakelse blant kvinner

### 10.7.4 Styrket data- og dokumentasjonsgrunnlag for arbeidsmiljø- og arbeidshelseområdet

For å få bedre kunnskap om arbeidsfaktorer som påvirker forekomsten av arbeidsrelatert sykdom, arbeidsrelatert sykefravær og uførhet blant kvinner i Norge, er det nødvendig å prioritere tiltak som kan styrke omfanget av, kvaliteten på og tilgangen til datagrunnlag på arbeidsmiljø- og helseområdet for analyse- og forskningsmiljøer.

*Utvalget* foreslår følgende tiltak:

*Tiltak 43: Utvikle registerbasert informasjon om arbeidsrelatert sykefravær*

Dagens registerdata om sykefravær gir ingen informasjon om andelen av fraværet som skyldes arbeidsfaktorer, eller på andre måter er arbeidsrelatert. Informasjon om arbeidsrelatert sykefravær finnes i dag bare som selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (SSB). *Utvalget* mener det er ønskelig med en mulighet til å se denne rapporteringen opp mot en sykmelders vurdering.

På den nåværende sykmeldingsblanketten lyder punkt 3.5 slik: *Sykmeldingen kan skyldes en yrkesskade/yrkessykdom*, med mulighet for avkrysning hvis det er aktuelt. I punkt 3.6 kan man skrive inn eventuell skadedato. Dette punktet er avgrenset til yrkesskader og sykdommer som kan likestilles med yrkesskade og utelukker dermed store sykdomsgrupper som muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, som dominerer blant de arbeidsrelaterte lidelsene. Relasjonen til arbeidet for disse lidelsene er viktig å fange opp i et forebyggingsperspektiv.

For å få en sykmelders vurdering av arbeidsrelasjon og legge til rette for bruk av punktet slik at dette kan gi registerbasert informasjon om arbeidsrelatert sykefravær, foreslår *utvalget* å vurdere et nytt punkt i sykmeldingsblanketten som lyder «*Sykmeldingen antas å være arbeidsrelatert*» med følgende svaralternativer: 1) Ja, helt 2) Ja, delvis 3) Nei 4) Vet ikke. *Utvalget* anerkjenner at en slik vurdering vil være basert på pasientens opplysninger og at informasjonen må behandles deretter. Tiltaket kan ses i sammenheng med den pågående gjennomgangen av sykmeldingsblanketten og legenes meldesystem, som gjøres i et samarbeid mellom Nav og Legeforeningen.

For å styrke sykmelders kunnskap om helseutfall av arbeid vil *utvalget* i denne sammenheng også vise til tiltak 21 om å utvikle et opplæringstilbud om arbeidshelse for sykmeldere.

*Utvalget* har ikke hatt grunnlag for å vurdere om tiltaket vil kreve friske midler ut over de som er satt av til det pågående arbeidet med gjennomgangen av sykmeldingsblanketten.

*Tiltak 44: Forenkle og digitalisere legenes meldesystem om arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet*

Enhver lege som i sitt arbeid får kunnskap om at arbeidstaker lider av en sykdom som legen antar skyldes arbeidssituasjonen, skal i henhold til arbeidsmiljøloven gi skriftlig melding om dette til Arbeidstilsynet. Legers melding om arbeidsrela-

tert sykdom gir informasjon om helseskadelige forhold i arbeidsmiljøet og er derfor en viktig kilde for å forebygge arbeidsrelatert sykdom, skade og død. Meldingene inngår i Arbeidstilsynets Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS). Beregninger viser at kun i underkant av tre prosent av landets leger benytter seg av melde-systemet. Årsakene til manglende meldinger fra legene handler om at meldeprosessen i seg selv er for tungvint, manuell og tidkrevende. Legene må fylle ut et eget skjema og deretter sende papirskjema per post til myndighetene.

Digitalisering kan redusere tiden og ressursene som brukes på manuell rapportering, noe som kan frigjøre tid for legene til å fokusere på pasientbehandling. Dessuten vil en digitalisering redusere risikoen for feil og mangler i rapportene, samt gi bedre sporbarhet og transparens, noe som gir mer pålitelige data for analyse og beslutnings-taking. Videre kan Arbeidstilsynet ved digital rapportering raskere identifisere og respondere på trender og mønstre i arbeidsrelaterte sykdommer, noe som kan føre til mer effektive forebyggende tiltak.

For å utvikle et digitalt meldesystem som lever opp til dagens teknologiske standard, mener *utvalget* det vil være nødvendig å oppdatere kapittel 5 i arbeidsmiljøloven om registrering og melding av skader og sykdom, slik at det bygger på et tydelig regelverk, samt fungerer som et godt verktøy for å forebygge arbeidsrelatert sykdom. Dette vil legge til rette for en bedre datafangst og bedre datagrunnlag for kvinners arbeidshelse og forebygging, samt effektivisere prosesser og sikre bedre oppfølging av arbeidstakere.

For å øke antall meldinger og bedre datagrunnlaget for forebyggende innsats, foreslår *utvalget* at arbeidsmiljømyndighetene og helsemyndighetene i samarbeid prioriterer arbeidet med å forenkle og digitalisere legenes melde-system for arbeidsrelatert sykdom. *Utvalget* vil i denne sammenheng vise til et pågående utviklingsarbeid om et framtidig tverrsektorielt meldingsinfrastruktursystem som skal fungere på tvers av alle sektorer og forvaltningsnivåer, i regi av Digdir, KS, Norsk Helsenet og Legeforeningen.

*Utvalget* har ikke hatt grunnlag for å vurdere om tiltaket vil kreve friske midler ut over de som er satt av til dette arbeidet.

*Tiltak 45: Inkludere problemstillinger om arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidsrelatert sykdom i de regionale og nasjonale systematiske helseundersøkelsene*

Majoriteten av arbeidsrelaterte sykdommer er å regne som ikke-smittsomme sykdommer. Disse sykdommene har som oftest sammensatte sykdomsårsaker, og utviklingen går langsommere enn for mange smittsomme sykdommer. Det kan derfor ta lang tid fra en arbeidstaker eksponeres til sykdommen oppstår. Et eksempel på dette er brysthinnekreft forårsaket av asbesteksponering.

Det er en stor utfordring å følge utviklingen i arbeidsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer og faktorer som påvirker disse. *Utvalget* foreslår derfor å inkludere problemstillinger om arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidsrelatert sykdom i de regionale og nasjonale systematiske helseundersøkelsene.

*Utvalgets* vurdering er at tiltaket kan ses i sammenheng med videreutviklingen av de respektive undersøkelsene for øvrig, og gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

*Tiltak 46: Legge til rette for kobling av data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø med norske helseregistre*

Den viktigste datakilden som bidrar til dokumentasjonsgrunnlaget på arbeidsmiljø- og arbeidshelsefeltet er Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø. Undersøkelsen gjennomføres hvert tredje år av SSB. Etter utvidelse og omlegging til rent tverrsnittdesign i 2022 svarte 18 000 sysselsatte på undersøkelsen.

Samtykket i undersøkelsen og personvernloesningen knyttet til undersøkelsen tillater at SSB innhenter noe registerinformasjon om deltakerne for å lette innsamlingsbyrden, samt om legemeldt sykefravær i nærliggende år, men datafilene anonymiseres deretter og det er ikke mulig for forskningsmiljøer å sammenstille data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø med norske helseregistre i ettetid. For hver undersøkelse som gjennomføres med nåværende samtykke går en betydelig andel av forskningspotensialet til undersøkelsen tapt for fremtiden.

*Utvalget* foreslår derfor en endring av samtykket, slik at Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø kan kobles til helseregistre, som en del av forskningsprosjekter. Slik vil man, gjennom sammenstilling av tre bølger med Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø over en ni-års periode, kunne knytte data om arbeidsmiljøforhold for et utvalg på 60 000 sysselsatte sammen med regis-

terdata om helse både tilbake og forover i tid, hvorav om lag 30 000 vil være kvinner.

*Utvalgets* vurdering er at tiltaket kan følges opp gjennom det etablerte samarbeidet mellom statistikkmyndighetene og arbeidsmiljømyndighetene om videreutviklingen av levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø, og gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

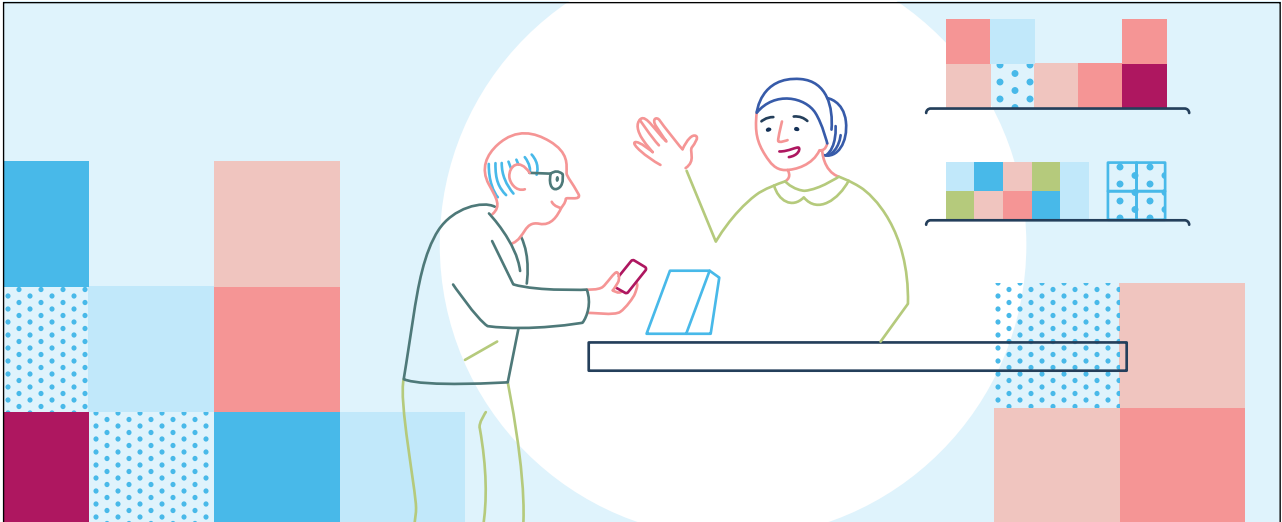
*Tiltak 47: Bedre tilgjengeligheten av arbeidstidsdata fra offentlig sektor gjennom oppdatering av regelverk*

For å fange opp endringer som skjer gjennom yrkeslivet til den enkelte arbeidstaker, er det behov for studier som kartlegger arbeidstid og endringer i arbeidsmiljøeksponeringer over tid. Studier som har tilgang til individuelle registerdata for arbeidstid over mange år, vil kunne gi sik-

re risikoestimer for langtidseffekter. STAMI har derfor etablert et nasjonalt arbeidstidsregister som kan kobles mot ulike helseregistre for å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykefravær og helse. I dag ligger det imidlertid begrensninger i lovverket som hindrer offentlig sektor fra å levere data til arbeidstidsregisteret.

Uten arbeidstidsdata for de kvinnedominerte næringene, som offentlige helse- og omsorgstjenester, mangler man et viktig forskningsgrunnlag for å undersøke hvordan ulike arbeidstidsordninger påvirker kvinners arbeidshelse og arbeidstilknypning.

*Utvalget* foreslår at myndighetene vurderer å endre bestemmelsene i lovverket som kan være til hinder for at offentlige virksomheter kan levere data til STAMIs arbeidstidsregister.



Figur 11.1

## Kapittel 11

# Konsekvensvurderinger av utvalgets tiltaksforslag

### 11.1 Økonomiske og administrative konsekvenser

Mandatet slår fast at utvalget skal vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte tiltak, og mer generelt vurdere tiltak i tråd med utredningsinstruksens krav.

*Utvalget* har foreslått til sammen 47 tiltak. I utformingen av forslagene har *utvalget* lagt vekt på at det for å fremme kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og arbeidstilknytning, er nødvendig å engasjere alle ansvarlige aktører: myndighetene, partene i arbeidslivet, kompetansemiljøer og virksomhetene lokalt, i en satsing på kvinners arbeidshelse – i samarbeid og innenfor sine respektive ansvarsområder. *Utvalget* har derfor foreslått tiltak rettet mot alle aktører i denne kjeden. Tiltakene innebærer vurderinger og oppfølging av regelverk, veiledning, myndighetsoppfølging, kunnskapsutvikling, partssamarbeid, tariffavtaler, opplæring, organisert samarbeid og rammebetingelser på arbeidsplassene.

Tiltakene kan innrettes på ulike måter. Innrettingen vil ha betydning både for hva tiltakene vil kreve av ressurser, og for hva de vil gi av gevinster. Vurderingene av tiltakenes konsekvenser er basert på den informasjonen det har vært mulig å

skaffe innenfor de rammene utvalget har hatt til rådighet.

En overordnet vurdering av tiltakenes økonomiske og administrative konsekvenser er gitt under hvert enkelt tiltak. Det er også gitt eksempler på nyttevirksomheter. Ingen av de foreslåtte tiltakene er av en slik art at det kreves en samfunnsøkonomisk analyse, dvs. en helhetlig analyse av tiltakenes nytte- og kostnadsvirkninger. I det følgende oppsummeres de økonomiske og administrative konsekvensene. Det gis også enkelte eksempler på hva tiltakene kan gi av samfunnsøkonomiske gevinster.

*Utvalget* konstaterer at arbeidet på virksomhetsnivå har stor betydning for kvinners arbeidshelse og foreslår tiltak om systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene, og om arbeidsorganisering og lederstrukturer som fremmer god arbeidshelse i virksomhetene. Dette er tiltak som den enkelte virksomhet må vurdere, innrette og gjennomføre. Partene i arbeidslivet kan spille viktige roller i utviklingen og tilretteleggingen av en del av tiltakene, og *utvalget* foreslår flere tiltak for partssamarbeid som fremmer kvinners arbeidshelse. Tiltakene vil kreve ressursbruk i den enkelte virksomhet og hos partene i arbeidslivet. Det er ikke lagt

opp til at disse tiltakene skal gi økt ressursbruk for myndighetene.

Anbefalingene om nasjonale tiltak og verktøy som fremmer kvinnearbeidshelse, er ment å støtte opp under arbeidet på virksomhets- og bransjenivå. *Utvalgets* vurdering er at de økonomiske og administrative konsekvensene av tiltaksforslagene er beskjedne, og forutsettes å bli dekket gjennom omprioriteringer innenfor gjeldende rammer.

*Utvalget* har vurdert hvordan rammebetingelser og oppfølgingstiltak i arbeidslivet kan bidra til å styrke tilknytningen til arbeidslivet for kvinner med helseutfordringer, også der utfordringene skyldes forhold utenfor arbeidslivet. *Utvalget* foreslår en informasjonskampanje om tilrettelegging for gravide i arbeidslivet som kan kreve friske midler, og nasjonalt veiledningsmaterieell som de ulike myndighetene antas å kunne utforme innenfor gjeldende rammer.

For å bidra til at vold og overgrep utenfor arbeidet følges opp i virksomhetene, foreslår *utvalget* et nytt kompetansetilbud for arbeidslivet på nasjonalt nivå. De økonomiske og administrative konsekvensene av et slikt tilbud vil avhenge av hvordan tilbudet innrettes.

*Utvalget* foreslår en forskningssatsing og flere tiltak for å styrke data- og dokumentasjonsgrunnlaget om kvinners arbeidsmiljø, arbeidshelse og livsfaser. Tiltakene som foreslås for å styrke data- og dokumentasjonsgrunnlaget, kan alle ses i sammenheng med ulike pågående prosesser.

## 11.2 Nyttvirkninger

*Utvalget* har vært opptatt av å utforme tiltak som kan bidra til bedre arbeidshelse og redusert fravær og frafall fra arbeidslivet for kvinner. Tiltak innenfor arbeid og velferd kjennetegnes av at de kan gi svært store gevinster samtidig som gevinstene er vanskelige å vurdere. Årsaksmekanismene vil ofte være komplekse og dels uobserverbare, og dessuten foregå over lang tid og involvere mange aktører. Økt trivsel på jobb kan også gi økt livskvalitet, som igjen kan påvirke arbeidsproduktivitet og livslengde.

Dette betyr ikke at alle tiltak for bedre arbeidshelse vil ha store gevinster. Bedre arbeidshelse krever enkelt sagt at noen endrer atferd, og denne «noen» vil ofte befinne seg på arbeidsplassen: ledelsen, kollegaene eller den ansatte selv. Samtidig har ikke myndighetene mulighet til å utforme tiltak som påvirker denne atferden direkte, men

må gå gjennom virkemidler av juridisk, økonomisk, organisatorisk eller pedagogisk art. Det norske virkemiddelapparatet på arbeidslivs- og velferdsområdet er allerede omfattende, noe som tilsier at de mest effektive virkemidlene allerede er tilgjengelige. Samtidig gjør begrensede ressurser i virksomhetene at ledelsen og de ansatte må prioritere strengt hva de kan sette seg inn i og ta i bruk. Desto viktigere blir det å identifisere hva som er aller viktigst å få virksomhetene til å prioritere, og utforme virkemidler som gjør at de anbefalte prioriteringene blir gjort.

Gevinstene av de foreslåtte tiltakene er altså usikre, og enda større blir usikkerheten når gevinstene skal verdsettes i kroner. Med utgangspunkt i Vista Analyses beregninger av de samfunnsøkonomiske kostnadene ved redusert arbeidshelse for kvinner, er det gjort nytteberegninger for enkelte av tiltakene. Beregningene er presentert i eget vedlegg, og oppsummert i kapittel 8.

Følgende regneeksempler tar utgangspunkt i et tilfeldig utvalg av tiltak og er ikke ment å vise en prioritering av noen tiltak framfor andre:

- *Tiltak 1: Systematisk forebyggende og helsefremmende arbeidsmiljøarbeid i virksomhetene*

Tiltaket omhandler mer systematisk HMS-arbeid i virksomhetene, med vekt på kvinners arbeidshelse. Hvert av de beskrevne undertiltakene vil i større eller mindre grad kunne bidra til gevinster i form av bedre arbeidshelse. Hvilket undertiltak som vil gi størst virkning, vil avhenge av bransje, næring, yrke og en rekke andre karakteristika ved den enkelte arbeidsplass. Dersom man tar utgangspunkt i en virksomhet med 20 kvinneårsverk med et sykefravær på åtte prosent (egenmeldt og lege-meldt), og antar at 2,7 prosentpoeng (33 prosent) av sykefraværet skyldes arbeidsrelatert helsetap, vil dette innebære 123 sykefraværsdager som virksomheten kan påvirke. Hvis vi antar at bedre HMS-arbeid gir en reduksjon i det arbeidsrelaterte sykefraværet med 0,5–1 prosentpoeng (46–77 dager), vil virksomheten kunne spare 100–200 000 kroner per år. Det er da forutsatt at virksomhetens ekstrakostnader ved sykefravær i form av produksjonstap og eventuelle utgifter til vikar, overtidsbetaling til kollegaer som overtar arbeidsoppgaver og øvrige kostnader er på 21 000 kroner per uke. Kostnadene ved fravær varierer på tvers av virksomheter, yrker og bransjer. For virksomheter som i utgangspunktet har et godt HMS-arbeid, eller som ikke har arbeidsoppgaver som i særlig grad eksponerer arbeidstakerne

for risikofaktorer, vil gevinstpotensialet være mindre, og for noen nær null.

- *Tiltak 3: Bruk av bedriftshelsetjenesten for å fremme kvinners arbeidshelse*

Et eksempel i denne sammenheng er barnehage, der bistand fra en bedriftshelsetjeneste kan bedre både fysisk og psykisk arbeidshelse gjennom å bidra til bedre arbeidsstillinger, mindre støy, mindre smitte og bedre håndtering av emosjonelle krav. Bedre arbeidshelse gir lavere sykefravær og frafall fra arbeidslivet, som igjen gir store gevinster knyttet bl.a. til økt produktivitet og lavere helseutgifter, se Vista Analyses rapport (231) og kapittel 8 for nærmere beskrivelser. Dersom økt bruk av bedriftshelsetjenesten reduserer det arbeidsrelaterte sykefraværet blant kvinnelige barnehageansatte med et tilfeldig valgt tall på ett prosentpoeng, tilsier Vista Analyses beregninger at det vil gi en årlig samfunnsøkonomisk gevinst på om lag 35 mill. kroner.<sup>1</sup>

- *Tiltak 40–42: Etablere en samlet og koordinert forskningssatsing på forhold av betydning for kvinners arbeidshelse og helse relatert tilknytning til arbeidslivet*

*Utvalget* foreslår 250 mill. kroner til en forskningssatsing på kvinners arbeidshelse over ti år. Tiltakene består av forskning og kunnskapsutvikling om kvinners arbeidshelse.

---

<sup>1</sup> Se beregningene i vedlegget fra Vista Analyse, kapittel 4. I stedet for fem prosents reduksjon i sykefraværet blant kvinnelige barnehageansatte, brukes her ett prosentpoeng.

Formålet er å forstå mer om eksponeringsfaktorer og virkninger i arbeidslivet for å kunne forebygge arbeidsrelaterte helsetap for kvinner. Tiltakene har også som mål å øke kunnskapen om sammenhengen mellom kvinners livsfaser og arbeidslivet, slik at arbeidslivet i større grad kan tilpasses kvinners livsfaser. Dette vil også gjøre det enklere for kvinner med helsetap, som følge av andre årsaker enn arbeidslivet, å delta i arbeidslivet. Virkningen vurderes over en periode på 20 år. Analysen svarer på hvor stor effekten minst må være for at tiltaket skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er også beregnet hvor stor effekten minst må være for at investeringen skal kunne «nedbetales» på ti år. Resultatene vises både diskontert og udiskontert. Dersom det forutsettes at kunnskapen begynner å gi virkninger etter fem år, der virkningen øker med ti prosent i året fram til år 10, og deretter er konstant fram til år 20, vil en virkning tilsvarende at 30 kvinner fortsetter i eller kommer tilbake til arbeid med en «produksjonsevne» på 75 prosent av beregnet gjennomsnittsproduksjon for kvinner i 2024 være tilstrekkelig til at tiltaket går i balanse. Dersom virkningen i stedet er tilsvarende 60 kvinneårsverk med 75 prosent produksjonsevne sammenlignet med gjennomsnittet, vil tiltakene være lønnsomme i løpet av tiltaksperioden på ti år. Med kunnskapshullene som utvalget har identifisert, er det svært sannsynlig at tiltakene vil gi høy positiv avkastning.



## Referanser

1. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse. Statens Arbeidsmiljøinstitutt; 2024. Report No.: 25:7.
2. SSB. Arbeidskraftundersøkelsen: SSB; 2025 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen>].
3. Meld. St. 31 (2023–2024) *Perspektivmeldingen 2024*.
4. IMDi. Hvordan går det med integreringen i Norge? Indikatorer, status og utviklingstrekk i 2024. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2023.
5. Østbakken KM, Raisel L, Schøne P, Barth E, Hardoy I. Kjønnsegregering og mobilitet i det norske arbeidsmarkedet. Institutt for Samfunnsforskning; 2017. Report No.: 2017:09.
6. Lekve M, Arnesen HS. Hvor likestilt er vi?: SSB; 2024 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/likestilling/artikler/hvor-likestilt-er-vi>].
7. CORE. Topplederbarometer. CORE – Senter for likestillingsforskning; 2022. Report No.: 2022:1.
8. NOU 2016: 1 *Arbeidstidsutvalget – Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet*.
9. Amble N. Historien om den norske turnustradisjonen. In: Ingstad K, editor. Heltidskultur – Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste: Gyldendal; 2024. p. 108-24.
10. Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) *Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. Arbeids- og sosialdepartementet*.
11. STAMI/NOA. Prosentandel som arbeider utenom ordinær dagtid, har nattarbeid og lange arbeidsuker, sortert etter næringsgruppene med høyest forekomst (fordelt på kjønn). SSB/LKU-A 2022. Data fordelt på kjønn bestilt til Kvinnerarbeidshelseutvalgets arbeid.: Upublisert; 2025.
12. Bråthen K. Fafos forskning og kunnskapsutvikling på heltid-deltidsfeltet de siste 15 årene. 2024.
13. Moland L, Bråthen K. Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?: Fafo; 2012. Report No.: 2012:14.
14. Jia Z, Kornstad T, Stølen NM, Hjernås G. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040. SSB; 2023. Report No.: 2023:2.
15. Norsk Sykepleierforbund. Heltidsbarometer: Norsk Sykepleierforbund; 2024 [updated 01.11.2024. Available from: <https://www.nsf.no/heltidsbarometer>].
16. Fagforbundet. Deltidslista: Fagforbundet; 2024 [updated 01.11.2024. Available from: <https://www.fagforbundet.no/deltidslista/>].
17. Olsen B, Næsheim H. Kjønnsdelte yrker – har innvandrere et annet mønster?: SSB; 2019 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kjonnsdelte-yrker-har-innvandrere-et-annet-monster?tabell=390010>].
18. NOU 2021: 2 *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*.
19. Cools S, Hoen MF, Strøm M. Atypisk arbeid som hovedtilknytning i arbeidslivet 1995-2021. Omfang, arbeidsvilkår og overganger til fast arbeid.: Institutt for samfunnsforskning; 2023. Report No.: 2023:9.
21. Edelmann FS. Antall jobber i utleienæringen på samme nivå som tidligere: SSB; 2023 [updated 31.5.2023].
22. Moland LE, Tofteng M, Nesland A. Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Fafo; 2023. Report No.: 2023:17.
23. Lien H. De fleste som tjener penger gjennom digitale plattformer driver med privat eiendomsutleie: SSB; 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/de-fleste-som-tjener-penger-gjennom-digitale-plattformer-driver-med-privat-eiendomsutleie>].
24. Faggruppen for IA-arbeidet. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk. IA-faggruppen; 2024. Report No.: 1.

25. Proba Samfunnsanalyse. Bruk av utvidet rett til egenmeldinger – omfang og konsekvenser. Proba Samfunnsanalyse; 2024. Report No.: 2024:21.
26. Moberg LL. Utviklingen i legemeldt sykefravær – Året 2023. Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2024.
27. Gading R. Betydelig lavere sykefravær blant midlertidig ansatte: SSB.no; 2024 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/betydelig-lavere-sykefravaer-blant-midlertidig-ansatte>].
28. Moland L, Bråthen K. Omfang av og forklaringer på vikarbruk i helse- og omsorgstjenestene. In: Ingstad K, editor. Heltidskultur – Strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste: Gyldendal; 2024. p. 46-72.
29. Fedoryshyn N, Falch-Monsen B. Etnisk mangfold og inkludering i arbeidslivet. Indikatorer, status og utviklingstrekk.: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2024.
30. Bruer-Skarsbø Ø. Sykefravær blant innvandrere: SSB; 2020 [Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/sykefravaer-blant-innvandrerer>].
31. STAMI. NOA. Sykefravær blant gravide 2025 [25.02.2025]. Available from: <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/sykefravaer-blant-gravide/>.
32. Nav. Foreldrepenger, engangsstønad og svangerskapspenger: Nav.no; 2024 [updated 17.09.2024. Available from: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/foreldrepenger-engangsstonad-og-svangerskapspenger>].
33. Grønlien E. Arbeidsavklaringspenger 2024 – Statistikknotat. Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2025.
34. Grønlien E. Arbeidsavklaringspenger 2023. Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2024.
35. Ellingsen J. Utviklingen i uføretrygd, 2024. Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2025.
36. Hernæs E, Hernæs Ø, Røed K. Hvem er «sliterte» i arbeidslivet? Søkelys på arbeidslivet. 2024;41(1):1-19.
37. Hetland A, Hetland A, Normann TM. Yrker og næringer blant nye mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger. SSB; 2022. Report No.: 2022:19.
38. Fedoryshyn N, Normann TM. Vanligst for uføre å jobbe i salgs- og serviceyrker: SSB.no; 2021 [Available from: [www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/vanligst-for-ufore-a-jobbe-i-salgs-og-serviceyrker](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/vanligst-for-ufore-a-jobbe-i-salgs-og-serviceyrker)].
39. Arbeidsgruppe – Særaldersgrenser før og nå. Særaldersgrenser før og nå – og en vurdering av det framtidige behovet. Regjeringen.no; 2023.
40. NOU 2024: 11 *Lavlønn i Norge*.
41. Nergaard K. Organisasjonsgrader, tariffavtaledekning og arbeidskonflikter 2016/17. Fafo; 2018. Report No.: 2018:20.
42. Røberg K, Svare H, Dahl E, Nørgaard E. YS Arbeidslivsbarometer 2024: Kontroll og tillit på jobb. Norsk arbeidsliv 2024. OsloMet, Arbeidsforskningsinstituttet; 2024.
43. Nergaard K. Organisasjonsgrader, tariffavtaledekning og arbeidskonflikter 2022. Fafo; 2024. Report No.: 2024:05.
44. Alsos K, Nergaard K, Svarstad E. Arbeidsgiverorganisering og tariffavtaler. Fafo; 2021. Report No.: 2021:07.
45. Dapi B, Svarstad E. Lavlønn: Nærings- eller virksomhetsfenomen?: Fafo; 2023. Report No.: 2023:15.
46. STAMI. Arbeidsmiljøfaktorer: STAMI, NOA; [Available from: <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/>].
47. STAMI. Arbeidsmiljøets påvirkning på kvinners arbeidshelse og arbeidstilknytning. Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2025. Report No.: 26:2.
48. Arbeidstilsynet. Organisatorisk arbeidsmiljø [Available from: <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsmiljo/organisatorisk-arbeidsmiljo/>].
49. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occupational and Environmental Medicine. 2014;71(10):730-6.
50. Knardahl S, Johannessen HA, Sterud T, Härmä M, Rugulies R, Seitsamo J, Borg V. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. BMC Public Health. 2017;17(1):176.
51. Knardahl S, Sterud T, Nielsen MB, Nordby K-C. Arbeidsplassen og sykefravær – Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016;19(2):179-99.
52. Taibi Y, Metzler YA, Bellingrath S, Müller A. A systematic overview on the risk effects of psychosocial work characteristics on mus-

- culoskeletal disorders, absenteeism, and workplace accidents. *Appl Ergon.* 2021;95:103434.
53. Jahn A, Andersen JH, Christiansen DH, Seidler A, Dalbøge A. Occupational mechanical exposures as risk factor for chronic low-back pain: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2023;49(7):453-65.
  54. Blangsted AK, Hansen K, Jensen C. Muscle activity during computer-based office work in relation to self-reported job demands and gender. *Eur J Appl Physiol.* 2003;89(3-4):352-8.
  55. Côté JN. A critical review on physical factors and functional characteristics that may explain a sex/gender difference in work-related neck/shoulder disorders. *Ergonomics.* 2012;55(2):173-82.
  56. Nordander C, Ohlsson K, Balogh I, Hansson GA, Axmon A, Persson R, Skerfving S. Gender differences in workers with identical repetitive industrial tasks: exposure and musculoskeletal disorders. *Int Arch Occup Environ Health.* 2008;81(8):939-47.
  57. Jakobsen MD, Sundstrup E, Brandt M, Persson R, Andersen LL. Characterization of Occupational Lifting Patterns with Exposure Variation Analysis. Cross-sectional Workplace Study among Blue-Collar Workers. *Ann Work Expo Health.* 2022;66(7):863-77.
  58. Mehlum IS. How much sick leave is work-related? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2011;131(2):122-5.
  59. Bruusgaard D. [Cause of or consequence of?]. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2011;131(2):109.
  60. Håpnes T, Ose SO, Øyum L. Sykefraværsarbeid i sykehus. SINTEF; 2018.
  61. Hagen IM, Steen Jensen R. Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor. Innspill til en debatt. Fafo; 2022. Report No.: 2022:06.
  62. Sterud T. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.* 2013;39(5):468-76.
  63. Midtsundstad T, Hilsen AI, Nilsson K. Bransjespesifikk seniorpolitikk. Fafo; 2022. Report No.: 2022:21.
  64. Akerstrom M, Wahlström J, Lindegård A, Arvidsson I, Fagerlind ACS. Risk and health-promoting factors in the healthcare sector – organisational factors of importance to the health of employees. The Swedish Agency for Work Environment Expertise; 2023. Report No.: Systematic literature review 2023:11.
  65. Buvik M, Thun S, Ose S. Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet. En studie av omfang, håndtering og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant fem yrkesgrupper.; 2023. Report No.: 2023:01366.
  66. Johannessen HA, Tynes T, Sterud T. Effects of Occupational Role Conflict and Emotional Demands on Subsequent Psychological Distress: A 3-Year Follow-Up Study of the General Working Population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2013;55(6):605-13.
  67. van der Molen HF, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MHW, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2020;10(7):e034849.
  68. Knutsen RH, Nielsen MB, Lunde LK, Skare Ø, Johannessen HA. Impact of psychosocial work factors on risk of medically certified sick leave due to common mental disorders: a nationwide prospective cohort study of Norwegian home care workers. *BMC Public Health.* 2024;24(1):773.
  69. Hagen IM, Svalund J. Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren. Fafo; 2019. Report No.: 2019:32.
  70. Hellevik T, Herlofsen K. Helse relatert avgang fra arbeidslivet blant kvinner: Hva betyr helsestatus, arbeidsforhold og familiesituasjon? Analyser av data fra NorLAG-studien. NOVA; 2025.
  71. Härmä M, Kecklund G, Tucker P. Working hours and health – key research topics in the past and future. *Scand J Work Environ Health.* 2024;50(4):233-43.
  72. Natt- og alenearbeid i varehandelen. Rapport fra utvalg oppnevnt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 2024.
  73. Matre D, Skogstad M, Sterud T, Nordby K-C, Knardahl S, Christensen JO, Lie J-AS. Safety incidents associated with extended working hours. A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.* 2021(6):415-24.
  74. Ingstad K, Amble N. En ny ro med langturnus: Less job stress with 12-hour shifts. *Nordic Journal of Nursing Research.* 2015;35(3):152-7.

75. Garde AH, Harris A, Vedaa Ø, Bjorvatn B, Hansen J, Hansen ÅM, et al. Working hour characteristics and schedules among nurses in three Nordic countries – a comparative study using payroll data. *BMC Nursing*. 2019;18(1):12.
76. Lie J-AS. Arbeidstid og helse: Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. STAMI; 2014.
77. Holmelid Ø, Pallesen S, Bjorvatn B, Sunde E, Waage S, Vedaa Ø, et al. Simulated quick returns in a laboratory context and effects on sleep and pre-sleep arousal between shifts: a crossover controlled trial. *Ergonomics*. 2024;1-11.
78. Ingstad K, Haugan G. Balancing act: exploring work-life balance among nursing home staff working long shifts. *BMC Nurs*. 2024; 23(1): 499.
79. Moland LE. Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. Fafo; 2021. Report No.: 2021:01.
80. Ingelsrud MH, Falkum E. Heltidskultur i kommunal helse og omsorg – Et spørsmål om fordeling av arbeid. OsloMet, Arbeidsforskningsinstituttet; 2019. Report No.: 2019:05.
81. NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
82. STAMI. Arbeidstid, helse og sikkerhet 2025 [Available from: <https://stami.no/rad-om-arbeidstid-med-hensyn-til-helse-og-sikkerhet/>].
83. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastiani M, Davenport MH. The impact of occupational shift work and working hours during pregnancy on health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(6):563-76.
84. Garde AH, Begtrup L, Bjorvatn B, Bonde JP, Hansen J, Hansen Å M, et al. How to schedule night shift work in order to reduce health and safety risks. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(6):557-69.
85. Wagstaff AS, Sigstad Lie JA. Shift and night work and long working hours—a systematic review of safety implications. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(3):173-85.
86. Scott-Marshall HK. Safe limits on work hours for the nursing profession: a rapid evidence review. *Front Glob Womens Health*. 2024;5:1455422.
87. Vedaa Ø, Harris A, Erevik EK, Waage S, Bjorvatn B, Sivertsen B, et al. Short rest between shifts (quick returns) and night work is associated with work-related accidents. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(6):829-35.
88. Ropponen A, Koskinen A, Puttonen S, Ervasti J, Kivimäki M, Oksanen T, et al. Working hours, on-call shifts, and risk of occupational injuries among hospital physicians: A case-crossover study. *Journal of Occupational Health*. 2022;64(1):e12322.
89. Bae S-H. Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(15-16):2202-21.
90. IARC. Night shift work. 2020. Report No.: IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans Volume 124.
91. Kecklund G, Axelsson J. Health consequences of shift work and insufficient sleep. *Bmj*. 2016;355:i5210.
92. Moreno CRC, Marqueze EC, Sargent C, Wright Jr KP, Ferguson SA, Tucker P. Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work on physical and mental health. *Ind Health*. 2019;57(2):139-57.
93. Moretti Anfossi C, Ahumada Muñoz M, Tobar Fredes C, Pérez Rojas F, Ross J, Head J, Britton A. Work Exposures and Development of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. *Annals of Work Exposures and Health*. 2022;66(6):698-713.
94. Boini S, Bourgkard E, Ferrières J, Esquirol Y. What do we know about the effect of night-shift work on cardiovascular risk factors? An umbrella review. *Front Public Health*. 2022;10:1034195.
95. Vetter C, Dashti HS, Lane JM, Anderson SG, Schernhammer ES, Rutter MK, et al. Night Shift Work, Genetic Risk, and Type 2 Diabetes in the UK Biobank. *Diabetes Care*. 2018;41(4):762-9.
96. Wang Y, Yu L, Gao Y, Jiang L, Yuan L, Wang P, et al. Association between shift work or long working hours with metabolic syndrome: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Chronobiol Int*. 2021;38(3):318-33.
97. Fevang E, Fidjeland A, Gautun H, Lillebråten A, Lillebø OS. Turnusordninger i kommunenes helse- og omsorgstjenester – kraftig vekst i omfang av langvakter, årsturnus og fleksibel turnus. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2024;10(3):1-22.

98. Arlinghaus A, Vetter C, Gärtner J. An updated review of the effect of work hours and shift work on musculoskeletal disorders (MSD) in the healthcare sector. *sozialpolitikch*. 2022.
99. Ose SO, Tjønnås MS, Kaspersen SL, Færevik H. One-year trial of 12-hour shifts in a non-intensive care unit and an intensive care unit in a public hospital: a qualitative study of 24 nurses' experiences. *BMJ Open*. 2019;9(7):e024292.
100. Bigert C, Kader M, Andersson T, Selander J, Bodin T, P P, et al. Night and shift work and incidence of cerebrovascular disease – a prospective cohort study of healthcare employees in Stockholm. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2021;48.
101. Kader M, Selander J, Andersson T, Albin M, Bodin T, Härmä M, et al. Night and shift work characteristics and incident ischemic heart disease and atrial fibrillation among healthcare employees – a prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(7):520-9.
102. Djupedal ILR, Harris A, Svensen E, Pallesen S, Waage S, Nielsen MB, et al. Effects of a work schedule with abated quick returns on insomnia, sleepiness, and work-related fatigue: results from a large-scale cluster randomized controlled trial. *Sleep*. 2024;47(7).
103. Peters S, Udem K, Solovieva S, Selander J, Schlünssen V, Oude Hengel KM, et al. Narrative review of occupational exposures and noncommunicable diseases. *Ann Work Expo Health*. 2024;68(6):562-80.
104. Lohne FK, Xu K, Fimland MS, Palarea-Albaladejo J, Redzovic S. Association between musculoskeletal pain and exposures to awkward postures during work: a compositional analysis approach. *Ann Work Expo Health*. 2024;68(5):522-34.
105. Veiersted KB. Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager – kunnskapsstatus om årsaker og muligheter for yrkesskade. 2022.
106. Svanes Ø, Bertelsen RJ, Lygre SHL, Carsin AE, Antó JM, Forsberg B, et al. Cleaning at Home and at Work in Relation to Lung Function Decline and Airway Obstruction. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;197(9):1157-63.
107. Levy BS. Occupational and environmental health. 7 ed: Oxford; 2018.
108. NOA+. Bransjeprofiler: STAMI; 2024 [Available from: <https://noa.stami.no/yrker-og-naeringer/noa/>].
109. Sjödin F, Kjellberg A, Knutsson A, Landström U, Lindberg L. Noise and stress effects on preschool personnel. *Noise Health*. 2012;14(59):166-78.
110. Aagestad C, Tyssen R, Sterud T. Do work-related factors contribute to differences in doctor-certified sick leave? A prospective study comparing women in health and social occupations with women in the general working population. *BMC Public Health*. 2016;16:235.
111. Hermansen Å, Dahl E. Constructing and validating an Occupational Mechanical Job Exposure Index based on five Norwegian nationwide Surveys of Living Conditions on work environment. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2028.
112. Le GH, Hermansen Å, Dahl E. Constructing and validating an occupational job strain index based on five Norwegian nationwide surveys of living conditions on work environment. *BMC Public Health*. 2023;23(1):50.
113. Johannessen HA, Nielsen MB, Knutsen RH, Skare Ø, Christensen JO. Emotional dissonance and mental health among home-care workers: A nationwide prospective study of the moderating role of leadership behaviors. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2025.
114. World Health Organization, Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. 2010.
115. OECD. Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices. 2022.
116. Nielsen K, Noblet A. Organizational Interventions for Health and Well-Being: A Handbook for Evidence-Based Practice 2018.
117. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2014. p. 43-68.
118. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2013;12:57.

119. TUC. Personal protective equipment and women: Guidance for workplace representatives on ensuring it is a safe fit. 2017.
120. McQuerry M, Kwon C, Poley-Bogan M. Female firefighters' increased risk of occupational exposure due to ill-fitting personal protective clothing. *Frontiers in Materials*. 2023;10:1-10.
121. Foereland S, Robertsen O, Hegseth MN. Do Various Respirator Models Fit the Workers in the Norwegian Smelting Industry? *Saf Health Work*. 2019;10(3):370-6.
122. Caggiari S, Bader D, Packman Z, Robinson J, Tranka S, Böhning D, Worsley P. Retrospective evaluation of factors affecting successful fit testing of respiratory protective equipment during the early phase of COVID-19. *BMJ Open*. 2023;13(5):e065068.
123. de Groen W, Kilhoffer Z, Lenaerts K, Mandl I. Employment and working conditions of selected types of platform work. 2018.
124. Christensen J, Finne L, Garde A, Nielsen M, Sørensen K, Vleeshouwers J. The influence of digitalization and new technologies on psychosocial work environment and employee health: a literature review. National Institute of Occupational Health, Norway (STAMI), National Research Centre for the Working Environment, Denmark (NRCWE); 2020.
125. Eklund J, Palm K, Bergman A, Rosengren C, Aronsson G. Framtidens arbetsmiljö – trender, digitalisering och anställningsformer. Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2020.
126. Degerud E, Gravseth HM. Fakta om arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer. Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2023.
127. Mehlum IS. Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. 2014.
128. Solovieva S, de Wind A, Udem K, Dudel C, Mehlum IS, van den Heuvel SG, et al. Socioeconomic differences in working life expectancy: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):735.
129. Sterud T, Johannessen HA. Do work-related mechanical and psychosocial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 42(3): 329–334. 2014.
130. Sterud T, Tynes T, Mehlum IS, Veiersted KB, Bergbom B, Airila A, et al. Arbeidsmiljø og helse blant innvandrerpopulasjoner: En systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen i Europa og Canada. 2019.
131. Akay PA, Ahmadi N. The Work Environment of Immigrant Employees in Sweden – a Systematic Review. *Journal of International Migration and Integration*. 2022;23:2235-68.
132. Sterud T, Tynes T, Mehlum IS, Veiersted KB, Bergbom B, Airila A, et al. A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada. *BMC Public Health*. 2018;18(1):770.
133. Dalen K, Flatø H, Friberg JH. Hverdagsintegrering. En pilotundersøkelse om tillit, tilhørighet, deltakelse og diskriminering i innvandrerbefolkningen. 2022.
134. Ødegård AM, Andersen RK. Norskkompetanse blant arbeidstakere født i utlandet. Fafo; 2020. Report No.: 2020:27.
135. Haugland I. Innvandrere er mer utsatt for arbeidsmiljøbelastninger. Statistisk sentralbyrå. 2024.
136. Hansen H-T, Holmås TH, Islam MK, Naz G. Sickness Absence Among Immigrants in Norway: Does Occupational Disparity Matter? *European Sociological Review*. 2013;30(1):1-12.
137. With ML. Lav lønn og tungt arbeid. SSB Analyse: Arbeidsmiljø blant lavlønte. 2019.
138. Sterud T, Christensen JO, Johannessen HA, Nordby K-C. Midlertidig ansettelsesformer og helse: en kunnskapsoversikt. STAMI; 2014.
139. Rönnblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health – a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2019;45(5):429-43.
140. Scuchert A. Kvinnerns arbeidsmiljø i petroleumsnæringen. Havindustritilsynet; 2024.
141. Arbeidstilsynet. Kvinnearbeidshelse – Regelverksutvikling og Arbeidstilsynets oppfølging.; 2025.
142. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse. 2015.
143. Nergaard K. Kvinnedominerte bransjer. Organisasjonsgrad og tariffdekning. Epost til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 2024.
144. NOU 2010: 13 *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*.
145. STAMI. NOA. Arbeidstid og -tilknytning. Om arbeidsstyrken. 2025 [Available from: <https://noa.stami.no/om-arbeidsstyrken/arbeidstid-og-tilknytning/>].

146. Steen Jensen R, Nergaard K. Varehandel som inkluderingsarena – Rekruttering, opplæring og arbeidstrening. Fafo; 2017. Report No.: 2017:25.
147. Øyeflaten I, Kjestveit K, Skagseth M, Labriola M, Holte KA. Kartlegging av arbeidsmiljøarbeid i 74 barnehager. NORCE; 2024. Report No.: 2024:4.
148. Ose SO, Jiang L, Bungum B. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. SINTEF; 2014.
149. Hoff EH, Mykletun A. Kjønnforskjeller i sykefravær. Hva er mulige forklaringer, og hva er kunnskapshullene? 2022.
150. Mastekaasa A. Kvinner og sykefravær. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016;Årgang 19, Nr. 2-2016:125 – 47.
151. Lunde ES, Ramm JS, Syse A. Kvinners liv og helse siste 20 år. 2022. Report No.: 2022:41.
152. Gjellestad M, Haraldstad K, Enehaug H, Helmersen M. Women's Health and Working Life: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(2).
153. Gjellestad M. Kvinnehelse og arbeid i et folkehelseperspektiv: Hva betyr kvinners helse for deltakelse i arbeidslivet? [Doctoral dissertation]2024.
154. NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.*
155. Gjellestad M, Enehaug H, Haraldstad K, Nilssen V, Helmersen M. Women's health at work: a qualitative study on women's health issues in work participation. Experiences and expectations from female teachers and managers in Norwegian high schools. BMC Public Health 24. 2024;1750 (2024).
156. Schoep M, Adang E, Maas J, De Bie B, Aarts J, Nieboer T. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: A nationwide cross-sectional survey among 38 748 women. BMJ Open. 2019;2019:9 (6).
157. Helde I, Nossen JP. Sykefravær blant gravide 2001 – 2014. Arbeid og velferd. 2016.
158. Pascoe E, Richman, LS. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. Psychol Bull. 2009;135(4): 531–554.
159. Lima A. Kjønnforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. Arbeid og velferd; 2018.
160. Verdonk P, Bendien, E., Appelman, Y. Menopause and work: A narrative literature review about menopause. Work and health. Work 2022;72 (2). 2022:483-96.
161. Conti G, Ginja, R., Persson, P., Willage, B. The Menopause «Penalty». Institute for Fiscal Studies; 2024.
162. Regjeringen. Regjeringens Kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse. 2024.
163. SSB. Tidsbruksundersøkelsen 2024. Hva bruker vi tiden vår på?; 2024.
164. NOU 2024: 8 *Likestillingens neste steg – Mannsutvalgets rapport.*
165. Helsedirektoratet. Nasjonal pårørendeundersøkelse. 2021/2022.
166. Gautun H, Bratt C. Caring for older parents in Norway – How does it affect labor market participation and absence from work? Social science & medicine. 2024;346:116722-.
167. Ramirez Lizardi E, Fevang E, Røed K, Øien H. Effects of Health Shocks on Adult Children's Labor Market Outcomes and Well-Being. 2024.
168. Menon. Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. 2023.
169. Alsaker K, Moen BE, Baste V, Morgen T. Hvordan har det å leve med familievold påvirket arbeidssituasjonen? En kvalitativ studie blant voldsutsatte kvinner i Norge. J Fam Vold. 2016;2016;31: 479-487.
170. Steine IM, Bjorvatn B, Winje JG, Grønli J, Nordhus IH, Milde AM, Pallesen S. Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder – funn fra et norsk befolkningsutvalg. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2020. 2020:260-71.
171. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv.; 2014.
172. Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF, Skauge AD. Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen.; 2023.
173. Bjørnholt M. Fortsettelsesvold etter samlivsbrudd: Konsekvenser for mødres helse og livskvalitet. Tidsskrift for velferdsforskning. 2024.
174. Bang L, Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., Suren, P. et al.. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Folkehelseinstituttet Oslo; 2024.
175. Gjellestad M, Enehaug H, Haraldstad K, Nilssen V, Helmersen M. How does women's health matter? A qualitative study on women's health issues in relation to work participation. Experiences and perspectives from nurses and managers in a Norwegian hospital. Health Care for Women International. 2024:1-26.

176. Holbæk-Hanssen J. Holdninger til sykefravær: Hva mener befolkningen? *Arbeid og velferd*. 2020;2020:1.
177. Nossen JP. Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? *Arbeid og velferd*. 2019;Utgave 4 2019.
178. Hellevik T, Hellevik O, Østbakken KM. Kan det godtas å være hjemme fra jobben selv om en strengt tatt er frisk nok til å gå? Kjønnforskjeller i synet på «uberrettiget» sykefravær. *Søkelys på arbeidslivet*. 2019;36 (01–02):79–99.
179. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: Prevalence, causes, and consequences. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2005;47(9):958 – 66.
180. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2009;82(90):1179 – 90.
181. Niven K, Ciborowska N. The hidden dangers of attending work while unwell: a survey study of presenteeism among pharmacists. *International Journal of Stress Management*. 2015;22(2):2007 – 21.
182. Hemp P. Presenteeism: At work—but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004;Oct.82(10):49-58.
183. Steed LB, Swider BW, Keem S, Liu JT. Leaving Work at Work: A Meta-Analysis on Employee Recovery From Work. *Journal of Management*. 2021;47(4):867 – 97.
184. Sonnentag S, Venz L, Casper A. Advances in recovery research: what have we learned? what should be done next. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2017;22(3):365 – 80.
185. Wang M, Lu C, Lu L. The positive potential of presenteeism: an exploration of how presenteeism leads to good performance evaluation. *Journal of Organizational Behavior*. 2022;44(6):920 – 35.
186. Løset G, Dale-Olsen H, Hellevik T, Maste-kaasa A, von Soest T, Østbakken K. Likestilling i sykefraværstoleranse: Holdninger og normer for sykefravær er ikke forskjellige for menn og kvinner. *PLoS ONE* 13(8): e0200788. 2018.
187. Europakommisjonen. EUs strategiske ramme for helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen 2021–2027. 2021.
188. Beskæftigelsesministeriet. Trepartsaftale om prioriterte nationale mål for arbejdsmiljøindsatsen. 2020.
189. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverkets rapport om särskilda förebyggande insatser inom kvinnodominerat arbete. 2017.
190. Fabrikktilsynsloven. Lov 27. juni 1892 om tilsyn med arbeid i fabrikker m.v.; 1892.
191. NOU 2004: 5 *Arbeidslivslovutvalget – Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*.
192. Ot.prp. nr. 35 (1914) *Om utførelse av Lov om arbeiderbeskyttelse i industrielle virksomheter*.
193. Bull E. *Arbeidervern gjennom 60 år.: Tiden Norsk Forlag; 1953.*
194. Forskrift om utførelse av arbeid. Forskrift 6. desember 2011 nr. 1357 om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav. Kapittel 7. Arbeid med fare for forplantningsskader. 2011. FOR-2011-12-06-1357.
195. Forskrift om bedriftshelsetjeneste. Forskrift om hvilke virksomheter som skal ha knyttet til seg verne- og helsepersonale (bedriftshelsetjeneste). 1989. FOR-1989-06-08-914.
196. Ekspertgruppe for bedriftshelsetjenesten i Norge. Hva bør skje med BHT? – En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver. 2018.
197. Mandal R, Dyrstad K, Melby L, Midtgård T. Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge. SINTEF; 2016.
198. Folketrygdloven. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd. 1997. LOV-1997-02-28-19.
199. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar, 2023*.
200. Ot.prp. nr. 54 (2008–2009) *Om lov om endringer i arbeidsmiljøloven (likestilling av arbeidstiden for skift- og turnusarbeidere mv.)*.
201. Prop. 83 L (2012–2013) *Endringer i arbeidsmiljøloven mv. (søksmålsrett for fagforeninger mv., overtredelsesgebyr og ufrivillig deltid*.
202. Likestillings- og diskrimineringsloven. Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). 2017. LOV-2017-06-16-51.
203. Lov om aldersgrenser for statsansatte m.fl. Lov om aldersgrenser for statsansatte m.fl. 1956. LOV-1956-12-21-1.
204. Forskrift om pensjon for kommuneansatte. Forskrift om pensjonsordninger for kommunalt eller fylkeskommunalt ansatte. 1997. FOR-1997-04-22-374.



205. SGS 2020 Pensjonsordninger. KS Pensjonsordninger. 1.1.2024–31.12.2025. Kommuneforlaget; 2024.
206. Sykepleierpensjonsloven. Lov om pensjonsordning for sykepleiere. 1962. LOV-1962-06-22-12.
207. Meld. St. 6 (2023–2024) *Et forbedret pensjonssystem med en styrket sosial profil 2023*.
208. NOU 2004: 3 *Arbeidsskadeforsikring*.
209. Dokument 8:150 S (2020–2021). Representantforslag om nødvendige endringer i regelverket for yrkesskade, herunder de såkalte «oljepionerene». 2021.
210. Hurdalsplattformen. Hurdalsplattformen – For en regjering utgått av Arbeiderpartiet og Senterpartiet. 2021-2025. 2021.
211. NOU 2008: 11 *Yrkessykdommer – Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom*.
212. Forskrift om sykdommer og forgiftninger m.v. som skal likestilles med yrkesskade. Forskrift om sykdommer og forgiftninger m.v. som skal likestilles med yrkesskade. 1997. FOR-1997-03-11-219.
213. Yrkessykdomsforskriften. Forskrift om yrkessykdommer, klimasykdommer og epidemiske sykdommer som skal likestilles med yrkesskade. 1997. Report No.: FOR-1997-03-11-220.
214. Yrkesskadeforsikringsloven. Lov om yrkesskadeforsikring. 1989. Report No.: LOV-1989-06-16-65.
215. Agenda Kaupang. Evaluering av arbeidsmiljøetsatsingen. Agenda Kaupang; 2023. Contract No.: R1020919-03.
216. Arbeidstilsynet. Arbeidsmiljøetsatsingen 2023. Rapport til Arbeids- og inkluderingsdepartementet fra STAMI, NAV, Havindustritilsynet og Arbeidstilsynet. 2024.
217. Fugelli P, Ingstad, Benedicte. Helse på norsk, God helse slik folk ser det.: Gyldendal akademisk; 2014.
218. NOU 2000: 27 *Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv*.
219. Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) – 2025–2028. Arbeids- og inkluderingsdepartementet; 2025.
220. Regjeringen.no. Bransjeprogrammer under IA-avtalen 2019–2022 – Forslag fra partssammensatt arbeidsgruppe. Regjeringen; 2019.
221. STAMI. Kartlegging av arbeidsmiljøforhold i IA-bransjeprogram. 2024.
222. Deloitte. Evaluering av bransjeprogram som virkemiddel i IA-avtalen. 2023.
223. Nergaard K. Holdninger til fagorganisering. En undersøkelse blant lønnstakere. Fafo; 2020. Report No.: 2020: 33.
224. Trygstad S, Alsos K, Andersen R, Bråten M, Hagen IM, Steen Jensen R. Arbeidstakeres medbestemmelse og medvirkning. Fafo; 2021. Report No.: 2021:10.
225. Buvik MP, Thun S, Øyum L. Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Hva er et godt forebyggende arbeidsmiljø og hvordan bidrar partssamarbeidet til dette?: SINTEF; 2018. Report No.: 2018-00851.
226. Lillebråten A, Tøge AG, Bernstrøm VH. Reducing sickness absence: a work environment intervention in Norwegian hospitals. BMC Health Services Research. 2024;24(1):920.
227. BarnehageHMS. [Available from: <https://www.barnehagehms.no/>].
228. Solberg AG. Evaluering av «Kurs i rolleforståelse og partssamarbeid». OsloMet, Arbeidsforskningsinstituttet; 2023. Report No.: 2023:10.
229. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2019 – 2022. Arbeids- og sosialdepartementet. 2018.
230. Deloitte. Evaluering av opplæring i arbeidsmiljøarbeid. 2024.
231. Vista Analyse. Samfunnsøkonomiske vurderinger knyttet til kvinners arbeidshelse. Vista Analyse; 2025.
232. Finansdepartementet. Rundskriv R-109: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. 2021.
233. Oslo Economics. Samfunnsnyttens av bedriftshelsetjenesten. Oslo Economics; 2018.
234. Hem KG, Dahl Ø, Rohde T, Øren A. Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader.; 2016.
235. Global Burden of Disease. 2021.
236. Nav. Uføretrygdene hvor hele eller deler av uførheten skyldes yrkesskade pr. 31. desember 2014-2023: nav.no; 2024 [updated 15.01.2025] Available from: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/relatert-informasjon/arkiv-uforetrygdene-hvor-hele-eller-deler-av-uforheten-skyldes-yrkesskade-pr.31.desember-2014-2023>

# Norges offentlige utredninger

## 2024

### **Arbeids- og inkluderingsdepartementet:**

NOU 2024: 3 Felles innsats mot ekstremisme:  
Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet  
NOU 2024: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2024  
NOU 2024: 11 Lavlønn i Norge  
NOU 2024: 13 Lov og frihet

### **Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet:**

NOU 2024: 1 Definisjon og registrering av ideelle velferdsaktører  
NOU 2024: 14 Med lov skal data deles  
NOU 2024: 17 Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester

### **Finansdepartementet:**

NOU 2024: 16 Endringer i verdipapirhandelloven  
NOU 2024: 21 Trygge og enkle betalinger for alle  
NOU 2024: 22 Norske sparebanker – tradisjon og tilpasning

### **Helse- og omsorgsdepartementet:**

NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste

### **Justis- og beredskapsdepartementet:**

NOU 2024: 4 Voldtekt – et uløst samfunnsproblem  
NOU 2024: 5 Maktens ansikt  
NOU 2024: 12 Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser  
NOU 2024: 24 Prøvd på nytt

### **Klima- og miljødepartementet:**

NOU 2024: 2 I samspill med naturen  
NOU 2024: 10 Ny motorferdsellov

### **Kommunal- og distriktsdepartementet:**

NOU 2024: 19 Ny boligleieLov  
NOU 2024: 23 Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi

### **Kultur- og likestillingsdepartementet:**

NOU 2024: 8 Likestillingens neste steg

### **Kunnskapsdepartementet:**

NOU 2024: 20 Det digitale (i) livet

### **Nærings- og fiskeridepartementet:**

NOU 2024: 9 Ny lov om offentlige anskaffelser  
– Andre delutredning

### **Samferdselsdepartementet:**

NOU 2024: 15 En bedre regulert drosjenæring

### **Utenriksdepartementet:**

NOU 2024: 7 Norge og EØS: Utvikling og erfaringer

## Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
publikasjoner.dep.no  
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Omslag- og kapittelillustrasjoner:  
Melkeveien designkontor AS

Trykk: Departementenes sikkerhets- og  
serviceorganisasjon – 04/2025

