



Tove Midtsundstad og
Roy A. Nielsen

Det erfarne blikket

Seniorer i pleie- og
omsorgssektoren

Fafo-rapport
2021:20

Tove Midtsundstad og Roy A. Nielsen

Det erfarne blikket

Seniorer i pleie- og omsorgssektoren

Fafo-rapport 2021:20

Fafo-rapport 2021:20

© Fafo 2021

ISBN 978-82-324-0611-1

ISSN 2387-6859

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
Syssetting i pleie- og omsorgssektoren.....	6
Arbeidsforhold, sykefravær og pensjonering	6
Seniorene forteller	8
Hva kan gjøres?	9
1 Innledning	11
1.1 Pleie- og omsorgssektoren	11
1.2 Data og metode.....	13
1.3 Gangen i rapporten.....	13
2 Sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren	14
2.1 Datagrunnlaget.....	14
2.2 Ansatte i pleie- og omsorgssektoren	16
2.3 Hvem forlater pleie- og omsorgssektoren?.....	17
2.4 Avgang fra pleie- og omsorgssektoren etter yrke	19
2.5 Oppsummering	21
3 Arbeidsforhold, sykefravær og pensjonering	22
3.1 Pensjoneringsmønstre og forventet pensjoneringsalder.....	22
3.2 Begrunnelser for tidlig avgang	26
3.3 Begrunnelser for fortsatt arbeid	27
3.4 Arbeidmiljø og risiko.....	29
3.5 Bemanning, kompetanse og kvalitet i tjenesten.....	32
3.6 Oppsummering	33
4 Seniorene forteller	35
4.1 «Jeg liker å jobbe med mennesker»	35
4.2 Færre tunge løft, men travlere en før	36
4.3 Data, ny teknologi og økte dokumentasjonskrav	40
4.4 Koronasituasjonen	41
4.5 Generasjonsforskjeller	43
4.6 Passer jobben for 'godt voksne'?	44
4.7 Senioreses særskilte kompetanse.....	45
4.8 Verdsetting og anerkjennelse	48
4.9 Helseproblemer, slitenhet og tilrettelegging.....	49
4.10 Lite seniorpolitikk og seniortiltak	52
4.11 Kompetanseutvikling	53
4.12 Tidligpensjonering.....	54
4.13 Fra lønnet arbeid til frivillighet.....	57
4.14 Endringer og tiltak for å forlenge yrkeskarrierene	58
4.15 Oppsummering	59

5 Sammenfatning og drøfting	61
5.1 Utfordringen	61
5.2 Årsaker til frafall og tidligavgang	61
5.3 Seniorerfaringer og erfaringskompetanse.....	63
5.4 Hva kan gjøres?	63
Litteraturliste.....	65
Vedlegg 1 Intervjuguide.....	67
Vedlegg 2 Registerdata.....	70

Forord

Formålet med prosjektet som presenteres i denne rapporten, er å frambringe ny kunnskap om hvordan det er å være senior i pleie- og omsorgssektoren. Prosjektet er gjennomført etter initiativ fra Senter for seniorpolitikk.

Prosjektet er ledet av Tove Midtsundstad, som sammen med Roy A. Nielsen har skrevet rapporten. Nielsen har hatt ansvar for og skrevet kapittel 2, mens Midtsundstad har hatt ansvar for og skrevet de resterende kapitlene.

Vi takker Senter for seniorpolitikk for gode innspill til rapporten. En stor takk også til seniorene som velvillig stilte opp og fortalte om sin arbeidshverdag og yrkeskarriere, til Fafo-forsker Anne Inga Hilsen som har kvalitetssikret rapporten, og Fafos publikasjonsavdeling for korrektur og ferdigstilling av rapporten. Feil og mangler som likevel måtte forekomme, er selvsagt forfatterens ansvar.

Oslo, 30. mai 2021

Tove Midtsundstad,
prosjektleder

Roy A. Nielsen

Sammendrag

Denne rapporten omhandler sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som er seniorer og jobber på pleie- og omsorgsinstitusjoner og i hjemmetjenesten. Vi ser på omfanget av ansatte 50+ i de aktuelle yrkene og kartlegger pensjoneringsmønster og frafall. Vi undersøker også hvordan det er å være senior i disse yrkene, hvilke utfordringer de har, hvordan de opplever arbeidsmiljø og ledelse, om de føler seg sett og anerkjent, hvilke utviklingsmuligheter de har, og ikke minst om de opplever yrket og bransjen som et godt sted å være i seinkarrieren, og hva som eventuelt skal til for å kunne stå lenger i arbeid i disse yrkene.

Rapporten sammenfatter et lite utvalg av nyere, foreliggende forskning og statistikk om yrkesdeltakelse, pensjonering og arbeidsmiljø i bransjen, herunder analyseres også tilgjengelig registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg ble det vinteren/våren 2021 gjennomført kvalitative intervjuer med femten seniorer i sektoren i tre ulike kommuner.

Sysselsetting i pleie- og omsorgssektoren

Antallet ansatte i pleie- og omsorgssektoren har økt fra omtrent 170 000 til over 197 000 fra 2010 til 2019. I den samme perioden har antallet seniorer økt fra 60 000 til 67 000. Veksten i antallet ansatte har likevel vært så stor samlet sett at andelen seniorer var lavere i 2019 enn i 2010. Kvinneandelen har vært høy hele tiden, men er noe redusert fra 89 til 85 prosent. De eldste er noe underrepresentert i privat sektor og blant menn i sektoren.

Blant de «yngste» over 50 år var avgangsratene stabile fra 2010 til 2015, mens det har vært en reduksjon i andelen av de aller eldste som gikk av, og størst reduksjon i avgangsratene var det blant de aller eldste aldersgruppene, fra 69–70 år og eldre.

Siden en økende andel av de eldste blir i pleie- og omsorgssektoren, har det vært en tilsvarende reduksjon i andelen som forlater sektoren. Samtidig har det vært en reduksjon i andelen seniorer som går til andre deler av arbeidsmarkedet, og dermed en økende andel som blir i pleie- og omsorgssektoren til de går ut av arbeidsmarkedet.

Dersom en ansatt velger å forlate pleie- og omsorgssektoren, er det vanligst å gå til andre deler av helse- og sosialtjenestene, blant annet til sykehusjobber. Hjemmehjelpere og assistenter er de gruppene som har høyest avgangsrater blant seniorenne, samtidig som dette er de gruppene som har størst tilbøyelighet til å stå lengst i arbeid.

Arbeidsforhold, sykefravær og pensjonering

Forventet pensjoneringsalder viser at en 50-årig sykepleier kunne forventes å være i jobb til fylte 60 år og 5 måneder i 2019. Tilsvarende tall for hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere var snaut 62 år og for hjelpepleiere og helsefagarbeidere snaut 60 år. Ser vi på pensjoneringsmønsteret, kunne nærmere 25 prosent av 50-årige sykepleiere og hjelpepleiere forventes å bli pensjonert før de rundet 62 år, mot henholdsvis 20

prosent av hjemmehjelperne/omsorgsarbeiderne. Sammenlignet med 2002 har det likevel vært en kraftig reduksjon i tidligavgangen blant særlig hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere og til dels hjelpepleiere. Det vil si at færre seniorer tar ut uførepensjon nå enn tidligere. I tillegg blir færre 100 prosent uføre.

Andelen som står i jobb til fylte 67 år, har likevel ikke endret seg, annet enn for hjemmehjelperne/omsorgsarbeiderne. Det skyldes at flere enn før tar ut pensjon som 62- og 63-åringer. Flesteparten som pensjonerer seg mellom 62 og 67 år, tar ut AFP. Det er likevel forskjell mellom yrkesgruppene: Sykepleierne tar ut særalderspensjon oftere enn hjelpepleiere og hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere, mens hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere oftere uførepensjoneres.

Helseproblemer ble oppgitt som en av de viktigste grunnene for tidlig uttak av AFP (fra 62 år) av helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Fysiske arbeidsbelastninger veide også tungt. Det var likevel kun 7 prosent som mente at manglende tilrettelegging av arbeidet var avgjørende for avgangsbeslutningen. Over halvparten oppga at de ønsket seg mer fritid. Det betyr likevel ikke fri i betydningen evig ferie. Det kan også bety at en ønsker seg bort fra arbeid grunnet dårlig helse og store arbeidsbelastninger, da mange samtidig har slike utfordringer.

Blant dem som fortsetter, var de viktigste begrunnelsene at arbeidsoppgavene fortsatt var interessante og givende, at de følte arbeidsgiver hadde behov for dem, og at de fremdeles hadde god helse og ikke var spesielt slitne. Det var likevel langt færre som sa de fortsatte fordi helsa var god, enn blant kommuneansatte flest. Langt flere enn blant øvrige kommuneansatte hadde imidlertid valgt å jobbe, til tross for helseproblemer. Én av fem vektla da også betydningen av å ha fått arbeidet tilrettelagt.

Begrunnelsene som refereres, er fra 2012, da det ikke finnes nyere undersøkelser tilgjengelig. Det er likevel ingen grunn til å tro at situasjonen har endret seg vesentlig siden den gang, da avgangen i disse gruppene fremdeles er høy. Tallgrunlaget er imidlertid lite og feilmarginene store, så tallene må likevel tolkes med forsiktighet.

Ifølge STAMI (2018) er helse- og sosialtjenestene en av de mest risikoutsatte næringene i norsk arbeidsliv. Ansatte rapporterer om høy eksponering for en rekke potensielt helseskadelige psykososiale og organisatoriske faktorer, som nattarbeid, høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll, emosjonelle krav, ubalanse i forholdet mellom innsats og belønning samt vold og trusler og uønsket seksuell oppmerksomhet. De har også større risiko for å utsettes for passiv røyking, rengjørings-/desinfeksjonsmidler og biologisk materiale. Arbeid på huk/knær og ubekvemme løft er i tillegg langt mer utbredt enn hos yrkesaktive flest. Andelen som oppgir høy rollekonflikt, er også høyere. Når det gjelder motivasjon, engasjement og tilfredshet i arbeidet og tilhørighet til virksomheten, skiller de seg imidlertid ikke ut fra landsgjennomsnittet.

Sykepleier og øvrig pleie- og omsorgspersonell er også av de yrkene som har høyest legemeldt sykefravær og høyest selvrapportert, arbeidsrelatert sykefravær. Organisatoriske faktorer som skift og turnusarbeid er dessuten særskilt for sektoren. Begge er faktorer som er dokumentert å øke risikoen for fravær. Enkelte mekaniske (ergonomiske) risikofaktorer som tunge løft og løft i ubekvemme stillinger som har betydning for muskel- og skjelettplager, er også utbredt i flere av yrkene.

Mangel på personell, som sykepleiere og helsefagarbeidere, har samtidig store konsekvenser for sykehjems- og hjemmetjenestenes kvalitet. Det gjelder blant annet faglig forsvarlighet i tjenesten: opplevd kvalitet på behandling, mulighet for forebygging og aktivisering, forekomst av infeksjon og trykksår, ivaretagelse av beboere med

psykiske problemer og forekomst av vekttap blant brukerne. Det har i tillegg betydning for hvordan de kommunale tjenestene klarer å følge opp eldre pasienter etter sykehusopphold. Tjenesteutøvere må ifølge dem selv også i økende grad gjøre vanskelige og belastende prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold omsorgen og behandlingen skal ha.

Seniorene forteller

For å få innblikk i hvordan arbeidshverdagen kan fortone seg for en senioransatt i pleie- og omsorgssektoren, intervjuet vi vinteren 2021 femten ansatte i sektoren. De intervjuede var pleieassistenter, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere og jobbet i hjemmetjenesten, på sykehjem, i såkalt omsorgsbolig eller i et helsehus. De var fra 60 til og med 70 år. Tolv var kvinner, og tre var menn. Noen jobbet fulltid, andre redusert tid, noen jobbet bare nattevakt, andre både morgen, kveld, natt og helg, andre vekslet mellom dag- og kveldsvakter.

Alle hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og assistentene hadde en bred og variert yrkeserfaring. De hadde jobbet i butikk og bakeri, kjørt lastebil, jobbet i hotell- og serveringsbransjen, i skolen og på aktivitetsskole (AKS). Sykepleierne hadde derimot jobbet i sektoren hele yrkeslivet, hvorav lengre perioder også på sykehus.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at vi har med svært dedikerte yrkesgrupper å gjøre. De gir uttrykk for å elske jobben sin og å trives med beboerne og kollegaene. De har valgt yrket fordi de liker mennesker, og fordi de liker å yte omsorg og være til hjelp. Som seniorer med lang fartstid føler de seg trygge, da de kjenner rutinene og mestrer jobben sin godt. De framhever også at de som «godt voksne» er roligere og mer tolerante enn tidligere, og mener de er bedre enn yngre til å se og til å kommunisere med beboerne. De er også lojale og stiller opp, selv om helsa begynner å skranke og arbeidsoppgavene av og til kjennes uoverkommelige. De rapporterer likevel om en del utfordringer i jobben.

Det de opplever som særlig belastende, er ikke det fysiske ved arbeidet, da en har hjelpemidler, men at arbeidshverdagen har blitt så travel. De må springe fra gjøremål til gjøremål, har for liten tid til beboerne/brukerne og får sjelden tatt seg en pust i bakken og ofte ikke matpause. Det sliter på samvittigheten og psyken kanskje mer enn det sliter ut kroppen.

Ifølge pleierne har travelheten sammenheng med lav bemanning, stadig nye oppgaver, systemer og rutiner, økte krav til rapportering og dokumentasjon og beboere og brukere som er «sykere» og mer hjelpetrengende enn tidligere. Sistnevnte har blant annet sammenheng med samhandlingsreformen, men også det de opplever som knapp økonomi og for få på jobb i sektoren.

De intervjuede seniorene forteller at tilgangen til etter- og videreutdanning og kompetanseutvikling er svært god, men at muligheten for tilrettelegging av arbeidet er mangelfull. De færreste opplever at arbeidsplassen har en seniorpolitikk. Det de synes å savne, er ikke særskilte seniortiltak, men mer individuell tilrettelegging og tilpasning av arbeidet, som for eksempel et litt lavere tempo og noe større mulighet til å ta en pust i bakken ved behov, enten det er noen flere 5–10 minutters pauser per dag eller noen ekstra fridager i året, eller mer rulling av arbeidsoppgaver, slik at de mest belastende oppgavene går på omgang. Enkelte mener at endrede vakter og/eller arbeidsoppgaver ville kunne fått dem til å stå i jobben lenger. Flere savner også bedre og mer tilpasset dataopplæring, slik at de også kan mestre denne delen av jobben.

I tillegg synes det å være slik at en del ledere gjennom sin adferd er hovedproblem og årsak til ønsket om tidligavgang. Det viser kanskje at en kan få langt flere årsverk i sektoren med relativt enkle og lite kostbare grep, for eksempel en bedre siling av dem som søker seg til lederstillinger.

Hva kan gjøres?

Personellmangelen i pleie- og omsorgssektoren har vært kjent lenge. Behovet for arbeidskraft forventes i tillegg å øke kraftig i årene framover som følge av langt flere eldre. Andelen seniorer i sektoren er også høy. Ansatte over 50 år utgjorde nesten 88 000 i 2019. Flere seniorer enn yngre jobber også heltid. De utgjør derfor en større andel av de samlede årsverkene i sektoren enn antallet alene skulle tilsi.

At mange av de ansatte er i 50- og 60-årene, innebærer at en god del vil forlate yrket hvert år som følge av uførepensjonering og uttak av alderspensjon. Som STAMIs arbeidsmiljøanalyser viser, har helse- og sosialtjenester generelt en høy eksponering for en rekke risikofaktorer i arbeidsmiljøet og en opphopning av helseplager, sykefravær og uførhet i flere av yrkesgruppene. Svært mange uførepensjoneres derfor i 50-årene, og en god del tar ut alderspensjon tidlig, selv om avgangen i 50-årene har avtatt de seinere årene. Frafall som følge av jobb-bytte er mindre vanlig. Kun en tredjedel av de over 50 år som forlater yrket, bytter til en annen jobb.

Frafallet er høyest blant hjemmehjelpere og assistenter og ansatte med kort deltid. At deltidsarbeidende oftere forlater yrket, kan indikere at heltidsarbeid er viktig for å holde på folk. Men deltidsarbeid kan også være en tilpasning til helseproblemer. Hvis så er tilfelle, vil ikke økt mulighet for heltid alene være et tilstrekkelig eller velgnet virkemiddel for å redusere frafall blant seniorer.

Tidlig avgang er sterkt knyttet til helseproblemer og arbeidsbelastninger. Det gjelder ikke bare uførepensjonering, men også avgang med AFP og med særalderspensjon. Men en del fortsetter til langt opp i 60-årene fordi de liker arbeidsoppgavene sine og føler at det er behov for dem, og at de har god helse. Seniorene vi intervjuet, ga også uttrykk for dette. De liker jobben sin. Mange vet også at sektoren trenger deres arbeidskraft. De strakte seg derfor ofte langt i det daglige av samvittighetsgrunner og stilte på jobb selv om helsa ikke alltid var på topp. De mente også, berettiget eller uberettiget, at seniorer i større grad enn yngre nettopp gjorde det.

Vektlegging av helse og arbeidsbelastninger er derfor sentralt om en skal få flere pleie- og omsorgsarbeidere til å fortsette i jobb til en høyere alder. Av samme grunn er potensialet for å forebygge frafall betydelig.

Når det gjelder konkrete tiltak, og hva som kan gjøres for å forhindre tidlig frafall fra yrket, er det ikke tvil om at økt bemanning er viktig. Det koster imidlertid mye, og spørsmålet er om det kan løses på kort sikt når det generelt er stor mangel på arbeidskraft med den riktige kompetansen. Det er likevel et tankekors at økt bemanning trolig vil kunne få flere til å jobbe noe lenger og dermed gi et arbeidskraftstilfang som vil være langt større enn hva økningen i antall nyansatte alene skulle tilsi.

Med økt bemanning kan kanskje tempoet settes noe ned, og det kan bli rom for noe flere småpauser og tid med beboerne/brukerne. Muligheten til å tilrettelegge for personer med helseproblemer og for senioransatte med kroniske muskel- og skjelettplager vil også øke. I dag gis tilrettelegging primært, synes det, i kortere perioder i forbindelse med lengre sykefravær.

Hva denne tilretteleggingen konkret bør bestå i, vil imidlertid variere, da yrkesutøvernes ønsker og behov spriker. Noen synes nattevakter er mest belastende, mens

andre foretrekker nattarbeid, noen trives med mange ulike oppgaver, mens andre ønsker seg et roligere tempo med større rom for å sette seg ned og prate og være sammen med beboere og brukere og så videre. Tilrettelegging fordrer derfor ofte individuelle løsninger for å fungere, noe som krever tid, da arbeidstakernes behov og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging må kartlegges, og tiltak må organiseres. I dag synes ledere å ha begrenset tid til dette. Antall ansatte per leder er da også langt høyere innen pleie og omsorg enn i andre næringer.

Enkelte ønsker også større rotasjon mellom avdelinger og av oppgaver, slik at ikke de samme alltid får ansvar for de tyngste og mest arbeidskrevende beboerne/brukerne. Det tyder på at organiseringen ikke alltid er hensiktsmessig fra et forebyggingsperspektiv. Noe av fraværet kunne derfor trolig reduseres ved en jevnere fordeling av arbeidsbelastninger mellom avdelinger og ansatte.

Det er også åpenbart at bruk av data og nye teknologiske hjelpemidler til rapportering og dokumentasjon ikke er like lett å håndtere for alle. Det fører til svekket mestringsfølelse. Opplæringen på dette området kan derfor bli bedre. Det er også mulig at en bør gjennomgå nødvendigheten av all rapporteringen på enkelte arbeidsplasser og eventuelt redusere denne noe, om mulig. En bør i alle fall sette av tilstrekkelig med tid slik at de ansatte får tid til å utføre også disse oppgavene.

Det er også verdt å merke seg at noen av de fysiske belastningene som forekommer, tross ulike tekniske hjelpemidler, skyldes at hjelpemidlene ofte kommer for seint på plass hos brukerne, slik enkelte i hjemmetjenesten rapporterte. Hvor utbredt dette er, vet vi ikke, men der det forekommer, bør rutinene nok gjennomgås og praksis endres.

Og så til slutt: Hvorfor er eldre så viktige å beholde? Det seniorene selv framhever i denne sammenheng, er at de mestrer jobben sin og har håndlaget inne, at de kan rutinene og vet hva de skal gjøre, også når kriser oppstår. Gjennom lang erfaring mener de at de er flinkere til å «lese» pasientene og derfor lettere ser når brukerne og beboerne trenger særlig oppfølging og tiltak, når de burde sjekkes av lege, når livets slutt nærmer seg, med videre. Dette er kunnskap som er viktig for å gjøre en god jobb. De mener også at alderen har gjort dem tryggere og mer selvstendige i yrkesutførelsen, egenskaper de mener er en fordel for så vel brukere og pårørende som yngre kollegaer, da det smitter over på dem, slik at *de* også blir tryggere. De påpeker også at alderen i seg selv kan være en fordel i den direkte samhandlingen og kommunikasjonen med eldre beboere og brukere, da de har flere felles referanserammer. Alderen bidrar også til at de har større forståelse for hva det å eldes innebærer. Sammen med fagkunnskapen de har fått gjennom utdanning og videreutdanning, bidrar det til at de er langt dyktigere i jobben enn da de var yngre.

1 Innledning

Senter for seniorpolitikk (SSP) har bedt Fafo om å kartlegge situasjonen for ansatte som er 50+ i ulike bransjer. Til nå har Fafo kartlagt situasjonen for seniorer i barnehager (*Jobb i barnehage – passer det for seniorer?*), seniorer i persontransport (*Trygg trafikk med seniorer*) og seniorer i industrien (*Seniorer i industrien – arbeidslivets slitere*). Denne rapporten omhandler seniorer innen pleie- og omsorgssektoren og omfatter sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som jobber på pleie- og omsorgsinstitusjoner (og i hjemmetjenesten).

Følgende tema/problemstillinger belyses:

- Hva er omfanget av 50+ i yrkene/bransjen?
- Hvordan er det å være senior i disse yrkene?
- Hvordan opplever de arbeidshverdagen?
- Hvilke utfordringer har de (som seniorer)?
- Hvilke utviklingsmuligheter opplever de?
- Opplever de anerkjennelse?
- Hvordan opplever de arbeidsmiljø og ledelse?
- Hvor lenge er seniorene i sine yrker?
- Når slutter de?
- Hvorfor slutter de?
- Hvor går de eventuelt videre?
- Er yrket/bransjen et godt sted å være i seinkarrieren?
- Hva er potensialet for disse yrkene med hensyn til å kunne stå lenger i arbeid?

I rapporten sammenfattes foreliggende, relevant forskning og statistikk om pensjonering og arbeidsmiljø i bransjen, herunder analyser av registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg er det gjennomført kvalitative intervjuer med et utvalg seniorer innen pleie og omsorg.

1.1 Pleie- og omsorgssektoren

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren omfatter hjemmetjenesten og ulike pleie- og omsorgsinstitusjoner for eldre, funksjonshemmede, barn og rusmisbrukere. I tillegg har kommunene gjerne tilbud om bofellesskap eller omsorgsboliger for ulike brukergrupper samt aktivitetssentre for eldre og funksjonshemmede. Denne rapporten ser på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som arbeider i en institusjon (sykehjem/aldershjem o.l.) eller i hjemmetjenesten (hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

Hjemmetjenesten omfatter både praktisk bistand og hjemmesykepleie som gis i hjemmet. Eksempel på helsetjenester i hjemmet kan være: hjemmesykepleie, hjelp med medisiner/medikamenthåndtering, sykepleiefaglig hjelp, for eksempel sårstell og helsefaglige observasjoner, fysioterapi, ergoterapi, blant annet tilrettelegging i

hjemmet, og psykisk helsehjelp, for eksempel samtaler, habiliterings- og rehabiliteringsforløp, der ulike tjenester inngår. Tjenestene reguleres av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om pasient- og brukerrettigheter. Hjemmetjenester tilbys både av offentlige og private aktører, men det er kommunene som har ansvaret og finansierer tjenestene.

Stillingskategorier

På et sykehjem/aldershjem finnes det mange forskjellige yrkesgrupper. Flest stillinger er det innen daglig stell og pleie av beboerne. Det er oppgaver som utføres av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, vernepleiere og assistenter.¹ Når det gjelder hjelp i hjemmet, ytes det både av helsefaglig personell, som sykepleiere og helsefagarbeidere, og av hjemmehjelpere. Tidligere hadde en også yrkestitlene omsorgsarbeider og hjelpepleier. Fra 2006 ble begge disse yrkesbeskrivelsene/titlene erstattet av helsefagarbeider.

Sykepleiere har 3 års utdanning fra høyskole eller universitet. Sykepleieren observerer og vurderer, behandler og gir omsorg til beboerne. Sykepleierne jobber også med å forebygge sykdom og har ansvaret for den daglige pleien av beboerne på sykehjemmet. Sykepleiere utfører medisinsk behandling i samråd med sykehjemslegen. De jobber tett sammen helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter.

Helsefagarbeider er en yrkesutøver som utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Utdanningen består av 2 år teoretisk utdanning i faget i videregående skole og 2 år praktisk opplæring som lærling i én eller flere godkjente læreinstusjoner. Praksis omfatter sykehus, sykehjem, institusjoner innen psykiatri, rusomsorg og hjemmetjenesten. For helsefagarbeidere er det videre mulig å videreutdanne seg på en fagskole innen en rekke spesialfelt, blant annet barsel- og barnepleie, eldreomsorg, kreftomsorg og lindrende pleie, psykisk helsearbeid, rehabilitering, miljøarbeid innen rus eller rettet mot mennesker med funksjonsnedsettelse, administrasjon og veiledning.

Alt helsepersonell, inkludert helsefagarbeidere og sykepleiere, reguleres av helsepersonelloven (lov av 2. juli 1999 nr. 64). Loven omhandler kravene som stilles til helsepersonells utøvelse av yrket, som deres taushetsplikt, melde- og dokumentasjonsplikt og plikt til å gi øyeblikkelig hjelp. Loven gjelder også vilkår for å få autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, pliktene knyttet til slike godkjenninger og hva det er som fører til bortfall av dem. Videre har loven regler om reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Formålet med loven er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten.

Mens helsefagarbeideren har fagbrev, er hjemmehjelpere (og assistenter) ofte ansatte uten formell kompetanse i helsefag. En *hjemmehjelper* yter praktisk bistand til mennesker som trenger hjelp til å mestre dagliglivet, på grunn av alder, sykdom eller spesielle behov. Det kan være alt fra rengjøring, matlaging og innkjøp til vask av klær. I tillegg kan hjemmehjelperen gi omsorg og hjelpe med personlig stell. Det er en flytende overgang mellom oppgavene som hjemmehjelp og hjemmesykepleie utfører, med tanke på personlig stell. Det er også nær overgang til helsefagarbeider og personlig assistent.

¹ I tillegg jobber også leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører, kokker, kontoransatte, renholdsarbeidere og vaktmestere på sykehjem. Noen sykehjem har også egen fotpleier og/eller frisør.

1.2 Data og metode

For å få oversikt over antall og andel 50+ som per i dag jobber i sektoren, samt endringer i sysselsettingen over tid, har vi benyttet tilgjengelig statistikk fra SSB samt analysert foreliggende, tilgjengelige registerdata (se vedlegg 2). Analysene av registerdata har gjort det mulig å se på alders- og kjønnsfordelingen, avtalt arbeidstid, avgang fra yrket med videre for perioden 2010–2019.

I tillegg til analyse av de nevnte registerdataene oppsummeres tilgjengelig informasjon om yrkesgruppene fra arbeidsmiljøundersøkelsen 2016 (STAMI 2018) og et mindre utvalg av annen relevant forskning, herunder hovedfunn fra den siste brede surveyundersøkelsen blant eldre kommuneansatte fra 2012 (Midsundstad & Nielsen 2013, 2014) og hovedfunnene om yrkesgruppens pensjoneringsmønstre og forventede pensjoneringsalder for perioden 2001–2019 (Nielsen 2020).

For å kunne si noe om opplevelsen av det å være senioransatt i pleie- og omsorgssektoren fordres imidlertid kvalitative data. Vi har derfor intervjuet femten seniorer i sektoren, henholdsvis tre sykepleiere, ti hjelpepleiere/helsefagarbeidere og to pleieassistenter. Informantene ble rekruttert gjennom lokale tillitsvalgte i Fagforbundet og Sykepleierforbundet, da henvendelse til et utvalg kommuner i 2020 ikke ga den ønskede responsen. Uvisst av hvilken grunn var det også svært vanskelig å rekruttere sykepleiere til intervjuundersøkelsen. Etter gjentatte henvendelser til fire ulike regiontillitsvalgte fikk vi i april 2021 likevel avtale om tre intervjuer i et av fylkene. Andelen sykepleiere i den kvalitative undersøkelsen utgjør derfor langt færre enn vi hadde ønsket oss.

Da rekrutteringen av intervjuobjekter følger et «først til mølla»-prinsipp, vil seniorennes historier, naturlig nok, ikke være representative for alle seniorenne i sektoren. Deres erfaringer vil likevel kunne gi oss et innblikk i hvordan hverdagen *kan* oppleves for «godt voksne» i sektoren. Ideelt sett burde noen av informantene være pensjonert, slik at en også fikk med noen erfaringer fra dem som hadde valgt å forlate yrket eller pensjonere seg tidlig. Av erfaring vet vi imidlertid at det kan være vanskelig å få tak i pensjonerte informanter. Undersøkelsen omfatter derfor kun seniorer som fortsatt er i arbeid.

I intervjuene har vi lagt vekt på å få fram yrkeshistorikken og bakgrunnen for valg av yrke, herunder tidligere arbeidserfaringer, hvordan arbeidsdagen fortøner seg og oppleves, deres tanker om det å være senior generelt og senior i pleie og omsorg spesielt mv. (jf. spørsmålene innledningsvis og intervjuguiden i vedlegg 1).

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 2 gis det en oversikt over antall og andel ansatte i hjemmetjenesten og i pleie- og omsorgsinstitusjoner fordelt etter stillingskategori og stillingsprosent, kjønn og alder samt frafall fra bransjen. I kapittel 3 sammenfattes et utvalg nyere forskning om yrkesgruppens pensjoneringsadferd og pensjoneringsmønstre samt noe forskning om arbeidsmiljø og arbeidsforhold innen sektoren, før vi i kapittel 4 gjengir seniorennes egne beskrivelser av yrkeshistorikk og arbeidshverdag, arbeidsforhold og pensjoneringsplaner. I kapittel 5 sammenfattes og drøfes resultat og funn fra gjennomgangen i de foregående kapitlene.

2 Sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren

I dette kapitlet skal vi kartlegge antall ansatte i pleie- og omsorgssektoren ved hjelp av registerdata. Vi vil fokusere på perioden fra 2010 til 2015/2019. Oppmerksomheten vil i første rekke rettes mot antallet og andelen ansatte over 50 år og endringer i avgangsmønstrene i disse aldersgruppene.

2.1 Datagrunnlaget

For å identifisere ansatte i pleie- og omsorgssektoren benyttes registerdata fra SSB. Utgangspunktet er den registerbaserte sysselsettingsstatistikken (REGSYS) som inkluderer alle bosatte, og som kartlegger alle sysselsatte i en referanseuke i november hvert år. Dette innebærer at vi ikke fanger opp ansatte med ansettelsesforhold i andre deler av året. Tallgrunnlaget er det samme som har vært benyttet i mange år i offisiell registerbasert sysselsettingsstatistikk fra SSB. I tillegg til informasjon om sysselsetting (inkludert sektor, næring og yrke) benyttes informasjon om kjønn og alder.

Pleie- og omsorgssektoren er her definert som næringer som inngår i tabell 2.1. I analysene behandles de ulike typene sykehjem som én gruppe, det samme gjelder for bofellesskap, aldershjem og avlastningsboliger.

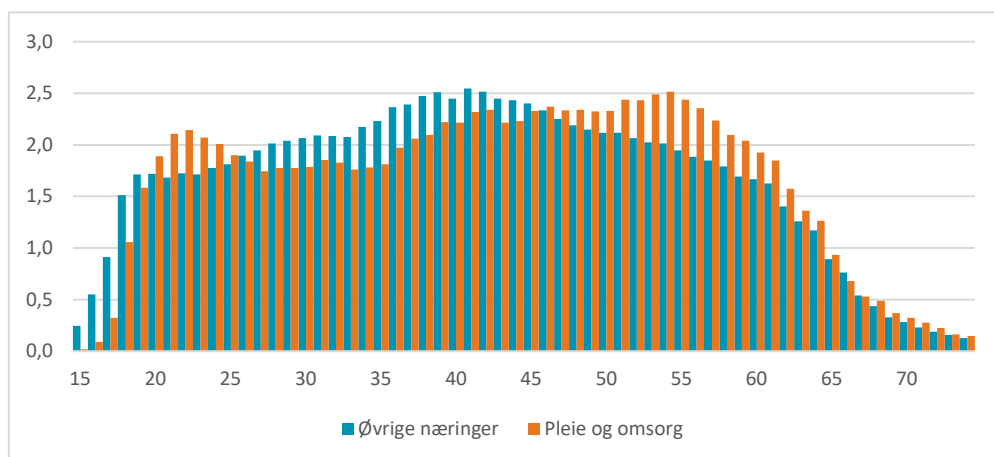
Tabell 2.1 Gruppering av næringer innen pleie- og omsorgssektoren som inngår i analysene.

Næringskode	Beskrivelse	Gruppe
86.901	Hjemmesykepleie	1
86.903	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	2
87.100	Somatiske spesialsykehjem	3
87.102	Somatiske sykehjem	
87.201	Psykiatriske sykehjem	
87.203	Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede	4
87.301	Aldershjem	
87.302	Bofellesskap, eldre og funksjonshemmede m/tilknyttet personell hele døgnet	
87.303	Bofellesskap, eldre og funksjonshemmede m/tilknyttet personell deler av døgnet	
87.304	Avlastningsboliger og -institusjoner	
88.101	Hjemmehjelp	5

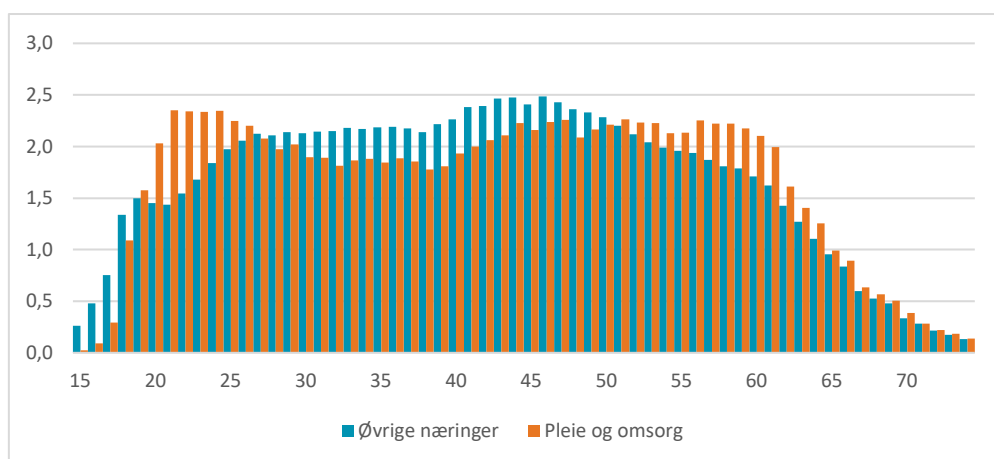
For å plassere ansatte i sektoren i sine respektive yrker har vi benyttet to versjoner av Standard for yrkesklassifisering (STYRK). Ledere er plukket ut på basis av å tilhøre lederyrker (1. siffer = 1). For spesialsykepleiere, sykepleiere og vernepleiere har vi benyttet den firesifrede yrkeskoden. For å skille helsefagarbeidere (omsorgsarbeidere/hjelpepleiere) fra assistenter har vi benyttet kodeliste for yrkeskatalogen, en

sjusifret kode basert på STYRK98. Tall for 2019 er hentet fra microdata.no, beskrevet i vedlegg.

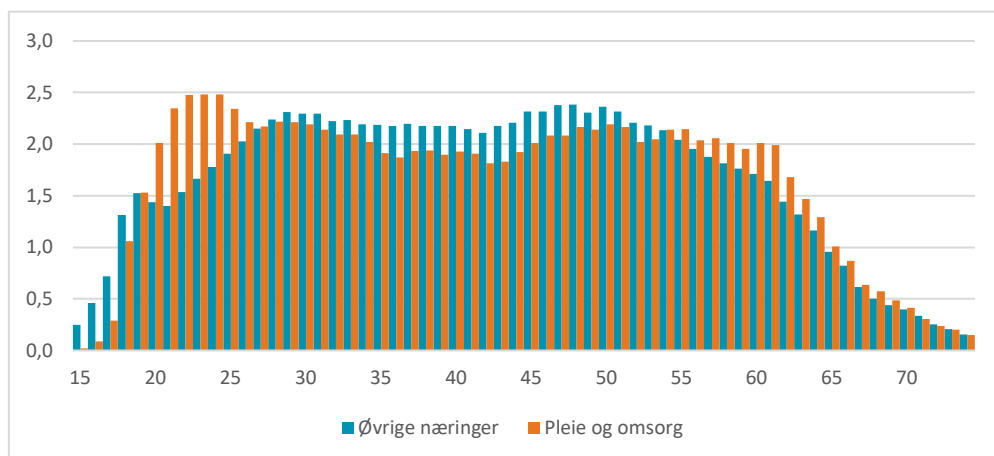
Figur 2.1a Aldersfordeling 2010. Prosent.



Figur 2.1b Aldersfordeling 2015. Prosent.



Figur 2.1c Aldersfordeling 2019. Prosent. Kilde: microdata.no.



Note: Av personvern hensyn får en ikke opp alle detaljer i fordelings ytterpunkter i microdata.no. Fordelingen blant de aller yngste (<18 år) og aller eldste (>69 år) er satt lik fordelingen i 2015.

Vi ser av figurene 2.1 a, b og c at det ikke har skjedd en veldig stor endring i alderssammensetningen i pleie- og omsorgssektoren fra 2010 til 2019. Det er likevel en klar dreining mot at andelen ansatte tidlig i 20-årene har økt relativt til resten av arbeidsmarkedet, samtidig som andelen ansatte i slutten av 50-årene og rundt 60 år også har økt.

I 2010 utgjorde ansatte rundt 55 år den største andelen av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren, mens det i resten av arbeidsmarkedet var andelen rundt 40 år som var høyest. I 2015 er hovedmønsteret flyttet litt mot høyre (til eldre aldersgrupper), samtidig som vi ser en økning i andelen ansatte i 20-årene i pleie- og omsorgssektoren. Fram mot 2019 forsterkes denne tendensen innen pleie- og omsorgssektoren, mens det skjer lite med aldersfordelingen i det øvrige arbeidsmarkedet.

2.2 Ansatte i pleie- og omsorgssektoren

Det samlede antallet ansatte i pleie- og omsorgssektoren økte fra nesten 170 000 i 2010 til drøye 186 000 i 2015 og videre til over 197 000 i 2019 (se vedleggstabell 1). Til tross for endringene i alderssammensetningen en kan se i figurene 2.1 a–c, har gjennomsnittsalderen i sektoren vært forholdsvis stabil det siste tiåret (reduisert fra 42,6 til 41,9 år).

Kvinneandelen har vært høy gjennom hele perioden, men sank fra 89 prosent i 2010 til 85 prosent i 2019. Antallet ansatte i privat sektor i samme periode økte fra omtrent 11 000 i 2010 til 15 000 i 2019. Det er relativt sett en stor økning, selv om andelen ansatte i privat sektor kun økte fra 6,5 til 8 prosent. Dermed har mesteparten av økningen i antallet ansatte kommet i kommunal sektor. Omtrent to av tre i sektoren er ansatt på sykehjem eller i bofellesskap (eller aldershjem). Denne andelen har vært forholdsvis stabil gjennom perioden. De største yrkesgruppene er omsorgsarbeidere/hjelperepleiere og assistenter, som til sammen utgjorde nesten to tredeler av de ansatte.

Antallet ansatte over 50 år i sektoren økte fra litt over 60 000 i 2010 til nesten 67 000 i 2019. Samlet sett utgjør ansatte 50 år eller eldre en tredel av arbeidsstokken. Ser en på utviklingen i andelen seniorer, var den tilnærmet konstant fra 2010 til 2015, før den sank litt, til 32,5 prosent i 2019.

Seniorene er ikke likt fordelt mellom de ulike delene av tjenesten. De eldste er noe underrepresentert i privat sektor og blant menn i sektoren (jf. tabell 2.2).

Tabell 2.2 Andel sysselsatte 50 år og eldre innen pleie- og omsorgssektoren. Prosent.

	2010	2015	2019*
Andel	35,5	35,3	32,5
Andel i privat sektor	29,3	28,0	27,4
Andel i kommunal sektor	35,9	35,9	34,3
Andel av kvinner	36,5	36,5	35,3
Andel av menn	27,1	27,0	25,4
Antall seniorer	60 237	65 776	66 686

* Tall for 2019 hentet fra microdata.no

Det er også en høyere andel seniorer på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten enn det en finner innen bofellesskap (og aldershjem) og i hjemmetjenesten (jf. tabell 2.3).

Andelen seniorer har sunket i alle tjenestene fra 2010 til 2019, og mest på nettopp helsestasjoner og i skolehelsetjenesten, hvor andelen ansatte over 50 år ble redusert med 7 prosentpoeng. I 2019 var andelen seniorer lavest innen hjemmesykepleien, med drøye 31 prosent.

Tabell 2.3 Andel seniorer innen næringene i pleie- og omsorgssektoren. Prosent.

	2010	2015	2019*
Hjemmesykepleie	33,9	34,0	31,4
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	45,7	43,7	38,5
Sykehjem	37,6	36,6	35,2
Bofellesskap/aldershjem	31,5	33,0	32,5
Hjemmehjelp	35,1	35,5	34,0

* Tall for 2019 hentet fra microdata.no

Selv om andelen seniorer har gått noe ned den siste 10-årsperioden, er ikke det samlede antallet seniorer redusert. I tillegg jobbet flere seniorer i heltidsstillinger i 2019 enn tidligere. På helsestasjoner og i skolehelsetjenesten er nesten tre av fire ansatt i heltidsstillinger, fulgt av nesten halvparten av ansatte i hjemmesykepleien. I de øvrige tjenestene var heltidsandelen blant seniorer omtrent 40 prosent.

Tabell 2.4 Andel seniorer innen næringene i pleie- og omsorgssektoren i heltidsstilling (minimum 30 timer/uke). Prosent.

	2010	2015	2019*
Hjemmesykepleie	43,3	44,1	48,6
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	57,7	66,9	72,5
Sykehjem	37,4	37,6	39,6
Bofellesskap/aldershjem	38,3	36,6	39,7
Hjemmehjelp	38,9	39,4	39,9

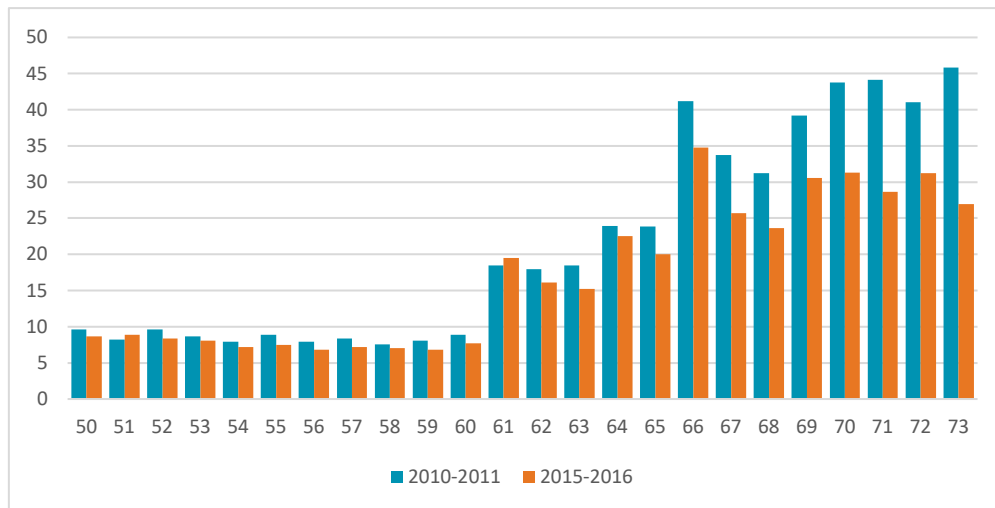
* Tall for 2019 hentet fra microdata.no

2.3 Hvem forlater pleie- og omsorgssektoren?

Over så vi at det har vært en tiltakende rekruttering av unge til pleie- og omsorgssektoren fra 2010 til 2019. Dette kan bety at det også har skjedd en endring i avgangsmønsteret. Ved å undersøke hvor mange av de ansatte i sektoren et gitt år som *ikke* var ansatt i sektoren det påfølgende året, kan vi beskrive avgangsmønsteret i pleie- og omsorgssektoren.²

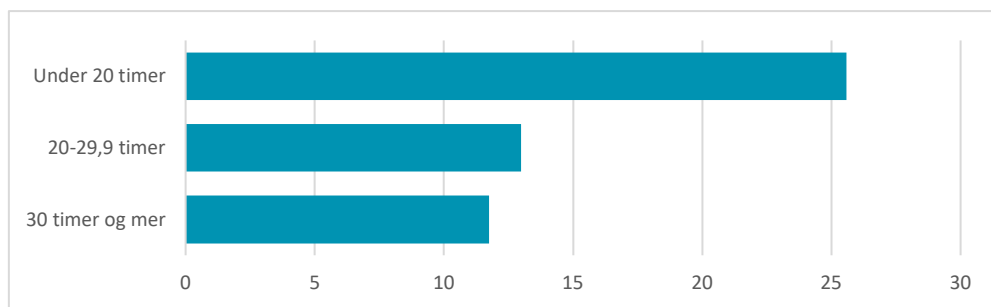
² Ansatte som bytter jobb *innen* næringene som inngår i pleie- og omsorgssektoren, regnes ikke som avganger.

Figur 2.2 Andel av årskull som forlot pleie- og omsorgssektoren blant ansatte 50 og eldre. Prosent.



Avgangsratene fra pleie- og omsorgssektoren er svært høy blant de aller yngste (ikke vist), men synker så fram til de når 62 år (det vil si at de var i jobb det året de fylte 61 år, men ikke det året de fylte 62 år). Andelen som gikk av fra 61 til 62 år, var ganske lik i 2010 og 2015, mens det var en tydelig reduksjon i andelen som gikk mellom 2010 og 2015 blant dem som sto i jobb til de passerte 66 år. Størst reduksjon i avgangsratene var det blant de aller eldste aldersgruppene, fra 69–70 år og eldre.

Figur 2.3 Andel av ansatte med henholdsvis kort deltid, lang deltid og full stilling som forlot pleie- og omsorgssektoren blant ansatte 50 år og eldre. Etter arbeidstid i 2015. Prosent.



Ansatte med kort deltid hadde høyest risiko for å forlate pleie og omsorg i 2015. Blant ansatte som hadde mindre enn 20 timers arbeidsuke, forlot én av fire ansatte seniorer pleie- og omsorgssektoren, mens andelen var henholdsvis 12 og 13 prosent blant ansatte i heltidsstillinger eller i lange deltidsstillinger. Omtrent halvparten av dem som forlot sektoren i 2015, var ansatte i korte deltidsstillinger.

Tabell 2.5 Andel seniorer som forlot pleie- og omsorgssektoren. Prosent.

	2010	2015	2018*
Andel som forlater pleie- og omsorgssektoren	13,4	12,2	12,2
Andel utenfor arbeidsstyrken	60,6	68,1	69,3
Andel ledige	1,6	2,0	2,1
Andel sysselsatte	37,8	29,9	28,5

* Tall for 2018–2019 hentet fra microdata.no

Samlet sett forlot drøyt én av ti seniorer pleie- og omsorgssektoren i perioden 2010–2018. Flertallet, to av tre i 2015 og 2018, utgjøres av dem som slutter å jobbe (de var utenfor arbeidsstyrken i 2016 og 2019). En liten andel er arbeidsledige, mens omtrent tre av ti går til jobber utenfor pleie- og omsorgssektoren.

Blant dem som fortsetter å jobbe, går omtrent halvparten til andre deler av helse- og sosialtjenestene, blant annet til jobb på sykehus. I tillegg går mange til offentlig administrasjon, undervisning og forretningsmessig tjenesteyting.

Tabell 2.6 Seniorer som forlot pleie- og omsorgssektoren, og som fortsatte i ny jobb. Etter destinasjonsnæring. Prosent.

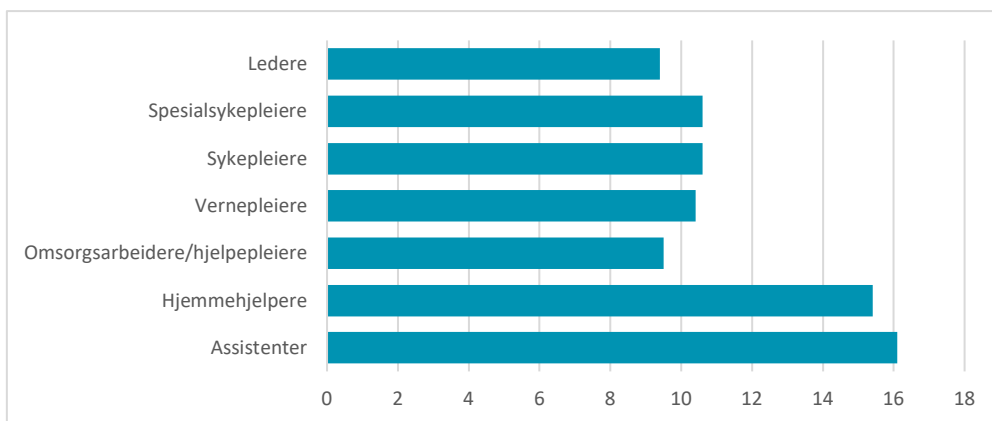
	2010	2015
Andel sysselsatte	37,8	29,9
Jordbruk, skogbruk, fiske	5,8	4,8
Varehandel	2,8	4,2
Forretningsmessig tjenesteyting	7,2	8,0
Offentlig administrasjon	16,5	13,0
Undervisning	12,1	5,4
Helse- og sosialtjenester	43,6	50,1
Øvrige næringer	12,1	14,5
Antall	2978	2330

2.4 Avgang fra pleie- og omsorgssektoren etter yrke

Det er mange faktorer som kan påvirke hva som gjør at ansatte ønsker seg bort fra pleie- og omsorgssektoren. Noen av disse faktorene vil være knyttet til private forhold, mens mange vil være knyttet til selve arbeidet, herunder arbeidsbelastning, opplevelsen av autonomi mv. Det vil dermed ikke være overraskende om det er variasjon i avgangsratene mellom ulike yrkesgrupper innen pleie- og omsorgssektoren.

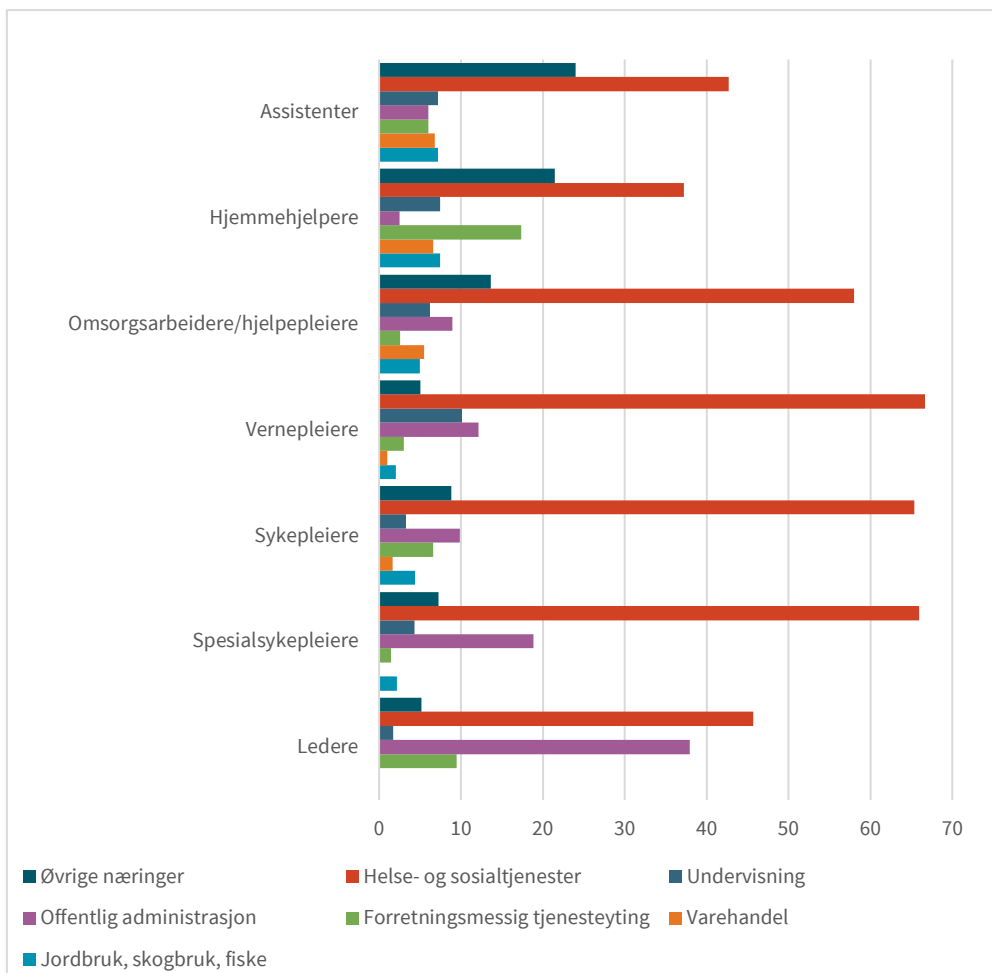
I beskrivelsen under skiller vi mellom sju ulike yrkesgrupper: ledere, spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere og assistenter. Hjemmehjelpere og assistenter utmerker seg med høyest avgangsrater blant seniorene, begge over 15 prosent. Blant de øvrige yrkene var avgangsratene om lag 10 prosent.

Figur 2.4 Andelen seniorer innen ulike yrker som forlot pleie- og omsorgssektoren etter yrke. Prosent, 2015.



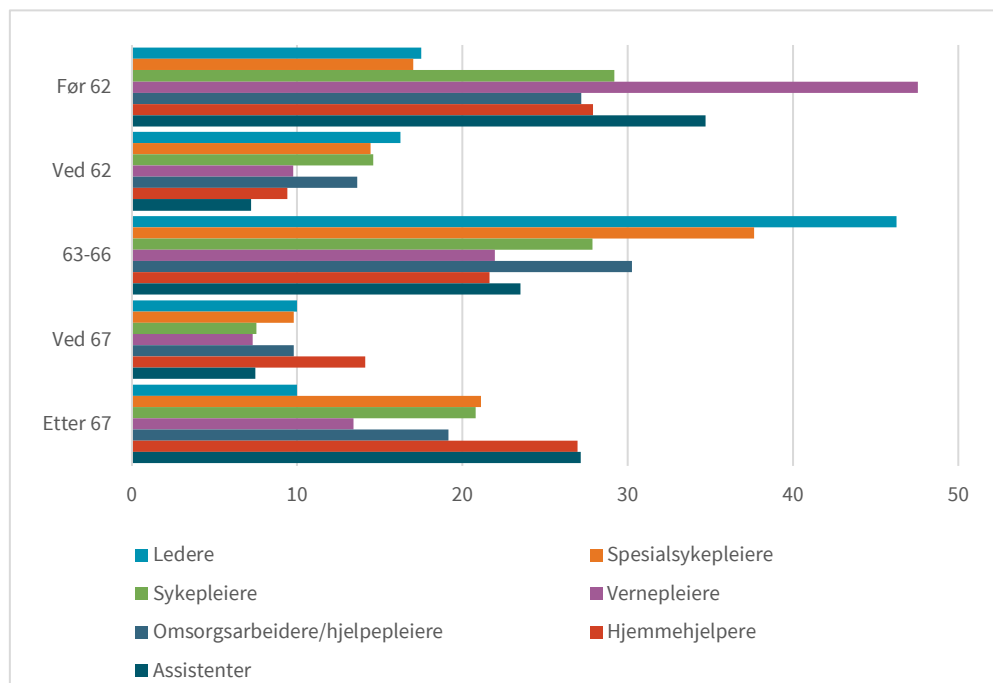
Ser vi på hvor de ulike yrkesgruppene går, ser vi, ikke overraskende, at de fleste finner seg en jobb i andre deler av helse- og sosialtjenestene, og at dette i størst grad gjelder for gruppene med en viss helsefaglig utdanning. Ledere og spesialsykepleiere går oftest til offentlig administrasjon, mens det i hovedsak er ledere som går til forretningsmessig tjenesteyting.

Figur 2.5 Andel seniorer i ulike yrker som forlot pleie- og omsorgssektorer. Etter destinasjonsnæring. Prosent, 2015.



Vernepleiere går i størst grad av før fylte 62 år, mens det er minst vanlig å gå av så tidlig blant ledere og spesialsykepleiere (jf. figur 2.6). Ledere i pleie- og omsorgssektoren er imidlertid mest tilbøyelige til å slutte å jobbe ved fylte 62 år og i perioden fram til fylte 66 år, mens de er minst tilbøyelige til å gå av etter 67 år. Assistentene og hjemmehjelpere er mest tilbøyelige til å stå i jobb til etter fylte 67 år.

Figur 2.6 Andel på ulike alderstrinn blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren som forlot arbeidsstyrken. Etter yrke, prosent, 2015.



2.5 Oppsummering

Antallet ansatte i pleie- og omsorgssektoren har økt fra omtrent 170 000 til over 197 000 fra 2010 til 2019. I den samme perioden har antallet seniorer økt fra 60 000 til 67 000. Veksten i antallet ansatte har likevel vært så stor samlet sett at andelen seniorer var lavere i 2019 enn i 2010. Kvinneandelen har vært høy hele tiden, men er noe redusert fra 89 til 85 prosent. De eldste er noe underrepresentert i privat sektor og blant menn i sektoren.

Blant de «yngste» over 50 år var avgangsratene stabile fra 2010 til 2015, mens det har vært en reduksjon i andelen av de aller eldste som gikk av, og størst reduksjon i avgangsratene var det blant de aller eldste aldersgruppene, fra 69–70 år og eldre.

Siden en økende andel av de eldste blir i pleie- og omsorgssektoren, har det også vært en tilsvarende reduksjon i andelen som forlater sektoren. Samtidig har det vært en reduksjon i andelen seniorer som går til andre deler av arbeidsmarkedet, og dermed en økende andel som blir i pleie- og omsorgssektoren til de går ut av arbeidsmarkedet.

Dersom en ansatt velger å forlate pleie- og omsorgssektoren, er det vanligst å gå til andre deler av helse- og sosialtjenestene, blant annet til sykehusjobber. Hjemmehjelpere og assistenter er de gruppene som har høyest avgangsrater blant seniorene, samtidig som dette er de gruppene som har størst tilbøyelighet til å stå lengst i arbeid.

3 Arbeidsforhold, sykefravær og pensjonering

I dette kapitlet tar vi for oss arbeidsmiljø og arbeidsforhold, sykefravær og pensjonering i pleie- og omsorgssektoren. Den korte gjennomgangen oppsummerer funn fra et utvalg tidligere undersøkelser og studier, inkludert funn fra en større surveyundersøkelse blant ansatte i og pensjonister fra kommuner og fylkeskommuner fra 2012 og 2013 (Midtsundstad & Nielsen 2013, 2014) samt hovedtall fra en ny undersøkelse om pensjoneringsmønsteret i kommunesektoren (Nielsen 2020).

3.1 Pensjoneringsmønstre og forventet pensjoneringsalder

Fafo har i over 20 år analysert kommunalt ansattes pensjoneringsmønster (Midtsundstad 1999, 2006; Hyggen 2009; Hermansen 2011; Nielsen 2015, 2017a, 2017b, 2020). I dette avsnittet refereres funn fra disse studiene for henholdsvis sykepleiere og omsorgsarbeidere med vekt på de nyeste tallene fra Kommunal Landspensjonskasse (KLP) fra 2019 (Nielsen 2020).

Forventet pensjoneringsalder

Beregning av forventet pensjoneringsalder basert på 2019-tall (tabell 3.1) viser at en 50-årig sykepleier kunne forventes å være i jobb til hun eller han fylte 60 år og 5 måneder (60,4 år). Det er om lag like lenge som i 2003, men noe lenger enn hva som var tilfelle i perioden 2014–2018. Tilsvarende tall for hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere i 2019 var snaut 62 år (61,8 år) og for hjelpepleiere, helsefagarbeidere, barnepleiere mv. snaut 60 år (59,9 år). Også blant hjemmehjelperne/omsorgsarbeiderne har det vært en økning i forventet pensjoneringsalder fra 2014 til 2019, mens forventet pensjoneringsalder for helsefagarbeidere/hjelpepleiere har svinget rundt 60 år de siste 5 årene.

Tabell 3.1 Forventet pensjoneringsalder for en 50-åring i perioden 2002 til og med 2019. Inkluderer all pensjonering fram til fylte 67 år: uførepensjon, AFP, særaldersgrenser og 85-årsregelen. Omfatter bare sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere/barnepleiere og hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere som er forsikret i KLP.

	2002	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sykepleiere	60,8	60,4	60,5	59,8	59,8	59,1	61,1	59,6	60,5	59,9	59,8	60,1	60,0	60,0	60,4
Hjelpepleiere, helsefagarbeidere, barnepleiere mfl.	59,2	60,9	60,1	60,5	60,3	59,7	60,1	59,4	59,7	60,4	59,7	60,3	59,8	60,4	59,9
Hjemmehjelpere/ omsorgsarbeidere	59,5	61,1	-	60,4	-	59,9	60,2	60,2	60,1	61,0	61,7	62,7	61,3	62,7	61,8

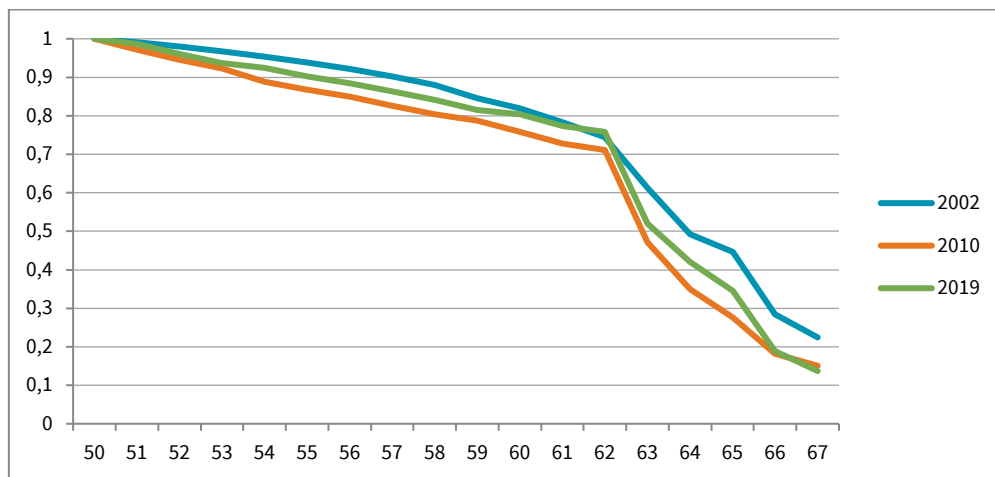
Kilde: Nielsen (2020)

Avgang etter alder

I figur 3.1–3.3 illustreres de tre yrkesgruppenes pensjoneringsmønstre ved hjelp av såkalte avgangskurver, som viser når i aldersintervallet mellom 50 og 67 år avgangen fra arbeidslivet primært skjer.³

Figur 3.1 viser at nærmere 25 prosent av sykepleierne som var yrkesaktive som 50-åringer, kunne forventes å bli pensjonert før de rundet 62 år, basert på tall for avgang i 2019. Sammenligner vi med avgangen i 2002 og 2010, ser vi at det var en økning i avgangen før fylte 62 år mellom 2002 og 2010, mens det var en nedgang mellom 2010 og 2019, og da særlig blant 60- og 61-åringene. Andelen som forlater yrket etter fylte 62 år, er imidlertid noe høyere i 2019 enn i 2002. Andelen som kunne forvente å stå i jobb til fylte 67 år, er derfor betydelig redusert, fra 22 prosent i 2002 til 14–15 prosent i 2019. Hovedårsaken er at flere nå velger å gå av som 62- og 63-åringer.

Figur 3.1 Pensjoneringskurver for **sykepleiere** i KLP-området i hhv. 2002, 2010 og 2019. Kun kommuner og fylkeskommuner i 2010 og 2019. Kilde: figur 3.1 i Nielsen (2020)



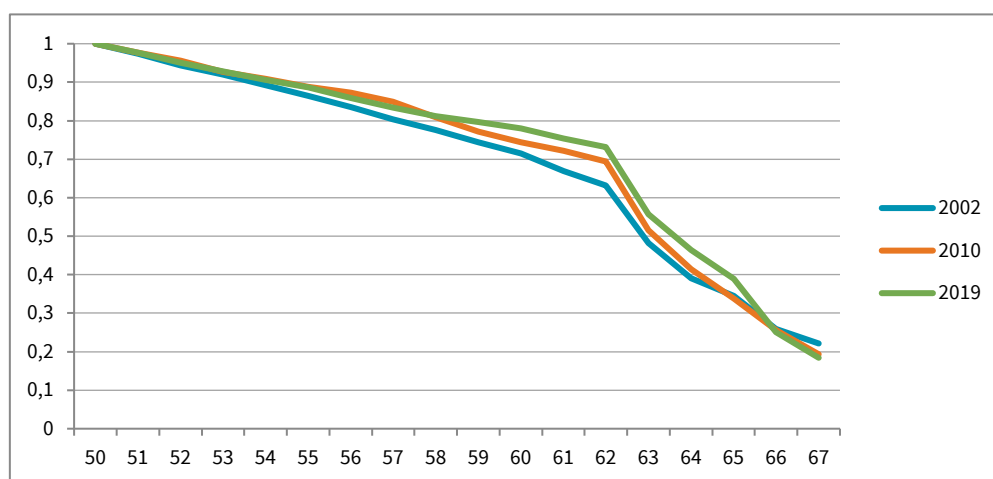
³ Beregningen av forventet pensjoneringsalder er parallell til den beregningsteknikk som anvendes innen demografien ved beregning av forventet levealder. Beregningene tar utgangspunkt i de aldersbestemte pensjoneringsratene som måler sannsynligheten for å gå av med pensjon ved en gitt alder for personer som fortsatt er i arbeid ved inngangen til et år. Trekkes disse pensjoneringsratene fra 1, får en fortsettelsesrate. Denne raten er uttrykk for sannsynligheten for at personer ved et bestemt alderstrinn, som var yrkesaktive ved inngangen til året, fortsatt er yrkesaktive når året er omme. For hvert alderstrinn beregnes en slik fortsettelsesrate, og gjennom suksessivt å gange disse fortsettelsesratene med hverandre får en fram en såkalt overlevelseskurve – her kalt pensjoneringskurve – som viser hvor stor andel av en kohort av 50-åringer som ikke har tatt ut pensjon (og ev. ikke vil være igjen i aktivt arbeid) ved ulike alderstrinn, forutsatt at medlemmene av kohorten over tid vil oppleve de samme pensjoneringsrater som er beregnet for de forskjellige alderstrinn i det året en ser på. Pensjoneringskurven kan så i sin tur brukes som basis for beregning av en gjennomsnittlig (eller eventuelt median) forventet pensjoneringsalder for personer som var i aktivt arbeid ved inngangen til det året de fyller 50 år (Midtsundstad 2006).

I likhet med tidligere Fafo-notater (Enjolras & Pedersen 1997; Midtsundstad 1999, 2001, 2002 og 2006; Hyggen 2007; Hermansen 2011) hvor denne beregningsteknikken har vært benyttet, må det også her understrekes at verken overlevelseskurvene eller de beregninger av en forventet pensjoneringsalder som kan utledes av pensjoneringskurvene, representerer en realistisk prognose for hvordan det vil gå med medlemmene av en bestemt fødselskohort. Men beregningene gir likevel både en relevant og konsis oppsummering av pensjoneringsmønstrene i et gitt år gjennom et tankeeksperiment: Hvis de aldersbestemte pensjoneringsratene som en finner i et gitt år, hadde vært stabile over tid, hvilke implikasjoner ville de hatt for det typiske pensjoneringstidspunktet til en kohort av 50-åringer? Forventet pensjoneringsalder er også et langt mer presist mål enn for eksempel gjennomsnittlig pensjoneringsalder (se for eksempel RTV 2002, 2004; Villund 2006).

At avgangen ved 62 år har økt, skyldes trolig at flere sykepleiere i dag tilfredsstillere kravene til å ta ut tjenstepensjon tidlig, det vil si at flere har jobbet i 23 år eller mer som 62-åring og dermed kan ta ut pensjon 3 år før særaldersgrensen for yrket på 65 år (i henhold til 85-årsregelen). Analyser av dataene fra KLP viser da også at andelen sykepleiere som tar ut tjenstepensjon tidlig i henhold til særaldersreglene, har økt i perioden (Nielsen 2020).

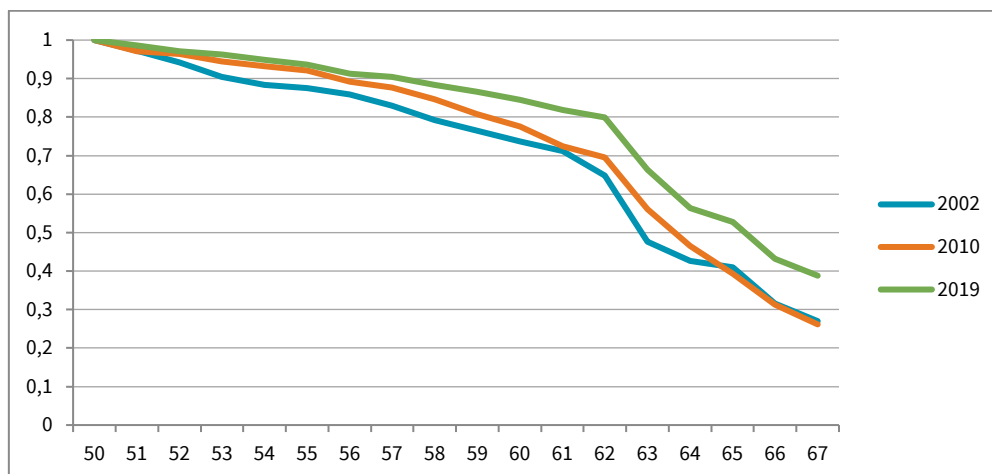
Blant helsefagarbeidere/hjelpepleiere har det også vært en nedgang i tidligpensjoneringen før fylte 62 år (jf. figur 3.2). Det betyr at færre i disse yrkesgruppene tok ut uførepensjon tidlig i 2019 enn de gjorde henholdsvis 9 og 17 år tidligere (dvs. i 2002 og 2010). Den beregnede andelen som kunne forventes å stå i jobb til de var 67 år, var likevel den samme i 2019 som den var i 2002. Det skyldes at avgangen er forskjøvet, slik at flere har ventet med å gå av til de er 62 år eller eldre i 2019, enn det som var tilfellet i 2002.

Figur 3.2 Pensjoneringskurver for **hjelpepleiere/barnepleiere o.l.** i KLP-området i hhv. 2002, 2010 og 2019. Kun kommuner og fylkeskommuner i 2010 og 2019. Kilde: figur 3.2 i Nilsen (2020)



Blant hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere har det til sammenligning vært en gradvis reduksjon i tidligpensjoneringsratene fra 2002 til 2019 (figur 3.3). Mens over tre av ti 50-åringene kunne forventes å gå av før fylte 62 år i 2002, gjaldt det kun to av ti i 2019. Etter fylte 62 år er imidlertid pensjoneringsmønsteret ganske likt i 2002 og 2019. Det var dermed nærmere 40 prosent av 50-åringene som kunne forventes å stå i jobb til fylte 67 år i 2019, mot snaut 30 prosent i henholdsvis 2002 og 2010.

Figur 3.3 Pensjoneringskurver for **hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere** i KLP-området i hhv. 2002, 2010 og 2019. Kilde: figur 3.5 i Nilsen (2020)

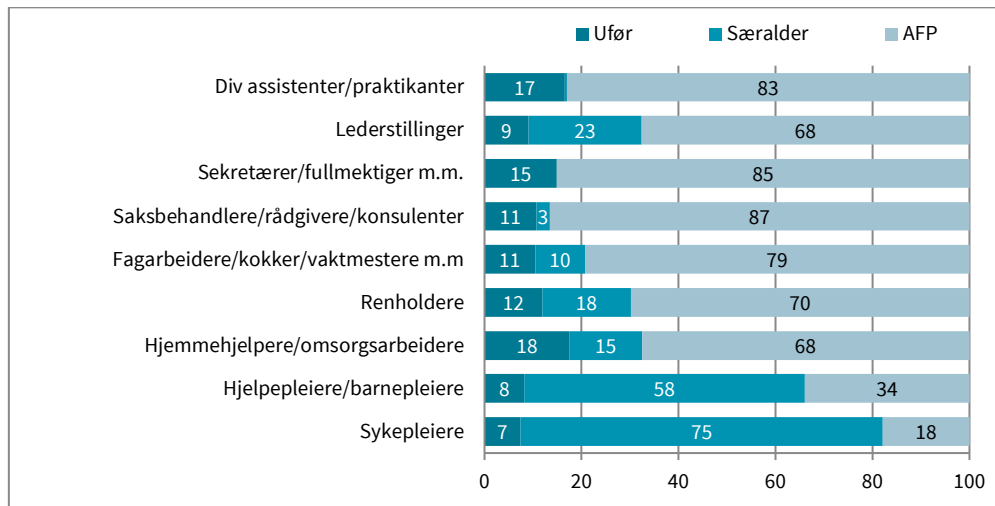


Uttak av ulike ordninger

AFP er den hyppigst brukte tidligpensjoneringsordningen i kommunesektoren for ansatte i alderen 62 til 66 år. Det er likevel stor variasjon i bruk av ordningen mellom yrkesgrupper (tabell 3.2). Sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere er de som sjeldnest tar ut AFP, mens hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere er storbrukere. Det samme gjelder for uførepensjon, hvor uttaket etter 62 år er høyt blant hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere, men relativt lavt blant sykepleiere. Sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere går i større grad av med tjenstepensjon etter særaldersreglene. I 2019 gikk henholdsvis 68 og 75 prosent i disse yrkesgruppene av med særalderspensjon av dem som gikk av i dette aldersintervallet.

En undersøkelse blant kommunalt ansatte fra 2012 (Midtsundstad & Nielsen 2014) viser at nærmere seks av ti med særaldersgrense ikke oppga noen særskilt grunn til ikke å ta ut tjenstepensjon tidlig. Blant dem som oppga årsak, synes manglende tidliguttak å være begrunnet med manglende opptjening i tjenstepensjonsordningen eller med at andre pensjonsordninger ville gi dem en høyere ytelse. Svært få sa de hadde blitt oppfordret av arbeidsgiver til å fortsette. For flertallet synes likevel hovedgrunnen å være at de selv ønsker å holde fram i jobben. Det gjaldt 21 prosent av de spurte.

Figur 3.4 Fordeling mellom ulike pensjonsordninger blant personer i alderen 62–66 år ansatt i kommuner og fylkeskommuner som ble pensjonert i 2019. For utvalgte yrkesgrupper. Kilde: figur 4.25 i Nielsen (2020)



Det er også færre sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere enn hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere som blir 100 prosent uføre (tabell 3.2). Blant hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere har andelen på full uførepensjon vært ganske stabil over hele perioden og sågar økt noe de siste 5 årene, mens den er betydelig redusert blant sykepleiere og hjelpepleiere, barnepleiere mv.

Tabell 3.2 Andel helt uføre innen ulike yrkesgrupper innen KLP-området i henholdsvis 2004, 2009, 2012, 2015 og 2019.

Uførepensjon i	2004	2009	2012	2015	2019
Sykepleiere	51,7	36,0	40,3	43,6	41,5
Hjelpepleiere/barnepleiere/tannpleiere o.l.	64,8	47,5	45,4	51,9	49,6
Hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere/husmorvikarer	60,0	62,5	62,2	71,0	65,2

Kilde: Nielsen (2020)

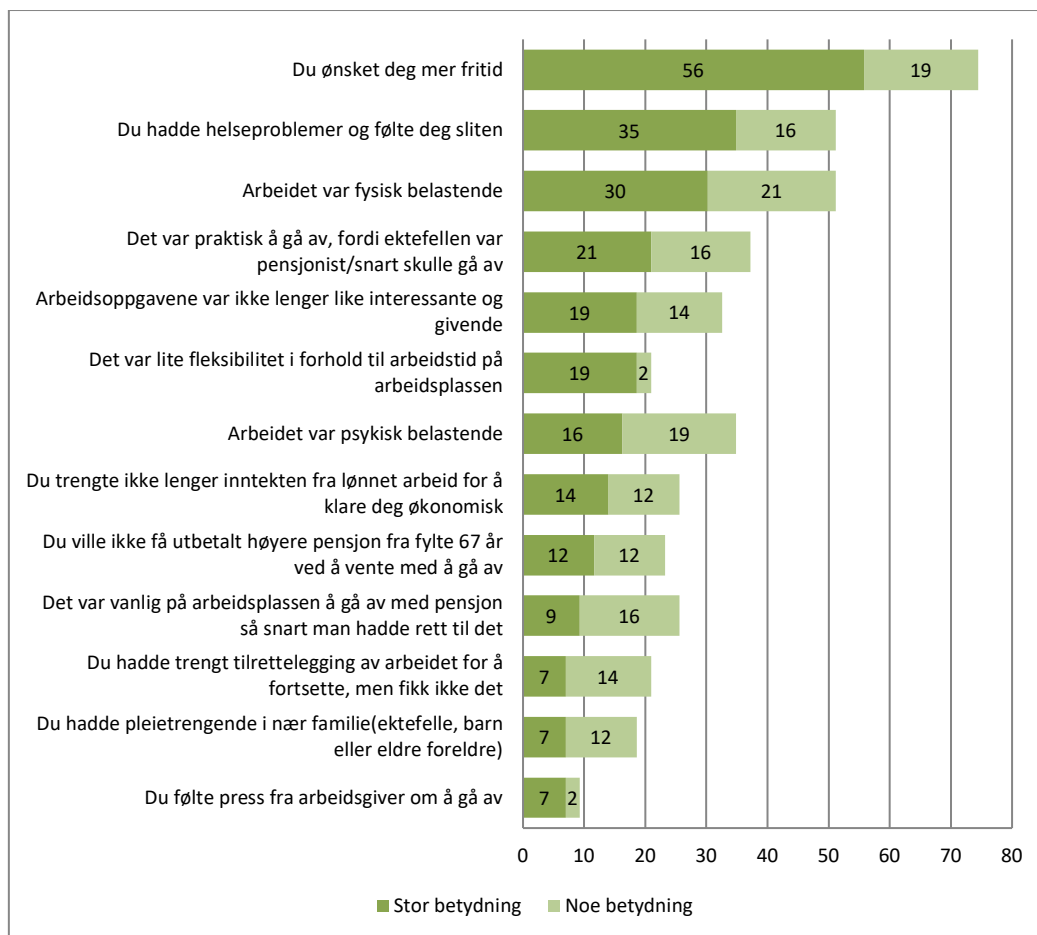
3.2 Begrunnelser for tidlig avgang

Forskningen viser at tidlig avgang, på tvers av yrker, er sterkt knyttet til helseproblemer (Poulsen mfl. 2017). Ifølge en representativ surveyundersøkelse blant kommunalt ansatte i 2012 ble også helseproblemer oppgitt av helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som en av de viktigste grunnene til tidlig uttak av AFP (fra 62 år) (Midtsundstad & Nielsen 2013).

Fysiske arbeidsbelastninger veide også tungt. Blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere mv. var det 30 prosent som vektla dette. Det var likevel kun 7 prosent som mente at manglende tilrettelegging av arbeidet var avgjørende for avgangsbeslutningen. 21 prosent sa imidlertid at det hadde hatt betydning at ektefellen også var pensjonert eller snart skulle gå av. Over halvparten oppga også at de ønsket seg mer fritid. Det trenger ikke bety at de ønsket seg mer fri eller ferie. Det kan likeså vel indikere at de ønsket å slippe bort fra et psykisk eller fysisk belastende arbeid eller ønsket seg mer ro, fordi de følte seg slitne, eller fordi helsa ikke lenger var den beste. Flere av dem som ønsket mer fritid, sa også at de hadde helseproblemer og opplevde arbeidet som

belastende. Datagrunnlaget her er imidlertid lite, så resultatene må tolkes med stor varsomhet.

Figur 3.5 Begrunnelser for å gå av med full AFP som 62-åring blant kommunalt og fylkeskommunalt ansatte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, renholdere, assistenter og ulike fagarbeidere født i 1943, 1946 og 1949. N = 43. Kilde: Midtsundstad & Nielsen (2013)



De som tar ut tjenestepensjon tidlig i kommunesektoren (i henhold til særaldersreglene), skiller seg heller ikke nevneverdig fra andre tidligpensjonister, annet enn at opplevde helseproblemer gir økt sannsynlighet for tidliguttak (Midtsundstad & Nielsen 2013, 2014). Ifølge den samme studien øker heller ikke det å ha et yrke med særaldersgrenser sannsynligheten for at en tar ut full pensjon som 62-åring, når de sammenlignes med dem som ikke har et yrke med særaldersgrense (Midtsundstad & Nielsen 2014). Analysene tyder med andre ord ikke på at særaldersgrensen i seg selv bidrar til økt tidliguttak av pensjon.

3.3 Begrunnelser for fortsatt arbeid

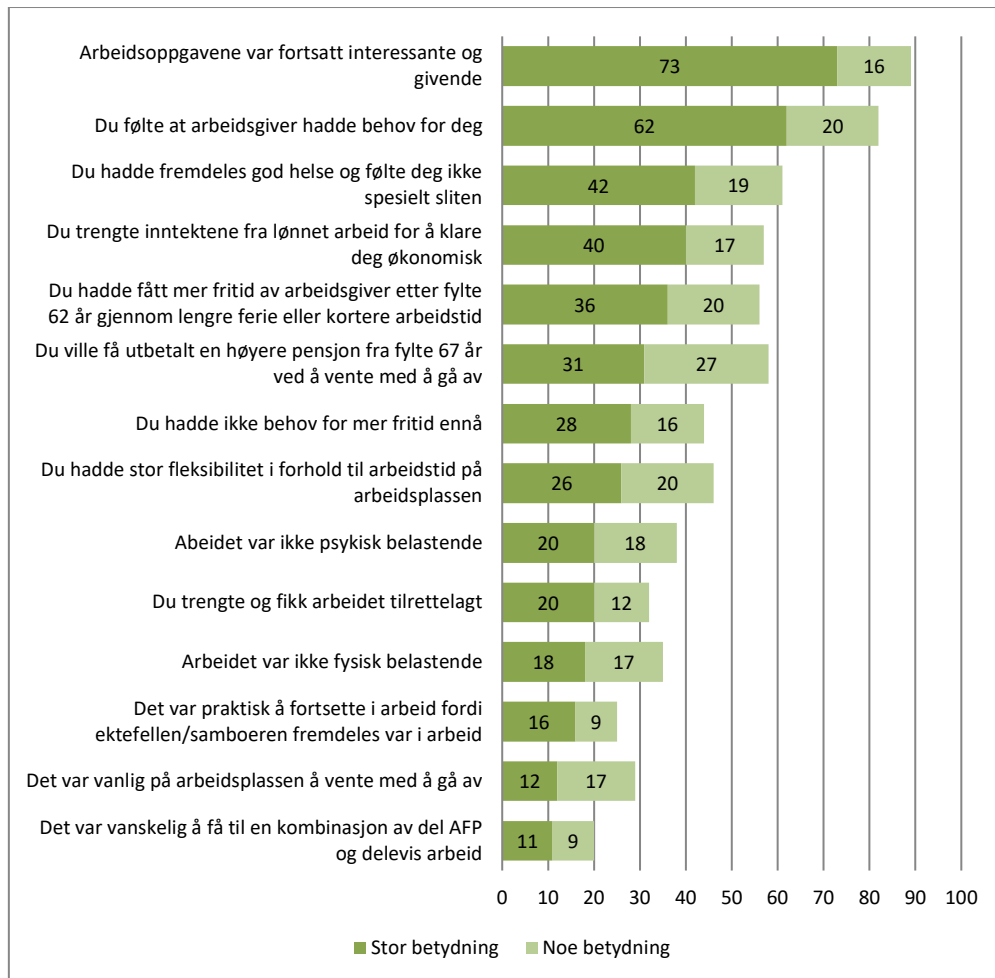
Selv om en del går av med pensjon som 62-åring, fortsetter svært mange av de kommunalt og fylkeskommunalt ansatte i arbeid etter passerte 62 år. Flertallet som fortsatte i arbeid fram til 67 år, sa det var viktig at de opplevde at «arbeidsoppgavene fortsatt var interessante og givende», at «de følte arbeidsgiver hadde behov for dem», og at «de fremdeles hadde god helse og ikke følte seg slitne». Men det var også 26 prosent som sa at de fortsatte i arbeid fordi de trengte inntektene fra arbeidet for å

klare seg økonomisk. Det kan bety at de følte seg «tvunget» til å fortsette av økonomiske grunner. Men det kan også bety at de ønsket å opprettholde en tilvant høy levestandard. Førstnevnte forklaring synes likevel å være hovedgrunnen for de fleste, da litt over halvparten av dem som vektla økonomi, hadde en personlig bruttoinntekt på under 300 000 kroner og en brutto husholdsinntekt på under 500 000 kroner. At økonomi har betydning, gjenspeiles også i det faktum at 20 prosent sa de hadde fortsatt i arbeid for å få høyere pensjon. Sistnevnte har gjerne sammenheng med at mange kvinner har entret arbeidslivet forholdsvis seint i livet, for eksempel etter å ha vært hjemme med barn noen år. De har dermed ikke tilstrekkelig opptjening til å kunne ta ut full tjenstepensjon tidlig.

I likhet med for kommuneansatte flest la flertallet av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, renholdere, assistenter og fagarbeidere også vekt på at «arbeidsoppgavene fortsatt var interessante og givende», at «de følte arbeidsgiver hadde behov for dem», og at «de fremdeles hadde god helse og ikke følte seg slitne», om enn i mindre grad enn de øvrige kommunale yrkesgruppene. Det var langt færre som sa de fortsatte fordi helse fremdeles var god og de ikke følte seg spesielt slitne. Flere blant helsearbeiderne synes med andre ord å velge å jobbe til tross for at helse ikke er den beste. Vi ser da også at 40 prosent innen gruppen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, renholdere, assistenter og fagarbeidere sa at det hadde stor betydning for beslutningen at de trengte å jobbe for å klare seg økonomisk. Til sammenligning gjaldt det kun 15 prosent av lærerne, adjunktene og lektorene og 23 prosent av lederne, saksbehandlerne og ingeniørene. Flere blant hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne, renholderne, assistentene og fagarbeiderne enn innen andre yrkesgrupper synes dermed å fortsette i arbeid av økonomiske grunner til tross for dårlig helse. Én av fem hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, renholdere, assistenter og fagarbeidere vektla også betydningen av å ha fått arbeidet tilrettelagt.

Det er også en viss forskjell i andel som vektlegger behovet og ønsket om å tilpasse yrkesaktiviteten og pensjoneringen til ektefellen/samboeren. Mens 28 prosent vektla dette blant lærere, adjunker og lektorer, gjaldt det kun 16 prosent av hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne, renholderne, assistentene og fagarbeiderne som jobber til de var 67 år.

Figur 3.6 Begrunnelser for å fortsette i arbeid etter fylte 62 år blant kommunalt og fylkeskommunalt ansatte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, renholdere, assistenter og ulike fagarbeidere født i 1943, 1946 og 1949. N = 105. Kilde: Midtsundstad & Nielsen (2013)



3.4 Arbeidsmiljø og risiko

En rekke faktorer i arbeidsmiljøet gir økt risiko for å utvikle så vel psykiske plager som muskel- og skjelettplager. Potensialet for å forebygge er derfor stort ifølge STAMI (2018). Dette gjelder særlig innen helse- og sosialtjenestene hvor en betydelig andel oppgir å være utsatt for mekaniske, psykososiale og organisatoriske risikofaktorer som gir økt risiko for både psykiske plager og muskel- og skjelettplager. Sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager og angst og depresjon er særlig høyt i enkelte av de kvinnedominerte yrkene innen helse- og sosialtjenestene. Generelt har helse- og sosialtjenester høy eksponering for en rekke risikofaktorer i arbeidsmiljøet og opphopning av helseplager, sykefravær og uførhet i flere av yrkesgruppene.

Ifølge STAMI (2018) er helse- og sosialtjenestene en av de mest risikoutsatte næringene i norsk arbeidsliv. Sammenlignet med landsgjennomsnittet oppgir ansatte i helse- og sosialtjenester høy eksponering for svært mange potensielt helse-skadelige psykososiale og organisatoriske faktorer, som nattarbeid, høye jobbkraav i kombinasjon med lav jobbkontroll, emosjonelle krav, innsats-belønning-ubalanse, vold og trusler og uønsket seksuell oppmerksomhet. Risikoen for å utsettes for passiv

røyking, rengjørings- /desinfeksjonsmidler og biologisk materiale er også høyere sammenlignet med alle næringer sett under ett. Arbeid på huk/knær og ubekvemme løft er dessuten langt mer utbredt i helse- og sosialsektoren enn i andre næringer. Vi ser også at både sykepleiere og pleie- og omsorgsarbeidere, sammenlignet med alle yrkesaktive, oppgir høy rollekonflikt, høye jobbkraav i kombinasjon med lav jobbkontroll, nattarbeid, hodet bøyd framover, arbeid på huk/knær, ubekvemme løft, hudkontakt med rengjøringsmidler, kontakt med biologisk materiale, passiv røyking og dårlig inneklima (tabell 3.3).

Når det gjelder motivasjon, engasjement og tilfredshet i arbeidet og tilhørighet til virksomheten, skiller imidlertid ikke sysselsatte i helse- og sosialsektoren seg fra landsgjennomsnittet.

Tabell 3.3 Prosentandel som rapporterer arbeidsmiljøeksponering innen pleie og omsorg, sammenlignet med alle yrkesaktive. Kilde: STAMI 2018

	Alle yrkesaktive	Pleie og omsorg i institusjon	Omsorgstjeneste u/botilbud	Pleie- og omsorgsarbeidere	Sykepleiere
Høy rollekonflikt	10	17	11	14	18
Høye jobbkraav og lav kontroll	16	18	12	23	33
Vold eller trusler om vold	6,6	31	14	25	24
Seksuell trakassering	4,1	14	5,2	15	15
Nattarbeid	9,1	27	4,2	26	41
Hodet bøyd framover 1/4 av dagen eller mer	18	23	18	27	30
Arbeid på huk eller knær 1/4 av dagen eller mer	16	27	38	30	27
Ubekvemme løft 1/4 av dagen eller mer	13	29	19	30	28
Hudkontakt med rengjørings-/desinfeksjonsmidler	25	64	37	65	69
Kontakt med kroppsvæsker/-vev	17	77	50	84	84
Passiv røyking	8,3	17	9,4	22	21
Dårlig inneklima 1/4 av dagen eller mer	26	40	31	37	53

Sykepleier og øvrig pleie- og omsorgspersonell er av de yrkene som har høyest legemeldt fravær og høyest selvrapportert, arbeidsrelatert sykefravær (STAMI 2018: 173–174). I 2017 var sykefraværet 8,7 prosent innenfor helse- og sosialtjenester, det vil si 38 prosent høyere enn for yrkespopulasjonen som helhet (6,3 prosent). Det arbeidsrelaterte sykefraværet i næringen er også høyere enn landsgjennomsnittet.

Aagestad, Tyssen og Sterud (2016) har sett på hvor mye av den økte risikoen for legemeldt sykefravær blant kvinner i helse- og sosialyrker som kunne forklares av faktorer i arbeidsmiljøet. De fant at risikoen for et legemeldt sykefravær på 21 dager eller mer var 42 prosent høyere blant kvinner i helse- og sosialyrker enn blant kvinner

i andre næringer. 70 prosent av den økte risikoen kunne forklares av arbeidsmiljøfaktorer. Det gjaldt særlig vold og trusler om vold, emosjonelle krav og løft i ubekvemme stillinger.

Flere innen helse- og sosialtjenester (ved siden av ansatte innen overnatting/serivering og forretningsmessig tjenesteyting) enn i andre næringer oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har lagt merke til kritikkverdige forhold på arbeidsplassen som de mente burde vært stoppet. Vold og trusler er særlig utbredt i pleie- og omsorgstjenester i institusjon. Det har sammenheng med at de ansatte har såkalte relasjonelle yrker med utstrakt pasient-/klientkontakt, noe som i seg selv øker sykefraværslrisikoen. At det er en slik sammenheng, viser en dansk studie av eldreomsorgen, hvor en fant at særlig emosjonelle krav, rollekonflikt, muligheter for påvirkning og ledelseskvalitet økte sykefraværssannsynligheten (Clausen mfl. 2012). Tilsvarende fant en annen dansk studie at vold og trusler om vold var den sterkeste prediktoren for sykefravær blant helsearbeidere (Rugulies mfl. 2007). Det samme er funnet i en studie av kvinner i helse- og sosialyrker i Norge (Aagestad mfl. 2014).

I en Fafo-studie blant fagforeningsmedlemmer oppgir 18 prosent innen helse- og sosialtjenestene at de har vært utsatt for seksuell trakassering i jobbsammenheng i løpet av de siste 3 årene (Bråten & Øistad 2017). En betydelig andel svarer også at dette har skjedd flere enn ti ganger de siste 3 årene. Medlemmer i helse og omsorg opplever først og fremst seksuell trakassering fra brukere og pasienter og understreker at dette primært er en konsekvens av pasientens diagnose og sykdomsbilde. Andelen som har opplevd seksuell trakassering fra kollegaer, er også ganske stor, mens seksuell trakassering fra sjefer er sjelden. En betydelig andel oppga at dette hadde ført til mistriivsel i jobbsituasjonen og et ønske om å slutte i jobben. Enkelte oppga også at de har hatt sykefravær som helt eller delvis skyldes seksuell trakassering på jobben. Likevel var det kun 9 prosent som sa at det fantes en handlingsplan med konkrete mål om å forhindre uønsket seksuell oppmerksomhet/trakassering der de jobber. 19 prosent svarte at det fantes retningslinjer/varslingsrutiner for seksuell trakassering. Flertallet visste imidlertid ikke om det fantes handlingsplaner eller varslingsrutiner. Seksuell trakassering er med andre ord en arbeidsmiljøutfordring som generelt vies lite formell oppmerksomhet i virksomhetene, og som i liten grad er knyttet til det øvrige HMS-arbeidet.

Organisatoriske faktorer som skift og turnusarbeid er også særskilt for sektoren. Organisatoriske endringer (Ingelsrud 2014; Bernstrom & Kjekshus 2015) samt kvelds- og nattarbeid er dokumentert å øke risikoen for sykefravær sammenlignet med dagarbeid (Tuchsen, Christensen & Lund 2008; Tuchsen mfl. 2008). Enkelte mekaniske (ergonomiske) risikofaktorer som tunge løft og løft i ubekvemme stillinger er også utbredt i flere av yrkesgruppene – faktorer som forskningen viser har betydning for muskel- og skjelettplager (Veiersted 2017) og sykefravær (Sterud 2014; Labriola, Lund & Burr 2006; Bang Christensen 2007).

Til tross for mye forskning på sektoren finnes det et begrenset antall studier som har sett på eldre eller seniorer i sektoren spesielt. En studie gjennomført av forskere ved STAMI har imidlertid sammenlignet yngres og Eldres arbeidskapasitet (styrke og utholdenhet/oksygenopptak) og arbeidskrav innen pleie- og omsorgssektoren i tillegg til bygg- og anleggsbransjen (Merkus mfl. 2018). De fant at eldre arbeidstakere har like god fysisk styrke som yngre arbeidstakere i begge sektorene, men lavere kondisjon (oksygenopptak). De møtte imidlertid ulike krav. Mens eldre bygningsarbeidere møtte noe lavere fysiske jobbkraav enn yngre bygningsarbeidere, var det ingen

forskjell i de fysiske jobbkravene yngre og eldre ansatte møtte i pleie- og omsorgs-sektoren.

3.5 Bemanning, kompetanse og kvalitet i tjenesten

NOVA har i en rapport sammenfattet norsk forskning og statistikk om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun 2020). Rapporten gir i tillegg en oversikt over forskning på konsekvenser av sykepleiermangel og på ulike strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Selv om rapporten fokuserer på sykepleiere, vil flere av funnene være relevante for alle som arbeider i sektoren.

Gjennomgangen viser at det i 2019 var 4500 ubesatte sykepleierstillinger i helse- og sosialtjenestene, en økning fra 1850 i 2014, i tillegg til 1100 ubesatte spesialsykepleierstillinger. Nærmere én av fem planlagte sykepleiervakter mangler dessuten sykepleiere og bemannes derfor av ufaglærte assistenter, ifølge rapporten. Samtidig vises det til at det kun er to av ti nyutdannede sykepleiere som har sykehjem eller hjemmesykepleien som førsteprioritet. Videre viser rapporten at lange fravær (legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon) tilsvarte 13 prosent av alle sykepleierårsverk i 2019. Tall for 2018 og 2019 viser også at rundt 12 prosent av sykepleierne og spesialsykepleierne i kommunale omsorgsinstitusjoner og 11 prosent i hjemmetjenesten sluttet i løpet av et år. En undersøkelse som refereres, viste også at halvparten av sykepleierne i sykehjem og hjemmesykepleien som deltok i en undersøkelse i 2016, ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien.

Ifølge rapporten har sykepleiemangelen store konsekvenser for sykehjems- og hjemmetjenestenes kvalitet og viser i den sammenheng til en rekke rapporter og spørreundersøkelser blant sykepleiere og helsefagarbeidere, pårørende og brukere (Gautun 2020). Oppsummeringen indikerer blant annet at det er en sterk sammenheng mellom bemanning i sykehjem og kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten; mellom få sykepleiere på jobb og raskere forverring av eldre pasienters sykdomstilstand sammenlignet med hva den ville vært om sykepleiere kunne ført tilsyn med pasienten; mangel på sykepleiere og en reduksjon i opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling, forebygging og aktivisering; og en sammenheng mellom lav sykepleierbemanning og henholdsvis redusert tilfredshet med tjenestene, økt forekomst av infeksjon og trykksår, utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og økt forekomst av vekttap blant brukerne. Sykepleiere i dårlig bemannede tjenester har også oppgitt dårligere kvalitet på samarbeidet med sykepleiere i sykehus sammenlignet med sykepleiere i godt bemannede sykehjem og hjemmesykepleietjenester. Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien har også betydning for hvordan de kommunale tjenestene klarer å følge opp eldre pasienter etter sykehusopphold (Gautun 2020).

I tillegg til lav bemanning kan forholdstallet mellom faste og vikarer, faglærte og ufaglærte påvirke arbeidsbelastningene for den enkelte arbeidstaker, som igjen påvirker fravær og ønsket og faktisk avgang fra yrket enten gjennom jobbskifte eller tidligpensjonering.

Tjenesteutøvere må ifølge dem selv også i økende grad gjøre vanskelige og belastende prioriteringer. Sykepleiere oppgir for eksempel at de på grunn av for lite personell og tidspress stadig gjør tøffere prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold

omsorgen og behandlingen skal ha. De har i den forbindelse gitt uttrykk for at de kan oppleve det som belastende å ta denne typen valg når tiden ikke strekker til, uten at det er klart hvilke føringer som skal gjelde. Dette er en problematikk som også er tatt opp i en Fafo-rapport fra 2011 (Midtsundstad & Bogen 2011b), og vil nok ikke bare gjelde sykepleierne, men alle som jobber i pleie- og omsorgssektoren, uavhengig av kompetanse, selv om sykepleiere gitt sine ansvarsområder nok vil kunne kjenne mer på denne belastningen.

3.6 Oppsummering

- Forventet pensjoneringsalder viser at en 50-årig sykepleier kunne forventes å være i jobb til fylte 60 år og 5 måneder i 2019 (60,4 år). Tilsvarende tall for hjemmehjelpere og omsorgsarbeidere var snaut 62 år (61,8 år) og for hjelpepleiere, helsefagarbeidere, barnepleiere mv. snaut 60 år (59,9 år).
- Ser vi på pensjoneringsmønsteret, kunne nærmere 25 prosent av sykepleiere og hjelpepleiere som var yrkesaktive som 50-åring, forventes å bli pensjonert før de rundet 62 år i 2019, mot henholdsvis 20 prosent av hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere. Sammenlignet med 2002 har det vært en kraftig reduksjon i tidligavgangen blant hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere og til dels hjelpepleiere, mens andelen blant sykepleiere er den samme i 2019 som i 2002. Det vil si at færre seniorer tar ut uførepensjon enn tidligere.
- Andelen som står i jobb til fylte 67 år, var imidlertid den samme i 2019 som i 2002 for sykepleiere og hjelpepleiere, da flere gikk av som 62- og 63-åring i 2019 enn 2002. Blant hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere har det derimot vært en økning i andelen som står i jobb til fylte 67 år.
- AFP er den hyppigst brukte tidligpensjoneringsordningen i kommunesektoren for ansatte i alderen 62 til 66 år. Sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere er de som sjeldnest tar ut AFP, mens hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere er storbrukere. Det samme gjelder for uførepensjon, hvor uttaket etter 62 år er høyt blant hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere, men relativt lavt blant sykepleiere. Hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere blir også oftere 100 prosent uføre. Sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere går i større grad av med tjenstepensjon etter særaldersreglene.
- Helseproblemer ble oppgitt som en av de viktigste grunnene for tidlig uttak av AFP (fra 62 år) av helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i 2012. Fysiske arbeidsbelastninger veide også tungt. Det var likevel kun 7 prosent som mente at manglende tilrettelegging av arbeidet var avgjørende for avgangsbeslutningen. Over halvparten oppga også at de ønsket seg mer fritid. Det trenger ikke bety at de ønsker seg mer fri. Det kan også bety at de ønsker å slippe et psykisk eller fysisk belastende arbeid, fordi helsa er dårlig.
- I likhet med for kommuneansatte flest begrunnet flertallet av helsefagarbeiderne, hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne at de fortsatte i jobben med at «arbeidsoppgavene fortsatt var interessante og givende», at «de følte arbeidsgiver hadde behov for dem», og at «de fremdeles hadde god helse og ikke følte seg slitne. Det var likevel langt færre som sa de fortsatte fordi helsa fremdeles var god og de ikke følte seg slitne. Det var da også flere enn i øvrige grupper i kommunesektoren som

hadde valgt å jobbe til tross for helseproblemer. Én av fem vektla betydningen av å ha fått arbeidet tilrettelagt.

- Ifølge STAMI (2018) er helse- og sosialtjenestene en av de mest risikoutsatte næringene i norsk arbeidsliv. Sammenlignet med landsgjennomsnittet oppgir ansatte i helse- og sosialtjenester høy eksponering for en rekke potensielt helseskadelige psykososiale og organisatoriske faktorer, som nattarbeid, høye jobbkraav i kombinasjon med lav jobbkontroll, emosjonelle krav, innsats–belønning-ubalanse, vold og trusler og uønsket seksuell oppmerksomhet. Sammenlignet med øvrige næringer har de dessuten større risiko for å utsettes for passiv røyking, rengjørings-/desinfeksjonsmidler og biologisk materiale. Arbeid på huk/knær og ubekvemme løft er også langt mer utbredt. Andelen som oppgir høy rollekonflikt, er også høyere. Når det gjelder motivasjon, engasjement og tilfredshet i arbeidet og tilhørighet til virksomheten, skiller de seg imidlertid ikke ut fra landsgjennomsnittet.
- Sykepleier og øvrig pleie- og omsorgspersonell er også av de yrkene som har høyest legemeldt sykefravær og høyest selvrapportert, arbeidsrelatert sykefravær. Organisatoriske faktorer som skift og turnusarbeid er også særskilt for sektoren. Begge er faktorer som er dokumentert å øke risikoen for sykefravær. Enkelte mekaniske (ergonomiske) risikofaktorer som tunge løft og løft i ubekvemme stillinger som har betydning for muskel- og skjelettplager, er også utbredt i flere av yrkesgruppene.
- Mangel på personell, som sykepleiere og helsefagarbeidere, har store konsekvenser for sykehjems- og hjemmetjenestenes kvalitet. Det gjelder blant annet faglig forsvarlighet i tjenesten – opplevd kvalitet på behandling, forebygging og aktivisering, forekomst av infeksjon og trykksår, ivaretagelse av beboere med psykiske problemer og forekomst av vekttap blant brukerne. Det har også betydning for hvordan de kommunale tjenestene klarer å følge opp eldre pasienter etter sykehusopphold. Tjenesteutøvere må ifølge dem selv også i økende grad gjøre vanskelige og belastende prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold omsorgen og behandlingen skal ha.

4 Seniorene forteller

For å få et innblikk i hvordan arbeidshverdagen kan fortone seg for senioransatte i pleie og omsorg, intervjuet vi vinteren 2021 femten ansatte i ulike deler av sektoren. De intervjuede var pleieassistenter, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere⁴ og jobbet i hjemmetjenesten, på sykehjem, i såkalt omsorgsbolig eller i et helsehus. De var mellom 60 og 70 år. Tolv var kvinner, og tre var menn. Noen jobbet fulltid, andre redusert tid, noen jobbet bare nattevakt, andre både morgen, kveld, natt og helg, andre igjen vekslet mellom dag- og kveldsvakter.

De intervjuede ble rekruttert via sin fagforening, gjennom et såkalt først til mølla-prinsipp. De utgjør derfor ikke noe tilfeldig trukket og representativt utvalg av dem som jobber i sektoren. Deres historier kan likevel være et verdifullt supplement til tallene og statistikken i kapittel 2 og 3, da de gir oss et bilde av hvordan en arbeidsdag kan arte seg for dem som jobber der. De setter også ord på hva som gjør at en trives, hvilke ulike utfordringer en kan møte på arbeidsplassen, hva en oppfatter som sin særlige kompetanse og bidrag og, ikke minst, hvorfor en har valgt å bli værende i sektoren i nesten et helt yrkesliv.

4.1 «Jeg liker å jobbe med mennesker»

Alle hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og assistentene jeg snakket med, hadde en bred og variert yrkeserfaring før de begynte i pleie- og omsorgssektoren. De hadde jobbet i butikk og bakeri, kjørt lastebil, jobbet i hotell- og serveringsbransjen, i skolen og på aktivitetsskole (AKS). Et par hadde også en akademisk utdanning, men hadde mistriivdes i akademikeryrket de først hadde, og søkt seg til pleie- og omsorgssektoren. Sykepleierne hadde derimot jobbet i sektoren hele yrkeslivet, hvorav lengre perioder på sykehus.

Veien inn til yrket er med andre ord ulik, selv om de fleste sier de valgte yrket fordi de alltid har vært interessert i mennesker og i å hjelpe og yte omsorg. Enkelte referer også til erfaring med pleie og stell av slektninger i ung alder, positiv erfaring med yrket som ekstravakt i ungdommen eller at nære slektninger hadde vært leger, sykepleiere eller hjelpepleiere, slik at det falt naturlig å velge et yrke innen helse eller pleie- og omsorgssektoren.

Jeg synes det er interessant med mennesker. Tok meg av mormor en stund. Det lå for meg ... (Hjelpepleier, 60 år)

Jeg trives og liker å jobbe med mennesker. Det var også naturlig for meg å jobbe innen sektoren da de fleste i familien jobber som pleiere. (Hjelpepleier, 61 år)

Det har alltid vært en drøm å bli sykepleier. Så når ungene var små, tok jeg fag jeg manglet, på kvelden. Og så fikk jeg et veldig godt tilbud av kommunen, med

⁴ Av personvern hensyn oppgis det ikke alder for sykepleierne ved de gjengitte sitatene.

stipend mv. Og jeg syns det var kjempemoro å lære ... Jeg har også vært åpen for nye ting ... (Sykepleier)

Å ha en jobb er viktig for de fleste, ikke kun fordi det gir et levebrød, men fordi en får brukt sine evner og talenter og kan oppleve å være til nytte. De aller fleste norske arbeidstakere sier de trives på jobben. Hva som bidrar til trivsel, mestring og mening, kan imidlertid variere. I mine samtaler med pleiepersonellet var det slående hvor mange som vektla det at de var genuint interessert i å hjelpe og bistå andre, og at de hadde valgt yrket fordi de likte mennesker. Når vi boret litt dypere, var det særlig de gode samtalene med de eldre beboerne som ble vektlagt, men også det sosiale samværet og samarbeidet med kollegaene.

Jeg trives i jobben og liker meg. Er glad i folk og liker å jobbe med folk. Syns også jeg får brukt mange av mine talenter i jobben. Kan litt historie, samfunns-kunnskap og musikk, noe som er nyttig i jobben når jeg snakker med eldre. For jobben handler ikke bare om å måle blodtrykk og blodsukker. (Helsefagarbeider, 61 år)

Jeg gruer meg til å slutte ... og har hatt en sorg knyttet til det ... Trives godt med jobben. Det å hjelpe pasienter og pårørende. Jeg føler jeg er til hjelp, og liker det godt ... (Sykepleier)

Vi har et godt arbeidsmiljø, vi ser på hverandre som en stor familie. Selvfølgelig er det uenigheter, men vi tåler uenigheter ... (Hjelpepleier, 63 år)

Men selv om en ser yrket som meningsfylt og setter pris på det sosiale fellesskapet kollegaene imellom, er det sider ved jobben som oppleves som belastende.

Jeg trives godt i jobben. Føler jeg får gjort noe klokt. Jeg liker å være til hjelp, liker å få til ting, liker levende arbeid og jobbe med mennesker ... Jeg trives også med travelheten. Har også kort vei til jobb og sykler både til og fra arbeidet ... Liker også turnusarbeidet, da det er fint å ha fri på formiddagene av og til. Ulempen er helgejobbingen. Den liker jeg ikke noe særlig. (Hjelpepleier, 61 år)

Jeg har trivdes veldig godt i selve jobben. Det å gjøre noe for andre mennesker. Når jeg går hjem, vet jeg at de har hatt en god stund med meg. Men det er slitsomt. Snakk om økonomi og effektivitet hele veien. (Hjelpepleier, 60 år)

4.2 Færre tunge løft, men travlere enn før

Ifølge STAMIs arbeidsmiljøundersøkelser er en høy andel pleie- og omsorgsarbeidere eksponert for større arbeidsmiljøbelastninger enn arbeidstakere flest (STAMI 2018). De har også høyere sykefraværs- og uførerater enn gjennomsnittet. Dette gjenspeiles i svarene jeg fikk fra de 15 seniorene jeg intervjuet.

Det de primært legger vekt på, er likevel ikke det fysiske tunge ved arbeidet, selv om en del også nevner det, men knapphet på tid, travelheten, alle oppgavene de skal rekke over, og frustrasjonen og den dårlige samvittigheten over å ikke ha tilstrekkelig tid til beboerne og brukerne.

Det er krevende å jobbe med eldre, mye ansvar. Det har også blitt mer krevende med årene, da helsefagarbeiderne har fått stadig flere oppgaver, ikke bare stell og pleie ... Pasientene er også mye dårligere enn før, og det er flere demente.

Vi har heller ikke så mye mulighet til å ta små pauser nå lenger ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Jeg er glad i å jobbe med mennesker. Jeg kommer fra en stor familie og er vant til å gi omsorg. Men jeg syns vi har for liten tid til de eldre. Demente trenger selskap for å føle seg trygge, men vi rekker ikke det alltid ... Livet deres er ikke alltid verdig. Vi har for lite tid til dem. (Helsefagarbeider, 61 år)

Enkelte påpeker også at det sjelden tas hensyn til at de som eldre ansatte kanskje kan trenge noe mer tid eller litt flere pustepauser i løpet av arbeidsdagen.

[...] men også vanskelig, da ledelsen forventer det samme av deg som de gjør av yngre, kanskje til og med litt mer ... Og i et yrke som det her, så tar det på kroppen med all løfting og skyving gjennom veldig mange år – og det tas det ikke hensyn til. (Hjelpelleier, 63 år)

Travelheten og lite tid til å være sammen med de eldre, prate og bare være til stede, muligheten for å ta en liten pustepause innimellom med mer kobles til knapp bemanning, flere oppgaver enn tidligere og stadige krav «ovenfra» om å springe fortere. I tillegg nevnes det at beboerne og pasientene er sykere enn før og derfor trenger mer hjelp og tilsyn enn tidligere. Sistnevnte har blant annet sammenheng med samhandlingsreformen som gjør at pasienter skrives ut fra sykehusene raskere enn før.

At lederne krever så mye av oss. De som sitter bak de store skrivebordene. Dagene er ikke lange nok. Du jobber i et sett. Du har tida fra åtte til fire, og du skal gjøre så mye på de timene ... Og da må vi prioritere. Beboerne er i fokus – mat og pleie, og da er det ikke alltid vi får tid til å fylle opp i skapene eller ta de med på aktiviteter. Vi har heller ikke alltid tid til å ta pauser, heller ikke mat-pausa ... De yngre sier bare – nå tar jeg matpause, men jeg synes det er vanskelig hvis jeg må hjelpe noen med morgenstellet, fordi de vil stå opp litt senere, for eksempel ... Vi er ikke så mange igjen av den gamle garden ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

Mye påtrykk ovenfra – utførerdelen – veldig trykk på det. Vi er så få. Veldig trykk på å komme tidligst mulig ut – løpe fra A til B osv. – så inn og notere i rapporterings-systemet samtidig med at du skal få tid til å spise. Blir liten tid til sosial kontakt, til felles lunsj og til å prate om private ting. Må jobbe hele tiden. Blir slitne av det. Vi jobber i turnus. Det gjør at vi ikke nødvendigvis treffer de samme menneskene daglig heller. Jeg er egentlig ikke så fornøyd med arbeidsmiljøet. Det fysiske kan også være tungt, eller egentlig ikke tungt i seg selv, men brukerne er dårligere enn før. Det påvirker. Særlig når det kan ta litt tid før vi får hjelpemidler på plass. Det kan dreie seg om funksjonstap, for eksempel at de har vanskeligheter med å komme seg opp fra stolen ... da må vi ta i ... for å hjelpe. Hvert løft, vridning eller dytting er ikke så tung i seg selv, men det er antallet – at det skjer mange ganger ... Det dreier seg også om styrke og om teknikker ... Mange gir uttrykk for at det ikke er noe problem, særlig de yngre. De er sterke og får det til, men det gjelder ikke alltid de eldre, som ikke har den samme styrken ... (Hjelpelleier, 60 år)

Til tross for langt flere hjelpemidler forteller flere i hjemmetjenesten at de av og til nå også må løfte og skyve relativt tungt, da det nesten alltid tar noe tid før en beboer

får hjelpemidlene på plass hjemme hos seg. Akutte situasjoner oppstår også, og da har en ikke alltid tid til å ta i bruk de hjelpemidlene som måtte finnes.

En grunn er at det tar så lang tid å få hjelpemidler på plass ... Det kan ta opptil 6–7 uker om det ikke dreier seg om en kreftpasient (som har egne kreftkoordinatorer) eller en med ALS, da skal det være på plass innen 48 timer. I de fleste tilfeller skal det også en ergoterapeut inn å vurdere behovene også ... Av og til blir også bestilling av hjelpemidler trenert av brukerne og deres pårørende, da det er de som må bestille (men det er sjelden). Egentlig skal en bare utføre det aller nødvendigste om hjelpemidlene ikke er på plass. Er for eksempel en pasient sengeliggende og de ikke har fått en sykehusseng, skal en bare stille de, vaske de og så videre. Men da er vi jo ofte snille og hjelper de opp likevel ... (Hjelpepleier, 60 år)

En kommer for eksempel inn til en bruker som veier rundt 50 kilo som sitter på gulvet. Da løfter en dem opp selv om det ikke er gunstig. Det er fort gjort å ta i et tak. Kan ikke vente på trygghetsalarmen – da det tar evigheter før de kommer ... (Hjelpepleier, 61 år)

Men som flere av dem med mange år i sektoren påpekte, så var de fysiske belastningene langt større før, da en ikke hadde noen hjelpemidler tilgjengelig overhodet. Én mente sågar at det ikke var noe særlig belastende i det hele tatt, om en brukte de hjelpemidlene som fantes.

På den annen side må en huske på at de fleste av senioren i sektoren har jobbet på sykehjem eller i hjemmetjenesten i flere tiår, det vil si i lengre perioder før dagens hjelpemidler var tilgjengelig. Det kan derfor være et visst «etterslep» av arbeidsrelaterte helseplager grunnet tidligere fysiske belastninger. De som gir uttrykk for at de opplever de fysiske belastningene som små eller minimale, oppgir også i større grad å ha god helse og få helseplager.

Genetisk er jeg heldig og har god helse og ingen helseproblemer. Vi har også hjelpemidler tilgjengelig. Om en har med tunge folk å gjøre, har en heis osv. Så hvis vi gjør ting riktig, så går det greit ... men det er selvfølgelig ikke alltid en rekker å gjøre det. En kan komme opp i situasjoner hvor en bare må handle ... Vet da også at det er flere på avdelingen som sliter med ryggen ... ofte de eldre ... (Helsefagarbeider, 64 år)

Det er ikke noe særlig fysiske utfordringer i jobben, da jeg jobber i en demensavdeling. Vi har også flotte hjelpemidler, men de skal selvsagt styres og ordnes med de også ... (Sykepleier)

Arbeidet er tungt, men ikke fysisk tungt. Det er heller summen av alt sammen som er belastende, turnusen og særlig helgejobbingen. Det er få tunge løft, da de fleste på vår avdeling er oppegående. (Hjelpepleier, 61 år)

Når det gjelder fysiske belastninger, er ikke det noe stort problem på den avdelingen hvor jeg jobber. Kan merke at noen kanskje mener det er lettere for meg da jeg jo jobber 50 prosent ... I utgangspunktet ønsket jeg en 100-prosentstilling, men det ble for tungt ... (Sykepleier)

De beskrevne bedringene i arbeidsmiljøet gjaldt, som nevnt, primært de fysiske belastningene. Andre belastninger synes å være der fremdeles. Ifølge informantene har

disse heller økt enn blitt redusert, som belastningen ved mye gåing på hardt underlag og et generelt hektisk tempo med lite rom for å ta seg en pust i bakken.

Det er et for høyt tempo. Vi er fire personer på jobb som har ansvar for tjuetre beboere, så det er ikke mye rom for å sette seg ned eller ta en liten pause. Ser stor forskjell på bare noen år. Beboerne blir eldre og eldre, og mange er demente, de er kortere tid hos oss, så en blir heller ikke kjent med dem på samme måten. Og det kommer stadig nye rutiner ... så å jobbe som eldre er tøft ... (Hjelpepleier, 63 år)

Vi skal hjelpe dem med det meste, fikse og ordne. Er ikke alltid vi rekker alt vi skal gjøre på en vakt, da blir nestemann irritert. Det blir en vond sirkel ... (Hjelpepleier, 63 år)

Det har skjedd mye – både til det verre og til det bedre ... Det er mange ulike opp- gaver som skal utføres hver dag, og det kan være krevende å samle alle trådene. Holdningen til yrket har også endret seg. På en måte har vi tatt over hele livet til de som bor her. Engasjerer oss i flere ting som angår det daglige hverdagslivet deres. Og det kan bli litt mye å forholde seg til. Det er ikke fysisk slitsomt, men mer psykisk slitsomt. Men en kan bli liggende våken om natta og reflektere over ting som har hendt ... (Hjelpepleier, 61 år)

Beskrivelsene og vurderingene synes imidlertid å avhenge av hvor en jobber, om det er i hjemmetjeneste, på et sykehjem, et helsehus eller i omsorgsbolig, og om beboerne/brukerne er unge eller eldre, demente, multifunksjonshemmede, sengeliggende eller oppegående, og om en jobber deltid eller heltid.

Felles for de fleste var det at de beskrev brukerne av hjemmesykepleien og beboerne på sykehjem som sykere enn før, og at flere av de eldre pasientene/beboerne på sykehjem nå var demente. Begge er forhold som kan gjøre arbeidet mer krevende og belastende enn det har vært tidligere, og kanskje, slik enkelte påpeker, at det er mer krevende å jobbe på sykehjem enn i hjemmetjenesten. Enkelte av informantene som rapporterte dette, har jobbet i hjemmetjenesten tidligere.

Blir trøtt. Kroppen sier ifra, selv om en er ung i sinn ... Går og står på sementgulv, så en får problemer med rygg og knær og føtter ... Det var bedre i hjemmetjenesten, da en er i bevegelse mer ... Men vi får tilrettelegging. Lettere oppgaver en stund om vi er syke ... (Hjelpepleier, 63 år)

Men også det å jobbe med yngre brukere kan av og til være utfordrende, særlig om de er utagerende, og om det kun er én eller få på jobb.

Brukerne kan også bli voldelige innimellom, rasere leilighetene mv. Kan være frustrerte og stå og hyle ... Men jeg føler meg ikke redd, selv om jeg er alene. Jeg kan også tilkalle den andre som er på vakt ved behov ... (Pleimedhjelper, 60 år)

Jeg jobber på en skjermet enhet hvor brukerne er unge og fysisk oppegående, men likevel har stort hjelpebehov. Det kan være slitsomt og krevende. En er også ofte alene på jobb og har dermed ikke mulighet til å få hjelp av kolleger ... (Hjelpepleier, 61 år)

Flere påpeker også at turnus og helgevakter kan være slitsomt. Når det gjelder nattevakter, er likevel inntrykket at det varierer veldig fra person til person om en synes

det er belastende. Enkelte synes det er slitsomt, mens andre foretrekker å jobbe på natta. Kveldsvakter og nattevakter er også bedre betalt. Noen oppgir imidlertid at de har problemer med å holde seg våkne eller ikke får sove etter endt vakt. Andre igjen liker ikke det store ansvaret som kan følge med disse vaktene, da en ofte er alene på jobb.

Vi jobber dag og kveld. Jeg vil ikke jobbe natt. Da er det bare én på vakt med ansvar for alle beboerne ... Før var nattevaktene også uten utdanning. Nå er det krav om at de skal ha kompetanse ... (Hjelpepleier, 63 år)

Men det er en her på over 70 år, som jobber nattevakter. Jeg har også jobbet nattevakt i 10 år, men fant ut at jeg ikke klarte det lenger. Klarer å holde meg våken til 5, men etter det er det verre – og det går ikke. Jeg kjenner meg selv og vet at det ikke går Jeg tror det er personavhengig om en klarer nattarbeid i lengden eller ikke. (Hjelpepleier, 61 år)

For meg passer det godt å være nattevakt. Jeg har et godt sovehjerte og har ikke problemer med å sovne inn eller få nok søvn. Men tror en del sliter med det og som kanskje blir avhengig av sovemedisiner. Det eneste jeg merker, er om jeg går fire nattevakter etter hverandre, så kan jeg kjenne at det er slitsomt. Men jeg har blitt flinkere til å legge meg da med en gang når jeg kommer hjem og ikke begynne å pusle rundt ... Har blitt litt mer disiplinert på det området. Men nå har jeg heller ikke noen små barn. Tror det er vanskeligere da ... Jeg er også roligere. Tror også jeg er flinkere på det med renslighet og orden Rydder derfor på vakt, noe ikke de andre gjør. Tror det har mest med kjønn og kultur å gjøre og kanskje ikke så mye alder ... (Pleiemedhjelper, 60 år)

Men enkelte ganger handler det verken om det fysiske arbeidsmiljøet eller travelheten, men arbeidskonflikter, og da primært ens forhold til nærmeste leder. I slike tilfeller svinner arbeidslysten fort, og en ønsker seg gjerne ut av arbeidslivet fortest mulig. En av informantene var også sykmeldt på intervjuutidspunktet grunnet en slik arbeidskonflikt:

Jeg blir syk av sjefen. Jeg har hatt andre sjefer før. Hun som var leder tidligere, var streng, men rettferdig. Det var greit, selv om hun også tok opp ting med oss ansatte. (Helsefagarbeider, 61 år)

Om ledelsen oppleves som «et problem», kunne en løsning være å bytte jobb. Det er likevel ikke alltid som en realistisk mulighet for alle i 60-årene. Flere forteller at de har prøvd å finne seg annet arbeid på grunn av helseproblemer og/eller en vanskelig sjef, men at de ikke har lyktes. Det gjaldt særlig hjelpepleierne og helsefagarbeiderne. De føler seg derfor, mer eller mindre, «stuck» i jobben.

4.3 Data, ny teknologi og økte dokumentasjonskrav

Som i de fleste yrker innen offentlig sektor har kravene til dokumentasjon og rapportering økt, og de ansatte har måttet forholde seg til stadig nye datasystemer. Men det handler også om at systemene og rutinene stadig endres. Problemene informantene beskriver i den forbindelse, gjelder både mengden dokumentasjon og begrenset tid til å sette seg inn i alt det nye. Noen finner dette særs krevende og sliter med å forstå de nye datasystemene, men langt fra alle. Flere mener også at dokumentasjons- og rapporteringskravene stjeler verdifull tid fra beboerne/brukerne.

Det jeg opplever som vanskelig nå, er alt det tekniske, dataarbeidet. Er ikke så flink til det. Forstår ikke så mye av det. Får opplæring av de yngre, men synes ikke det fungerer helt likevel ... Syns det er en stor utfordring at alt nå er på data. Så jeg bekymrer meg en del for det. Jeg må ha en ved siden av meg til å hjelpe ... (Hjelpepleier, 61 år)

Ting forandrer seg veldig. Handler mye om dokumentasjon. Det er en utfordring at det stadig er nye systemer å sette seg inn i. Det har generelt blitt mye mer rapportering. Alt skal med og inn i sine systemer. Jeg syns det har tatt litt over, og at vi bruker for mye tid på slike ting ... vi burde vært mer sammen med beboerne – sittet sammen med dem ... (Hjelpepleier, 63 år)

Vi vet jo hva som fungerer. Men det kommer nye ting ovenfra hele tiden. Og det skal jo være så effektivt, men det er ikke nødvendigvis så effektivt for oss ... De som lager det, jeg tror ikke de tenker så mye på det ... Det jeg kan, teller liksom ikke på samme måten som før lenger ... De tar ikke hensyn til det vi kan og vet ... Det har jo i grunnen fungert fint – så skal det liksom ikke fungere lenger ... (Hjelpepleier, 63 år)

Men syns det er for mye data, alt skal skrives ned ... det er masse administrasjon, og det tar for mye tid, så vi får mindre tid til pasientene ... Mange av pensjonistene er understimulert. De er heldige de som har en pårørende som kommer ... (Hjelpepleier, 63 år)

Men dette varierer veldig og har ikke nødvendigvis noe med alder å gjøre:

Det positive er det gode samarbeidet med de yngre. Vi lærer av hverandre. Får mye gode tilbakemeldinger fra dem ... Men merker at det tar litt lengre tid med ting. Det er mye å tenke på og huske på, men usikker på om det skyldes alderen eller at jeg jobber halv tid. Når det gjelder data, har jeg kommet langt med det og liker det godt. Men en må være interessert i det. Blir lettere da ... (Sykepleier)

4.4 Koronasituasjonen

Koronasituasjonen har for de fleste bydd på ekstra utfordringer, med smittevernutstyr og nye rutiner og oppgaver. De fleste nevner likevel at de har taklet det greit, selv om masker og visir, av og på med smittevernutstyr og stadig vasking og spriting av hender selvfølgelig har vært en ekstra belastning, særlig mangelen på smittevernutstyr i begynnelsen av pandemien blir påpekt som stressende. Det nevnes også at de stadige endringene i reglene og informasjonen om dette ikke alltid har vært det beste.

Koronasituasjonen har ikke bydd på så mange utfordringer for meg. Var vant med smittevernutstyr fra sykehusjobben. Vi har heller ikke hatt noen koronatilfeller, kun et par ansatte som har vært i karantene ... Utfordringen har vært at det er mye nytt å sette seg inn i hele tiden, og vi har kun fått det gjennom nye skriv stadig vekk på e- post. Det blir på en måte å desentralisere ansvaret. (Sykepleier)

For enkelte har likevel bruk av visir og til dels munnbind medført ekstra plager, som tung pust og hodepine. Og for sykehjem som har vært rammet av smitte, har det selvfølgelig vært ekstra krevende. Ingen av seniorene jeg snakket med, hadde selv slike erfaringer, selv om enkeltansatte i perioder hadde vært i karantene.

Jeg har jobbet i fullt smittevernutstyr. Det var slitsomt. I begynnelsen hadde vi heller ikke tilstrekkelig med smittevernutstyr ... og vi har hatt dårlig bemanning under koronaen ... (Hjelpepleier, 63 år)

Koronasituasjonen har vært belastende. Kanskje spesielt for dem som jobber i hjemmetjenesten, som må av og på med smittevernutstyr flere ganger om dagen. En dag måtte jeg av og på med smittevernutstyr 14 ganger. Men når det er krise, så er det krise ... (Hjelpepleier, 63 år)

Så når helsepersonell endelig ble prioritert i vaksinekøen og de fikk vaksine, var det en stor lettelse for mange. Enkelte var likevel frustrert over prioriteringen av personell på arbeidsplassen og nevnte at personer med fagutdanning med få vakter og lav stillingsprosent hadde fått vaksine hos dem, mens hun, som assistent i en heltidsstilling, ikke hadde blitt vaksinert ennå. Dette følte hun var ulogisk og dypt urettferdig.

Det med visir og munnbind kan være slitsomt – en blir så varm ... koker Det tar på kroppen. Og om du ønsker å ta et glass vann, så må du av med alt, sprite og vaske, så da lar du heller være med det vannet ... Men nå har vi blitt vaksinert og slipper visiret – det er en lettelse. (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg har ikke merket det noe særlig ... bare i begynnelsen hvor det var dårlig med smittevernutstyr, nye rutiner mv. Nå synes jeg det fungerer. Det har blitt en vane med spriting, munnbind mv. Jeg har også blitt vaksinert. Men sånn personlig har det påvirket meg litt. Merker at jeg enkelte dager hvor jeg har vært mye alene, blir lettere irritert ... Men glad for at jeg er frisk og rask. Skulle jeg ikke vært det, hadde det vært verre ... (Hjelpepleier, 60 år)

Flere påpeker også at skjermingen av beboerne, som førte til færre besøk fra pårørende, gjør arbeidet mer krevende, da enkelte av beboerne kan bli mer engstelige, urolige og triste – og dermed kreve mer tilstedeværelse og omsorg.

Det har vært veldig krevende. Særlig det at de ikke har fått besøk. Mange ble triste og engstelige og frustrerte ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

Heldigvis har vi ikke hatt noen smitte. Maskene er selvfølgelig ubehagelige, men en venner seg til det etter hvert, og det har vært mer arbeid med vasking, spriting og så videre. En periode måtte vi også bruke visir. Det var veldig ubehagelig. Men det jeg synes har vært vanskeligst, er at det har vært lite mulighet for besøk utenfra. Jeg ser at flere pasienter blir lei seg. Og at de som er kognitivt svekket, ikke helt skjønner hva som skjer. Lite besøk fra pårørende betyr også en ekstra belastning på oss, da de i en del tilfeller avlaster oss, de hjelper ofte med å roe ned pasienter ... (Helsefagarbeider, 64 år)

Men krevende situasjoner som en pandemi øker ikke nødvendigvis lysten til å forlate yrket.

Det har vært veldig slitsomt og stressende, med frakker, masker og det hele ... og lite besøk til beboerne ... Men det har ikke påvirket meg til å velge å gå av. Det bestemte jeg meg for før pandemien. Jeg synes vel i grunnen jeg har gjort mitt ... (Hjelpepleier, 61 år)

Enkelte nevner tvert om det motsatte, at krisen og den ekstra krevende situasjonen har sveiset folk sammen og gitt dem et sterkere fellesskap enn før og en ekstra lyst til å bidra.

... At en har det greit med de en jobber sammen med, da trivselen er viktig. Selv om det var slitsomt i perioden, så bidro koronaen til å sveise oss sammen både på en positiv og negativ måte. Merket da betydningen av å ha gode kollegaer og et godt arbeidsmiljø ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

4.5 Generasjonsforskjeller

I en travel hverdag med knapp bemanning og en opplevelse av at mengden av oppgaver er nærmest uendelig, kan misnøye og småkonflikter lett oppstå, særlig mellom yngre og eldre og av og til også mellom ulike profesjoner. Det generelle inntrykket fra intervjuene er likevel at informantene opplever sitt sosiale arbeidsmiljø som godt, selv om eldre i denne sektoren også klager på ungdommen – og noen litt mer enn andre:

Det synes som om den sunne fornuften har forsvunnet hos de yngre ... de kan mindre enn før og blir fortere trøtte, slitne og syke ... Vi må slite med yngre som ikke ser hva som må gjøres. Sier ifra, men blir da en masekjerring ... Yngre er også mer sykmeldt. Det virker som de er svakere. Kanskje fordi de sitter mer enn før. Vi var mer på farten og i bevegelse i min ungdom ... (Hjelpepleiere, 63 år)

Jeg ser det også når det kommer studenter, enten de skal bli helsefagarbeidere eller sykepleiere ... Da forteller vi dem både fordelene og bakdelene ved å jobbe her. De må vite at de må engasjere seg litt. Men noen ganger tenker jeg – hjelpe meg ... Noen har helt urealistiske forestillinger om hva det innebærer. Nyutdannede sykepleiere ... jeg tror det er bedre at en del av de jobber på sykehus først, så de får brukt mer av det de kan. Hvor ofte tar du en blodprøve, liksom, eller måler blodtrykket ...? De må lære seg at her jobber alle på golvet. Så du kan ikke ha den holdningen at du ikke vil gjøre det og ikke det. Men uerfarne sykepleiere blir ikke lenge. (Pleiemedhjelper, 63 år)

Andre framhever, motsatt, det positive med en aldersblanding, hvordan yngres og eldres styrker og svakheter utfyller hverandre, og hvordan de i det daglige lærer av hverandre. Mens de eldre gjerne har håndlaget inne og kjenner og kan de ulike rutineene, så bringer ungdommen med seg ny og oppdatert kunnskap fra utdanningen – noe alle kan ha glede av.

Det kollegiale fellesskapet handler like mye om det faglige som det sosiale. Flere av seniorene nevner at de setter pris på å jobbe med de yngre, da de får mulighet til å veilede dem og overføre kunnskap og samtidig får en annerkjennelse for det de vet og kan:

Jeg trives på jobben, i lag med kollegaene, særlig de yngre. Syns det er fint med en aldersblanding. Liker å jobbe med ungdommen, både innen eget fag og med syke pleiere og leger. Lærer mye av dem, da de har med seg en del ny kunnskap, da de nettopp har vært på skolen ... (Hjelpepleier, 61 år)

Det å jobbe sammen med yngre er også en ungdomskilde. Er også sånn vi jobbet opprinnelig – alle generasjoner sammen ... (Sykepleier)

De yngre kommer ofte til oss og spør om råd – merker det at de ser at vi kanskje vet mer om hvordan de eldre vil ha ting ... for eksempel hvordan jul og bursdager skal feires. De kjenner jo heller ikke pasientene mine, sykepleierne, og da

kommer de og spør meg. Det er jo tillit og betyr at mine meninger blir hørt ... Jeg får derfor anerkjennelse fra kollegaer. (Pleiemedhjelper, 63 år)

Tror det er en fordel med en del seniorer i forhold til veiledning, men en må ha en balanse, en blanding av eldre og yngre. Eldre har høyere arbeidsmoral, blir ikke hjemme selv om de har litt vondt i hodet. De eldre lærer dermed de yngre god arbeidsmoral, når det er akseptabelt å melde seg syk, og når det ikke er akseptabelt. Forteller dem at om de er mye borte, påvirker det om de får vakter og hvilke vakter de får i neste omgang. De vil heller ikke få en ok referanse på den måten (Hjelpepleier, 61 år)

Det å få til en god tone og et mest mulig knirkefritt samarbeid handler også om hvordan en møter ungdommen, som illustreres godt av dette sitatet:

Viktig å få ungdommen til å stole på en, være åpen. Får til en bedre dialog og sam- arbeid på den måten. Jeg har merket at de spør meg om jeg trenger hjelp eller vil ha hjelp fordi jeg ikke maser på dem. Og de spør etter meg og spør meg til råds både når det gjelder det faglige (jobbrelatert), og når det gjelder mer private ting eller skole/studierelatert ... (f.eks. om de skal fortsette på skole, jobbe eller ta et friår og reise osv.). Men det er mange eldre som er drittlei ungdommen ... Mange maser for mye på de yngre og krever hjelp ... syns nesten de utnytter de yngre (gjelder bytte av vakter, lister – dvs. hvor mange og hvem) ... (Hjelpepleier, 61 år).

4.6 Passer jobben for «godt voksne»?

De fleste mente at «godt voksne» hadde mange egenskaper som gjorde dem særlig egnet for å jobbe med eldre og innen pleie og omsorg, som trygghet, ro, flere felles referansepunkter med de eldre, men at god fysikk og helse var en forutsetning for å kunne stå i jobben til høy alder.

Ja, eldre egner seg ti ganger bedre enn yngre. Brukerne er tryggere med oss. Særlig fordi vi har vært her lenge. De kjenner oss igjen og blir trygge ... (Hjelpepleier, 63 år)

Vi har absolutt noe å tilføre – livserfaring – viktig i pasientkontakten. Så sånn sett har vi stor verdi. Vi har gjerne både en faglig og en personlig tyngde. En har jo mer erfaring enn en 30-åring når en får alderen i tillegg ... For meg har dette vært viktig i livets siste tid – de siste 14. dagene ... Godt voksne kan ha mye å gi da ... (Sykepleier)

Både ja og nei. Jeg sliter litt med helsa ... Men friske mennesker klarer det ... (Hjelpepleier, 61 år)

I vår jobb må en være sprek, like fysisk sprek som brukerne, som er yngre ... (Hjelpepleier, 61 år)

Det egner seg for eldre hvis de har helse til det. Men mye syting blant dem som er 55+, ubegrunnet syting. Mange vil gjerne skifte liste eller helst ikke ha ansvar for så og så mange eller den og den ... Men ofte er det begrenset hvor lang tid det egentlig tar hos hver enkelt, særlig om det kun gjelder hjelp med medisiner, da tar det toppen 5 minutter. (Hjelpepleier, 61 år)

Ja, de egner seg godt ... i og med at vi har livserfaring, kompetansen og det en kan som følge av fagutdanningen ... Jeg har derfor også en høy stemme i forhold til ny- utdannede, for eksempel yngre sykepleiere, og sier ifra om de er for kjappe ... Vi jobber to og to i team, en er tjenesteansvarlig, som er sykepleier, og en primæransvarlig, som oss helsefagarbeidere/hjelpepleier. Vi har hvert vårt ansvarsområde. Som regel er vi samstemte faglig, men kan være uenige på andre områder. Det handler om livserfaring, hvordan en involverer brukerne i de beslutninger som tas, for eksempel ... Vi er i private hjem, og brukerne våre er samtykkekompetente og har en stemme. Den må bli hørt. Du har for eksempel en dame i 90-årene som har gått på samme medisin i mange år, da kan ikke en lege bare gå inn og endre medisinen uten å involvere brukeren ... De yngre har lettere for å «kjøre over» brukeren i større grad enn oss eldre ... Vi hører kanskje mer på brukerne ... tar det litt om litt ... Tillit er også viktig i denne sammenheng ... men kan også bli litt slitsomt innimellom. Selv om de får fire besøk i løpet av en dag, hender det ofte at de venter med å si ifra om ting til jeg, en de kjenner godt, kommer ... Da blir det jeg som må ta tak i det, selv om vi alle har like mye å gjøre i utgangspunktet ... Det er ikke alle som gir av seg selv. En vet mer om den enkelte når en har vært her en stund, men det kan medføre ekstra arbeid – noe jeg kan oppleve som slitsomt. (Hjelpepleier, 60 år)

4.7 Senioreses særskilte kompetanse

Etter mange år i samme yrke opparbeider en seg gjerne en kunnskap og kompetanse en kanskje ikke hadde som ung, da en del ferdigheter kun tilegnes gjennom repetisjon og lang erfaring. Men også alder og livserfaring vil kunne bidra til at en jobber på en annen måte enn tidligere. Vi ba derfor pleierne prøve å sette ord på hva de mente de kunne og mestret bedre nå som godt voksne yrkesutøvere sammenlignet med hva de kunne som yngre i yrket.

Svarene var mangfoldige, og det beskrives presist og veldig godt av den eldste av de jeg intervjuet:

Tror kanskje mange pasienter er glade for at det er noen som er godt voksne ... Kom- mer lettere inn på pasienten og de føler seg tryggere (bl.a. hva gjelder bluferdighet mv.). En eldre person skjønner det litt ... Jeg har lang erfaring og tenker kanskje mer hvordan jeg selv ville ha hatt det – hvordan ville jeg at de skulle vært om jeg var i deres situasjon ... Gjelder blant annet ved livets avslutning, menneske til menneske-forholdet. Det er noe der ... Føler da også at jeg får gode tilbakemeldinger ... I tillegg til det jeg har lært gjennom utdanning og lang erfaring, er livserfaring viktig. Jeg tror jeg klarer å formidle ting på en bedre måte nå enn tidligere. Være profesjonell, men likevel være til stede ... Måten en behandler pasienter og pårørende på. Så både pasienter og pårørende er mer trygge på meg ... Gode samtaler – viktig å lytte ... Jeg tenker mer på det nå ... Det psykososiale var ikke så viktig før, når jeg var yngre ... Men ser også noen forskjeller som kanskje har sammenheng med at jeg er sykepleier nå. Lettere å bli hørt da og være pasientenes advokat. Var kanskje vanskeligere å bli hørt når jeg var hjelpepleier ... Men en må bruke kunnskapen også – den «tause kunnskapen» en har tilegnet seg, så jeg formidler det til studentene og de yngre sykepleierne ... Viktig også å vise at en trives i jobben, slik at det blir fristende for yngre også å begynne i hjemmesykepleien og i sykehjemstjenesten ... En forstår kanskje også vanskelige pasienter og pårørende – hvorfor de er slik. Det

er en grunn ... Reflekterer over at folk er forskjellige. Viktig også å se de slik de var også før de ble gamle og syke ... og det er nok lettere når jeg har vært her lenge på samme sted og i samme bygd. Jeg vet hva de har vært, hva de har jobbet med, hva de har stått for ... (Sykepleier)

De fleste sirklet rundt dette med trygghet, ro og økt toleranse – en trygghet og ro de mente var et gode i arbeidet, ved at det smittet over på beboerne og de pårørende så vel som de yngre kollegaene. Noe av tryggheten koblet de til erfaring, at de hadde stått i kriser og krevende situasjoner tidligere og hadde taklet det, at de visste hvordan det skulle håndteres. De kunne jobben sin, med andre ord.

I dag er jeg skikkelig trygg på meg selv (får tilbakemelding på det). Og merker at min trygghet smitter over på brukerne. Da blir de også trygge. Selv om det oppstår kriser, så vet jeg hvordan jeg skal håndtere det. (Hjelpepleier, 63 år)

Det å ha eldre ansatte bør være en fordel alle steder. Vi har lang erfaring og kan bidra med noe til de yngre. Ulempen er vel at en får vel sine særheter. Men det er godt med en blanding. En er kanskje bedre på kommunikasjon. Tryggere i kommunikasjonen, noe som gir trygghet. De [pasientene] ser at jeg er voksen, og tror da at jeg kan kanskje mer enn jeg kan. Men det fører til at de blir tryggere på meg – og roligere ... Det går også på orden og husmorblikket. Jeg ser hva som må gjøres – og gjør det ... det gjør ikke alltid de yngre. Så jeg må jobbe med meg selv for ikke å bli irritert ... må ta tak i meg selv for å la være ... (men sier ifra). (Helsefagarbeider, 64 år)

Med alderen har jeg lært mer å slappe av og ta det med ro, og jeg har mer tillit til meg selv. Vi kan også hjelpe de yngre ansatte. Vi er trygge i jobben og vet hvordan ting skal gjøres. Men de yngre kan også mye som vi ikke vet – så vi lærer av hverandre ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Jeg har modnet med årene – har fått større forståelse og dermed toleranse ... (Hjelpepleier, 61 år)

Vi har beboere som er utagerende, og de takler jeg mye bedre nå som eldre. Før var jeg litt usikker, mer redd. Jeg er også bedre på palliativ pleie. En ser når det nærmer seg slutten, de fysiske tegnene ... noe de yngre gjør i mindre grad. Jeg har også blitt flinkere til å se signaler blant demente. Jeg har lært å lese kroppsspråket deres, urolighet mv. Jeg har også blitt flinkere til å se enkeltindividene, at eldre er forskjellige. (Hjelpepleier, 63 år)

Mange mente også at de var bedre til å kommunisere med de eldre nå enn tidligere, noe de knyttet til det å være nærmere dem i alder og dermed referanserammer, men også til at de selv som eldre hadde fått en større bevissthet om at de selv en gang, om ikke så lenge, kunne bli pleietrengende og avhengig av hjelp i det daglige. I dette lå også evnen til å se beboerne som hele mennesker med en historie, at beboerne ikke bare var den gamle, hjelpetrengende personen de nå så, men at de en gang hadde vært en yngre, aktiv person.

I tillegg framhever de at de nå lettere ser når noe ikke stemmer, når noe er galt med en beboer, når de trenger hjelp, litt ekstra omsorg eller en hånd å holde i. Enkelte nevner i den sammenheng at dette kan være viktig i den palliative fasen, da de med sin erfaring også bedre ser eller vet når det nærmer seg slutten.

Jeg vet mer om hvordan eldre mennesker er, og skjønner mer av deres situasjon. For eksempel betydningen av tilstedeværelse. Det å bare være hos dem, sitte sammen med dem, holde dem i hånda ... Jeg ser også raskere når det er noe galt med en beboer. Er mer øvd på å observere om noe er galt, ikke stemmer. (Helsefagarbeider, 61 år)

Det er forskjeller mellom de eldre og de som er 40 år og yngre i hvordan vi forholder oss til de eldre. Vi behandler de med respekt – ser deres menneskeverd. De unge vet ofte ikke hva de skal snakke med de eldre om – men det vet jeg ... Jeg kan historien, jeg vet en del om krigen, og jeg vet hva Grini er ... (Helsefagarbeider, 63 år)

Det som kommer med årene, er forståelse og toleranse. En modenhet og trygghet i møte med de syke. En er også mindre usikker ... Livserfaring er viktig. Så hodene passer yrket for, men ikke nødvendigvis kroppene ... En får en større forståelse for de som bor der. Det dreier seg mye om en-til-en-kontakt – og da er det lettere for meg som eldre å finne et samtaleemne med dem enn en 20-åring. For de som bor her, trenger kontakt og trygghet ... (Hjelpepleier, 61 år)

Det vi eldre er bedre på, er kommunikasjon, det å se brukeren, jobbe i takt med dem, være til stede, følge med – og se hva brukeren har behov for – vi ser behovene mer ... Det handler om eierskap – vi jobber annerledes. Sykepleierne slutter gjerne etter en tid. De går til andre jobber. Slik sett er det hjelpepleierne/helsefagarbeiderne som utgjør kontinuiteten. Kan også være en del sykepleiere som ikke takler det å ha ansvaret helt alene ... (hadde vært lettere om de gikk to og to). Kan da være godt å ha med seg en erfaren hjelpepleier/helsefagarbeider. Men det kan også være litt vanskelig det med aldersforskjellen, at de yngre har færre felles referansepunkter med oss ... (Hjelpepleier, 60 år)

En bygger seg opp en viss tålmodighet. En blir jo mer voksen med årene. En opparbeider seg en trygghet i det en gjør. En er jo tryggere nå enn for 30 år siden. En utvikler seg jo som person ... En ser også de eldre på en annen måte enn en gjorde før. En skjønner jo og tenker på at en jo selv også plutselig kan sitte sånn ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

Det er de gode samtalene med brukerne. Jeg er god på det. Når vi sitter rundt bordet sammen og prater. At alle føler en viss tilhørighet. Det er viktig at en ser alle, også de som er litt stille. Når jeg er så gammel, så vet jeg hva de er interessert i å prate om. Jeg vet at en er glad i å fiske, og min far fisket, så da prater vi om det. Jeg kjenner Norgeshistorien, hvordan det var når de var yngre ... Jeg kjenner også tradisjonene, og det betyr mye for de eldre. (Pleiemedhjelper, 63 år)

Kommunikasjonen – er god på kommunikasjon. Syns de eldre er flinke til å gi tilbake. Tror at vi 60-åringer har en fordel når det gjelder kommunikasjon. Vi vet i større grad hva de liker. Vi vet for eksempel hvem Jens Book-Jensen er, og kan finne fram til en sang av han hvis de vil høre på det ... og vi vet hvordan de levde på 60-tallet. Vi har flere temaer å snakke med dem om ... (Hjelpepleier, 64 år)

Men det handler også om generell yrkeserfaring – at en har praktisert faget over lengre tid, kan rutinene og vet hva en skal gjøre:

Vi behersker rutinene. Jeg har det i ryggsekken. De er i min kunnskapssekk. Så kommer en borti noe lignende, er det bare å hente det opp igjen ... (Hjelpepleier, 61 år)

Har hjulpet yngre sykepleiere med agrafer [heftestifter som benyttes for å lukke sår i stedet for søm]. Viser dem hvordan det skal gjøres ... Er trygt for dem at det er noen som kan det, som er med dem – slik går kunnskapen fra person til person ... (Hjelpepleier, 61 år)

I tillegg gir alder i seg selv en viss livserfaring, som, selv om den ikke er direkte relatert til hva en har erfart og praktisert i yrket, likevel kan komme til nytte i jobbsammenheng:

Jeg har en helt annen innstilling og kompetanse i dag enn det jeg hadde for 20 år siden. For eksempel det å formidle til pårørende at det går mot slutten. Jeg har en større trygghet til å gå inn i de samtalene nå. Livserfaring er her viktig, det at en har mistet egne foreldre, og kanskje da skjønner den sorgen et godt voksent menneske kan ha når et eldre menneske går bort ... En ser og tenker på alder på en annen måte ... fysisk alder og egenopplevd alder er to forskjellige ting ... (Sykepleier)

Jeg har levd en stund og vet derfor også en del om hvordan en forholder seg til skatteetaten, NAV mv. Jeg kan derfor hjelpe brukerne med slike ting. Jeg har også lært enkelte å bruke nettbrett. (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg er opptatt av ergonomi og har lært de andre om det, særlig de yngre. At det er viktig å løfte riktig mv. (Hjelpepleier, 63 år)

4.8 Verdsetting og anerkjennelse

Flere tidligere undersøkelser antyder at det er viktig å bli sett og anerkjent for det en yter på jobben, og at en opplever at ledelsen verdsetter ens kompetanse og bidrag (Midtsundstad & Nielsen 2014, 2020).

Selv om seniorene har ervervet seg en del erfaringskompetanse og livserfaring som gjør at de opplever å mestre jobben bedre nå enn da de var yngre, er det ikke alltid slik at dette ses og anerkjennes i arbeidsmiljøet og av ledelsen. De fleste oppgir imidlertid å bli satt pris på, om enn ikke alltid av nærmeste leder, så av beboerne/brukerne og de pårørende eller kollegaer.

Jeg får gode tilbakemeldinger fra de jeg går til, og de pårørende ... og også noen ganger fra kollegaer. (Hjelpepleier, 63 år)

Det kan skje – men det er få ganger – og da bare av medarbeiderne, ikke av ledelsen. Lederen er mye syk, så vi har ikke så mye kontakt. Jeg merker derfor ikke så mye til verdsetting ... men ville satt pris på det ... men godt at også kollegaene ser det ... (Pleimedhjelper, 60 år)

Det er veldig varierende. Jeg får gode tilbakemeldinger fra pårørende og fra kollegaer, men ikke ledelsen ... Særlig er det lite anerkjennelse av min spesialkompetanse. Jeg bruker selvsagt det jeg kan, i det daglige og formidler det til de jeg jobber sammen med, og får gode tilbakemeldinger av dem. Men den brukes ikke på overordnet nivå – i internkurs, planer mv. (Sykepleier)

Nei, jo ... når en har gjort et eller annet, så ... Selv om jeg ikke er helsefagarbeider, gjør jeg det samme, men jeg behandles ikke alltid likt. Jeg har fast stilling og jobber nesten 100 prosent, men jeg har ikke fått vaksine ennå, mens fagarbeidere som bare er ekstrahjelpere, har fått det ... Da jeg fikk vite det, kjente jeg en tristhet i meg. Da ble jeg litt skuffet. Sitter litt i ennå ... (Pleie-medhjelper, 63 år)

Jeg føler meg verdsatt av ledelsen. Blir satt pris på av ledelsen, de eldre og kollegaene. De sier det også til meg. De sier at de føler seg trygge når de har meg på jobb, eller de sier – nå har du vært lenge borte ... (Hjelpepleier, 63 år)

At ledelsen ikke alltid ser og anerkjenner alles innsats, kan, som flere nevner, ha sammenheng med avstand, det at ledelsen ikke er til stede i det daglige, og derfor heller ikke ser hva den enkelte gjør eller bidrar med.

Ledelsen er langt unna, så jeg ser ikke så mye til dem, men jeg føler at de mener jeg gjør jobben min. Det oppleves også som en anerkjennelse at de lar meg jobbe selvstendig uten at de blander seg så mye inn. Ligger også en anerkjennelse i det, at de stoler på meg ... men jeg er også åpen for konstruktiv kritikk altså ... (Hjelpepleier, 63 år)

I det lange løp så merker vi vel det ... men ledelsen kjenner ikke alltid til hva vi gjør. Ledelsen skifter hele tiden. I løpet av 15 år har jeg hatt 13 sjefer. Det blir litt uro av det også ... (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg får mest tilbakemelding fra kollegaer og av lederen noen ganger ... Lederen har mye å gjøre og er ikke så mye til stede. Når hun er her, føler jeg heller at det er en slags overvåking. Særlig på morgenen. Føler øynene i nakken (at vi må se å komme i gang) om vi står og snakker hyggelig med en kollega. (Hjelpepleier, 60 år)

Anerkjennelse handler likevel ikke bare om ord i forbifarten eller klapp på skuldra. Det å føle seg verdsatt kan også henge sammen med hvilket ansvar og hvilke oppgaver en betros, om en blir hørt eller spurt til råds, eller rett og slett hvordan en blir møtt i det daglige:

Ja, jeg føler meg verdsatt av ledelsen. De sier det ikke nødvendigvis, men har kanskje med måten de møter meg på ... (Helsefagarbeider, 64 år)

4.9 Helseproblemer, slitenhet og tilrettelegging

Helseproblemer og det å oppleve arbeidet som belastende henger gjerne sammen, enten helseproblemene er et resultat av arbeid i sektoren over en årrekke eller skyldes andre forhold. Det å føle seg sliten etter endt arbeidsdag er likevel ikke noe særegent for seniorer i pleie og omsorg, men er ofte noe eldre generelt, uavhengig av yrke, rapporterer (Midtsundstad & Bogen 2011). Det betyr ikke at de ikke mestrer jobben, men at de kanskje trenger mer tid til restitusjon mellom øktene, og at overskuddet til å gjøre andre ting når de først har fri, er noe redusert. Som en helsefagarbeider sa: «I dag så orker jeg ikke så mye når jeg kommer hjem» (Helsefagarbeider, 61 år).

At en opplever helseproblemer, har heller ikke bare sammenheng med dagens jobb. Det kan også skyldes fysisk tungt arbeid i tidligere jobber. Enkelte nevner at de har hatt tungt arbeid, ikke bare i pleie- og omsorgssektoren, men gjennom hele livet, noe de mener har bidratt til helseproblemene de sliter med i dag:

Jeg har hatt mange tunge jobber også tidligere og har ofte måttet ta de tyngste takene/oppgavene ... Det tunge arbeidet har slitt mye på ryggen ... (Helsefagarbeider, 61 år)

I pleie- og omsorgssektoren har riktignok økende bruk av tekniske hjelpemidler, som nevnt, vært viktig for å forebygge helseproblemer. Inntrykket er da også at det er færre tunge løft enn før, og at arbeidet ikke lenger oppleves som like fysisk tungt. Men forebygging av lange sykefravær og uførhet handler også om tilrettelegging og tiltak for dem som alt har helseproblemer og sliter med muskel- og skjelettplager, slik mange eldre gjerne gjør.

Informantene forteller at tilretteleggingen på deres arbeidsplass som oftest er begrenset til kortere perioder i forbindelse med sykefravær. Selv om enkelte kan trenge varig tilrettelegging, virker det som om få får det. Er en på jobb, er inntrykket at det forventes at en står på lik linje med alle andre, uavhengig av alder og helseplager. Dette samsvarer også med funn fra studier STAMI har gjort, som viste at det ikke i samme grad tas hensyn til alder ved fordeling av oppgaver og belastninger innen pleie- og omsorgssektoren, slik det for eksempel gjøres innen bygg- og anleggsektoren (Merkus mfl. 2018). Følgende sitater illustrerer også dette:

Det er tilnærmet umulig. Jeg har prøvd, for å komme tilbake igjen i jobb (er sykmeldt). Jeg har bare blir tilbudt å jobbe andre steder i kommunen, men mener en må prøve her på arbeidsplassen først. Har skiftet avdeling, og det fungerte fint, men så ble jeg brått flyttet over til den gamle avdelingen igjen, da de hadde behov for flere sykepleiere der ... I høst fikk vi også ny turnus, og vi fikk lov til å sette om ønsketurnus. Jeg ba om å slippe en fast ukedag, men opplevde at det ikke ble tatt hensyn til. Jeg har også tilbudt meg å gjøre ulike lettere oppgaver, men de sier det ikke kan fylle en stilling ... Skifte av enkeltvakter kan også gå greit, men ikke fast skifte av vakter ... Jeg tror årsaken dels er manglende evne til å se på muligheter ... og manglende kunnskap om turnusplaner, hvordan en lager de, mv. Tror en også trenger tvungne oppdateringskurs for ledere. Selv om jeg også ser at ledelsen har en presset arbeidssituasjon, at de økonomiske mulighetene er endret ... Opplever også at holdningen er litt slik: «Jammen ho er like gammel som deg og klarer det, så hvorfor klarer ikke du det ...» De tar ikke hensyn til at folk er forskjellige ... Så hvis en har det for fælt eller opplever belastningene som for store, så er ofte eneste løsningen å sykmelde seg ... Men vi regulerer det også ved å fordele belastningene litt oss kollegaer imellom. I det daglige kan vi gjøre slike grep, men ikke over tid ... (Sykepleier)

En får ikke tilrettelegging før en blir sykmeldt, langtidssykmeldt ... Jeg har artrose og smerter i hofter og bein, men jeg går på jobb likevel. For hva skjer om jeg ikke kommer på jobb ... Vi eldre gjør ofte det. Vi har større lojalitet og samvittighet. De yngre har lettere for å være hjemme ... (Hjelpepleier, 63 år)

Hva manglende tilrettelegging skyldes, er vanskelig å si. Det kan være knyttet til lav bemanning, som gjør det vanskelig å gi enkelte varige «lettelser», selv om det finnes eksempler på at slik tilrettelegging også skjer:

Jeg har ikke trengt tilrettelegging. Men jeg vet at enkelte som jobber 50 prosent, har fått skiftet vakt etter eget ønske, og noen har fått lov til å begynne litt senere. En del sliter med ryggen ... (Helsefagarbeider, 64 år)

Det er vanskelig å få tilrettelegging av arbeidet. Har en vondt i ryggen, sier de at en kan få arbeidet tilrettelagt, men glemmer det når det planlegges og fordeles. Er også få muligheter for tilrettelegging, det kan være å få noe lettere pasienter, men det må en i så fall prøve å få til sjøl på et eller annet vis ... (Hjelpepleier, 61 år)

Manglende tilrettelegging skyldes ikke nødvendigvis vond vilje fra ledelsen. Det kan ha sammenheng med det mulighetsrommet som finnes på arbeidsplassen, som avhenger av type arbeid og virksomhetens økonomi og bemanning. Det er også knyttet til strukturelle forhold som arbeidsfordeling og organisering og, av og til, avtaleverket. Noe av dette har en mulighet til å endre på, slik at tilrettelegging blir enklere, men ikke alt. Løsningen når helsa svikter og tilrettelegging mangler, blir derfor for noen individuelle tilpasninger, som å redusere arbeidstiden eller pensjonere seg tidlig. Det er løsninger hvor arbeidstaker, og ikke arbeidsgiver, bærer kostnadene for tilpasningen og tilretteleggingen gjennom lavere inntekt.

Jeg hadde villet jobbe lenge, villet jobbe 60 prosent, men jeg orker ikke det mer ... Jeg hadde aldri trodd at jeg skulle gå ned i prosent. Beundrer dem som jobber 100 prosent fortsatt. (Hjelpepleier, 63 år)

Vi tjener ikke spesielt godt i denne jobben. Men jeg har god økonomi, så jeg trenger ikke å ta hensyn til det og kan jobbe 60 prosent. Jeg er ikke så veldig materialistisk. Så det går greit. (Pleiemedhjelper, 60 år)

Vi har mulighet for å endre vakter. Men da det er ekstra tillegg etter klokka 17.00, betyr det en del lønnsmessig, så ikke alltid så lett å få til. Enkelte kunne også få lettere stell – lage frokost, lunsj og så videre – men egentlig er de fleste arbeidsoppgaver lette, da det finnes hjelpemidler. Men det kan være tungt å jobbe med dem som sitter i rullestol, enkelte synes det. (Hjelpepleiere, 63 år)

Men som vi også har berørt i tidligere rapporter (f.eks. Bogen & Midtsundstad 2007; Midtsundstad & Bogen 2011), kan tilpasninger gjennom delvis sykmelding eller delpensjonering også være problematisk, særlig om arbeidstempoet og innsatsen som forventes de timene en er på jobb, er det samme som når en var frisk, eller en som deltidsarbeidende ender opp med de mest ugunstige vaktene, slik en av informantene antydte:

Jeg var sykmeldt i 2 måneder og fikk tilbud om å jobbe 50 prosent. Men takket nei, da det er vanskelig å være på jobb litt, da en likevel må jobbe maksimalt den tiden en er der, og det klarte jeg ikke med min skade. (Hjelpepleier, 61 år)

En kan også bli syk av tilrettelegging, hvis den delvise sykmeldingen innebærer at en må være på jobben, istedenfor at en er hjemme til en er helt frisk. En tar de ofte for raskt tilbake på jobb. (Hjelpepleier, 63 år)

Det er vanskelig å gå ned i stilling. Om en jobber redusert, betyr ikke det nødvendigvis at en får flere fridager. En begynner heller litt senere på samme vakt. Det er vanskelig å ta ut redusert tid i blokker eller som langhelger når en måtte ønske det. Ofte er det slik at de som går redusert, får de mest ugunstige vaktene. (Hjelpepleier, 63 år)

Men selv for seniorer som elsker jobben sin og mener «godt voksne» er godt egnet, finnes det en grense:

Vi er lojale. Særlig vi som jobber med andre mennesker. Vi ser hva som trengs. Vi går derfor på jobb selv om vi ikke er helt friske. Men når du blir sliten og sier ifra og ikke blir hørt ... Når en ber om noe og ikke får det ... da kan illojale tanker komme sigende ... at en kanskje bare skal ta ut alle de fridagene og sykedagene en kan få, og sykemelde seg. (Hjelpepleier, 63 år)

«Stuck i jobben»

Om tilrettelegging av arbeidet ikke går, kan jobb-bytte være en løsning, om det da finnes alternativt arbeid for en på bostedet. Flere rapporterer at de har vurdert dette, og noen har sågar prøvd å søke seg til annet arbeid, men opplever at alder og kompetanse utgjør reelle begrensninger. Særlig rapporteres dette av hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og pleiemedhjelperne.

Jeg har vært 22 år på samme sted. For hjelpepleiere er det ikke så mange alternativer, slik det er for sykepleiere. Det har også sammenheng med at en ønsker flere sykepleiere inn for å øke kompetansen, da det nå er flere syke pasienter/brukere enn tidligere og flere ulike diagnoser ... (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg føler meg litt fanget, da jeg vet at jeg ikke vil få en ny jobb på grunn av alderen. Det er annerledes for yngre. De har mulighet til å få en ny jobb. Og det er noe med å ha en fast jobb og en 100 prosent stilling. (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg har ikke tenkt på det å søke meg til en annen jobb. Det er vanskelig for eldre å få seg noe annet ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Nei, jeg er en realist – hvor skulle jeg fått en annen jobb? Det eneste er da at jeg tenker at jeg kunne skifte til sykehjem om jeg skulle bli mer sliten ... [jobber på helsehus] (Helsefagarbeider, 64 år)

Og for enkelte er det imidlertid helt utenkelig å søke seg til annet arbeid:

Nei, har ikke søkt noen annen jobb etter at jeg begynte å jobbe som hjelpepleier. Men har selvfølgelig gått lei innimellom, men vet at det går over ... har i grunnen alltid likt meg ... (Hjelpepleier, 61 år)

Har selvfølgelig vært lei jobben innimellom, men har aldri vært aktuelt å søke annet arbeid, da det er et dette yrket jeg har hjerte for. (Hjelpepleier, 61 år)

Har ikke alle det en eller annen gang? Det kan jo være hvis en har veldig krevende beboere. Men da rister jeg litt på huet – så fortsetter jeg ... Bestemte meg egentlig for å bli værende her når jeg rundet 50. ... Når jeg går hjem fra jobb, så går jeg hjem ... Det surrer litt i bakhuget, men en kan ikke la det gå ut over familien. (Pleiemedhjelper, 63 år)

4.10 Lite seniorpolitikk og seniortiltak

Kartlegginger av virksomheters seniorengasjement viser at seniorpolitikk og livsfasepolitikk er langt mer utbredt i offentlig sektor enn i privat sektor (Midtsundstad 2014). I kommunesektoren rapporterer de fleste ledere at de har en slik politikk på plass. Det har også vært mer vanlig med ulike former for seniortiltak og særskilte seniorordninger i kommunesektoren enn i arbeidslivet ellers.

Våre informanter sa imidlertid at særskilte seniortiltak og -ordninger er sjeldne eller fraværende eller ikke benyttes på deres arbeidsplass. Noen rapporterer også at

tidligere ordninger har blitt fjernet, eller at informasjonen om tiltakene er fraværende. Undersøkelser viser også at en del virksomheter som tidligere hadde ulike seniorordninger, har justert eller avvirket disse i ettertid (Midtsundstad 2014), da de opplevdes som for dyre og/eller ikke hadde den ønskede effekten på yrkesdeltakelsen.

Det står fint på papiret – men den er fraværende i sykehjemssektoren. (Hjelpepleier, 63 år)

Kjenner ikke til at det er noen særlig seniorpolitikk eller seniortiltak i kommunene innenfor pleie og omsorg. (Hjelpepleier, 61 år)

Har ikke så mye seniorpolitikk. Får den ekstra ferieuka, og det er fint ... Men kan få tilrettelegging – for eksempel. Å slippe tidligvakter, men sånt må komme fra den enkelte. En må selv ta initiativ til det. Det er ingenting som kommer automatisk. Dessuten blir det jo gjerne slik at andre må ta de oppgavene en slipper. (Hjelpepleiere, 61 år)

Pensjonering og seniorpolitikk er ikke noe tema her. En får heller ikke alltid informasjon om de rettighetene en har på arbeidsplassen. Virker som om kommunen og ledelsen mangler nødvendig informasjon ... (Hjelpepleier, 61 år)

Vi hadde seniortiltak før – at en kunne begynne en time seinere på morgenen ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

4.11 Kompetanseutvikling

Til forskjell fra tilrettelegging og seniorpolitikk opplever informantene at mulighetene for etter- og videreutdanning og kompetanseutvikling på arbeidsplassen er og har vært svært gode, med noen få unntak. De fleste av hjelpepleierne og helsefagarbeiderne har også benyttet seg av tilbudene og tatt fagbrev i voksen alder, delvis finansiert og støttet av arbeidsgiver. Én av informantene forteller sågar at hun har tatt fagbrev som helsefagarbeider som 60-åring. Så det er aldri for seint. Flere nevner i tillegg hvilken inspirasjon det har vært å få faglig påfyll etter en del år i yrket, og hvordan dette har gitt en ekstra inspirasjon og ny giv:

Jeg tok videreutdanning i geriatri. Det var fantastisk. Det ble en øyeåpner. Jeg ble flau på egne og kollegaers vegne. Hvor lite vi egentlig visste om eldre mennesker. Men jeg savner oppdateringskurs for oss som har vært i jobb en stund ... og særlig for oss som har vært ute av yrket i perioder ... (Sykepleier)

Det virker å være gode muligheter for faglig utvikling og oppgradering gjennom hele yrkeskarrieren. Flere av informantene nevner for eksempel at de har tatt kurs og spesialisert seg innen geriatri, demensomsorg, sårbehandling, palliativ pleie mv. Og inntrykket er at disse tilbudene er like tilgjengelige for eldre som for yngre ansatte.

Kompetanseutvikling, kurs mv., det er godt. Vi får tilbud som seniorer også. Men jeg tenker vel at yngre trenger det mer. (Hjelpepleier, 63 år)

Vi blir sendt på kurs hele tiden. Så jeg får i grunnen det jeg vil ha. Får spørsmål om det hele tiden ... Vi lager vår egen turnus. Der kan vi skrive inn at vi er borte i for bindelse med kompetanseoppgradering og kurs – men da må en jo ha andre til å fylle opp den tiden en er fraværende ... (Hjelpepleier, 61 år)

Begrensningene ligger kanskje derfor mest hos en selv og eventuelt i om arbeidsplassen og lederen anser at de kan unnvære arbeidstakeren den tiden opplæringen tar.

Oppdateringsmuligheter for voksne sykepleiere – det savner jeg. Men det kan være vanskelig å få til. Har for mye å gjøre og for liten tid er ofte svaret fra ledelsen. Det legges derfor for mye ansvar på den enkelte, syns jeg. Det forventes at kurs tas på fritida. (Sykepleier)

Et av områdene hvor en etterlyser mer opplæring, er i data og ny teknologi, hvor flere nevner at de ikke mestrer dette, og synes de har fått for dårlig opplæring og oppfølging.

Jeg synes det med data og teknologi kan være vanskelig, og jeg sliter litt med det ... Jeg har fått lite opplæring – så det er litt frustrerende innimellom ... (Pleiemedhjelper, 60 år)

Er også lite kompetanseutvikling og tilbud om etter- og videreutdanning. Og det er dårlig informasjon om tilbudene. Skal en på et kurs, må en sørge for det selv ... (Hjelpepleier, 60 år)

4.12 Tidligpensjonering

Pensjonering og avgang fra yrkeslivet kan være et vanskelig tema for noen, et valg de skyver foran seg og unnlater å ta stilling til, mens andre igjen har en klar oppfatning av hvor lenge de ønsker å stå i jobben, når de vil gå av med pensjon, og hvorfor de velger pensjonering framfor fortsatt arbeid.

Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og sykepleiere har i dag en særaldersgrense på 65 år⁵, som gjør at de kan gå av med tjenstepensjon når de er 62 år, om de da har stått minst 23 år i en fulltidsstilling i statlig eller kommunal sektor. Pleiepersonell har i utgangspunktet en god pensjonsordning. Pensjonen mine intervjuobjekter kan forvente å få, vil utgjøre 66 prosent av sluttlønnen om de har stått i 100 prosent stilling og har full opptjeningstid, da de nye reglene for offentlig tjenstepensjon stort sett ikke gjelder de aldersklassene jeg intervjuet. Den varslede endringen av særaldersgrensene, som ennå ikke er ferdig utformet, vil også i begrenset grad omfatte disse alderskohortene. Mye deltid og korte karrierer i offentlig sektor gjør likevel at en del av pleierne ikke kan forvente så høye pensjoner. Økonomi og forventet pensjon framstår derfor som en likeså vesentlig faktor når de vurderer avgangsalder, som helsefaktorer og arbeidsforhold. Flere vektlegger derfor at de må jobbe lenger enn de kanskje ønsker for å få en brukbar pensjon.

Ønsket avgangstidspunkt varierte en del mellom de intervjuede. De fleste så for seg at de skulle gå av med pensjon som 62–63-åringer, mens andre så for seg at de måtte stå i jobb til de var minst 65 eller 67 år, da de ikke hadde økonomi til noe annet.

De som hadde bestemt seg for å gå av tidlig, vektla riktignok viktigheten av å være i arbeid og at de gjerne ville jobbet lenger, men opplevde at arbeidet var for tungt, og

⁵ Ifølge aldersgrenseloven har en i dag plikt til å fratre ved aldersgrensen. Den ansatte kan imidlertid fortsette etter aldersgrensen dersom de fyller de kravene som stillingen forutsetter; i første gang en forlenges opp til to år, senere ett år om gangen, og samlet maksimalt fem år. I KS området har arbeidstakere med særaldersgrense som ikke har full opptjeningstid i tjenstepensjonsordningen, rett til å fortsette fram til fylte 67 år, Regjeringen har imidlertid foreslått å oppheve plikten til å fratre. Lovforslaget er nå ute på høring.

at kroppen ikke ville mer, eller at de ikke lenger klarte å utføre jobben slik de mente den burde gjøres. Og når muligheten for tilrettelegging eller annet arbeid er begrenset, så de ingen annen utvei enn pensjonering.

Seniorer har mye å gi i eldreomsorgen. Det er viktig å holde seg i aktivitet også utenfor jobben. Men noen er slitne, så noen har godt av å gå av tidlig. (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg tenker å gå av når jeg er 62 år. Kroppen min takler ikke mer stress, selv om hodet vil ... Noe ganger må vi si at nok er nok. Er sliten og mangler energi. Har ikke samme kapasitet til familien. Det har kommet med årene. Jeg har ikke den samme energien som tidligere. Jeg har høye forventninger til hva jeg skal yte på jobben, og merker at jeg ikke kan levere oppgavene som før ... Men kanskje jeg skal jobbe litt frivillig når jeg har blitt pensjonist ... eller ta noen helgevakter innimellom ... (Hjelpepleier, 61 år)

Hovedgrunnen til at jeg vurderer å gå av nå, er turnusen – og muligheten for at en kanskje går over til langvakter. Turnus er tungt, og det blir ikke lettere med årene. Det sliter på deg ... En føler ikke at en har noen pause i arbeidssyklusen. Det går i ett. Og det er uforutsigbart i forhold til andre ting du ville ha gjort. Har andre ting å holde på med. Hobbyer, som jeg ønsker å gjøre mer av når jeg blir pensjonist. Jeg vurderer imidlertid muligheten for å jobbe 50 prosent. Jobbe mandag, tirsdag, onsdag og torsdag og så ha fri fredag og slippe helgevakter. Det kan gjøre det mulig å jobbe lenger, da en får den nødvendige pausen innimellom til å hente seg inn igjen. (Hjelpepleier, 61 år)

Og blant dem som så for seg at de skulle jobbe til godt opp i 60-årene, var det ikke god helse som primært ble vektlagt, men usikkerhet omkring egen økonomi og om de ville klare seg på pensjonen. Det gjaldt først og fremst hjelpepleierne og helsefagarbeiderne, da flere der hadde jobbet i privat sektor før de ble ansatt i kommunen, og derfor hadde lav opptjening. I tillegg hadde mange jobbet deltid hele eller deler av yrkeskarrieren:

Jeg har planer om å gå av med pensjon som 62- eller 63-åring – ikke helt bestemt meg ennå. Det avhenger litt av hvor mye jeg får utbetalt. Jeg har sendt en forespørsel til xxx pensjonskasse, men ikke fått noe svar derfra ennå. (Hjelpepleier, 61 år)

Har vurdert det ... men jeg må jobbe til jeg er 67 år for å få en tilstrekkelig pensjon. Men jeg har alltid likt å jobbe mye ... (Hjelpepleier, 63 år)

Det er litt viktig å være i arbeid, syns jeg. Men økonomi er også viktig. Jeg vet at jeg ikke får så god pensjon selv om jeg har jobbet i 40 år – gruer meg litt til det. Jeg ble skilt for en del år siden og har ennå boliglån. Men jeg kan selvfølgelig velge å selge leiligheten og flytte til et sted hvor det er billigere å bo. Da kan jeg klare meg på pensjonen. Eller jeg kan velge å bo her – og leve av ingenting ... (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg må nok jobbe til jeg er 67 år av økonomiske grunner, da jeg ikke har vært i offentlig sektor så lenge. Jeg er også singel. Så egentlig har jeg tenkt at det er godt å ha noe å gå til ... Kan også hende jeg tar noen ekstravakter etter 67. Men skulle jeg bli mer sliten, har jeg tenkt at jeg kan søke meg over i en jobb på sykehjem ... [jobber på helsehus] (Helsefagarbeider, 64 år)

Jeg har vært inne på pensjonskalkulatoren og sett at jeg ikke har råd til å gå av. I så fall måtte jeg selge leiligheten ... Jeg er også ganske kjapp og kvikk i kroppen ennå og har ikke sett på det som noe mål i seg selv å pensjonere meg tidlig ... Hva skal jeg gjøre hjemme, liksom? Vi har en som er 67 år her, som pensjonerer seg først nå ... men 7 år til? Vet ikke om jeg orker det. Men planen er 65 år minst, hvis helsa er slik som nå ... (Hjelpepleiere, 60 år)

Jeg bestemte meg for ca. et år siden. Jeg gikk på et kurs for pensjonister gjennom jobben. Etter det har jeg brukt mye tid på maile med pensjonskassen for å finne ut hva jeg får, og hva som lønner seg ... Har også tenkt på om jeg skulle trappet ned, men fant ut at det ikke lønte seg ... taper så mye pensjon. Det er heller ikke så lett å finne noe annet når en er litt oppi årene. Skal drive med frivillighet. Har tenkt på å gå til Røde Kors og spørre om de kan bruke meg til noe ... (Hjelpepleier, 63 år)

Mens andre igjen, om enn få, vil jobbe så lenge som mulig, helst også litt lenger enn aldersgrensen på 70 år:

Jeg ville egentlig ha fortsatt litt til, men aldersgrensen tilsa at jeg ikke lenger ville kunne få fast jobb. Jeg vil imidlertid ha mulighet til å ta ekstravakter. Men det kan bli vanskelig som sykepleier, da det er mye å sette seg inn i og ha ansvar for. Men kanskje jeg kan ta ekstravakter som hjelpepleier for eventuelt å slippe ansvaret som følger med sykepleierstillingen. Hvor lenge jeg ville stått i jobb om jeg selv kunne bestemme ... Tror ett år av gangen ... i den halve stillingen ... Under koronatida syns jeg at jeg har vært heldig som har hatt en jobb så jeg har sluppet å sitte hjemme ... For meg er ikke lønna så viktig lenger. Det er godt for meg å føle at jeg kan være til nytte ... Skulle kanskje ønske at aldersgrensen ble borte. At en har et valg, er det viktigste. At jeg selv kan bestemme når jeg ikke mestrer jobben lenger ... (Sykepleier)

Særaldersgrensen oppleves også som en begrensning av noen få, da kommunen de jobber i, forventer at de skal gå over på såkalt pensjonistlønn etter fylte 65 år. Det innebærer at de går en del ned i lønn, noe ikke alle er villige til. I tillegg anses utsiktene til å få en annen type jobb et annet sted som liten. De er med andre ord «stuck» i nåværende jobb om de ønsker å fortsette som yrkesaktive.

For en som er 65 år, er det vanskelig å få en annen jobb. Men en kan få en jobb på pensjonistvilkår, men en går da ned i lønn, og en kan ikke gå inn i den samme jobben som en hadde tidligere. [Ordningen med pensjonistvilkår har ifølge informanten kommet fordi Fagforbundet har ønsket å beholde særaldersgrensen.] (Hjelpepleier, 63 år)

Men andre, mer velkjente grunner til tidlig avgang nevnes også, som at ektefellen alt har gått av med pensjon eller snart skal gjøre det, at en ønsker å slippe til de yngre, eller at en har et problematisk forhold til sjefen, mens atter andre igjen vektlegger at de gleder seg til mer fritid og til i større grad å kunne bestemme over egen tid.

Jeg planlegger å gå av når jeg er 62 år, da mannen er eldre og pensjonist. Men vil ha noe å gjøre. Jeg har tenkt å begynne med frivillig arbeid – kan ikke bare sitte inne ... (Hjelpepleier, 61 år)

Jeg skal gå av når jeg er 65 år. Håper da at det blir slik at jeg kan reise, gå tur, lese mer mv. Jeg kunne ikke tenke meg å gå på pensjonistvilkår. Jeg syns man

skal slippe til de yngre, de som har 37 eller 43 prosent stilling, slik at de kan få en 100 prosent stilling. Nå må de gjerne jobbe flere steder for å få full stilling. (Hjelpepleier, 63 år)

Jeg hadde tenkt å jobbe til jeg ble 67 år, men på grunn av sjefen kommer jeg til å gå av når jeg er 62 år. Det er bare på grunn av sjefen, for jeg elsker kollegaene mine, og jeg har ikke noen problemer med dem ... (Helsefagarbeider, 61 år)

4.13 Fra lønnet arbeid til frivillighet

Selv om de fleste ser for seg at de skal gå av som 62–63-åring eller som 65-åring, er det også enkelte som ønsker å fortsette lenger enn det, men da enten i en redusert stilling eller som tilkallingsvakt. Overraskende mange nevner også at de nok kommer til å drive med frivillig arbeid som pensjonister, enten i Røde Kors, som besøksvenn, støttekontakt eller lignende. For en del som hadde kommet relativt seint i jobb, eller som hadde vært ute av jobb en periode på grunn av sykdom eller delvis uførhet, var det imidlertid uaktuelt å gå av tidlig.

For meg har det vært viktigst å komme i jobb ... Jeg synes det er viktig å ha litt rutiner i hverdagen. Har derfor tenkt å holde på til jeg er 67 år. (Pleimedhjelper, 60 år)

Men jobben er veldig prioritert for meg. Jeg kommer fra en familie hvor en har jobbet mye, selv når en var eldre ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Jeg føler meg frisk og fin. Jeg takler dette. Helsen er bra. Men kanskje jeg skal trappe ned til en 50 prosent stilling etter hvert. Uansett kommer jeg til å ta ekstravakter som pensjonist. Det er også noe jeg har lyst til når jeg blir pensjonist. Jobbe litt ved siden av. [Hvorfor?] Fordi jeg trives – vi er en del kollegaer som har det fint sammen. Jeg har veldig mange gode kollegaer. Om jeg ikke jobber, må jeg bli besøksvenn eller noe. Jeg brenner virkelig for jobben min og for de eldre. De gode samtalene ... det lever vi lenge på ... (Pleimedhjelper, 63 år)

Jeg skal jobbe til jeg er 65 år i 40 prosent stilling og så kanskje gå over til 20 prosent etter hvert. Jeg må jobbe med et eller annet ... kanskje være frivillig ... (Hjelpepleier, 63 år)

Er hyggelig å ha noe å gjøre ... men det trenger ikke å være en jobb, en kan også være aktiv, for eksempel innen frivillig arbeid, selv om en er pensjonist ... (Hjelpepleier, 61 år)

Jeg planlegger å gå av når jeg er 63, på grunn av smerter. Men kan kanskje jobbe litt ekstra ved siden av hvis jeg har helse til det ... Eller kanskje jeg kan bli besøksvenn. Jeg har lyst til det når jeg blir pensjonist, bare sitte sammen med de eldre, drikke kaffe og te og prate ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Men yrkesaktiviteten har en grense for alle, og de færreste så for seg at de skulle være i jobb etter fylte 67 år eller fram til fylte 70 år. «Jeg holder ikke til 70 – det kan de bare glemme.» (Hjelpepleier, 63 år)

4.14 Endringer og tiltak for å forlenge yrkeskarrierene

Som nevnt opplever få at arbeidsgiver har en aktiv seniorpolitikk eller livsfasepolitikk. Få mener også at kommunen tilrettelegger slik at eldre som ønsker det, men har noen helseutfordringer, kan jobbe lenger. Vi spurte derfor hva de mente kunne vært gjort for at flere faktisk skulle orke å stå i jobb til en høyere alder, eller hva som skulle til av endringer, tiltak eller ordninger for at de selv skulle ha valgt å forlenge yrkeskarrieren.

Ikke overraskende var mange av svarene knyttet til arbeidsbelastninger og tilrettelegging, som å slippe visse typer vakter, ha mer rullering av arbeidsoppgaver eller økt fleksibilitet, rom for flere småpauser, foruten et ønske om flere av de mer velkjente tiltakene, som mulighet for trening i arbeidstiden med mer. Sistnevnte er heller ikke en særordning for seniorene, men en ordning som er ment å forebygge helseproblemer generelt, uavhengig av alder.

Synes arbeidsgivere må bli flinkere slik at det er mulig å stå i jobben lenger. Andre steder vet jeg en har fått redusert arbeidstid til samme lønn fra 60 år ... Kan også være viktig med såkalt kollegastøtte, at en leier inn en person som bistår en mens en er delvis sykmeldt, eller i den perioden en har helseproblemer. Vi hadde en slik ordning tidligere, men den er borte nå ... og det skyldes vel økonomi ... (Sykepleier)

Det er gåing hele dagen. Det er slitsomt. Om det var mer tid til å ta en liten pause innimellom, sitte litt sammen med pasientene når de spiser. Det hadde hjulpet. (Helsefagarbeider, 61 år)

Kanskje eldre ansatte kunne få noe mer fleksibilitet, selv om det kanskje er vanskelig i den jobben vi har. Men kanskje vi kunne få fri en dag innimellom, slippe å jobbe i jula, kanskje få ønsketurnus ... eller få færre seinvakter som er veldig travle, da en må innom veldig mange brukere. Og her er det få gårder med heis, så det blir veldig mye trapper ... (Hjelpepleier, 63 år)

Burde vært mer rullering, slik at en slipper å jobbe med de tyngste brukerne over lengre tid – flere dager etter hverandre. En blir sliten, får vondt i ryggen – og får for mye sykemeldinger ... en kan ikke gå tre dager etter hverandre med de tyngste brukerne ... (Helsefagarbeider, 61 år)

Måtte slippe helgeturnusen og lange vakter – ha mulighet til å komme seg mellom arbeidsøktene ... (Hjelpepleier, 61 år)

Jeg mener særaldersgrensene bør bevares for hjelpepleierne og sykepleierne, da det er tunge yrker. (Hjelpepleier, 61 år)

Burde lært mer om hvordan en jobber for å slippe skader og helseproblemer. Ledelsen burde vært mer opptatt av det ... men det er ingen ressurser til det ... (Hjelpepleier, 63 år)

Hadde jeg hatt en jobb hvor jeg virkelig trivdes, kunne bruke det jeg kan, aktivt fagmiljø mv., så hadde jeg nok tenkt annerledes ... Det å trives på jobb har utrolig mye å si. Om en trives, strekker en seg utrolig langt ... Men ikke der jeg jobber nå. Jeg måtte ha hatt en helt annen stilling uten pleiedelen ... (Sykepleier)

At jeg fikk mindre på lista, slik at jeg fikk mer tid til det administrative, til å få ting inn i skjemaene. Vi blir stadig pålagt mer og mer registrering. Hjelpepleierne har fått lite opplæring i skjemaer, data og registrering. Det krever tid. Det skal formuleres faglig også, så en trenger tid til å gjøre det ordentlig. Sykepleierne har bedre tid til det. (Hjelpepleier, 60 år)

At det er rom for tilrettelegging. At en har det greit med de en jobber sammen med. Trivselen er viktig. Selv om det var slitsomt i perioden, så bidro koronaen til å sveise oss sammen både på en positiv og negativ måte. Merket da betydningen av å ha gode kollegaer og et godt arbeidsmiljø ... (Pleiemedhjelper, 63 år)

Vaktene kan være ganske tøffe. Så en kunne tilrettelagt i forhold til vakter og turnus. Noen sliter med søvnen. Jeg tror en påvirkes mer av vaktene når en er eldre. Mest hektisk på dagvakten. Litt mer rolig på kveldsvakten. Det som sliter mest, syns jeg, er å gå av klokka 22.00 og så måtte begynne på jobb igjen klokka 8.00 dagen etter. (Helsefagarbeider, 64 år)

Det er svært ugunstig om en vil beholde de eldre, å kreve turnus og/eller langvakter. (Hjelpepleier, 61 år)

Om en kunne få trene litt i arbeidstida. Og kanskje kunne bruke velferdspermisjonsordningen litt mer fleksibelt. Samtidig syns jeg ikke noe om at en skal prioritere en gruppe over de andre, da kan det bli gnisninger. Kan gå ut over arbeidsmiljøet. Alle har behov for det samme. (Hjelpepleier, 63 år)

Kjenner til et prosjekt innen pleie og omsorg hvor en fikk 2 timer hver uke til å trene og gå ut ... Det fungerte veldig bra ... Folk ble fornøyde, og sykefraværet gikk ned ... en kan få mye igjen om en tør å satse slik ... (Hjelpepleier, 62 år)

Én nevnte også det problematiske med det hun opplevde som «tvungen» overgang til pensjonistvilkår med lavere lønn, for dem som ønsket å fortsette etter oppnådd aldersgrense på 65 år.

Per i dag er det flere som ønsker å jobbe til de er 67 år. Assistentene kan det, da de ikke har særaldersgrense. Mens de som har særaldersgrense, må gå av når de er 65 år, hvis de da ikke går over på pensjonistvilkår. Det handler om økonomi og om helse. (Hjelpepleier, 63 år)

4.15 Oppsummering

Hovedinntrykket fra intervjuene er at vi har med svært dedikerte yrkesgrupper å gjøre. De gir uttrykk for å elske jobben sin og trives med beboerne og kollegaene. De har valgt yrket fordi de liker mennesker og liker å yte omsorg og være til hjelp. Som seniorer med lang fartstid føler de seg trygge, da de kjenner rutinene og mestrer jobben sin godt. De framhever også at de som «godt voksne» er roligere og mer tolerante enn tidligere, og de mener de er bedre enn yngre til å se og til å kommunisere med beboerne. De er også lojale og stiller opp, selv om helsa begynner å skranke og arbeidsoppgavene av og til kjennes uoverkommelige. De rapporterer likevel om en del utfordringer i jobben.

Det de opplever som særlig belastende, er ikke primært det fysiske ved arbeidet, da en har hjelpemidler, men at arbeidshverdagen har blitt så travel at en må springe fra gjøremål til gjøremål, at en har for liten tid til beboerne/brukerne, at en aldri får

tatt seg en pust i bakken, og at en ofte ikke engang rekker å ta matpause. Det sliter på samvittigheten og psyken kanskje mer enn det sliter ut kroppen.

Ifølge pleierne har travelheten sammenheng med lav bemanning, stadig nye oppgaver, systemer og rutiner, økte krav til rapportering og dokumentasjon og beboere og brukere som er «sykere» og mer hjelpetrengende enn tidligere. Sistnevnte har blant annet sammenheng med samhandlingsreformen, men også det de opplever som knapp økonomi og for få på jobb i sektoren.

De intervjuede seniorene forteller at tilgangen til etter- og videreutdanning og kompetanseutvikling er svært god, men at muligheten for tilrettelegging av arbeidet er mangelfull. De færreste opplever at arbeidsplassen har en aktiv seniorpolitikk. Det de synes å savne, er ikke særskilte seniortiltak, men mer individuell tilrettelegging og tilpasninger av arbeidet, som et litt lavere tempo og større mulighet til å ta en pust i bakken ved behov, enten det er noen flere 5–10-minutterspauser per dag eller noen ekstra fridager i året, eller bedre rullering av arbeidsoppgaver slik at de mest belastende oppgavene går på omgang. De fleste av disse forslagene vil fordre økt bemanning om det skal la seg realisere, slik sett vil det gagne alle aldre.

Enkelte mener i tillegg at endrede vakter og/eller arbeidsoppgaver vil kunne fått dem til å stå i jobben lenger. Flere savner dessuten bedre og mer tilpasset dataopp-læring, slik at de også mestrer denne delen av jobben.

I tillegg synes det dessverre å være slik at en del ledere gjennom sin adferd er hovedproblemet og årsak til ønsker om tidligavgang. Det viser kanskje også at en kan få langt flere årsverk i sektoren med relativt enkle og lite kostbare grep, for eksempel en bedre siling av dem som søker seg til lederstillinger.

5 Sammenfatning og drøfting

I dette kapitlet sammenfatter vi kunnskapen som kom fram i analysene av registerdata og den korte gjennomgangen av tidligere forskning, samt de erfaringene vi høstet gjennom samtale med senioren.

5.1 Utfordringen

Personnellingen i pleie- og omsorgssektoren har vært kjent lenge. Behovet for arbeidskraft forventes i tillegg å øke kraftig i årene framover som følge av langt flere eldre. Andelen seniorer i sektoren er også høy. Ansatte over 50 år utgjorde nesten 88 000 i 2019. Flere seniorer enn yngre jobber dessuten heltid. De utgjør derfor en større andel av de samlede årsverkene i sektoren enn antallet alene skulle tilsi.

Personnellingen kan ha store konsekvenser for sykehjems- og hjemmetjenestenes kvalitet. Flere undersøkelser indikerer, ifølge Gautun (2020), at det er en sterk sammenheng mellom bemanning i sykehjem og kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten. Lav bemanning og forholdstallet mellom faste og vikarer, faglærte og ufaglærte påvirker i tillegg arbeidsbelastningene for den enkelte arbeidstaker, som igjen påvirker fravær og ønsket og faktisk avgang fra yrket. Lav bemanning fører også til at tjenesteutøverne i økende grad må foreta vanskelige og belastende prioriteringer. Sykepleiere oppgir at de på grunn av lite personell og tidspress må gjøre stadig tøffere prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold omsorgen og behandlingen skal ha (Gautun 2020). Dette er prioriteringer som kan oppleves som belastende, når det samtidig ikke er klart hvilke føringer som gjelder. Dette er en problematikk som er kjent fra tidligere undersøkelser (bl.a. Midtsundstad & Bogen 2011b), og er problemstillinger som også kom tydelig fram i våre intervjuer med senioren (jf. kapittel 4). Det gjelder derfor ikke bare sykepleierne, men trolig de fleste som jobber i pleie- og omsorgssektoren, uavhengig av kompetanse – selv om sykepleiere, gitt sine ansvarsområder, nok vil kunne kjenne mer på denne belastningen enn øvrige personale.

5.2 Årsaker til frafall og tidligavgang

At mange av de ansatte i pleie og omsorg er i 50- og 60-årene, innebærer at en god del av dem vil forlate yrket hvert år som følge av uførepensjonering og uttak av alderspensjon. Kun en tredjedel av de over 50 år som forlater yrket, bytter til en annen jobb, og da primært til andre deler av helse- og sosialtjenestene, blant annet sykehus. I tillegg går mange til offentlig administrasjon, undervisning og forretningsmessig tjenesteyting.

Frafallet blant de over 50 år var høyest blant hjemmehjelpere og assistenter og ansatte med kort deltid. At deltidsarbeidende oftere forlater yrket, kan indikere at heltidsarbeid er viktig for å holde på folk. Men deltidsarbeid kan også være en tilpasning til helseproblemer. Hvis så er tilfelle, vil ikke økt mulighet for heltid alene være et tilstrekkelig eller et velegnet virkemiddel for å redusere frafall blant de eldste.

Som STAMIs arbeidsmiljøanalyser (2018) viser, har helse- og sosialtjenester generelt en høy eksponering for en rekke risikofaktorer i arbeidsmiljøet og en opphopning av helseplager, sykefravær og uførhet i flere av yrkesgruppene. Svært mange uførepensjoneres derfor i 50-årene, og en god del tar ut alderspensjon tidlig, selv om avgangen i 50-årene har avtatt de seinere årene (Nilsen 2020).

Tidlig avgang, på tvers av yrker, er sterkt knyttet til helseproblemer (Poulsen mfl. 2017). Det gjelder også for helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og henger ikke bare sammen med uførepensjonering, men også avgang med AFP og med særalderspensjon (Midtsundstad & Nielsen 2013). Fysiske arbeidsbelastninger veier også tungt. Blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere med videre var det 30 prosent som vektla dette i en spørreundersøkelse fra 2012. Over halvparten oppga riktignok at de gikk av fordi de ønsket seg mer fritid. Flere av disse vektla imidlertid også helseproblemer og et belastende arbeid. Ønsket om mer fritid kan derfor i tillegg være et ønske om å slippe bort fra et psykisk eller fysisk belastende arbeid. 7 prosent sa også at manglende tilrettelegging var avgjørende for avgangsbeslutningen.

Selv om mange forlater yrket før fylte 62 år, er det en del som fortsetter til langt opp i 60-årene. Deres hovedbegrunnelser var at arbeidsoppgavene fortsatt var interessante og givende, at de følte arbeidsgiver fremdeles hadde behov for dem, og at de fremdeles hadde god helse og ikke følte seg spesielt slitne. Dette gjenspeiles også i intervjuene, hvor det framkom at seniorene følte sterkt for jobben sin og det å ta vare på eldre og hjelpetrengende, noe som kanskje har bidratt til at flere ønsket å være støttekontakter eller jobbe frivillig med de samme gruppene som pensjonister. At de fleste følte seg ønsket av arbeidsgiver, i den forstand at de følte seg verdsatt og sett, gjenfant vi likevel ikke. Mange er seg likevel bevisst at sektoren trenger deres arbeidskraft. De strakte seg derfor ofte langt i det daglige av samvittighetsgrunner og stilte på jobb selv om helsa ikke alltid var på topp. De mente også, berettiget eller uberettiget, at seniorer i større grad enn yngre nettopp gjorde det.

En av fem i en undersøkelse fra 2012 vektla også betydningen av å ha fått arbeidet tilrettelagt for å kunne være i jobb (Midtsundstad & Nilsen 2013). Det var likevel få som sto i jobb etter fylte 62 år fordi helsa var god, sammenlignet med øvrige yrkesgrupper i kommunesektoren. Hele 40 prosent sa at de trengte inntekten fra arbeidet for å klare seg økonomisk, og derfor hadde valgt å fortsette. Flere blant helsearbeiderne enn i andre yrkesgrupper synes, med andre ord, å velge å jobbe selv om helsa ikke er den beste. Ifølge informantene hadde dette sammenheng med at de som 62-åringer ikke hadde tilstrekkelig pensjonsopptjening, grunnet blant annet sein inntreden i offentlig sektor, mye deltid og opphold i yrkeskarrieren på grunn av omsorg for barn.

Vektlegging av helse og arbeidsbelastninger er derfor sentralt om en skal få flere pleie- og omsorgsarbeidere til å fortsette i jobb til en høyere alder. Ifølge STAMI (2018) er helse- og sosialtjenestene en av de mest risikoutsatte næringene i norsk arbeidsliv. Sykepleier og øvrig pleie- og omsorgspersonell er også av de yrkene med høyest legemeldt fravær og høyest selvrapporert, arbeidsrelatert sykefravær. Av samme grunn er potensialet for å forebygge sykefravær og frafall på arbeidsplassen betydelig.

5.3 Seniorerfaringer og erfaringskompetanse

Gjennom intervjuene fikk vi en del tilleggsopplysninger som utdyper noen av de problemene og dilemmaene eldre ansatte i sektoren møter. Slik sett kan informasjonen også hjelpe oss til bedre å forstå hvilke faktorer som fører til at noen, tross krevende arbeidsforhold, likevel velger å stå i jobb til langt opp i 60-årene, mens andre legger inn årene så snart de har rett til å ta ut pensjon. Seniorene bekrefter i stor grad funnene fra arbeidsmiljøundersøkelsene, og de kobler, direkte og indirekte, arbeidsmiljøproblemene til for lav bemanning i forhold til brukernes og beboernes behov. En får likevel inntrykk av at de fysiske belastningene i yrket er mindre enn hva de representative undersøkelsene dokumenterer, noe som nok har sammenheng med at vi snakker med en helsemessig selektert gruppe som tross alt har maktet å stå i jobb til de er 60 år eller eldre. Som seniorer kan de også sammenligne med hva som var situasjonen tidligere, da de har vært i yrkene i flere tiår.

I tillegg til informasjon om særskilte arbeidsbelastninger var det viktig gjennom intervjuene å få satt ord på hva den er, den særegne, arbeidsrelaterte kompetansen eldre i yrket opparbeider seg gjennom lang praksis, da slik «taus kunnskap» ofte ikke ses eller verdsettes av ledere og kollegaer. Arbeidsgiverne og lederne er derfor heller ikke alltid bevisst på hva slags kompetanse de kan miste om de ikke evner å holde på sine mest erfarne arbeidstakere.

Det seniorene særlig framhevet i den sammenheng, var at de mestret jobben sin og hadde håndlaget inne, at de kunne rutinene og visste hva de skulle gjøre når kriser oppsto. Gjennom lang erfaring mente flere også at de hadde blitt flinkere til å «lese» pasientene og bedre så når brukerne og beboerne trengte særlig oppfølging og tiltak, når de burde sjekkes av lege, når livets slutt nærmet seg, med videre. Dette er kunnskap som er viktig for å gjøre en god jobb.

I tillegg til den kompetansen yrkeserfaringen gir, kan livserfaring og levd liv i seg selv være en fordel i yrket. Vi modnes med årene og slipes i kantene og blir, ifølge enkelte internasjonale studier (se bl.a. Damian, Sprengler, Sutu & Roberts 2018), mer tålmodige, roligere og tryggere med årene. Det betyr ikke at alle blir det, noe de fleste vel har erfart, men at flertallet blir det, sammenlignet med hva de var i yngre år. Seniorene vi snakket med, bekreftet dette. De mente at alderen hadde gjort dem tryggere og mer selvstendige i yrkesutførelsen, egenskaper de mente var en fordel for så vel brukere og pårørende som yngre kollegaer, da det smittet over på dem, slik at de også ble tryggere. Som de påpekte, kan alderen være en fordel i den direkte samhandlingen og kommunikasjonen med de eldre beboerne og brukerne, da de i større grad delte referanserammer. Alderen bidro også til at de hadde fått en større forståelse for hva det innebærer å eldes. Sammen med kunnskapen de hadde ervervet seg gjennom utdanning og videreutdanning, var de derfor flinkere i jobben nå enn da de var yngre, mente de. At alder i seg selv kan tilføre yrkesutøvelsen noe positivt, nevnes også i tidligere studier (Hilsen 2016; Midtsundstad mfl. 2016, 2017; Midtsundstad 2018).

5.4 Hva kan gjøres?

Når det gjelder tiltak og hva som kan gjøres konkret for å bedre situasjonen og forhindre tidlig frafall fra yrket, er det ikke tvil om at økt bemanning er viktig. Det koster imidlertid mye, og spørsmålet er om det kan løses på kort sikt når det generelt er stor mangel på arbeidskraft med den riktige kompetansen. Det er likevel et tankekors at

økt bemanning trolig vil kunne få flere til å jobbe noe lenger, og dermed gi arbeidskraftstilfang som vil være langt større enn hva økningen i antall nyansatte alene skulle tilsi.

Økt bemanning vil selvsagt ikke løse alle problemer, men tempoet kan kanskje settes noe ned, og det kan bli rom for noe flere småpauser og de gode samtalene som så mange la vekt på. Undersøkelser viser at flere små pauser i løpet av arbeidsdagen også kan være et viktig sykefraværsforebyggende tiltak (Cropley, Rydstedt & Andersen 2019). Muligheten til å tilrettelegge for personer med helseproblemer vil i tillegg kunne øke. Flere av dem som i dag er 100 prosent sykmeldt, kan dermed se seg tjent med å være på gradert sykmelding og sånn sett også bidra til å avlaste kollegaene. Slik situasjonen er, anser en del det som uaktuelt å være delvis sykmeldt, da travelheten og arbeidsmengden fører til at de ofte jobber mer enn godt er når de først er på jobb, slik at sykmeldingen heller forlenges enn forkortes. De blir derfor, i samråd med legen, ofte sykemeldt på fulltid, selv om de kunne jobbet noe med bedre tilrettelegging. Det samme ville nok være tilfelle for mange senioransatte med kroniske muskel- og skjelettplager om det var bedre muligheter for varig tilrettelegging/tilpasning av arbeidet. I dag gis tilrettelegging primært, ifølge informantene, i en kortere periode i forbindelse med sykefravær.

Hva denne tilretteleggingen konkret bør bestå i, er imidlertid vanskelig å konkretisere, da ønskene og behovene til yrkesutøverne varierer. Noen seniorer synes nattevakter er mest belastende, og vil helst slippe det, mens andre foretrekker nettopp nattarbeid. Noen trives med mange ulike oppgaver og «å være i farta», mens andre ønsker seg et roligere tempo med større rom for å sette seg ned å prate og være sammen med beboere og brukere. Noen vil helst ha administrativt arbeid, mens andre vil ha minst mulig. Tilrettelegging fordrer derfor ofte individuelle løsninger for å fungere, noe som krever tid, da arbeidstakernes behov og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging og tilpasning må kartlegges og tiltak organiseres – oppgaver ledere synes å ha begrenset tid til i dag. Tidligere undersøkelser viser også at antall ansatte per leder er langt høyere innen pleie og omsorg enn innen andre sektorer og bransjer (Holte mfl. 2019).

Enkelte ønsker også større rotasjon mellom avdelinger og av oppgaver, slik at ikke de samme alltid får ansvar for de tyngste og mest arbeidskrevende beboerne og brukerne. Det tyder på at organiseringen ikke alltid er hensiktsmessig i et forebyggingsperspektiv. Noe av fraværet kunne derfor trolig reduseres ved en mer jevn fordeling av arbeidsbelastninger mellom avdelinger og ansatte, hvor en i noe større grad tok hensyn til de ulike arbeidstakernes forutsetninger.

Det er også åpenbart at bruk av data og nye teknologiske hjelpemidler til rapportering og dokumentasjon ikke er like lett å håndtere for alle. Det fører til svekket mestringsfølelse. Opplæringen på dette området kan derfor bli bedre. Det er også mulig at en bør gjennomgå nødvendigheten av all rapporteringen på enkelte arbeidsplasser og eventuelt redusere denne noe, om mulig. En bør i alle fall sette av tilstrekkelig med tid slik at de ansatte får tid til å utføre også disse oppgavene.

Det er verdt å merke seg at noen av de fysiske belastningene som forekommer, tross ulike tekniske hjelpemidler, skyldes at hjelpemidlene ofte kommer for seint på plass hos brukerne, slik enkelte i hjemmetjenesten rapporterte. Hvor utbredt dette er, vet vi ikke, men der det forekommer, bør rutinene nok gjennomgås og praksis bedres.

Litteraturliste

- Bang Christensen, K., et al. (2007). The fraction of long-term sickness absence attributable to work environmental factors: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. *Occup Environ Med*, 64(7):487-9.
- Bogen, H. og Midtsundstad, T. (2007). *Noen år til? Erfaringer med seniorpolitikk i seks kommuner*. Fafo-rapport 2007:28
- Bråten, M. og Øistad, B. S. (2017). *Undersøkelse blant Fellesforbundets medlemmer i hotell og restaurant og Fagforbundets medlemmer i helse og omsorg*. Fafo-rapport 2017:09. Oslo: Fafo.
- Christensen, J.O. and S. Knardahl (2010). Work and neck pain: a prospective study of psychological, social, and mechanical risk factors. *Pain*, 2010. **151**(1): p. 162-73.
- Christensen, J.O. and S. Knardahl (2012). Work and back pain: a prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *Eur J Pain*, 2012. **16**(6): p. 921-33.
- Christensen, J.O., et al. (2018). Comprehensive profiles of psychological and social work factors as predictors of site-specific and multi-site pain. *Scand J Work Environ Health*, 2018. **44**(3): p. 291-302.
- Clausen, T., et al., Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare services: a prospective analysis of register-based outcomes. *J Adv Nurs*, 2012. **68**(1): p. 127-36.
- Cropley, M., Rydstedt, L. W. og Andersen, D. (2020). Recovery from work: testing the effects of chronic internal and external workload on health and well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2020. Doi.org/10.1136/jech-2019-213367
- Damian, R. I., Spengler, M., Sutu, A., and Roberts, B. W. (2018). Sixteen going on sixty-six: A longitudinal study of personality stability and change across 50 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2018; DOI: [10.1037/pspp0000210](https://doi.org/10.1037/pspp0000210)
- Finne, L.B., J.O. Christensen, and S. Knardahl (2014). Psychological and social work factors as predictors of mental distress: a prospective study. *PLoS One*, 2014. **9**(7): p. e102514.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Rapport 14/2020. Oslo: NOVA OsloMet.
- Hilsen, A. I. (2016). *Hva er seniorkompetanse?* Fafo-rapport 2016:21. Oslo: Fafo.
- Holte, K. A., Holmås, T. H., Monstad, K. og Øygarden, O. (2019). *Leiarspenn og organisering Samanhengar med sjukefråvær og turnover*. RAPPORT 33 – 2019. Stavanger: NORCE Samfunn.
- Hyggen, C. (2007). *Tidligpensjonering og AFP. Pensjonering før fylte 67 år innen KS' tariffområde 2002 – 2006*. Fafo-rapport 2007:39. Oslo: Fafo.
- Ingelsrud, M.H. (2014). Reorganization increases long-term sickness absence at all levels of hospital staff: panel data analysis of employees of Norwegian public hospitals. *BMC Health Services Research*, 2014. **14**: p. 411.
- Labriola, M., T. Lund, and H. Burr (2006). Prospective study of physical and psychosocial risk factors for sickness absence. *Occupational Medicine-Oxford*, 56(7): p. 469-474.
- Merkus, S. L., Lunde, L-K., Koch, M., Wærsted, M. & Knardahl, S. (2018). Physical capacity, occupational physical demands, and relative physical strain of older employees in construction and healthcare. *International Archives of Occupational and Environmental Health* (2019) 92:295-307. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1377-5>
- Midtsundstad, T. (1999). *Forventet pensjoneringsalder og pensjoneringsmønstre blant kommunalt ansatte seniorer*. Fafo-notat 1999:4. Oslo: Fafo.

- Midtsundstad, T. (2006). *Tidligpensjonering og AFP. Pensjonering før fylte 67 år innen KS' tariffområde 2002 – 2006*. Fafo-rapport 509. Oslo: Fafo.
- Midtsundstad, T. (2009a). *Bedre helse, mindre slit og mer familie*. Delrapport 6 Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv. Fafo-rapport 2009:16. Oslo: Fafo.
- Midtsundstad, T. og Bogen, H. (2011a). *Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv*. Fafo-rapport 2011:10
- Midtsundstad, T. og Bogen, H. (2011b). *Flere hender i pleie og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra?* Fafo-rapport 2011:08
- Midtsundstad, T., Bogen, H. og Hermansen, Å. (2016). *Jobb i barnehage – passer det for seniorer?* Fafo-rapport 2016:41.
- Midtsundstad, T., Nielsen, R. & Hermansen, Å. (2012). Tilrettelegging og seniortiltak – påvirker det kommuneansattes sykefravær og tidligpensjonering? *Søkelys på arbeidslivet*, 29(1–2), 130–150.
- Midtsundstad, T. og Nielsen, R. A. (2013). *Arbeid og pensjon i kommunal sektor. Analyse av survey- og registerdata fra før og etter pensjonsreformen*. Fafo-rapport 2014:45.
- Midtsundstad, T. og Nielsen, R. A. (2014). *Arbeid og pensjon i kommunal sektor. Analyse av survey- og registerdata fra før og etter pensjonsreformen*. Fafo-rapport 2014:45
- Midtsundstad, T. og Nielsen, R. A. (2020). *Seniorer i barnehagesektoren: Fastholdelse, frafall og frafallsårsaker*. Fafo-rapport 2020:18. Oslo: Fafo.
- Nielsen, R. A. (2017a). *Pensjonsuttak før fylte 67 år. Tidligpensjonering og bruk av AFP innen KS' tariffområde 2002–2015*. Fafo-rapport 2017:03. Oslo: Fafo.
- Nielsen, R. A. (2014). *Tidligpensjonering i kommunal sektor. Tidligpensjonering innen KS' tariffområde 2002–2012*. Fafo-rapport 2014:35. Oslo: Fafo.
- Nielsen, R. A. (2017b). *Forventet pensjonsalder innen KS' tariffområde. Oppdatering 2010–2015 inkludert 68–70-åringene*. Fafo-notat 2017:05. Oslo: Fafo.
- Nielsen, R. A. (2020). *Pensjonsuttak før fylte 67 år. Tidligpensjonering og bruk av AFP innen KS' tariffområde 2002–2019*. Fafo-rapport 2020: (kommer).
- Poulsen, O.M., Fridriksson, J.F., Tomasson, K., Midtsundstad, T., Mehlum, I.S., Hilsen, A.I., Nilsson, K. and Albin, M. (2017). Working environment and work retention. *TemaNord 2017: 559*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Rugulies, R., et al (2007). The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work and Stress*, 2007. **21**(4): p. 293-311.
- STAMI (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).
- Sterud, T. (2014). Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scand J Work Environ Health*, 40(4):361-9.
- Tuchsen, F., K.B. Christensen, and T. Lund (2008). Shift work and sickness absence. *Occup Med (Lond)*, 2008. 58(4): p. 302-4.
- Tuchsen, F., et al. (2008). Does evening work predict sickness absence among female carers of the elderly? *Scand J Work Environ Health*, 2008. 34(6): p. 483-6.
- Veiersted, K.B. (2017). *Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager. En kunnskapsstatus*, in STAMI-rapport. 2017.
- Aagestad, C., et al. (2014). Psychosocial and organizational risk factors for doctorcertified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public Health*, 2014. **14**: p. 1016.
- Aagestad, C., Tyssen, R. & Sterud, T. (2016). 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* 16, 235 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2908-1>

Vedlegg 1 Intervjuguide

Ansatte (sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelper og assistenter)

- 1 Hvor gammel er du?
- 2 Hva slags utdanning har du?
- 3 Hva slags jobb/stilling har du? (stillingstype)
- 4 Har du hatt annet arbeid tidligere, eller har du alltid jobbet på pleiehjemmet/hjemmetjenesten?
 - a) Ev. hva slags annen arbeidsbakgrunn har du/hvor har du jobbet tidligere?
- 5 Når begynte du å jobbe i pleie og omsorgssektoren? Hvor lenge har du jobbet i pleie- og omsorgssektoren?
- 6 Hva var din(e) grunn(er) for å begynne å jobbe i pleiehjem/hjemmetjenesten?
- 7 Har dine forventninger til å jobben slått til?
 - a) Ja: på hvilken måte?
 - b) Delvis: på hvilken måte?
 - c) Nei: på hvilken måte?
- 8 Trives du med å jobbe i pleie- og omsorgssektoren (som sykepleier, helsefagarbeider, hjemmehjelp, assistent)? Hva er det ved jobben du særlig setter pris på?
- 9 Er det mange godt voksne, eller såkalte seniorer, som jobber der du jobber?
 - a) Dersom det fortsatt er en del: Hva tror du grunnene er til det?
 - b) Dersom de fleste har sluttet: Hva tror du grunnene er til det?
- 10 Oppfatter du at det er særskilte utfordringer ved det å jobbe innen pleie og omsorg/sykehjem/hjemmetjenesten når man er litt opp i årene? (eller er det ingen spesielle utfordringer?)
 - a) I så fall hvilke utfordringer?
 - b) Hvorfor/hvorfor ikke
- 11 Hva mener du er de viktigste arbeidsmiljøutfordringene i jobben?
 - a) Har disse utfordringene endret seg i forhold til tidligere, blitt verre, bedret seg eller er det omtrent som før?
 - b) Er det gjort noe på arbeidsplassen for å forbedre arbeidsmiljøet de senere årene?
 - c) Har disse tiltakene fungert syns du (gjort det lettere å utføre jobben, lettet belastningene, bidratt til mindre sykefravær osv.)?
- 12 Hvordan har koronasituasjonen påvirket din arbeidssituasjon?
- 13 Vil du si at pleie og omsorgssektoren (hjemmetjenesten/sykehjem) er en arbeidsplass som egner seg for godt voksne?
- 14 Vil du si at det er en fordel for pleie og omsorgstjenesten at det finnes godt voksne blant de ansatte?
 - a) Hvilke fordeler?
 - b) Hva mener du godt voksne kan tilføre tjenesten (og brukerne/beboerne) som de yngre ansatte i mindre grad kan?

- c) Er det situasjoner eller arbeidsoppgaver hvor det er din erfaring at det kan være en fordel å være godt voksen – kan du nevne noen eksempler?
- d) Er det situasjoner eller arbeidsoppgaver hvor det er din erfaring at det kan være en ulempe å være godt voksen – kan du nevne noen eksempler?
- 15 Har du inntrykk av at ledelsen på sykehjemmet/pleiehjemmet/hjemmetjenesten/hjemmesykepleien verdsetter at det er godt voksne blant de ansatte (eller er det viktigst at du faktisk jobber her, enten du er ung eller gammel, dvs. at de trenger folk, eller folk med utdanning, ikke eldre spesielt)?
- a) Hvis ja/nei - hvordan kommer dette til uttrykk?
- b) Dersom ledelsen verdsetter godt voksne: hva tror du at de legger vekt på
- 16 Du har jobbet lenge som sykepleier/helsefagarbeider/hjemmehjelp/assistent – hvis du tenker etter – er det noe du føler/mener du kan/mestrer bedre nå enn det du gjorde som yngre/da du var ny i yrket? I så fall hva er det? (Seniorkompetanse, hva kan eldre bedre enn yngre?)
- 17 Hvor lenge tenker du at du kommer til å fortsette å jobbe?
- a) 50-62 år: Tror du at du kommer til å jobbe her fram til du går av med pensjon?
- b) 50-62 år: Når planlegger du å ta ut pensjon? Og når planlegger du å slutte å jobbe?
- c) 62+: Har du tatt ut delvis AFP-pensjon og pensjon fra folketrygden (full pensjon eller delvis pensjon – når gjorde du det osv. – valgte du å jobbe mindre etter at du tok ut pensjon – hvorfor/hvorfor ikke? Etc.)
- d) Dersom vedkommende ønsker å slutte ved fylte 62 år: hva er grunnen til det?
- e) Dersom vedkommende ønsker å jobbe etter 62 år: Hva er grunnen til det?
- f) Dersom vedkommende har valgt å ta ut delvis pensjon, men fortsetter å jobbe etter 62 år: hva er grunnen til det?
- g) Dersom vedkommende har fortsatt å jobbe etter 62 år, men ikke tatt ut pensjon: hva er grunnen til det?
- h) Har koronasituasjon påvirket dine pensjoneringsplaner?
- 18 Har du noen gang søkt en annen stilling? Når og hvorfor?
- 19 Hva synes du om den nye fleksible alderspensjonen, varslede endringene i særaldersgrensen mv.?
- 20 Vil du si det er lett eller vanskelig for seniorenne (eldre arbeidstakere) å få jobbe redusert tid her om en ønsker det?
- 21 Er det noen av seniorenne som jobber redusert tid her? Hva er grunnen til det?
- 22 Vil du si at det er lett eller vanskelig å få tilrettelagt arbeidet ved behov? (ja/nei – hvorfor/hvorfor ikke ...)
- 23 Har dere seniorpolitikk på arbeidsplassen – og hva består denne i så fall i?

Seniorer i pleie og omsorg

Fafo er en samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse som forsker på arbeidsliv, velferdspolitik og levekår.

Fafo skal gjennomføre et forskningsprosjekt for Senter for seniorpolitikk om seniorer i pleie og omsorgssektoren. Målet er å finne ut mer om hvordan det er å være eldre arbeidstaker på pleiehjem og i hjemmetjenesten. Informasjonen vil være viktig i arbeidet med å skape et best mulig arbeidsliv hvor flest mulig kan stå i arbeid til høy alder.

For å få innblikk seniorennes arbeidshverdag innen pleie og omsorg ønsker vi å samtale med noen senioransatte som er 55 år eller eldre, samt noen tillitsvalgte og ledere innen sektoren. Vi vil spørre deg om hva slags utdanning og erfaringskompetanse du har, hvorfor du valgte en jobb innen pleie og omsorg, hva slags jobber du har hatt over yrkeskarrieren, hvordan arbeidshverdagen din arter seg, hvordan du opplever arbeidsmiljøet, dine synspunkter på pensjonsreformen og endringene i pensjonene, når du planlegger å gå av med pensjon mm.

Vi har tilfeldig valgt ut noen kommuner hvor vi ønsker å gjennomføre disse intervjuene, deriblant din kommune og din arbeidsplass. Vi håper du har anledning til å delta og hjelpe oss med å få mer kunnskap om hvordan det er å være senior og jobbe innen pleie og omsorg.

Du velger selv om du vil delta og kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Om du takker ja til å delta, kan du likevel når som helst innen prosjekt avsluttes ved utgangen av 2022 trekke deg. Data om deg vil da slettes. På grunn av koronasituasjonen vil intervjuet foregå via telefon, eller via Teams eller Zoom om du helst vil det. Intervjuene vil vare ca. en time. Om du skriver under på samtykkeerklæringen du har fått av din leder/tillitsvalgte vil vi ringe deg eller sende en e-post for å avtale tidspunkt for intervju.

Innen prosjektstutt vil vi anonymisere alle personopplysninger vi skulle ha om deg. Det vil si at ingen som leser rapportene/artiklene vil kunne vite hvem du er, hvor du jobber, eller har jobbet. Resultatene fra undersøkelsen vil bli publisert i en Fafo-rapport om pleie og omsorg, i en samlerapport om seniorerfaringer fra flere ulike bransjer og i et utvalg vitenskapelige artikler. Rapportene og artiklene vil legges ut på våre nettsider: www.faf.no og kan lastes ned og lese fritt. Det samme gjelder artiklene.

Dersom du sikkert kan identifiseres i datamaterialet har du følgende rettigheter: 1) innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, 2) å få rettet personopplysninger om deg, 3) få slettet personopplysninger om deg, 4) få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og 5) å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata AS som har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med:

- Tove Midtsundstad (tim@faf.no) ved Forskningsstiftelsen Fafo.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tove Midtsundstad
(Prosjektleder)

Vedlegg 2 Registerdata

Utfyllende informasjon om datagrunnlaget i kapittel 2

De kvantitative analysene i denne rapporten er i hovedsak basert på registerdata fra SSB som er analysert lokalt på Fafo. For å få med så oppdaterte tall som mulig har vi også tatt med noen analyser basert på fjernanalyse av data hos SSB gjennom netjtjenesten microdata.no.

Microdata er utviklet av SSB og NSD og er en online tilgang til utvalgte registerdata fra SSB for forskere og studenter som har fått tilgang til tjenesten. De data som er tilgjengelige, oppdateres relativt hyppig, og således kunne vi benytte registerdata fram til og med 2019 i dette prosjektet. Alle tall for 2019 i denne rapporten kommer fra microdata.no.

Microdata gir rask tilgang til oppdaterte filer på en rekke statistikkområder. Normalt må en søke om dispensasjon fra taushetsplikt, i dag utforme en DPIA, for å få tilgang til registerdata. Det er ikke nødvendig når en benytter microdata, da det er lagt inn begrensninger som skal sikre at resultatet produsert i microdata er konfidensielt. Dette vedrører blant annet at en har en minste populasjonsstørrelse (N må være minst 1000), celler i tabeller med få observasjoner vil ikke være helt korrekt, og en slår sammen verdier i endene av kontinuerlige fordelinger.

I dette prosjektet førte det til at aldersvariabelen ble slått sammen ved 1-prosentilen og 99-prosentilen, altså var det ikke mulig å vite eksakt hvor mange under 17 år og over 69 år som var i arbeid i november 2019. For å sikre konfidensialitet ble aldersgruppene 15–17 år og 69–74 år automatisk slått sammen av microdata. I dette prosjektet fører det til at vi ikke kan si helt sikkert hvordan sysselsetting var blant de aller eldste i 2019. For å gjøre figurene basert på data fra microdata sammenlignbare med tall for tidligere år har vi fordelt alle 69–74-åringene fra microdata på samme måte som de var fordelt i våre egne data for 2015. Det er selvfølgelig noe usikkerhet knyttet til dette, men det er mer riktig enn å si at det ikke var noen sysselsatte i alderen 70–74 år. Med direkte tilgang til registerdata lokalt kan vi gjennomføre kjøringene først og så vurdere hvilke grupper som eventuelt bør slås sammen. Dette er ikke mulig i samme utstrekning i microdata, så det er ikke alle analyser for 2019 som kan gjennomføres på samme måte i microdata som lokalt.

For en nærmere beskrivelse av microdata og hvilke variabler som er tilgjengelige, se nettsiden www.microdata.no, hvor det også ligger en allment tilgjengelig brukermanual. Vedlegg C i brukermanualen beskriver konfidensialitet i microdata nærmere.⁶

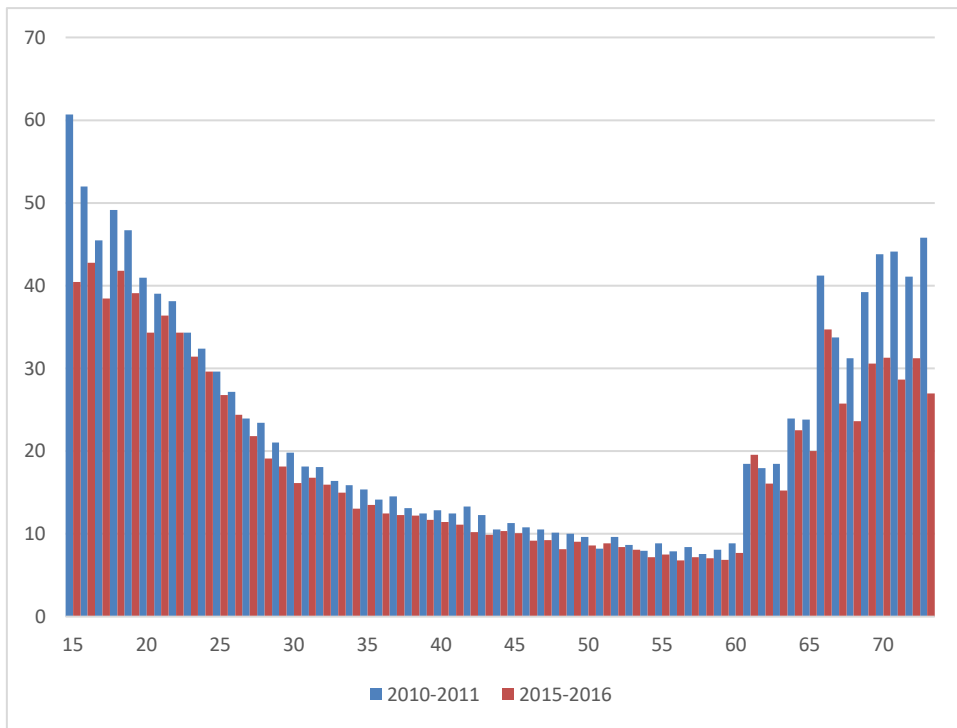
⁶ Se <https://microdata.no/bukermanual-no.pdf> (lastet ned 7.12.2020)

Tabell V1 Ansatte i pleie- og omsorgssektoren. 2015.

	2010	2015	2019*
Gjennomsnittlig alder (år)	42,6	42,2	41,9
Andel kvinner (prosent)	88,9	87,2	84,7
Andel i privat sektor (prosent)	6,5	7,6	8,0
Næringsgrupper			
Hjemmesykepleie	11,3	11,8	13,4
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	2,9	2,9	3,8
Sykehjem	43,4	40,9	40,6
Bofellesskap/aldershjem	23,9	29,3	29,4
Hjemmehjelp	18,5	15,1	12,8
	100,0	100,0	100,0
Yrkesgrupper			
Ledere		2,4	
Spesialsykepleiere		3,7	
Sykepleiere		13,0	
Vernepleiere		4,2	
Omsorgsarbeidere/hjelpepleiere		37,3	
Hjemmehjelper		3,7	
Assistenten		25,3	
Øvrige		10,4	
		100,0	
Antall	169 772	186 542	197 345

* Tall for 2019 er hentet fra microdata.no

Figur V1 Andel av årskull som forlater pleie- og omsorgssektoren, etter alder. Prosent.



Det erfarne blikket

Denne rapporten omhandler sykepleiere, helsefagsarbeidere og assistenter som er seniorer og jobber på pleie- og omsorgsinstitusjoner og i hjemmetjenesten. Vi ser på omfanget av ansatte 50+ i de aktuelle yrkene og kartlegger pensjoneringsmønster og frafall. Vi undersøker også hvordan det er å være senior i disse yrkene, hvilke utfordringer de har, hvordan de opplever arbeidsmiljø og ledelse, om de føler seg sett og anerkjent, hvilke utviklingsmuligheter de har, og ikke minst om de opplever yrket og bransjen som et godt sted å være i seinkarrieren, og hva som eventuelt skal til for å kunne stå lenger i arbeid i disse yrkene.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2021:20
ID-nr.: 20790