

- **Konsernrevisjonen**

- **Rapport 4/2025**

- **System for forebygging av sykefravær**

- **Akershus universitetssykehus HF**

- **Sykehuset Innlandet HF**

- **Sykehuset Østfold HF**

- **Sørlandet sykehus HF**

- **Helse Sør-Øst RHF**

- 29. april 2026

Innhold

1. Innledning	3
2. Konklusjon	5
3. Forebyggende sykefraværsarbeid er komplekst og krever god samordnet innsats og styring	6
4. Stort potensial for mer systematisk læring i sykefraværsarbeidet	10
5. Økt gjennomføringskraft i lederlinjen er en nøkkel	16
6. Anbefalinger	19
Vedlegg 1 – Dokumentasjonsgrunnlag	20
Vedlegg 2 – Revisjonskriterier	22
Vedlegg 3 – Sykefraværsutviklingen i Helse Sør-Øst	23
Vedlegg 4 – Forklaring på begreper i Bransjeprogram IA i sykehus	24

1. Innledning

Bakgrunn

Høyt sykefravær utfordrer pasientsikkerheten og økonomien i spesialisthelsetjenesten. Når fraværet stiger, øker belastningen på gjenværende ansatte, og det blir vanskeligere å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse. Spesialisthelsetjenesten har særskilte risikofaktorer som påvirker sykefraværet, som høy arbeidsbelastning, døgndrift, turnusarbeid, fysisk belastende oppgaver og emosjonelt krevende pasientsituasjoner. Dette gjør det stadig viktigere for helseforetakene å styrke det forebyggende arbeidet og øke nærværet.

Sykefraværet i Helse Sør-Øst (HSØ) er fortsatt høyt, 7,5 prosent i 2025. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har de siste årene stilt tydeligere krav om økt innsats for å få redusert sykefraværet til 2019-nivå, som for foretaksgruppen er 6,9 prosent. Gjennom av avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA) har også partene i arbeidslivet forpliktet seg til å styrke det forebyggende arbeidet og arbeidsmiljøinnsatsen, for å nå det nasjonale målet om et sykefravær på 5,1 prosent. I 2019 ble det opprettet et eget Bransjeprogram IA i sykehus, som har pilotert og utviklet ulike egne metoder for bruk i sykehus.

Som et bidrag til innsikt og læring har konsernrevisjonen i denne revisjonen undersøkt og sammenliknet forebyggende sykefraværarbeid i fire foretak: Akershus universitetssykehus HF (Ahus HF), Sykehuset Innlandet HF (SI HF), Sykehuset Østfold HF (SØ HF) og Sørlandet sykehus HF (SS HF). Det regionale helseforetaket (HSØ RHF) er også omfattet av revisjonen.

Formål

Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere om helseforetak på foretaksnivå har etablert et helhetlig og hensiktsmessig ledelses- og styringssystem som bidrar til å forebygge sykefravær. Revisjonen skal gi læring og bidra til forbedring på tvers av foretaksgruppen gjennom å identifisere styrker, svakheter og god praksis.

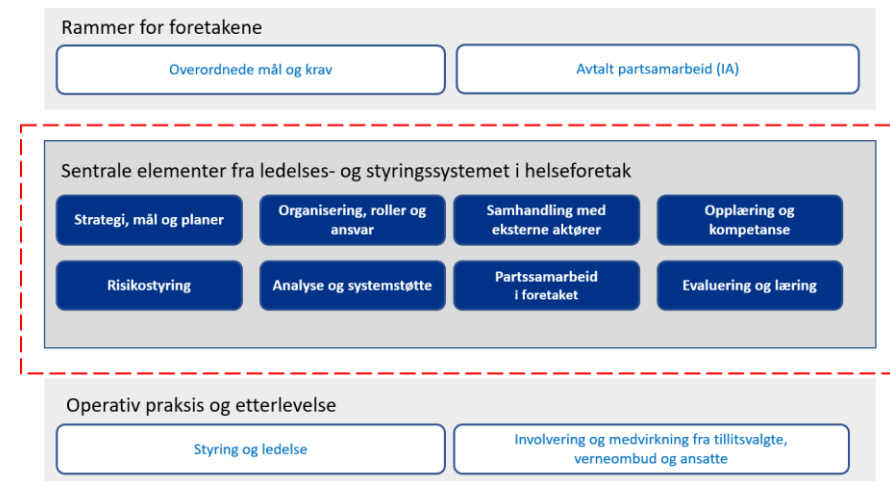
¹ Ved valg av elementene har vi sett på ledelse- og styringssystemene for arbeidsmiljø, HMS, kvalitetsforbedring, risiko- og virksomhetsstyring og aktuelt lov- og avtaleverk.

Målene har vært å

- kartlegge i hvilken grad foretakene har etablert styring og strukturer som ivaretar overordnede krav og god praksis
- kartlegge hvilke langsiktige forbedrings- og utviklingsområder foretakene har definert
- undersøke likheter og forskjeller i systemer og tilnærminger til foretakene
- kartlegge hvilket system HSØ RHF har etablert for å ivareta sitt «sørge-for»-ansvar, inkludert støtte, læring, samordning og koordinering på tvers.

Tilnærming

For å svare på målsettingene har revisjonen sett på sentrale elementer i foretakenes ledelses- og styringssystem som har betydning for forebygging av sykefravær.¹ Elementene fremgår av figuren under (markert i blått).²



Figur 1: Modell for tilnærming i revisjonen.

² Eksterne aktører i modellen er i hovedsak Bransjeprogram IA (med sekretariat i arbeidsgiverforeningen Spekter) og Nav sine arbeidslivsentre.

Omfang og avgrensninger

Revisjonen er avgrenset til å se på systemet for forebygging av sykefravær, som vurderes å ha størst potensial for å redusere sykefravær på sikt. Med «forebygging av sykefravær» mener vi både det som gjøres for å redusere risikoen for at ansatte blir sykemeldt, samt det som fremmer helse, trivsel, arbeidsevne hos ansatte og bidrar til nærvær. Vi ser ikke på den lovpålagte oppfølgingen av sykemeldte ansatte og tilrettelegging for disse.

Forebygging av sykefravær henger tett sammen med forebyggende arbeidsmiljøarbeid og det systematiske HMS-arbeidet. I rapporten omtales dette i stor grad samlet, selv om enkelte deler av HMS-området ikke er direkte relevant for sykefravær. Samtidig inkluderer forebygging av sykefravær også forhold som går ut over tradisjonelt HMS-arbeid, som ressursstyring og oppgavedeling.

Revisjonen er utført på foretaksnivå, med vekt på å se på overordnede mønstre, forskjeller, styrker og svakheter i styringssystemene på tvers av foretakene. Dette inkluderer hvordan sykefraværsarbeidet er integrert i foretakenes HMS-, HR-, kvalitets- og virksomhetsstyringsprosesser.

Systemtilnærming innebærer at vi har sett på hvor godt foretakene styrer og tilrettelegger for god utøvelse og etterlevelse av sykefraværsarbeidet. Revisjonen omfatter ikke en detaljert kartlegging og vurdering av operativ praksis og etterlevelse i enheter i foretakene.

Revisjonen har kartlagt og vurdert foretakenes arbeid med å legge til rette for bruk av IA Bransjeprogram i sykehus. Det er ikke gjort en kartlegging av alle metoder og tiltak som benyttes i foretakene. Vurdering av hvilke metoder og tiltak som gir best effekt, inngår ikke i revisjonens omfang.

I denne fellesrapporten har vi valgt å ikke navngi foretakene, med unntak av enkelte tilfeller av god praksis og andre særskilte forhold knyttet til enkeltforetak. «Foretakene» viser i rapporten til de fire helseforetakene som er undersøkt, og «klinikk» som fellesbetegnelse for klinikker og divisjoner i foretakene.

Metode og revisjonsgrunnlag

Intervjuer og dokumentgjennomgang er brukt som metoder i revisjonen. Undersøkelsene i foretakene er i hovedsak utført i perioden oktober til desember 2025.

Det er gjennomført 76 intervjuer, inkludert tre gruppeintervjuer. I foretakene er administrerende direktør, stabsdirektører, stabsledere, nøkkelpersoner i stab, utvalgte klinikk- og divisjonsdirektører, foretakenes hovedverneombud og foretakstillitsvalgte fra de største fagforeningene intervjuet. I HSØ RHF er administrerende direktør, ansatte i avdelingen Personal og kompetanseutvikling, analyseenheten i Økonomiavdelingen, konsernverneombudet og konserntillitsvalgte fra de største fagforeningene intervjuet.

Det er utført en omfattende analyse av styringsdokumenter, styrepapirer og øvrig materiale fra foretakene, samt relevante eksterne kilder. Det er ikke gjennomført egne dataanalyser, men vi har kartlagt foretakenes bruk av analyser, styringsdata og IKT-systemer med relevans for forebygging av sykefravær. En oversikt over dokumentasjonsgrunnlaget finnes i vedlegg 1.

Kilder til revisjonskriterier i kartleggingen inkluderer rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ, relevante lover og forskrifter samt relevante ISO-standarder. En oversikt finnes i vedlegg 2.

Forklaring på begreper i Bransjeprogram IA i sykehus fremgår av vedlegg 4.

2. Konklusjon

Behov for bedre styring, samhandling og læring i forebyggingen av sykefravær

Høyt sykefravær utfordrer spesialisthelsetjenestens evne til å opprettholde kvalitet, økonomi og kompetanse. Revisjonen viser at foretakene har tatt flere gode grep for å forebygge sykefravær, men at det er potensial for forbedringer på flere områder.

Forebygging av sykefravær krever en bred tilnærming, som går utover lokalt forbedringsarbeid. For å lykkes kreves en langsiktig, kontinuerlig og samordnet innsats på området. Sentralt for dette er å styrke det systematiske HMS-arbeidet, sikre bedre samhandling mellom sentrale staber, stabene og lederlinjen, samt å bedre utnyttelsen av risikovurderinger, styringsdata og analyser. I tillegg bør ledernes nøkkelrolle styrkes for å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft i arbeidet. Vår hovedkonklusjon bygger på følgende tre delkonklusjoner:

Forebyggende sykefraværarbeid er komplekst og krever god samordnet innsats og styring

Helseforetakene har arbeidet mye med forebygging av sykefravær, men området blir ofte underordnet andre prioriteringer. Flere av foretakene mangler en tydelig «rød tråd» mellom virksomhetsmål, delplaner, satsinger og handlingsplaner som kan påvirke sykefraværet. Mål for sykefravær operasjonaliseres ulikt, og foretakene har i ulik grad mål og indikatorer som gjenspeiler kompleksiteten i arbeidet. Manglende tverrfaglig samarbeid mellom stabene i flere foretak fører til fragmenterte prosesser, overlappende initiativer og risiko for at viktige problemstillinger faller mellom organisasjonsmessige «siloeer». Partssamarbeidet er avgjørende for legitimitet og gjennomføringskraft i sykefraværarbeidet, og fungerer generelt godt på overordnede nivåer – men er ofte mer variabelt nær driften, der behovet er størst.

Stort potensial for mer systematisk læring

Årsakene til sykefravær er sammensatte og påvirkes av mange ulike og ofte gjensidig forsterkende faktorer. Systematiske risikovurderinger gir viktig innsikt, men foretakene har en utfordring med å sikre tilstrekkelig oversikt over vurderingene og kontroll med kvaliteten. Dette gir redusert innsikt i det samlede risikobildet på tvers av nivåer. Videre finnes det et stort potensial i å bruke de omfattende datakildene i helseforetakene bedre. I dag er styringsdata ofte vanskelig tilgjengelige, noe som gjør at ledere trenger støtte for å hente ut og forstå data. Det er videre behov for mer helhetlige analyser som kobler HR-, HMS-, fag-, aktivitets- og økonomidata for bedre innsikt og læring. Selv om foretakene har mange kilder til læring, fører svakheter knyttet til systematisk evaluering og læring til at foretakene i mindre grad får omsatt erfaringer til å utvikle sykefraværarbeidet. Manglende regionale strukturer for systematisk læring og erfaringsdeling gjør at foretakene i begrenset grad drar nytte av hverandres erfaringer.

Økt gjennomføringskraft i lederlinjen er en nøkkel

Leder har en nøkkelrolle i å sikre at tiltak for å forebygge sykefravær blir iverksatt og får effekt. Foretakene har innført tiltak for å styrke lederrollen, men revisjonen viser at det i mindre grad er sett helhetlig på organisering og strukturer for å sikre at lederne har tilstrekkelige ressurser og rammer til å jobbe forebyggende med sykefravær. Stabene har en sentral rolle i å støtte lederne i sykefraværarbeidet, men det er behov for en tydeligere avgrensning mellom lederansvar og stabsoppgaver. Effektiv forebygging av sykefravær forutsetter bruk av faglig forankrede og hensiktsmessige metoder. De foretakene som har lyktes best, har innlemmet og tilpasset valgte metoder til egne etablerte prosesser og fulgt dem opp gjennom virksomhetsstyringen.

I de følgende kapitlene går vi nærmere gjennom observasjoner og vurderinger for de tre delkonklusjonene.

3. Forebyggende sykefraværsarbeid er komplekst og krever god samordnet innsats og styring

I dette kapittelet ser vi først på rammene for sykefraværsarbeidet, som mål, strategier og planer. Deretter gjennomgår vi hvordan foretakene har organisert og samordnet relevante stab- og støttefunksjoner, samt hvordan partssamarbeidet er innrettet for å støtte det forebyggende arbeidet.

3.1. Stor variasjon i modenhet i foretakenes strategier og planer

Forebygging av sykefravær krever tydelige mål, helhetlige strategier og en virksomhetsstyring som sikrer sammenheng mellom planer, styringsdata og oppfølging i linjen.

Observasjoner

HOD har de siste årene gitt tydeligere krav og føringer om økt innsats for forebygging og reduksjon av sykefraværet i spesialisthelsetjenesten. Disse kravene er i begrenset grad oversatt til oppdaterte regionale mål, strategier og planer som dekker sykefravær, arbeidsmiljø og HMS. HSØ RHF opplyser at de er i prosess med å oppdatere delstrategi for utdanning og kompetanse til også å omfatte fagansvar for områdene arbeidsplanlegging, arbeidsmiljø og HMS.

HSØ RHF har videreformidlet oppdragene fra HOD til helseforetakene. Foretakene har i hovedsak satt årlige mål om å redusere sykefraværet for å nærme seg 2019-nivået, men flere har justert målet for å gjøre det mer realistisk. Det er store variasjoner mellom foretakene knyttet til hvordan foretakets mål operasjonaliseres til klinikker, avdelinger og enheter, og hvilke føringer og frihetsgrader som gis til lederlinjen. Flere intervjuede i foretakene gir uttrykk for at sykefravær, arbeidsmiljø og HMS fortsatt er relativt lavt prioritert, og at dette gjenspeiles i rapporteringen og styringsdialogen internt i foretakene. HSØ RHF følger opp sykefravær gjennom styringsdialogen, noe som har bidratt til økt oppmerksomhet om temaet i foretaksgruppen.

Sykefraværsprosenten følges og rapporteres månedlig som en retrospektiv indikator i foretakene, men gir lite innsikt i årsaker til fraværet. Forskjeller i

fraværet basert på kjønn, alder, stilling/profesjon og varighet analyseres og kommenteres. Det varierer imidlertid om foretakene systematisk og frekvent ser utviklingen i sykefraværet i sammenheng med andre relevante indikatorer, som arbeidsmiljølovbrudd (AML-brudd), overtidsbruk, uønskede hendelser, turnover, funn i medarbeiderundersøkelsen ForBedring, innleiekostnader og andre økonomiske effekter. Det varierer videre om foretakene har utarbeidet egne HMS-mål, eller om disse er dekkende for forebygging av sykefravær. Flere intervjuede etterlyser økt vekt på samlet fravær eller nærværsprosent som mål.

Det er langsiktige og komplekse prosesser som påvirker sykefraværet, og utfordringer og årsaker til fraværet kan variere mellom enhetene. Foretakene har ikke etablert et helhetlig sett med styringsindikatorer som kan knyttes til sykefravær, men vi er kjent med at enkelte foretak har startet et arbeid med dette. Helseforetakene har fått i oppdrag å vurdere utvikling av felles indikatorer for HMS og arbeidsmiljø.

Revisjonen ser at foretakene har etablert en rekke mål, planer og tiltak som direkte eller indirekte påvirker sykefravær og arbeidsmiljø. De fleste foretakene har imidlertid i mindre grad en «rød tråd» og god sammenheng mellom virksomhetsmål, delplaner, satsinger og handlingsplaner som kan påvirke sykefraværet. Dette gjelder f.eks. om strategier for sykefravær/nærvær tydelig koples til overordnede strategier og planer. SS HF har et tydelig mål- og planhierarki, strukturert etter policyområder. I virksomhetsstrategien til foretaket ses satsninger knyttet til arbeidsmiljø og sykefravær i sammenheng med andre områder, som drift, økonomisk bærekraft, ressursstyring, ledelse, organisering og kultur.

Forebygging av sykefravær krever en helhetlig tilnærming, da arbeidsmiljø, kvalitet i tjenestene og organiseringen av arbeidet er tett knyttet sammen. HSØ RHF har imidlertid få tydelige krav til en helhetlig og integrert styring, og

dette gjenspeiles i foretakene. Foretakene har mange tiltak, prosjekter og satsinger på ulike fagfelt som påvirker sykefraværet, men det varierer hvordan disse følges opp og kobles sammen som del av virksomhetsstyringen. To foretak har definert bemanningsplanlegging- og ressursstyring som en sentral strategi for økt nærvær. Satsningene følges opp i en egen prosjektbasert rapportering, og sykefraværet er en av indikatorene som det følges opp effekten på.

Foretakene er på ulike stadier i utviklingen av helhetlige tilnærminger til sykefraværssarbeidet. SS HF har gjennom mange år hatt en konsistent satsning med sterk lederforankring. Over tid har dette gitt bedre resultater enn i andre helseforetak i HSØ med pasientbehandling. Grunnlaget har vært et systematisk HMS-arbeid, god oppfølging av gjentakende fravær og målrettet tilrettelegging. Satsingen er utviklet over tid med utgangspunkt i nye risikofaktorer og ny forskning og kunnskap. Den er videre gjort mer helhetlig ved at teknologiutvikling, organisering og ressursstyring er tydelig knyttet til forebygging av sykefravær. Bransjeprogram IA i sykehus har brukt erfaringene fra SS HF i utvikling av metodene i programmet.

De øvrige foretakene befinner seg på ulike trinn i utvikling av tilnærming til sykefraværssarbeidet. Ett arbeider først og fremst med å forankre satsningen på IA-bransjeprogram, og få på plass en mer systematisk oppfølging av gjentakende sykefravær, før de går videre med ytterligere initiativer. Et annet utvikler en mer helhetlig tilnærming med tydeligere vekt på forebygging. Det tredje er i en fase der det vurderer hvilke tiltak som er mest treffsikre og hvordan gjennomføringen kan styrkes.

Det er ulik forståelse internt i de fleste foretakene av hva forebyggende sykefravær- og arbeidsmiljøarbeid innebærer. Forståelsen spenner fra å se dette som individrettede tiltak og velferds- og trivselstiltak, til å oppfatte det som et arbeid som omfatter alle aspekter ved planlegging, organisering og gjennomføring av arbeidet. Det siste er i tråd med hvordan arbeidsmiljøloven definerer «et fullt forsvarlig arbeidsmiljø». Det er også ulike oppfatninger om hva som gir effekt, hvor lang tid det tar før tiltak virker og hvor langsiktig og

planmessig arbeidet må være. Dette gjelder også behovet for lederforankring, prioritering og ressursbruk.

3.2. Roller, ansvar og samordning mellom sentrale staber bør bli tydeligere

For å håndtere de mange faktorene som påvirker arbeidsmiljø og sykefravær, trengs en samordnet innsats fra foretakenes sentrale staber.³ En tydelig plassering og avklaring av ansvar innen HMS-arbeidet vil kunne bidra til å gjøre det forebyggende arbeidet relevant og målrettet.

Observasjoner

Revisjonen viser at foretakene har et potensial for bedre samordning av stabene. Fra noen foretak nevnes det at stabene jobber for mye «i silo», kunne vært mer samkjørte, har ulik kultur og lite kontakt utover ved rapporteringen. Mange ulike initiativ blir ikke samordnet i en struktur, og det savnes et godt tverrfaglig samarbeid og felles mål og prioriteringer. Enkelte grep er tatt for bedre samordning, som for eksempel en felles internkontrollplan og felles møter og - arbeidsgrupper.

Det varierer i hvilken grad foretakene har etablert faste møtestrukturer mellom stab- og fagfunksjoner på ulike nivå, og på tvers av fagområder. Dette gjelder også om ansvar og roller, formål og saksbehandling i møter og nettverk er godt beskrevet. Det er i mindre grad etablert tydelige policyer og mandater for staber, som HMS-funksjonen, som klargjør roller og ansvar, samhandling og grensesnitt mot andre funksjoner. SS HF har i styringen lagt stor vekt på tverrfaglig samordning av stabene i team, som for styringsdata. Her er formål, møtestrukturer, ansvar og roller beskrevet. Foretaket har også en tydelig struktur for jevnlig samordning av HMS-arbeidet på ulike nivå og på tvers av foretaket.

Et sikkert pasientforløp krever et sikkert arbeidsmiljø – og et trygt arbeidsmiljø er en forutsetning for stabil drift, god kvalitet og lavt sykefravær. Generelt gir foretakene i revisjonen uttrykk for at det er potensial for å få en tydeligere og mer systematisk kopling mellom pasientsikkerhet og HMS. Det arbeides på

³ Med sentrale stabsfunksjoner mener vi her HR, HMS, Arbeidstidsplanlegging og ressursstyring, Kvalitet og pasientsikkerhet, Virksomhetsstyring, Økonomi og Analyse.

ulike måter for å styrke denne sammenhengen, som faste møtepunkter mellom HMS- og kvalitetsfunksjonene for felles gjennomgang av hendelser, og koordinering av oppfølgingen av ForBedring. I SØ HF gjennomfører toppleder månedlige pasientsikkerhetsvisitter der både pasientsikkerhetsrelaterte og HMS-relaterte risikoer identifiseres, følges opp og erfaringene deles i foretaket.

Organiseringen av HMS-funksjonen har betydning for hvor godt foretakene lykkes med å samordne arbeidet med å forebygge sykefravær. I tre av foretakene er HMS organisert i HR-avdelingen. Et foretak har lagt ansvaret for HMS-funksjonen og det systematiske HMS-arbeidet til Facility Management (FM)-divisjonen, som det eneste helseforetaket i landet. I dette foretaket er HR fagansvarlig for det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet, med unntak av området vold og trusler, som ligger til HMS-leder. Denne revisjonen tyder på at å organisere HMS-funksjonen under HR gir bedre forutsetninger for samordnet innsats og helhetlig tilnærming til forebygging av sykefravær. I intervjuer trekkes det også frem at HMS som et eget fagområde i HR-avdelingen, med god lederforankring, styrker dette arbeidet.

Bedriftshelsetjenesten (BHT) skal være en fagkyndig og rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid. Alle foretakene har en godkjent BHT-ordning, men organiseringen varierer. Ahus HF har en modell som tydeligst sikrer BHTs frie og uavhengige rolle, blant annet gjennom et klart mandat, en årlig bestilling fra foretaket og samarbeidsavtaler med klinikkene. To foretak har ikke skilt tydelig på BHTs rolle og arbeidsgiverrollen til HMS og HR. Her jobber BHT mer integrert med HMS og HR, og utfører også noen av deres oppgaver. Flere intervjuede opplever at dette skaper uklarhet omkring om hvem BHT representerer og hvilken rolle de har. Et foretak har derfor startet et arbeid med å tydeliggjøre BHTs rolle og ansvar, og samarbeidet med HMS og HR. Et annet foretak kjøper BHT som en ekstern tjeneste, og bruker BHT betydelig mindre enn de andre. Foretaket har igangsatt en prosess for å se på fremtidig organisering av slik støtte.

Bruken av BHT preges av hvor ressursbehovet til enhver tid er størst i foretaket. I tre foretak brukes BHT hovedsakelig til støtte i enkeltsaker, konflikthåndtering og til å levere på ad-hoc-bestillinger, og i mindre grad til planlagt forebyggende systemarbeid på gruppe- og organisasjonsnivå. Det

siste er egentlig BHTs kjerneoppgave etter lovverket. Flere peker på at tidlig, aktiv og systematisk involvering av BHT i det forebyggende arbeidet er en viktig suksessfaktor for å oppnå gode resultater i sykefraværsarbeidet.

3.3 Partssamarbeidet er etablert – men ujevnt strukturert og lite evaluert

God forebygging av sykefravær forutsetter et velfungerende partssamarbeid på ulike nivå i organisasjonen. Partssamarbeid med vernetjenesten og tillitsvalgte gir forankring, medvirkning og støtte i sykeværs- og nærværs-arbeidet.

Observasjoner

Foretakene har rutiner for å involvere tillitsvalgte og vernetjenesten gjennom arbeidsmiljøutvalg (AMU) og dialogmøter på foretaks- og klinikknivå. Ett foretak har imidlertid ikke AMU på klinikknivå, og de intervjuede savner en egnet arena for å drøfte arbeidsmiljøet og nødvendige tiltak på rett nivå. I et annet foretak deltar administrerende direktør i liten grad i partssamarbeidets møtearenaer der arbeidsmiljø og sykefravær diskuteres. Det er videre ulikt mellom foretakene om de har IA-utvalg eller lokale IA-avtaler. Strukturer for partssamarbeid på nivå tre til fem, som årshjul, faste møtepunkter, standardiserte sakslister og lokale medvirkningsavtaler, er også varierende. Dekningen av verneombud og tillitsvalgte på disse nivåene er også ujevn.

SS HF har kommet lengst i å beskrive og formalisere hvordan partssamarbeidet skal fungere på ulike nivå. Vernetjenesten har også standardisert arbeidsmetodikken for å sikre enhetlig praksis, og gjennomfører egne kontroller av HMS-handlingsplaner og uønskede HMS-hendelser i foretaket som del av sitt påse-ansvar.

Partene er i hovedsak samstemte om at samarbeidet er godt på foretaks- og klinikknivå, men mer varierende, mindre systematisk og mer personavhengig på lavere nivå i de fleste foretakene. Revisjonen viser at AMU på foretaksnivå, og andre fellesmøter med tillitsvalgte, i ulik grad brukes til strategiske drøftinger om forebygging av sykefravær. Informasjonsflyt og kommunikasjon mellom AMU på ulike nivåer beskrives som utfordrende. Et foretak har gjennomført et AMU-møte på foretaksnivå for systematisk deling av god praksis og erfaringer med sykefraværstiltak fra klinikk-AMU.

Revisjonen tyder på at enheter og klinikker som lykkes med å forebygge sykefravær har god dekning av lokale tillitsvalgte og verneombud, og at disse får tilstrekkelig tid og mulighet til å delta aktivt i arbeidet. Det finnes eksempler på at ledelsen har utpekt lokale ansatterepresentanter der det mangler lokale tillitsvalgte, noe som har svekket effekten av sykefraværsarbeidet.

Tillitsvalgte og vernetjenesten deltar i prosjekt- og arbeidsgrupper og gir innspill i saker på foretaksnivå knyttet til forebygging av sykefravær. Partene har likevel noe ulike oppfatninger om involveringen skjer tidlig nok til å sikre reell medvirkning. Det nevnes at grad av involvering påvirkes av ledernes erfaring, tidspres, kompetanse og holdninger til partssamarbeid. For å styrke kompetansen har enkelte foretak innført egne lederkurs om partssamarbeid.

Enkelte ledere uttrykker at de savner at tillitsvalgte og vernetjenesten i større grad fremmer egne løsningsforslag. I intervjuer nevnes det at rolleforståelse og kompetanse hos tillitsvalgte og vernetjenesten kan variere, særlig på lavere nivåer. Dette påvirkes av høy turnover, lite tid til vervene, varierende dekning og begrenset opplæring. I enkelte foretak tilbys tillitsvalgte og vernetjenesten deltakelse på relevante lederkurs eller -samlinger for å sikre et felles ståsted og felles kompetanse.

For å lykkes med sykefraværs- og arbeidsmiljøtiltak i og på tvers av enhetene er det viktig å se behovene og interessene til ulike ansattegrupper og profesjoner i sammenheng. Tillitsvalgte leger gir i intervjuer uttrykk for at dagens forebyggende arbeid i foretakene i liten grad treffer legegruppens behov og interesser. På dette punktet skiller de seg fra andre tillitsvalgte og vernetjenesten i revisjonen.

Foretakene har lite formaliserte prosesser for jevnlig evaluering og videreutvikling av partssamarbeidet knyttet til arbeidsmiljøutfordringer. Det varierer hvordan og når dette gjøres, og om foretakene har prosedyrer eller rutiner for dette. Kun ett foretak har systematisk kartlagt hvordan partssamarbeidet fungerer i alle enheter. Som verktøy for å styrke samarbeidet brukes «Dialogduken» fra bransjeprogrammet i tre foretak på foretaksnivå og i varierende grad på nivåene under. SI HF har besluttet å ta den i bruk på alle nivåer og i alle enheter, og har fullført dialogduk på nivå to.

3.4. Vurdering

Å sikre at ansatte er friske, motiverte og har et godt arbeidsmiljø er helt sentralt for om helseforetakene ivaretar den viktigste innsatsfaktoren i pasientbehandlingen og driften. Likevel fremstår HMS- og arbeidsmiljøperspektivet ofte som underordnet andre prioriteringer i flere foretak. Dette bidrar til at forebygging av sykefravær ikke får tilstrekkelig og helhetlig plass i mål, strategier og planer. En konsekvens er at foretakene i virksomhetsstyringen i mindre grad klarer å koble arbeidsmiljø, kvalitet, HR, organisering og drift på en måte som styrker det forebyggende arbeidet.

Å utvikle et velfungerende system for å forebygge og redusere sykefravær krever langsiktighet, kontinuitet og tydelige forventninger i styringslinjen. Når dette arbeidet ikke er godt nok integrert i virksomhetsstyringen, blir det sårbart for skiftende prioriteringer og press fra daglig drift, og risikerer å bli nedprioritert. Dette reduserer muligheten for å realisere potensialet for bedre arbeidsmiljø, mer stabil drift og høyere kvalitet i pasientbehandlingen.

Revisjonen viser at manglende tverrfaglig samarbeid mellom staber fører til fragmenterte prosesser og overlappende initiativer i flere foretak. Dette gir risiko for at viktige problemstillinger faller mellom organisasjonsmessige «siloer». Dette understreker behovet for felles mål og gode samarbeidsstrukturer i stabene. Med klare skiller i ansvar og oppgaver mellom BHT, HR og HMS, kombinert med robuste samarbeidsformer, kan foretakene sikre mer hensiktsmessig bruk av kompetanse og en bredere, bedre koordinert innsats.

Et velfungerende partssamarbeid forutsetter både god ledelse og evne til å samordne interesser som ikke alltid peker i samme retning. Når partene står samlet, bruker hverandres kompetanse og trekker i samme retning, øker både legitimiteten og gjennomføringskraften i det forebyggende arbeidet. I mange foretak er imidlertid strukturene for partssamarbeid på lavere nivå utydelige eller varierende. Dette gjør samarbeidet mer personavhengig og mindre systematisk enn det bør være. Tydelige og robuste strukturer er særlig viktig ved utskiftninger blant ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten, og reduserer risikoen for at det forebyggende arbeidet svekkes – særlig på nivåene i organisasjonen hvor de fleste ansatte jobber.

4. Stort potensial for mer systematisk læring i sykefraværs-arbeidet

Dette kapittelet handler om tre områder som må fungere godt for å redusere sykefravær: risikovurderinger, styringsdata, og evaluering og læring.

4.1. Manglende oversikt og strukturer for aggregering av risikovurderinger

Årsakene til sykefravær er sammensatte og påvirkes av mange ulike og ofte gjensidig forsterkende faktorer. Systematiske risikovurderinger gir verdifull innsikt i arbeidsmiljøutfordringer og grunnlag for målrettede tiltak. Å se risiko på tvers av enheter styrker foretakets evne til læring og prioritering i sykefraværsarbeidet.

Observasjoner

Riksrevisjonen pekte i 2024 på betydelige svakheter i risikostyringen i helseforetakene og RHF-ene, og en oppdatert regional retningslinje skal legges frem for RHF-styret.⁴ Tilsvarende svakheter er også synlig i denne revisjonen. På foretaksnivå gjøres det i liten grad helhetlige risikovurderinger av arbeidsmiljø/HMS, og opp mot egne HMS-mål. Risiko på ulike nivå i foretakene vurderes i hovedsak opp mot styringsmål, gitt i oppdrags- og kravdokumenter og eventuelle interne mål. SS HF har HMS som et av 14 policyområder, med tydelige og relevante risikoer for sykefravær som følges opp i virksomhetsstyringen.

Risikovurderinger er en sentral del av et helhetlig HMS-system, og etter arbeidsmiljøloven skal det utføres en rekke risikovurderinger. Vi får opplyst fra foretakene at de i begrenset grad har oversikt over om lovpålagte risikovurderinger gjennomføres i enhetene i tråd med krav. Det er lite faktabasert rapportering på dette, og det vises blant annet til at systemene

ikke er tilrettelagt for å hente ut oversikter over gjennomførte risikovurderinger. For å kunne vurdere kvalitet i handlingsplaner må man gå inn på hver enkelt vurdering. I foretakene utføres i varierende grad systematiske kontroll-handlinger av kvaliteten på risikovurderinger og tiltaks-/handlingsplaner, utover enkelte stikkprøver. Der slike undersøkelser er gjennomført, som av Arbeidstilsynet, får vi opplyst at resultatene viser at kvaliteten på vurderingene og tiltakene er varierende.

Ledelsens gjennomgang (LGG) løftes frem som en sentral kontrollmekanisme som skal gi foretaksledelsen oversikt over risiko og kvalitet i driften. I LGG vurderes modenheten i foretakets styringssystem på områder som HMS og risikovurderinger. Fagansvarlige eller interne grupper gjør skjønnsmessige vurderinger opp mot krav, uten å ha tilgang til gode styrings- og kontrolldata. I tre foretak brukes ledernes egevaluering som en hovedkilde. Innretning, omfang, kvalitet og oppfølging av LGG varierer mellom foretakene. Revisjonen viser at LGG-ene i foretakene gir begrenset reell innsikt i hvor godt styringssystemet fungerer når det gjelder HMS og risikostyring.

Intervjuene og dokumentkartleggingen tyder på forskjeller i hvilken grad ulike typer risikovurderinger gjennomføres, med relativt flere risikovurderinger av vold og trusler og arbeidstidsordninger enn for andre typer. Dette kan bl.a. forklares med at HSØ RHF og foretakene over flere år har satset på forebygging av vold og trusler, og at tillitsvalgte har en tydelig rolle ved forsvarlighetsvurderinger av arbeidstidsordninger. Psykososiale og organisatoriske forhold oppleves imidlertid som vanskeligere for linjen å operasjonalisere, og flere organisatoriske risikofaktorer ligger ofte utenfor den enkelte leders mandat. Dette gir risiko for at slike forhold ikke håndteres godt nok.

⁴ Riksrevisjonen, Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene, Dokument 3:13 (2023–2024), 14. mars 2024

Risikovurderingene gir i utgangspunktet et godt grunnlag for å identifisere rotårsaker og etablere målrettede tiltak på enhetsnivå, og kan også avdekke gjentakende risikoer på tvers av foretaket. Revisjonen viser likevel at de fleste foretakene mangler systemer og prosesser som gjør det mulig å samle, strukturere og løfte slike risikoer fra enhetsnivå til klinikk- og foretaksnivå. Gjennomgåtte risikoprosedyrer stiller få tydelige krav til aggregering av risiko. Dette begrenser foretakenes evne til læring og strategisk oppfølging.

Risikovurderinger gjennomføres ofte separat innen ulike temaer, i ulike prosesser (som HMS-runder, omstillinger og tertialrapportering), og på ulike nivåer i organisasjonen, uten at vurderingene i tilstrekkelig grad ses i sammenheng, bygger på hverandre eller samles til et helhetlig risikobilde på foretaksnivå.

I flere intervjuer nevnes det at forståelse av verdien og nytten av risikovurderinger varierer i organisasjonen, både på lokalt og aggregert nivå. Dette gjelder også forståelsen av når det er nødvendig å utføre en ny eller oppdatert risikovurdering. Flere intervjuede peker på at risikovurderinger i praksis kan oppleves som en pliktøvelse som nedprioriteres i en travel hverdag, og at mange enheter derfor går rett på tiltak uten først å kartlegge eller vurdere risiko først. Foretakene kjenner til disse utfordringene, og har iverksatt tiltak for å øke kvaliteten og gjøre risikoarbeidet enklere og mer tilgjengelig. Forenklete og nye maler, bedre verktøy/metoder og mer opplæring går igjen blant foretakenes tiltak for å styrke kompetansen innen risikovurdering og risikostyring.

4.2 Behov for tilrettelagte styringsdata og helhetlig analyser

Gode styringsdata og analyser er viktig for å forstå hva som påvirker sykefraværet, utvikle effektive tiltak og følge opp resultater over tid.

Observasjoner

Det varierer på hvilken måte foretakene gjør styringsdata med relevans for sykefraværarbeidet tilgjengelig for lederne og enhetene. I de fleste foretakene utarbeider stabsfunksjonene faste eller ad hoc rapporter til linjen, eller lederne må hente ut og tilpasse data selv fra omfattende databaser. Rapportene er i hovedsak basert på retrospektive data, og flere klinikkledere oppgir at de gir begrenset støtte i løpende styring og planlegging av driften.

SS HF skiller seg ut ved å ha en styringsportal med standardiserte indikatorer, bl.a. for sykefravær, som skal benyttes av ledere på alle nivåer i styringen. Lederne får oversikt over relevante parametere og trender i sanntid for egen enhet, og kan tilpasse innholdet etter behov.

Alle foretakene peker på variasjon i ledernes evne til å ta i bruk tilgjengelige styringsdata. Dette gjelder bl.a. løsninger som Regional data- og analyseplattform (RDAP), systemet for ressursanalyse, GAT Analyse, egne databaser/kuber og dashbordverktøy. Systemenes brukervennlighet samt ledernes kompetanse og interesse påvirker om styringsdata faktisk tas i bruk.

Foretakene gjør i dag en rekke faste analyser som er relevante for å forstå og følge sykefravær, som analyser av gjentakende fravær hos ansatte. I tillegg utfører foretakene særskilte analyser, som kartlegging av faktorer som påvirker arbeidsmiljø og sykefravær i ulike ansattegrupper, analyser av sammenhengen mellom belegg, sykefravær og bemanning, og vurderinger av lederspenn, organisering og lederstøtte. Hovedinntrykket er at foretakene i varierende grad lykkes med å se analysene i sammenheng og integrere funn fra slike særskilte analyser i den løpende virksomhetsstyringen.

Høy arbeidsbelastning over tid er en sentral risikofaktor for langvarig sykefravær, som bl.a. påvirkes av høy arbeidsmengde, emosjonell belastning og mangel på samsvar mellom krav og kontroll. God ressursstyring og oppgavedeling er sentrale virkemidler for å sikre bedre kontroll med arbeidsbelastningen i foretakene. Alle foretakene har iverksatt tiltak innen bemanningsplanlegging og ressursstyring, men tilnærming og modenhet varierer. Felles for tiltakene er at de bruker styringsdata for å oppnå bedre samsvar mellom bemanning og aktivitet. Flere foretak følger effekter på sykefravær og kostnader gjennom arbeidet med tiltakene, blant annet knyttet til innleie og overtid. Tillitsvalgte i enkelte foretak understreker at prinsipper for helsefremmende turnus må inngå i arbeidet for at tiltakene skal gi ønsket effekt på sykefraværet.

Foretakene gjør et bredt spekter av analyser innen økonomi og drift, men flere intervjuede mener det er et betydelig uutnyttet potensial i å kombinere HR-data med fag- og aktivitetstall for å få bedre innsikt i hva som driver sykefraværet. Enkelte nevner også at de savner bedre analyser på tvers av

HMS og kvalitet og pasientsikkerhet. Det nevnes også at økonomi og teknologi legger for stor del av premissene for hvilken analyse som utføres, og at HR og fag bør ta en større rolle i dette. Revisjonen viser at stabsfunksjoner som forvalter ulike typer data ofte arbeider i adskilte strukturer og IT-systemer. Dette gjør datadeling krevende og begrenser muligheten for integrerte analyser på tvers.

Som systemeier for HR-systemet har HSØ RHF sørget for at det er utviklet dashboard hvor sykefraværstall ses i sammenheng med HR-nøkkeltall. Flere intervjuede peker på et potensial for at HSØ RHF kan ta en tydeligere rolle i å utvikle felles styringsdata og analyser for hele foretaksgruppen. Foretak med begrensede analyseressurser ønsker at HSØ RHF utvikler regionale løsninger og analyser innen HMS og sykefravær som alle kan benytte. Foretak som allerede har større analysemiljøer, har mulighet for å utvikle løsninger særskilt tilpasset eget foretak, og etterspør i større grad et felles datagrunnlag på tvers av foretakene for å legge til rette for sammenlignbare resultater.

Det er flere forhold som begrenser muligheten for en mer helhetlig og konsernfelles tilnærming til styringsdata. Et regionalt nettverk av analyseressurser i foretakene utvikler felles RDAP-løsninger for HSØ, men mangel på et felles datahåndteringssystem på tvers av foretakene er med på å gjøre arbeidet krevende.⁵ HSØ har et felles HR-system. HSØ RHF har imidlertid først nylig fått tilgang til HR-data utover foretaksnivå, og har hatt begrenset tilgang til detaljerte datagrunnlag i det enkelte HF. I tillegg har hvert foretak sitt eget elektroniske verktøy for kvalitetssystem, uten at det er stilt felles regionale krav til disse.⁶ Dette har bidratt til at sentrale kvalitets- og HMS-begreper og -indikatorer har ulik bruk og definisjon på tvers av foretakene.⁷ De forskjellige kvalitetssystemene tilbyr også ulik grad av oversikt, kontroll og mulighet for tilpasninger. Data overføres ikke fra foretakenes kvalitetssystemer til den regionale RDAP-plattformen per i dag. Dette gjør det vanskelig for HSØ RHF å tilrettelegge for å se HMS- og pasientsikkerhetshendelser og HR-data i sammenheng. Stor oppmerksomhet på utvikling av gode aktivitetsdata, som i

ventetidsløftet, har også medført at HR- og HMS-styringsdata har lav prioritet i den regionale IKT-porteføljen.

Helse Vest har til sammenlikning et felles HR-system, - kvalitetssystem og - datahåndteringssystem for foretaksgruppen. De har også lagt inn utvalgte pasientsikkerhetsresultater fra ForBedring i sitt system for å kunne analysere dette samlet. Regionen har samlet analyseressurser sentralt, og utvikler løsninger og rapporter felles for regionen. Helse Vest har videre et forskningsbasert datautvinningsprosjekt for om mulig finne mønster i sykefravær som kan tydeliggjøre hvor tiltak kan ha mest effekt.

4.3. Manglende evaluering begrenser læring om hva som virker

Systematisk evaluering og læring fra kilder med relevans for sykefraværet, bidrar til at foretakene får innsikt i hva som virker og til å utvikle nærværarbeidet.

Observasjoner

Foretakene har i utgangspunktet mange gode kilder til læring med relevans for sykefravær og arbeidsmiljø, som styringsdata, analyser, ForBedring, uønskede hendelser samt revisjons- og tilsynsrapporter. Ledermøter og AMU trekkes frem som de viktigste arenaene for å drøfte slike kilder.

Den mest brukte læringsformen er erfaringsdeling fra klinikker, enheter og andre foretak som har lyktes med å øke nærværet. Enkelte ledere mener at forskjeller i størrelse, fagområder og enhetsspesifikke forhold begrenser overføringsverdien. Det understrekes samtidig at erfaringer må systematiseres og tas inn i styringsdialogen for å gi reell nytte, og at felles verktøy og prosedyrer kan være nyttige så lenge det er rom for lokale tilpasninger.

Foretakene har over tid iverksatt en rekke tiltak for å kunne redusere sykefraværet og bedre arbeidsmiljøet. Flere peker på at det har vært større oppmerksomhet på å utvikle nye tiltak enn på å evaluere, korrigere og lære fra

⁵ Felles datahåndtering sikrer at data fra ulike systemer samles, kvalitetssikres, standardiseres og gjøres tilgjengelige på en måte som muliggjør helhetlige analyser og styringsinformasjon.

⁶ I kvalitetssystemet ligger bl.a. risikovurderinger, avvik, uønskede hendelser for pasientsikkerhet og HMS og handlingsplaner etter risikovurderinger, tilsyn, revisjoner og HMS-runder.

⁷ Ulike definisjoner og ulik bruk gjelder også ressursstyringssystemet GAT.

de eksisterende. Stort omfang av tiltak og kompliserte årsakssammenhenger gjør det krevende å evaluere hvilke tiltak som virker.

Forskning og evalueringer viser at systematisk forebyggende arbeid ofte gir resultater først etter en viss tid, og at sykefraværet kan øke i starten av prosessen.⁸ Forventninger om raske effekter kan dermed skape et inntrykk av at tiltakene ikke virker. De som har lyktes med å redusere sykefraværet over tid, understreker at arbeidsmiljø- og sykefraværarbeid er «ferskvare» som krever ressurser, kontinuerlig oppmerksomhet og et langsiktig perspektiv. Mange ledere opplever allerede en presset driftssituasjon, og kan vegre seg for å gå inn i dette arbeidet.

Sykefraværs- og arbeidsmiljøtiltak har sjelden blitt evaluert på en systematisk måte i foretakene. Helseforetakene følger gjerne utvikling i sykefraværet og resultater i ForBedring i enheter som har fått ekstra støtte til gjennomføring av tiltak, men det utføres i liten grad samlede systematiske analyser eller oppsummeringer av erfaringer på tvers. Dermed går foretakene glipp av viktig innsikt om hvilke tiltak som virker og hvorfor. Flere foretak oppgir at de jobber med å etablere systemer som skal sikre bedre evaluering av tiltak.

Foretakene stiller krav om evaluering og læring. Prosedyrer på foretaksnivå gir imidlertid få konkrete føringer for evaluering av arbeidsmiljøtiltak, bruk av evalueringer til organisatorisk læring eller skalering av piloter til felles praksis.

Læring fra uønskede hendelser trekkes fram av samtlige foretak som viktig for å styrke HMS, sikkerhetskultur og kvaliteten i tjenesten. Læringen skjer imidlertid primært etter de mest alvorlige hendelsene, mens potensialet for læring fra mindre alvorlige hendelser utnyttes i liten grad. Med unntak av ett foretak er det begrenset systematikk i å se pasientsikkerhetshendelser og HMS-hendelser i sammenheng. Begrenset samhandling mellom stabene som håndterer ulike typer hendelser, ser ut til å hemme læring fra ulike kategorier uønskede hendelser.

Arbeidstilsynet gjennomfører en rekke tilsyn på enhetsnivå i sykehusene. Flere peker på et uutnyttet potensial i å samle og analysere erfaringene fra disse

⁸ Wathne og Fjeldbraaten (red) (2024). Der skoen trykker - veien til et godt arbeidsmiljø og lavere sykefravær

tilsynene på et mer overordnet nivå. Det samme gjelder systematisk læring fra registrerte AML-brudd. Foretakene bruker i liten grad egne internrevisjoner som kilde til læring i arbeidet med sykefravær og arbeidsmiljø, utover kontrollene som gjøres som del av vernerundene. Et unntak er Ahus HF, som har gjennomført en revisjon av arbeidsbelastning hvor sykefravær inngår.

Flere intervjuede mener HSØ RHF i større grad kan legge til rette for erfaringsdeling og læring på tvers av foretakene, som i AD-møtet og HR-direktørmøtet. Det nevnes at dette nå for det meste skjer direkte mellom enkeltforetak. HMS-ledernetverket løftes frem av intervjuede som en arena med potensial for å bidra til å utvikle mer felles regional praksis, bl.a. gjennom jevnlig rapportering på felles HMS-indikatorer. HMS-ledernetverket har i dag ikke et formelt mandat, rapporterer ikke til noen, og har ingen tydelig kopling tilbake til ansvarlig ledelse i HF, som HR-direktør som mange av HMS-lederne rapporterer til. HMS-ledernetverket har foreslått for HR-direktørmøtet å etablere et mandat hvor man forankrer nettverket i HR-direktørlinjen, slik at HMS-faglinjen får en mer formell funksjon som rådgivende organ.

Vi får videre opplyst at det lite erfaringsdeling på tvers av regionale nettverk for HMS og Kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgang av tertialvise regionale pasientsikkerhetsrapporter viser at de ikke går inn på sammenhengen mellom HMS- og pasientsikkerhetshendelser. Det er heller ingen tilsvarende tertialvis HMS-rapportering på regionalt nivå. HSØ RHF deltok i 2025 på en interregional workshop hvor det ble delt erfaringer og tiltak mellom regionale HMS-, HR- og vernetjenestefunksjoner. Det er imidlertid ikke etablert en regional eller nasjonal base eller tilsvarende med oversikt over tiltak og erfaringer hos foretakene, som vil kunne gitt foretakene innsyn i erfaringer og lærepunkter på tvers av sammenliknbare enheter, funksjoner og fagområder.

Revisjonen viser at det er lite regional samordning med betydning for sykefraværs- og arbeidsmiljøområdet, med enkelte unntak som en felles regional innsats og tiltak for forebygging av vold og trusler og utvikling av felles prinsipper for helsefremmende turnus. Ansvarlige i HSØ RHF forklarer i hovedsak dette med at helseforetakene som selvstendige juridiske enheter har arbeidsgiveransvaret, og at HSØ RHF sin rolle er knyttet til de oppdrag som

gis i eierstyringslinjen og oppfølgingen av disse. HSØ RHF bidrar gjennom deltakelse i den nasjonale styringsgruppen for Bransjeprogram IA i sykehus, og har særlig prioritert bransjeprogrammet for utvikling av kunnskap og metoder for sykefraværs- og arbeidsmiljøarbeid.

Fra flere intervjuede etterlyses det at HSØ RHF i større grad, og på et tidligere tidspunkt enn i dag, tar ansvar for å etablere regionale arbeidsgrupper med tydelig mandat til å utvikle felles retningslinjer eller løsninger der dette er hensiktsmessig og utfordringene er like på tvers av foretaksgruppen. Det er samtidig ulike oppfatninger om hva slags regionale initiativ som gir merverdi, og hvor mye ressurser HF-ene kan avsette til slikt forbedringsarbeid. Det påpekes videre at eventuelle regionale føringer må utformes slik at de ivaretar et lokalt handlingsrom, siden det er stor variasjon mellom helseforetakene i foretaksgruppen.

Revisjonen viser at det er forskjeller mellom hvordan de regionale helseforetakene jobber med samordning på sykefraværs- og arbeidsmiljøområdet. Helse Vest har eksempelvis en HMS-strategi for foretaksgruppen som gjelder ledere og medarbeidere på alle nivå, med felles ambisjoner, mål og prioriteringer. Strategien beskriver RHF-ets rolle som å gi råd, bidra til å løfte fram tema og legge føringer for mål og innsatsområder for HF-ene. I tillegg til at det kan bidra til å utvikle felles HMS-strategi og system.

4.4. Vurdering

Foretakene har satt i gang flere hensiktsmessige tiltak for å gjøre arbeidet med risikovurderinger enklere og mer systematisk. Samtidig viser revisjonen at foretakene ikke har tilstrekkelig oversikt over risikovurderinger og kontroll med kvaliteten, noe som fører til redusert innsikt i det samlede risikobildet på tvers av enheter og nivåer. Dette svekker muligheten for å se utviklingstrekk, identifisere felles utfordringer og avdekke bakenforliggende årsaker til sykefravær. Konsekvensen kan bli at viktige forhold ikke oppdages eller følges opp med nødvendige tiltak.

Systematisk HMS-arbeid er avgjørende for både kvalitet og etterlevelse i risikovurderinger. Et modent og godt forankret HMS-system gjør det lettere å

ta inn nye krav og ny kunnskap, for eksempel om psykososiale risikofaktorer og kjønnsforskjeller i arbeidsmiljøet. Det er et betydelig potensial for at systematisk HMS-arbeid kan brukes mer strategisk i arbeidet med å forebygge sykefravær.

Det finnes et stort potensial i å bruke de omfattende datakildene i helseforetakene bedre. I dag er styringsdata ofte vanskelig tilgjengelige, noe som gjør at ledere trenger støtte for å hente ut og forstå data. Dette gir ulik praksis, lite datadrevet ledelse og unødvendig ressursbruk i stab og linje. Foretakene gjennomfører videre mange gode analyser, men det er behov for mer helhetlige analyser som kobler HR-, HMS-, fag-, aktivitets- og økonomi-data. Slike integrerte analyser, tydelig knyttet til virksomhetsstyringen, kan gi bedre innsikt, læring og mer målrettet ledelsesinformasjon.

Systemmessige svakheter i både foretakenes og regionens IKT-løsninger, som manglende integrasjoner og ulike definisjoner og standarder, gjør det utfordrende å analysere HR-, HMS-, fag- og aktivitetsdata samlet, både internt og på tvers av foretak. Dette gir fragmentert styringsinformasjon og svekker muligheten til å oppdage trender, forstå årsaker, sammenligne resultater og utvikle felles god praksis på tvers av foretaksgruppen.

Foretakene har mange kilder til læring, men svakheter knyttet til systematisk evaluering og læring gjør at foretakene i mindre grad får omsatt erfaringer til å utvikle sykefraværarbeidet. Det er videre risiko for at viktige mønstre og underliggende årsaker forblir uoppdaget og dermed uadressert. HSØ RHF har bidratt til økt oppmerksomhet om sykefravær, men manglende regionale strukturer for systematisk læring og erfaringsdeling gjør at foretakene i begrenset grad drar nytte av hverandres erfaringer.

Godt arbeidsmiljø og HMS som ivaretar personalet er grunnleggende forutsetninger for forsvarlige spesialisthelsetjenester. Innenfor rammene av nasjonale føringer kan det vurderes om det finnes handlingsrom for økt regional samordning og tilrettelegging for felles nytte på tvers av foretaksgruppen, uten at dette går på bekostning av helseforetakenes arbeidsgiveransvar.⁹ Overordnet myndighet har også i økende grad også flere og tydeligere

⁹ Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

mål, krav og ambisjoner på HR- og HMS-området, noe som kan gjøre en slik tilnærming både mer relevant og hensiktsmessig.¹⁰

¹⁰ Som oppdrag om helsepersonellplan 2040, forslag om nye krav til sykemeldte og arbeidsgiver og kommende nasjonal arbeidsmiljøstrategi.

5. Økt gjennomføringskraft i lederlinjen er en nøkkel

Dette kapittelet belyser tre områder som er sentrale for gjennomføringskraften i sykefraværsarbeidet: ledernes forutsetninger, metodene som brukes i forebyggingsarbeidet og støtten som gis til linjen.

5.1. Lederkapasitet og -kompetanse er flaskehalsen

Lederlinjen er avgjørende for at tiltak for å forebygge sykefravær blir iverksatt og faktisk får effekt. For å få til dette må foretaket sikre at lederne har rammer, kompetanse, støtte og oppfølging som gjør dem i stand til å fylle rollen.

Observasjoner

Foretakene er samstemte om at ledere har en nøkkelrolle i arbeidet med å forebygge sykefravær. Samtidig forteller flere at det er vanskelig for ledere, spesielt i førstelinjen, å prioritere forebyggende arbeid. Det fortelles om høyt drifts- og administrativt press, tungvinte og komplekse IKT-systemer, stort leder- og kontrollspenn og varierende lederstøtte. Det vises også til at forventningene er høye sammenholdt med hva den enkelte leder kan greie å håndtere. Mange ledere bruker også mye tid på krevende enkeltsaker knyttet til sykemeldte, noe som gir mindre tid til systematisk forebygging. Intervjuede trekker også frem at mange nye førstelinjeledere har ulik forståelse av rollen og hva den krever.

Foretakene har ulike initiativ og tiltak for å styrke lederrollen, blant annet tydeliggjøring av roller, ledernetverk, målrettet opplæring, administrative forenklinger og vurdering av støtte- og oppfølgingsbehov i lederlinjen. Et foretak har som en del av en omfattende arbeidsmiljøutredning kartlagt ulike sider ved lederrollene, og er i startfasen med tiltak i utvalgte enheter.

Som del av oppdraget fra HOD om sykefravær i 2025 ble foretakene bedt om å vurdere justeringer av leder- og kontrollspenn. Dette er gjort i flere foretak ved svært store lederspenn. De fleste foretak har gitt føringer om hva som er et akseptabelt lederspenn i organisasjonen, som er betydelig lavere enn der det er gjort endringer. Det er sett hen til hva forskning forteller om når et for

høyt lederspenn gir signifikant økt risiko for sykefravær, lavere kvalitet og lavere medarbeidertilfredshet ved fastsettelse av føringene.

Det varierer hvor tydelig og detaljert ansvar og oppgaver er beskrevet i stillings- og rollebeskrivelser for leder- og stabsroller i foretakene. Dette gjelder bl.a. hvor mye vekt som legges på virksomhetsstyring, tverrfaglig samhandling og bred lederkompetanse. Undersøkelsene viser at det generelt legges lite vekt på å ha oppdaterte og dekkende beskrivelser for alle lederstillinger og -roller i foretakene. To foretak benytter lederavtaler. Disse er ikke brukt systematisk for å prioritere mål knyttet til sykefravær i klinikker med høyt fravær. Det varierer hvilke krav foretakene har for oppfølging av rapporteringen fra klinikknivå, som til referater fra oppfølgingsmøter.

Det er i varierende grad spesifisert hvilke leveranser, hvilken støtte og hvilke tjenester sentrale staber skal bidra med i klinikkens arbeid med forebygging. Dette øker risikoen for at bidrag blir ad hoc og lite koordinerte. Det er også ulik forståelse av rollefordelingen mellom linje og staber. Foretakene praktiserer ulike modeller for hvor langt de sentrale stabene går i å lede og koordinere forebyggende innsats versus hvor mye klinikkene selv skal styre.

Lederopplæring og -utvikling er sentrale virkemidler. De fleste foretak tilbyr god opplæring i sykefraværsoppfølging og tilrettelegging, men forebygging får mindre oppmerksomhet. Flere nevner dette som et forbedringsområde. HMS-grunnkurs har relevante temaer for forebygging av sykefravær, men er kun obligatorisk for AMU-medlemmer og vernetjenesten. Få ledere i foretakene prioriterer å ta leder- og HMS-opplæring som ikke er obligatorisk. Derfor har flere foretak gjort flere kurs obligatoriske eller vurderer dette. Foretakene har i varierende grad oversikt over hvor mange av dagens ledere, og andelen ledere totalt, som har gjennomført sykefraværs-, HMS- eller lederopplæring.

Tilbudene om lederopplæring og -utvikling dekker mange fag- og ledelses-temaer. De har dog mindre vekt på helhetlig styring i lederrollen, som hvordan

drift, ressursstyring, pasientsikkerhet og HMS bør ses i sammenheng.¹¹ Det er videre ulikt i hvilken grad opplæringen vektlegger temaer med særlig relevans for spesialisthelsetjenesten, som kvinnearbeidshelse, livsfaseutfordringer og emosjonell belastning. Flere intervjuede har mer tro på kortere og gjentagende kurs enn heldagskurs, og mer vekt på trening, simulering og å gjøre undervisningen mer praktisk anvendbar. Det varierer om foretakene gjør dekkende evalueringer av opplæringen og dens effekt, som grunnlag for videre forbedring.

5.2 Ulik bruk av metoder og støttefunksjoner

Effektiv forebygging av sykefravær forutsetter at foretaket tar i bruk kunnskapsbaserte og hensiktsmessige metoder, og sørger for tilstrekkelig støtte i gjennomføringen av disse.

Observasjoner

Styret i HSØ RHF vedtok i 2024 at Bransjeprogram IA i sykehus skal benyttes som en ressurs inn i arbeidet for å redusere sykefraværet. De fleste foretakene har vurdert bruk av de tre metodene (systemtiltakene) i bransjeprogrammet. Ingen av foretakene har imidlertid gjort en strategisk, helhetlig og dokumentert vurdering av metodene og hvordan de eventuelt skal innføres og innpasses i foretakets prosesser.

«Der skoen trykker» oppleves av foretakene som en ressurskrevende metode, både når det gjelder tidsbruk, krav til kompetanse og kost/nytte. Det varierer hvor systematisk den er tatt i bruk, og effekten er ulik mellom foretakene. Metoden «Sammen om ForBedring» ble utviklet og pilotert i 2025, og brukes foreløpig lite. Foretakene har ikke gjennomgått eller innarbeidet de to metodene i foretakets eksisterende prosedyrer. Flere foretak benytter enkelte komponenter fra metodene, eller informerer om at metodene kan brukes som en supplerende tilnærming i arbeidsmiljøarbeidet.

Metoden «Der skoen trykker» retter seg mot enheter med store sykefraværs- og arbeidsmiljøutfordringer. Den baserer seg på lokalt forbedringsarbeid, men mange utfordringer som avdekkes kan ikke løses lokalt og må håndteres på et

høyere nivå, som organisatoriske forhold. Oppgavedeling, ressursstyring og kvalitetsforbedringsprosjekter trekkes frem som bredere, nødvendige og supplerende tilnærminger. To foretak viser til egne ressursstyringsprogrammer som viktige virkemidler i arbeidet med å redusere sykefravær. I noen foretak nevner intervjuede et behov for å se forbedringsmetoder for arbeidsmiljø og kvalitet og pasientsikkerhet mer i sammenheng.

Metoden «Tidlig og tett på» handler om systematisk oppfølging av hyppig gjentakende fravær. Denne er tatt i bruk i alle foretak i ulike varianter og innarbeidet i foretakenes prosesser. Ett foretak har nylig startet, og to foretak har innført metoden over flere år, hvorav kun ett har implementert den fullt ut med dokumenterte positive resultater. Innføringen varierer i grad av planmessighet, lederforankring og hvor mye støtte og opplæring lederne får. I foretaket uten gode resultater, er det ulike syn på bransjeprogrammet. Noen intervjuede mener en riktigere gjennomføring av metodene i programmet gir best mulighet for å lykkes. Andre er opptatt av systematisk få testet ut effekten av andre tiltak en har mer tro på.

Bransjeprogrammet har selv evaluert piloter i en tidlig fase, og fått eksterne rådgivere og forskere til å evaluere og dokumentere disse. Ingen foretak har imidlertid gjort egne systematiske og dokumenterte evalueringer av hvordan metodene fungerer i praksis når de rulles ut. Det er heller ikke gitt formelle tilbakemeldinger til Bransjeprogram IA, utover erfaringsdeling i nasjonale innsatsteam hvor enkelte av foretakene stiller med representanter. SI HF har bestilt en ekstern følgeevaluering av forankringen og utrulling av «Tidlig og tett på» frem til 2027, og gjennomført en første evalueringsrunde. Evalueringen skal brukes til å vurdere og videreutvikle arbeidet med metoden i foretaket.

Foretakene har ulike nivåer på støtteressurser som bistår linjen og lederne i sykefraværarbeidet, hvor et foretak har betydelige færre enn de andre. Det meste av ressursene brukes til støtte i oppfølging av sykemeldte. I to foretak hjelper HR til med lederoppgaver i oppfølging av sykemeldte, da støttebehovet er stort og lokal lederstøtte begrenset. Et foretak har i sin kartlegging funnet stor variasjon i lederstøtte blant lederne, uavhengig av størrelse på lederspenn.

¹¹ Lederutviklingsprogrammene i foretakene dreier seg hovedsak om ledelses- og organisasjonspsykologi og mindre om styringsaspekter ved ledelse.

Generelt involveres HR, BHT eller HMS-linjen i forbedringsprosesser i enheter med høyt sykefravær. Det er imidlertid få ressurser i foretakene som har kompetanse på å fasilitere og drive forebyggende arbeidsmiljøprosesser, noe som utgjør en betydelig sårbarhet og avhengighet av enkeltpersoner. Det finnes ikke systemer for å utvikle slik kompetanse, slik det gjøres i foretakene for kvalitetsforbedringsprosjekter. Ingen foretak har heller etablert lokale prosessledernettsverk, slik bransjeprogrammet anbefaler, og HSØ har ikke et eget regionalt nettverk for ressurser som jobber med dette i foretakene.

Foretakene får hjelp av ressurser fra Nav arbeidslivscenter i sitt sykefravær-arbeid. Det varierer hvor mye støtte de får, hvor tett de samarbeider, hvor godt foretakene opplever at det fungerer og om foretakene har inngått en egen samarbeidsavtale med Nav.¹² SI HF har et særlig tett samarbeid med arbeidslivscenter, både på foretaks- og klinikknivå, og får også prosessleder-støtte i utrulling av bransjeprogrammets metode «Tidlig og tett på».¹³ Arbeidslivssentrene fungerer hovedsakelig som ekstraressurser som trekkes inn ved behov i ulike sykefravær- og arbeidsmiljøtiltak i foretaket.

Vi får opplyst at bransjeprogrammets metodikk skiller seg fra Navs nærværsmetodikk ved å legge større vekt på systematisk partssamarbeid på alle nivå. Det varierer videre om arbeidslivssentrene i fylkene og helseforetakene i regionen har valgt å delta i de nasjonale innsatsteamene i Bransjeprogram IA i sykehus. Fellesmøtene i teamene er en arena for å dele erfaringer om bruk og innføring av metodene.

5.3. Vurdering

Foretakene har iverksatt flere tiltak for å styrke lederrollen, særlig i første-linjen. Tiltakene fremstår likevel som fragmenterte og lite helhetlige. De preges av en top-down tilnærming, der hovedvekten virker å være på hvordan lederne skal prioritere og håndtere alle oppgavene, og ikke på de grunnleggende forutsetningene for at lederne faktisk skal kunne lykkes.

Foretakene har i liten grad vurdert realismen i kravene som stilles til lederne, eller om lederne har tilstrekkelige ressurser og rammer til å fylle rollen. Selv om det er gjort justeringer i leder- og kontrollspenn, vurderer konsern-

revisjonen at foretakene i for liten grad ser helhetlig på organiseringen og strukturene på lavere nivå. Et helhetlig ansvar for forebygging av sykefravær forutsetter også at lederne har støtte, kompetanse og rammer som står i forhold til forventningene.

Det er videre behov for en klarere avgrensning mellom hva lederlinjen selv skal ta ansvar for, og hva som ligger til stabene. Det gjelder både nivå, omfang og varighet av støtte, samt balansen mellom stabenes faglige rolle og deres støtte- og utviklingsrolle. Det er også behov for tydeligere beskrivelser av hvilke beslutninger, planer, tiltak og oppfølging som forventes på hvert ledernivå.

Metodene i bransjeprogrammet er tatt i bruk i varierende grad. Som vist i rapporten skyldes dette flere forhold. De foretakene som lykkes best, har innlemmet og tilpasset metodene til egne etablerte prosesser og fulgt dem opp i lederlinjen gjennom virksomhetsstyringen. Manglende systematiske og dokumenterte tilbakemeldinger fra foretakene til bransjeprogrammet svekker programmets mulighet til å videreutvikle metodene og legge bedre til rette for læring på tvers av spesialisthelsetjenesten.

Forebygging av sykefravær krever en bred og helhetlig tilnærming som går langt utover metodene i bransjeprogrammet og lokalt forbedringsarbeid i enhetene. Det innebærer å se på foretakets samlede HMS-system, tverrfaglig samhandling, styringsdata og ressursstyring, samt tiltak for bedre oppgavedeling. For å lykkes med dette trengs langsiktig og koordinert innsats på tvers av organisasjonen, noe som stiller større krav både til styring, ledelse og ledernes kompetanse.

¹² Det er heller ingen regional samarbeidsavtale med Nav.

¹³ Sekretariatet for Bransjeprogram IA (i Spekter), gir også betydelige bidrag i utrulling i SI.

6. Anbefalinger

Foretakene har pågående forbedringsarbeid som vil kunne styrke forebyggingen av sykefravær. Konsernrevisjonen har samtidig identifisert behov for å utvikle eller forsterke arbeidet på flere områder. Anbefalingene til foretakene retter seg mot styring, organisering og strukturer på foretaksnivå, med formål om å legge bedre rammer for operative tiltak og forebyggende arbeid i organisasjonen. Anbefalingene til foretakene er felles og overordnede, og det enkelte foretak må derfor vurdere disse i lys av status på området, oppfølging av andre relevante revisjoner og pågående endringsarbeidet i foretaket.

Anbefalinger til helseforetakene

Styrke strategisk forankring av sykefraværarbeidet

Foretakene bør sikre at forebyggende sykefraværarbeid er hensiktsmessig forankret i foretakets strategi. Det bør utarbeides dekkende mål for sykefraværarbeidet, og etableres planer og tilhørende tiltak som støtter opp om måloppnåelsen og følges opp som en integrert del av virksomhetsstyringen.

Bedre samordning og koordinering mellom involverte staber

Foretakene bør styrke det tverrfaglig samarbeid mellom relevante staber for å samordne innsatsen for å redusere sykefraværet. I tillegg bør foretakene sikre at det er etablert klare skiller i ansvar og oppgaver mellom HR, HMS og BHT. Det bør også klargjøres hva som er lederansvar i linjen, og hva som er stabsoppgaver.

Styrke partssamarbeidet

Foretakene bør sikre at det er etablert tydelige og hensiktsmessige partsstrukturer, og sørge for at verneombud og tillitsvalgte har tilstrekkelig tid, kapasitet og opplæring. Strukturene bør evalueres jevnlig, og det bør etableres faste arenaer for dialog og informasjonsflyt mellom nivåene.

Bedre læring fra risikovurderinger

Foretakene bør sikre oversikt over at risikovurderinger gjennomføres i tråd med krav og at kvaliteten er god nok. Risikoer bør aggregeres slik at innsikten kan brukes aktivt i utviklingen av sykefraværarbeidet.

Forbedre tilretteleggingen av data og analyser

Foretakene bør tilrettelegge for bedre bruk av styringsdata for ulike ledernivå og utvikle integrerte analyser som kobler HR-, HMS-, kvalitets-, aktivitets- og økonomidata.

Utnytte kilder til læring bedre og tilrettelegge for systematisk læring

Foretakene bør gå opp hvordan de kan sikre læring fra ulike kilder, og hvordan disse kan ses i sammenheng. Foretakene bør også definere tydelige krav til hvordan tiltak for å redusere sykefraværet skal evalueres, og sørge for at læringspunkter brukes aktivt i videre utvikling av arbeidet på foretaksnivå.

Øke lederkompetanse og -kapasitet i det forebyggende arbeidet

Foretakene bør sikre at lederne får tilstrekkelig kompetanse på forebyggende arbeidsmiljøarbeid, risikostyring, ressursstyring og bruk av styringsdata. Det bør også vurderes tiltak for å sikre realistisk lederkapasitet og redusere for stort leder- og kontrollspenn.

Anbefaling til Helse Sør-Øst RHF

Kartlegge behovet for regional samordning

HSØ RHF bør kartlegge foretakenes behov for samordning og felles rammer, med betydning for sykefravær- og arbeidsmiljøområdet, fra regionalt nivå.

Regional data- og læringsstøtte

HSØ RHF bør legge til rette for felles regionale løsninger for dataanalyse, integrerte styringsdata og systematisk erfaringsdeling. Det bør vurderes å etablere en kunnskapsbase for tiltak, evalueringer og læringspunkter for foretaksgruppen.

Vedlegg 1 – Dokumentasjonsgrunnlag

Styring, rapportering og overordnede krav

- Aktuelle saker og referater fra ledermøter i foretakene
- Beskrivelse av risikostyring i Helse Sør-Øst RHF, 2025
- Beskrivelse av virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF, 2025
- Interregional workshop om sykefravær, dokumentasjon, 2025
- Prosedyrer i foretakene knyttet til virksomhetsstyring
- Foretaksprotokoller for foretakene og HSØ siste fem år
- HR-direktørmøte i HSØ, saker og referater, 2021–2025
- HMS-ledernetterket – dokumentasjon
- Interregionalt PO/HR-direktørmøte, saker og referater, 2023–2025
- Mandat, Kartlegg. og vurdering av helsefremmende turnus, HSØ 2025
- HSØs månedlige oppfølgingsmøter med HF-ene – dokumentasjon
- HODs månedlige oppfølgingsmøter med HSØ - dokumentasjon
- Ledelsens gjennomgang av styringssystemet (LGG) i HF-ene/HSØ RHF
- Strategier, mål og planer i foretakene
- Strategier, planer og rammeverk fra andre regioner
- Oppdrag og bestilling-dokumenter til foretakene 2009–2026
- Oppdragsdokument 2009–2026 Helse Sør-Øst RHF
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, 2020
- Styrerapportering om sykefravær i andre RHF-er sist år
- Styredokumenter og -protokoller fra foretakene, 2024–2026
- Styredokumenter og -protokoller for HSØ RHF siste tre år

Intern organisering, prosesser, prosedyrer og lederopplæring

- Beskrivelse av mottatte data fra foretakene og HSØ RHF
- Beskrivelse av planer for topplederutvikling, HSØ, 2025
- Beskrivelse/dokumentasjon om lederopplæring og ledelsesutvikling
- Elektronisk kvalitetssystem HSØ RHF
- Interne revisjoner og evalueringsrapporter
- Interregional HR Indikatorkatalog (HR/HMS), 17.6.2024
- Kontrollspenn - og linjelederes HR-oppgaver, analyse av sammenheng mellom enhetens størrelse og fravær, HSØ, 2010
- Mottatt dokumentasjon om bruk og utvikling av ForBedring fra HSØ
- Nasjonal resultater 2024 og 2025 ForBedring

- Organisering, roller, ansvar og myndighet i foretakene/HSØ
- Pågående plan- og forbedringsarbeid i foretakene
- Personelhåndbøkene – foretakene og HSØ
- Prosedyrer risikostyring og maler og eks. på risikovurderinger fra foretakene
- Regional analyse- og statistikkportal (RDAP), HSØ
- Styringsdata/-analyser og beskrivelse av systemstøtte

Partssamarbeid, medbestemmelse og samarbeid med Nav

- Arbeidsdepartementet, Kriterier for prioritering av bistand fra Nav arbeidslivssenter, Arbeidsgrupperapport november 2024
- Avtaler og referater med Nav og IA Bransjeprogram i sykehus
- Dokumentasjon om partssamarbeid/AMU-referater fra foretakene
- HSØ, Samarbeidsavtale mellom NAV (fylkene i regionen) og HSØ RHF 2020–2024
- Samarbeidsmøte RHF – konserntillitsvalgte/konsernverneombud (KTV/KVO), referater, 2024–2025
- Spekters nettsted, hovedavtaler og tariffavtaler.
- Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Legeforeningen og Delta sine nettsteder
- Veileder for verneombudene i foretaksgruppen – Helse Sør-Øst, 2019
- Veileder, Samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte, 2023
- Veileder om partssamarbeid og medbestemmelse, Statens arbeidsgiverportal, 2024

Nasjonale føringer, IA, sektor-/bransjeføringer og veiledere

- Arbeidsmiljøportalen.no
- Arbeidstilsynets nettsted
- Avtale ventetidsløftet, 13. mai 2024
- Bransjeprogram IA i sykehus, mandat, planer, presentasjoner og rapporter
- Bransjeprogram IA i sykehus, nettsted
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (nettsted)
- IA, Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk
- IA-avtalene 2014–2018, 2019–2022 (forlenget til 31.12.2024) og 2025–2028
- Idébanken.no – Praktiske guider for ledere og ansatte

- Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste
- Modenhetsmodell for virksomhetsstyring, 2022, IIA Norge
- Regjeringen.no, nettsider om arbeidsliv, arbeidsmiljø og inkluderende arbeidsliv
- Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI, sitt nettsted
- Styreveileder risikostyring, 2025, IIA Norge
- Veileder – Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet
- Veileder for Ledelse av pasientsikkerhet, I trygge hender, Nasjonal pasientsikkerhetskampanje
- Veileder internkontrollforskriften, Arbeidstilsynet
- Veileder virksomhetsstyring, Direktoratet for forvaltning og økonomistyring

Forskning, eksterne utredninger og undersøkelser

- Anne Kjersti C. Befring, Helseretten, 2022 og 2025
- Deloitte, Bransjeprogram som virkemiddel i IA-avtalen, Evaluering for Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2023
- Deloitte, Rapport fra forvaltningsrevisjon av forebygging av sykefravær i Bergen kommune, 2024
- Fafo, Høyde for fravær, rapport 2023
- Fafo, Kartlegging av verneombudenes arbeid, rapport 2025
- K.M. Botnmark (2025), HMS-boka. En helhetlig tilnærming til moderne organisasjoner
- NORCE (2019), Leiarspenn og organisering
- Notat til Sykehusutvalget 2023 – Kartlegging av lederstillinger og ledernivå
- NOU 2023:4, Tid for handling
- NOU 2023:8, Fellesskapets sykehus
- NOU 2025:5, Kvinners arbeidshelse
- Ose, S.O. (2022), HMS i offentlig sektor
- Oslo Economics, Kartlegging av NAV Arbeidslivssentres arbeid, oppdrag for Nav 2023
- Rambøll Management Consulting AS, Evaluering av Sammen om ForBedring, 2025
- Rambøll Management Consulting AS, Følgeevaluering av Tidlig og Tett på, 2024
- Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse: Bemanningsutfordringer i

helseforetakene, 2023

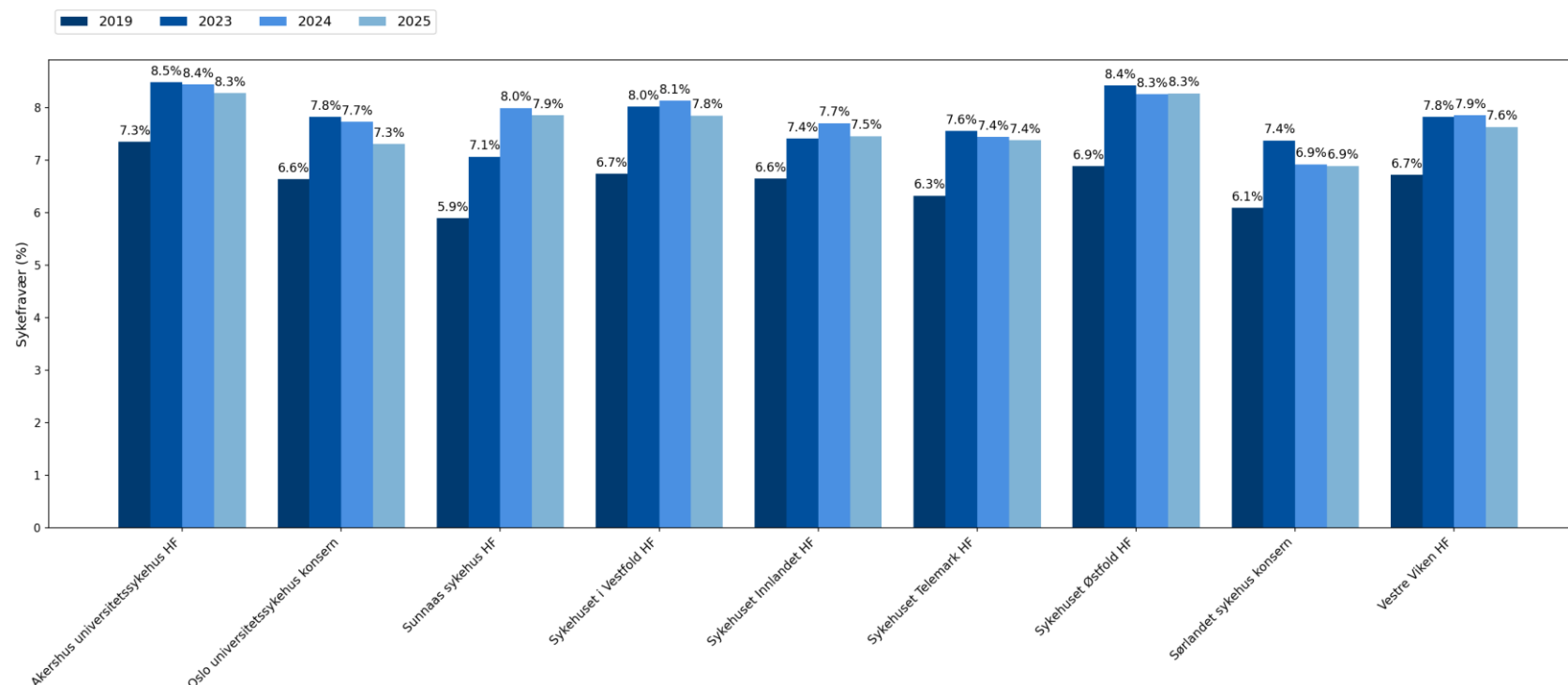
- Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakene bruk av legeressurser, 2018
- Riksrevisjonens undersøkelse av risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene, 2024
- Riksrevisjonens undersøkelser av styring av pleieressursene i helseforetakene, 2015
- SINTEF – Rapport for Norsk Sykepleierforbund, NSF-kohorten 2024
- Slotsvik, Holthe, Øyeflaten (2025), Symfoni i seks satser: et tilbakeblikk på to tiår med IA-avtaler
- Wathne og Fjeldbraaten (2024), Der skoen trykker- veien til et godt arbeidsmiljø og lavere sykefravær

Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

Følgende kilder for revisjonskriterier er lagt til grunn i revisjonen:

- Forskrift om administrative ordninger, 2013
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017
- Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, 2013
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
- Forskrift om utførelse av arbeid, psykososialt arbeidsmiljø, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid), 2013
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), 2006
- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), 2001
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), 2001
- NS-EN ISO 31000 – Risikostyring – retningslinjer, 2018
- NS-EN ISO 45001 – Ledelsessystem for arbeidsmiljø. Krav og veiledning om bruk, 2023
- NS-EN ISO 5814 – Krav til risikovurderinger, 2021
- NS-EN ISO 91001 – Systemer for kvalitetssikring, 2015
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, 2020

Vedlegg 3 – Sykefraværsutviklingen i Helse Sør-Øst



Grafen viser sykefraværet i helseforetak med pasientrettet virksomhet i perioden 2023, 2024 og 2025 – sammenlignet med referanseåret 2019.

Kilde: Regional data- og analyseplattform (RDAP)

Vedlegg 4 – Forklaring på begreper i Bransjeprogram IA i sykehus

Bransjeprogram IA i sykehus har tre metoder, kalt systemtiltak i programmet, som her kort forklares:

Der skoen trykker er en målrettet, systematisk og langsiktig metodikk for å forbedre arbeidsmiljøet og forebygge sykefravær. Metoden er kunnskapsbasert og utviklet for sykehussektoren. Der skoen trykker er en arbeidsmiljø- og forbedringsmetodikk med fire faser:

Fase 1: Forankre og planlegge

Fase 2: Kartlegge og analysere arbeidsmiljøet

Fase 3: Utvikle og iverksette tiltak

Fase 4: Følge opp, evaluere og justere

Kjerneelementene i Der skoen trykker er ledelse, strukturert partssamarbeid og medarbeiderinvolvering som forutsetning for å få til gode resultater. Der skoen trykker har ikke en sluttdato, men er et kontinuerlig forbedringsarbeid. Det er utviklet maler, sjekklistor og en ressursbase til hver fase.

Tidlig og tett på er en metodikk som skal bidra til å avklare, redusere og forebygge langvarig og/eller gjentakende hyppig fravær.

Medarbeidere med minimum 25 dager sykefravær (egen- og legemeldt) hvert enkelt år de tre siste årene, anses av Bransje-programmet IA i sykehus å ha et langvarig og/eller hyppig gjentakende fravær. Bransjeprogrammet har laget en forløpsbeskrivelse for hvordan leder systematisk skal følge opp og samarbeide med ansatte om å definere mål og tiltak for å redusere fraværet.

Sammen om ForBedring. Prosessveileder med verktøy, filmer og metodehefte du kan bruke for planlegging, gjennomføring og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Det er utviklet verktøy for hver fase i prosessen.

Kilde: Bransjeprogram IA i sykehus nettsted

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst, og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: september - desember 2025

Virksomhet: HSØ HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Dag Forbord (oppdragsleder)
- Runa Bratlien Stokke (internrevisor)

Rapporten oversendes:

- Styrene i Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Østfold HF Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktører i Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Østfold HF
- Styreledere og administrerende direktører i øvrige helseforetak og private ideelle sykehus til orientering.

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>