



inkluderende arbeidsliv



Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2016

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2016

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 29. juni 2016



Arbeids- og sosialdepartementet



Finansdepartementet



Kommunal- og moderniseringsdepartementet



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway



ia-avtalen

Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet.

Avtalen skal bidra til å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet. Avtalen skal også hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Viktige målsettinger for IA-arbeidet er å redusere sykefraværet, øke avgangsalderen i arbeidslivet og sikre rekrutteringen av personer med nedsatt funksjonsevne.

Gjennom samarbeidet skal regjeringen, arbeidstakerne og arbeidsgiverne aktivt bidra til at den enkelte arbeidsplass kan delta i et forpliktende løft for å nå felles mål.

Innhold

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen – Sammendrag	6
Innledning	7
2. Faggruppens sammensetning og mandat	14
Faggruppens mandat	14
Faggruppens sammensetning og arbeidsform	14
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	16
4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv	18
4.1 Arbeidsmiljø	18
4.2 Utviklingen i sysselsettingen	19
4.3 Utviklingen i de helserelaterte ytelsene	23
5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet	26
5.1 Utviklingen av sykefraværet gjennom 2015	26
5.2 Hovedtrekk i utviklingen over tid	29
5.3 Ulike dimensjoner ved sykefraværet	31
5.4 Effekter av oppfølging i sykmeldingsperioden	38
5.5 Arbeidsmiljø og sykefravær	41
5.6 Antall som går ut sykmeldingsperioden årlig	42
5.7 Måloppnåelse	42
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne	43
6.1 Indikatorer for delmål 2	43
6.2 Sysselsettingsutviklingen for funksjonshemmede	44
6.3 Utviklingen i omfanget og tilgangen av personer med arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	48
6.4 Overgang til arbeid fra arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd	52
6.5 Tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	54
6.6 Oppsummering	57

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år	58
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år	58
7.2 Nærmere om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen	63
7.3 Arbeidsmiljø og frafall fra arbeidslivet	64
7.4 Norsk seniorpolitisk barometer	65
7.5 Effekter av seniorpolitiske tiltak	66
8. Kilder	68
Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport	73
Overordnet mål	73
Delmål 1	73
Delmål 2	79
Delmål 3	80
Vedlegg 2 – Figurer og tabeller	81
Overordnet mål	81
Delmål 1	81
Delmål 2	90
Vedlegg 3 – Evaluering av NAV Arbeidslivssenters bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3 i IA- avtalen	92
Bakgrunn for evalueringen	92
Arbeidslivssentrenes oppdrag	92
Forskningsdesign	92
Kort oppsummering av resultatene:	93
Samlet vurdering	94
Hvilke sentre oppnår god effekt?	94
Evaluators anbefalinger	95
Vedlegg 4 – Nærmere beskrivelse av beregningsmetoden for indikatorer til delmål 3	98

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen – Sammendrag

Overordnet mål: Bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet

- Sysselsatte målt som andel av befolkningen 15–66 år har vist en svakt avtakende tendens de siste årene. Andelen er blant annet påvirket av demografiske endringer på grunn av økt andel eldre og høy innvandring. Svakere konjunkturer har også bidratt til nedgangen.
- Inkluderingsutfordringen øker blant ungdom under 30 år og andre utsatte grupper.
- Målt som andel av befolkningen var det i 2015 om lag like mange trygdemottakere som da IA-avtalen bli inngått i 2001, men andelen mottakere har vist en avtakende tendens siden 2010.
- Arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i de fleste internasjonale sammenligninger, men enkelte næringer og yrker har helseutfordringer som kan forebygges. Dette gjelder bl.a. i store næringer som helse- og sosialsektoren som er kvinnedominert, og bygge- og anleggsbransjen som er mannsdominert.

Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent

- Sykefraværstallene for 2014 og SSBs statistikk over andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær for 2015 viser at vi er halvveis til å oppnå IA-målet. Sykefraværet har hatt en nedadgående trend i årene etter 2009, og har ligget stabilt på omtrent samme nivå siden 2012 – og er på et av de laveste nivåene i IA-perioden.
- Det er fortsatt store forskjeller i sykefraværet mellom kjønn, næringer og fylker
- Resultater fra nye forskningsprosjekter viser at tettere oppfølging og en konsekvent praktisering av lovkravene gir raskere tilbakevending til arbeid. Det er enighet mellom partene og myndighetene om at en forsterket håndheving av aktivitetskravet ved 8 ukers sykefravær

(Hedmarksmodellen), vil kreve en omlegging av dagens rutine for gjennomføring av midlertidig stans av sykepengene.

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen for personer med nedsatt funksjonsevne

- Andelen sysselsatte blant funksjonshemmede i yrkesaktiv alder utgjør 43 prosent av befolkningen i 2015, mot 74 i hele befolkningen. Når vi ser på utviklingen over tid, har det kun skjedd små endringer.
- Det vært en moderat økning i innstrømmingen til ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd fra 2013–2015. Fra 2010 fram til og med 2015, har andelen unge i alderen 18–29 år økt innenfor begge ytelsene.
- Det er viktig å ha høy oppmerksomhet på veksten i antall unge på arbeidsavklaringspenger i tiden framover, også sett på bakgrunn av IA-avtalens klare vektlegging av at ungdomsgruppen skal prioriteres innenfor delmål 2.

Delmål 3: Forventet yrkesaktivitet etter 50 år skal økes med 12 måneder sammenlignet med nivået i 2009

- Foreløpige beregninger for 2015 viser at forventet yrkesaktivitet ved 50 år var uendret fra 2014.
- En 50-åring kan nå forventes å ha 11,6 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Siden 2001 har indikatoren økt med 2,0 år og har aldri vært høyere. Dette skyldes bl.a. økt levealder, og sannsynligvis bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, høyere utdanningsnivå, virkninger av pensjonsreformen og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet.
- Dersom målet i IA-avtalen skal oppfylles, må sysselsettingsveksten framover følge trendveksten for de siste årene. Utsiktene på arbeidsmarkedet kan gjøre det vanskeligere å oppnå dette.

Innledning

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått for første gang i 2001, og det rapporteres her innenfor den fjerde avtaleperioden: 4. mars 2014 – 31. desember 2018. Rapporten er den åttende fra faggruppen for IA-avtalen.

Et viktig grunnlag for faggruppens vurdering av status og måloppnåelse for IA-avtalen er tilgjengelig statistikk som benyttes som indikatorer for de ulike målene i IA-avtalen. På grunn av etablering av nytt datagrunnlag for arbeidstakere i forbindelse med innføring av A-ordningen, er det i årets rapport gjort flere endringer og avgrensinger i analysene i forhold til tidligere¹. Dette berører alle delmålene i avtalen.

Faggruppen skal vurdere måloppnåelsen for IA-avtalen i sammenheng med øvrige utviklingsstrekk i samfunnet. I likhet med tidligere rapporter er det derfor tatt hensyn til hvordan endringene i norsk økonomi, arbeidsmarked og demografiske utviklingsstrekk påvirker måloppnåelsen og indikatorene for hvert delmål. Det er midlertid utfordrende å separere de ulike forklaringsfaktorene og gi en samlet kontrafaktisk analyse, dvs. hva situasjonen ville vært uten IA-avtalen.

Faggruppen har i rapporten også tatt med nyere forskning og effektanalyser knyttet til IA-arbeidet. I tillegg er arbeidsmiljøets betydning for utviklingen innenfor de ulike delmålene gitt en bredere behandling enn tidligere.

Overordnet mål – Et mer inkluderende arbeidsliv

IA-avtalens overordnede mål er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

For vurdering av det overordnede mål retter faggruppen oppmerksomheten på utviklingen i sys-

selsettingsandelen for personer i yrkesaktiv alder og mottak av helserelaterte ytelser. Faggruppen har også gitt en helhetlig vurdering av tilstanden for arbeidsmiljøet i Norge under dette avsnittet.

Utvikling i sysselsettingsandelen

Andelen sysselsatte i befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001, og vist en mer stabil, men svak avtakende tendens de senere årene. I 2015 var 73,8 prosent av befolkningen i arbeid, i underkant av 1 prosentpoeng færre enn gjennomsnittet for IA-perioden (2001–2015). Det er flere forhold som har hatt betydning for utviklingen i andelen sysselsatte gjennom IA-perioden. Høyere andel eldre i yrkesaktiv alder har bidratt til å trekke ned sysselsettingsandelen. Samtidig har eldre arbeidstakere økt arbeidstilbudet gjennom hele perioden, særlig etter 2011, mens sysselsettingsandelen blant unge har avtatt svakt de senere årene. Endringer i befolkningen som følge av høy innvandring har også påvirket sysselsettingsandelen. Lav gjennomsnittsalder blant innvandrere i forhold til befolkningen for øvrig, særlig blant arbeidsinnvandrere, har trukket sysselsettingsandelen opp. I motsatt retning trekker at flere innvandringsgrupper har lavere sysselsettingsrate enn resten av befolkningen. På kort sikt spiller konjunktorene også en viktig rolle. Utviklingen i sysselsettingsandelen etter finanskrisen må ses i sammenheng med at yrkesdeltakelsen var svært høy i 2008 etter en langvarig konjunkturoppgang og fallet i oljeprisen og lavere vekstimpulser fra petroleumssektoren de senere årene.

Økt inkluderingsutfordring for ungdom under 30 år og andre utsatte grupper

Det synes å være en økt utfordring å inkludere ungdom og andre utsatte grupper i arbeidslivet. Sysselsettingen blant unge har hatt en nedadgående trend gjennom IA-perioden, og andelen unge registrert med nedsatt arbeidsevne har økt de senere årene. NEET-raten («Not in Employment, Education or Training») har ligget mellom 5 og 7 pst. av befolkningen i alderen 15–29 år de siste ti årene. I 2015 var 72 000 ungdommer eller 7 pst. i denne kategorien. Siden finanskrisen har

¹ Fra 1.1 2015 ble det etablert ny felles rapporteringsrutine fra arbeidsgivere til Skattedirektoratet, NAV og SSB om arbeidsforhold og ytelser (A-ordningen).

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen – Sammendrag

det det vært moderat vekst blant unge menn i alderen 20–29 år i denne gruppen. Utviklingen må ses i sammenheng med at det fortsatt er en høy andel unge som faller fra videregående utdanning. Om lag en av fire som begynte på videregående opplæring i 2010 fullførte ikke innenfor en femårsperiode. Manglende kompetanse er en betydelig utfordring i et arbeidsmarked med høye og økende krav til kompetanse og kvalifikasjoner.

Syssetningsutviklingen må også ses i sammenheng med den høye innvandringen gjennom mange år. Etter EØS-utvidelsen i 2004 har den viktigste innvandringsårsaken vært arbeid. De siste årene har arbeidsinnvandringen avtatt noe, men nivået er fortsatt høyt. Den store tilstrømmingen av arbeidskraft fra utlandet, særlig arbeidsinnvandrere, kan gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge som ungdom, personer med helseutfordringer og tidligere ankomne innvandrere. Forskning tyder på at dette har gjort seg gjeldende for flere av disse gruppene.

Den sterke økningen i antall asylsøkere høsten 2015 har aktualisert integreringsutfordringene ytterligere. Mange av personene som har kommet, vil få varig opphold, og det kan bli krevende å integrere disse i arbeidslivet. I tillegg til språk-opplæring vil mange av disse trenge kompetanseheving og målrettet bruk av arbeidsrettede tiltak.

Mottakere av helserelaterte ytelser

I 2015 var det registrert 578 600 mottakere av helserelaterte ytelser, eller 17,3 pst. av befolkningen mellom 18 og 66 år. Målt som andel av befolkningen, er antall mottakere om lag det samme som i 2001, hvorav andelen har vist en avtakende tendens siden 2010. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, bidratt i motsatt retning. Det har imidlertid vært en klar økning i antallet personer i 20-årene som mottar arbeidsavklaringspenger og uføre-

trygd. Trygdenivået er fortsatt lavt blant unge, men utviklingen er bekymringsfull.

Norge har et godt arbeidsmiljø – men enkelte næringer og yrker har helseutfordringer som kan forebygges

Arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i de fleste internasjonale sammenligninger. Ni av ti sysselsatte, også i enkelte utsatte grupper, oppgir å være tilfredse, motiverte og engasjerte i jobben. Samtidig er det enkelte næringer og yrker der arbeidsmiljø- og helseutfordringene er større enn i andre næringer. Det gjelder særlig i enkelte mannsdominerte yrkesgrupper innenfor bygge-anleggsvirksomhet, transport/lagring, jord-/skogbruk/fiske, og i enkelte kvinnedominerte yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenester og overnatting. Mer enn halvparten av syssetningsveksten siden 2001 har funnet sted i helse- og omsorgssektoren og bygg- og anleggssektoren.

Delmål 1 – Nedgang i sykefraværet på 20 prosent

Halvveis til målet – fraværet er blant de laveste nivåene i IA-perioden

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. De sesongjusterte tallene viste at fraværet i 4. kvartal 2014 var 11,5 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001.

I 2015 har det imidlertid ikke vært mulig å lage tall for *sykefraværsprosenten*, som er den sentrale størrelsen som er lagt til grunn for måling av sykefraværingsnivået. Dette skyldes endringer i registergrunnlaget etter at A-ordningen for rapportering av arbeidsforhold og lønnsytelser fra arbeidsgiverne til offentlige etater ble innført. Det arbeides med løsninger for å avbøte problemene. Det gjøres nærmere rede for problemstillinger, konsekvenser og løsninger i denne rapportens kapittel 5 – Delmål 1.

I henhold til SSBs statistikkfaglige vurdering, benyttes det i stedet for sykefraværsprosenten en

alternativ størrelse – *andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær* – som en indikator på utviklingen i sykefraværsprosenten i 2015. Denne størrelsen indikerer at det samlede sykefraværet gjennom 2015 ligger på om lag samme nivå som i 2014. Det har imidlertid vært en viss økning i andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær i petroleumsrelaterte næringer i løpet av 2015. Dette viser seg også i noe vekst i andelen sykmeldte i fylker der innslaget av slike næringer er størst. Utslaget av dette er imidlertid marginalt på nasjonalt nivå.

Hovedbildet de siste årene er at det samlede sykefraværet har vært relativt stabilt fra 2005. Det var en midlertidig økning i 2009, men sykefraværet har vist en nedadgående trend etterpå. I løpet av de fire siste årene har fraværet ligget stabilt, med noen mindre variasjoner. I løpet av IA-perioden er varigheten for sykefraværet redusert, og det er også færre som går ut hele sykepengeperioden på tolv måneder.

Store forskjeller i utviklingen mellom kjønn, næringer og fylker

På en del spesifikke områder kan den alternative målestørrelsen bare i mer begrenset grad benyttes som indikator på den utviklingen som tidligere har vært beskrevet ved sykefraværsprosenten eller delkomponenter i denne. Omtalen nedenfor baserer seg derfor på utviklingen i sykefraværsprosenten til og med 2014.

Fra 2001 til 2014 har det vært en nedgang i sykefraværet for begge kjønn, alle aldersgrupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen svært ujevnt fordelt:

Nedgangen i sykefraværet vært langt sterkere for menn enn for kvinner. Fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2014 var nedgangen for menn vært 17,2 prosent, mens nedgangen for kvinner var på 7,7 prosent. Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra nær 50 prosent til 67 prosent i samme tidsrom. Forskjellen økte fra 2001 til 2012, og har deretter vært om lag uen-

dret. Generelt er fraværet redusert mest for de yngste og de eldste aldersgruppene.

Det er også store variasjoner mellom næringer og fylker i IA-perioden. De næringene som har hatt sterkest nedgang i løpet av IA-perioden er industri med 26 prosent, overnatting-/servicevirksomhet (24 pst), jordbruk/skogbruk/fiske (22 pst) og forretningsmessig tjenesteyting (20 pst). Bortsett fra industrien, som har størst nedgang av alle næringer, er det hovedsakelig små næringer som har hatt den største nedgangen i fraværet, mens de største næringene har hatt minst nedgang, herunder helse/sosialtjenester og varehandel. Årstall for 2014 viser at informasjon/kommunikasjon hadde den laveste sykefraværsprosenten med 4,3 prosent, mens helse/sosialtjenester lå høyest med 9,2 prosent.

Blant fylkene er det Finnmark, Troms og Østfold som hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2014, mens Rogaland og Oslo hadde det laveste fraværet. Forskjellen i det legemeldte sykefraværet mellom fylket med høyest (Finnmark) og lavest sykefravær (Rogaland) var da på hele 50 prosent. Det er også stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene. I løpet av IA-perioden har det legemeldte fraværet avtatt mest i Oslo med 28 prosent, Vest-Agder (26 pst) og Hedmark (25 pst), mens reduksjonen har vært minst i Aust-Agder og Nord-Trøndelag².

Økningen i gradering flater ut, men graderingen er likevel høyest i IA-perioden

Økt gradering av sykmeldinger er et uttalt mål i IA-avtalen. Den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden per tapte dagsverk har gått klart ned i IA-perioden, noe som indikerer en økning i omfanget av gradering. Økningen i graderingen har flatet ut etter 2012, og omfanget av gradering har ligget stabilt på det høyeste nivået i IA-perioden i årene etter.

² Andre fylker med sterk nedgang i legemeldt fravær var Telemark (22 pst), Oppland (21 pst), Sør-Trøndelag (21 pst) og Nordland (20 pst).

Økning i psykiske lidelser – nedgang i muskel- og skjelettlidelser

Det er to diagnosegrupper som skiller seg ut som de klart største: muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Til sammen utgjør disse to diagnosegruppene nesten 60 prosent av fraværet. Generelt er diagnosesammensetningen relativt stabil fra ett år til et annet. Likevel har det vært endringer når man ser hele IA-perioden under ett. I denne perioden har det særlig vært en nedgang i muskel- og skjelettlidelser, mens psykiske lidelser økte. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

Arbeidsmiljø og sykefravær

Sykefravær og avgang fra jobb grunnet helseproblemer er sammensatt, og påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Sykdom, skade, funksjonsnedsettelse og helseplager påvirker arbeidsevnen og muligheten til å være i jobb. Sykefravær vil i de fleste tilfeller også avhenge av arbeidsplassen, hvilke arbeidsoppgaver den yrkesaktive utfører og tilrettelegging i arbeidet.

I IA-avtalen har partene og myndighetene lagt til grunn at det forebyggende HMS-arbeidet skal følges bedre opp i avtaleperioden. Rapporten gjennomgår ulike undersøkelser av sammenhenger mellom sykefravær og avgang fra jobb og forholdene på arbeidsplassen. Undersøkelsene beskriver hvordan og i hvilken grad ulike kategorier arbeidsmiljøeksponeringer som mekaniske (ergonomiske) og psykososiale forhold kan føre til helseproblemer som påvirker sykefraværet og avgang fra jobb. Gjennom undersøkelsene anslås det at mekanisk arbeidsmiljøeksponering og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet forklarer henholdsvis om lag 25 prosent og 15 prosent av tilfellene med høyt sykefravær (40 dager eller mer) i løpet av et år.

Effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen

Det har tidligere foreligget lite forskning om effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen. I avtalen for 2014–2018 er det lagt opp til en betydelig satsing

på en kunnskapsbasert utvikling av virkemidlene på dette området. I denne forbindelse gjennomfører NAV en rekke utviklingstiltak i samarbeid med forskningsmiljøer for å utvikle og styrke kvaliteten på etatens oppfølgingsarbeid. I tillegg er det de siste årene tatt initiativ til flere analyser hvor det gjennomføres effektevalueringer knyttet til arbeidsprosessene for oppfølging av sykmeldte.

Faggruppen gjennomgikk i fjorårets rapport to forskningsrapporter innenfor dette temaet. Den ene ble gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet som så på effekten av tiltak for håndheving av aktivitetskravet ved åtte ukers sykmelding i Hedmark. Den andre var en evaluering av effekten av gjennomføring av dialogmøter ved 26 ukers sykmelding fra Frisch-senteret.

Begge prosjektene viste at tettere oppfølging og en konsekvent praktisering av sykepengereguleringen i oppfølgingsarbeidet fører til at flere vender raskere tilbake til arbeid. Samtidig viste erfaringene fra Hedmarksmodellen at reduksjonen i sykefraværet og organisatoriske tiltak for å sikre grundigere håndtering av vilkårene for innvilgning av stønad, førte til at færre går over på arbeidsavklaringspenger.

På bakgrunn av disse erfaringene iverksatte Arbeids- og velferdsdirektoratet kompetansetiltak og implementeringsaktiviteter for å sikre en bedre sykefraværsoppfølging i øvrige deler av landet. Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen har også iverksatt en kunnskapsbasert evaluering av modellens overføringsverdi til i tre forsøksfylker. På bakgrunn av en underveieevaluering fra mars 2016 har Proba Analyse anbefalt flere tiltak som kan gi bedre informasjonsutveksling og dialog mellom alle involverte parter. I denne forbindelse vil det også bli utviklet nye rutiner for varsling og bruk av midlertidig stans av sykepengene i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og organisasjonene.

Faggruppen ser positivt på at organisasjonene blir involvert i dette arbeidet. Den viser også til at

det er iverksatt en rekke andre utviklingsprosjekter innenfor IA-avtalen, og at det må gjøres en samlet erfaringsoppsummering når de fleste av disse avsluttes i 2017.

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne

IA-avtalen presiserer at det er behov for å utvikle bedre indikatorer for delmål 2. Departementet ba derfor FAFO å komme med anbefalinger om hvordan status og måloppnåelse for denne gruppen kan belyses best mulig. I årets vurdering av delmål 2 har faggruppen for første gang lagt opp analysen, så langt det har vært mulig, etter disse anbefalingene.

Faggruppen legger til grunn en relasjonell forståelse av begrepet nedsatt funksjonsevne; dvs. at den enkeltes helseutfordringer og funksjonshemming ses i forhold til de barrierer og begrensninger som skapes av omgivelsene og samfunnets krav til den enkelte.

Etter anbefaling fra Fafo i rapporten; Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne. *Kartlegging av måloppnåelse*, anser faggruppen at utviklingen i sysselsettingen blant funksjonshemmede i AKUs tilleggsundersøkelse å være den beste indikatoren for å belyse utviklingen i delmål 2. Denne viser at sysselsettingsandelen mellom befolkningen som helhet og *funksjonshemmede* ikke har endret seg vesentlig i løpet av IA-perioden.

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør 43 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder i 2015, mot 74 prosent for hele befolkningen. Når vi ser på utviklingen over tid, har det kun skjedd små endringer fra år til år og disse ligger innenfor feilmarginen. Dette indikerer at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg stabil over tid.

Undersøkelsen viser også at sysselsettingsforskjellene mellom funksjonshemmede og den

øvrige delen av befolkningen øker med økende alder. Allerede fra 30-års alder ser vi at sysselsettingen faller raskere blant funksjonshemmede sammenlignet med befolkningen for øvrig.

Etter en svak nedgang fra 2011–2013 har det vært en moderat økning i innstrømmingen til ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd fra 2013–2015. Fra 2010 fram til og med 2015, har andelen registrerte unge i alderen 18–29 år, økt innenfor begge ytelsene. Et kjennetegn ved denne gruppen er at de ved siden av psykiske problemer også står uten fullført utdanning samtidig som de har liten arbeidserfaring. Dette øker risikoen for uføretrygd på et senere tidspunkt.

Nye evalueringer av AAP-ordningen viser at veksten i antall unge på AAP kan skyldes at sykdom ikke trenger å være hovedårsak til at arbeidsevnen vurderes som nedsatt, at sosiale problemer og arbeidsledighet blir «medikalisert» og at de har svake økonomiske incentiver for å søke arbeid eller utdanning. Sett på bakgrunn av IA-avtalens klare vektlegging av at ungdomsgruppen skal prioriteres innenfor delmål 2, er det særlig viktig å ha høy oppmerksomhet på veksten i antall unge på arbeidsavklaringspenger. Denne utviklingen understreker viktigheten av at det samlede hjelpeapparatet legger opp til et forebyggende perspektiv fra tidlig alder i arbeidet med oppfølging av ungdom som faller ut av skole og arbeid.

Utviklingen de siste årene har vært preget av at mange personer som ble overført fra rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførepensjon i 2010 har fått innvilget uføretrygd. Dette medførte at den samlede *andelen* med overgang til arbeid eller status som arbeidssøker ble klart redusert fra 2013 til 2014. Likevel har *antallet* med overgang til arbeid holdt seg på omtrent samme nivå som før.

Ikke alle som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd står utenfor arbeidslivet, en del kombinerer ytelsen med å jobbe noe gjennom året. Blant personer som mottar arbeidsavklaringspenger lå andelen som jobbet i løpet av året

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen – Sammendrag

på rundt 28 prosent i årene 2011–2013, før den gikk noe opp i 2014. Blant uføre er det færre som kombinerer ytelsen med å jobbe. Dette gjaldt rundt 20 prosent i årene 2011–2014.

Da innføring av A-ordningen 1. januar 2015 medførte et brudd i statistikken for arbeidstakere, har vi valgt ikke å analysere overganger til arbeid med tall fra 2015 i denne rapporten. Faggruppen tar sikte på å utvide disse delene av analysen i kommende rapporter når effekten av bruddet er bedre dokumentert.

Delmål 3 – Forventet yrkesaktivitet etter 50 år

Delmål 3 i IA-avtalen er å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med 12 måneder sammenlignet med nivået i 2009.

Foreløpige tall for 2015 viser at indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år var uendret fra 2014 til 2015. Indikatoren har økt med 0,7 år fra 2009, og det gjenstår en økning på 0,3 år fram til 2018 for å nå målet i IA-avtalen.

Beregningene for 2015 viser at en 50-åring kan forventes å ha 11,6 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Dersom målet i IA-avtalen skal oppfylles, må sysselsettingsveksten i årene framover følge trendveksten for de siste årene. Utsiktene på arbeidsmarkedet kan gjøre det vanskeligere å oppnå dette. Innføringen av nytt rapporteringsgrunnlag for sysselsettingsdata fra og med 2015 gjør at det knytter seg noe usikkerhet til anslaget. De vanskeligere forholdene på arbeidsmarkedet i forbindelse med nedgangen i oljesektoren, kan imidlertid ha bidratt til svakere sysselsettingsutvikling for eldre arbeidstakere i 2015.

Siden 2001 har indikatoren økt med 2,0 år og har aldri vært høyere. Dette skyldes at sysselsettingsutviklingen blant personer over 50 år har økt markert fra 2001, og utviklingen skiller seg klart fra resten av befolkningen. En rekke faktorer har bidratt til den positive sysselsettingsutviklingen blant seniorenene. Spesielt viktige faktorer er økt le-

vealder, og sannsynligvis bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, økt utdanningsnivå og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet. Flere studier har også vist at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsysselsettingen fra 2011, først og fremst som følge av at jobbinsentivene har blitt klart bedret for personer med rett til AFP i privat sektor.

Det er også grunn til å anta at den positive utviklingen på arbeidsmarkedet over mange år og økt andel seniorer i arbeidsstyrken har bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet. Samtidig har seniorenene møtt mindre konkurranse enn unge om jobbene som følge av høy arbeidsinnvandring.

Frafallet av eldre arbeidstakere fra ulike yrker, kan si noe om hvor potensialet for forebygging og tilrettelegging er størst for å hindre tidlig avgang fra arbeidslivet blant eldre. I studier basert på arbeidsmiljødata fra levekårsundersøkelsene finner STAMI at sysselsatte som befinner seg i yrker med tungt fysisk arbeid og mekaniske belastninger slutter tidligere i yrkeslivet enn de som har færre eller ingen slike fysiske belastninger i jobben. I tillegg fant man at menn i yrker med mindre grad av selvbestemmelse i jobben, pensjonerte seg tidligere, – både ved tidlig pensjonering og uføretrygd. Imidlertid finner man at sysselsatte i yrker som oppleves som stressende både kunne ha høy og lav risiko for uførepensjonering. Disse resultatene underbygger en sentral hypotese innenfor arbeidsmiljøforskningen; høye jobbkrav kan bli en utfordring ved høy intensitet over lengre tid, men et visst press og nye utfordringer i kombinasjon med at man opplever selvstendighet i jobben kan virke motiverende i jobben. I tillegg viser forskningen at god helse, et godt psykososialt arbeidsmiljø og en reduksjon i fysiske krav i arbeidet er viktig for å stå i jobben frem mot pensjonsalder.

Vi har for øvrig begrenset kunnskap om sysselsettingseffekter av seniorpolitiske tiltak. Det har delvis sammenheng med at det er vanskelig å separere ulike forklaringsfaktorer. En kan ikke utelukke

at den økte oppmerksomheten om behovet for et mer inkluderende arbeidsliv for seniorenene som har kommet i tilknytning til pensjonsreformen og IA-arbeidet, kan ligge bak de tydelige holdningsendringene som er registrert ifølge seniorpolitisk barometer. I tillegg vil både konjunktursituasjonen og langsiktige strukturelle endringer på arbeidsmarkedet påvirke sysselsettingsmulighetene for både yngre og eldre arbeidstakere over tid. Dette gjelder bl.a. endringer i næringsstruktur, alderssammensetning og endringer i tidlig frafall fra arbeidsstyrken.

2. Faggruppens sammensetning og mandat

Faggruppen for IA-arbeidet ble etablert i 2010 for å styrke oppfølgingen av IA-avtalen. Faggruppen er en partssammensatt arbeidsgruppe som skal drøfte utviklingen i IA-målene, økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken på disse områdene og metodiske spørsmål i disse forbindelser. Faggruppens mandat, sammensetning, oppgaver og organisering har blitt gjennomgått og justert sammenliknet med forrige IA-periode.

Faggruppen har ansvar for årlig å rapportere til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd om status og utviklingstrekk for IA-målene. Denne rapporten er faggruppens åttende rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2016.

Faggruppens mandat

- Faggruppen skal hvert år legge fram det best mulige bakgrunnsmateriale for rapporteringen på IA-målene basert på relevant forskning og statistikk. Dette skal presenteres i en slik form at uenighet partene imellom om faktiske forhold så vidt mulig kan unngås.
- Faggruppen skal vurdere måloppnåelsen for IA-målene i sammenheng med generelle utviklingstrekk i samfunnet.
- Faggruppen skal drøfte økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen. I den forbindelse skal metodiske spørsmål belyses.
- Faggruppen skal, når Oppfølgingsgruppen eller Arbeids- og sosialdepartementet ber om det, kunne klargjøre det tallmessige

grunnlagsmateriale for spesielle velferdspolitiske spørsmål.

- Faggruppen kan gi innspill til forsknings- og utredningsoppdrag som kan bidra til kunnskapsutvikling på området.
- Faggruppens rapport legges fram for Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd.

Den nye avtalen legger vekt på at utfordringer knyttet til unge med behov for arbeidsrettet bistand og det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet skal følges bedre opp i den kommende avtaleperioden. Det legges også økt vekt på at det skal sikres god helhetlig forskningsbasert kunnskap om IA-virkemidlene. Faggruppen har derfor lagt vekt på å belyse situasjonen for unge og arbeidsmiljøsituasjonens betydning for IA-målene. Gruppen har også lagt vekt på å ta med nyere forskning og effektevalueringer knyttet til IA-arbeidet.

Faggruppens sammensetning og arbeidsform

Faggruppens medlemmer:

- *Torbjørn Hægeland (leder), SSB*
- *Trond Teisberg, Nina Sverdrup Svendsen etter april 2016, Akademikerne*
- *Eirik Solberg, KS*
- *Øystein Nilsen, LO*
- *Lars Eidsaune, NHO*
- *Trond Bergene, Spekter*
- *Rolf Stangeland, Unio*
- *Linda Hauge, Virke*
- *Helle Stensbak, YS*
- *Stian Rosenberg Søvik, Arbeidstilsynet*
- *Cecilie Aagestad, STAMI*
- *Johannes Sørbo, Arbeids og velferdsdirektoratet*
- *Helge Næsheim, SSB*
- *Lars Wahl, Finansdepartementet*

- *Rune Aslaksen, Arbeids og sosialdepartementet*
- *Ragnar Ihle Bøhn, Kommunal og moderniseringsdepartementet*

Sekretariat:

- *Stein Langeland (leder), Arbeids og velferdsdirektoratet*
- *Anders Barstad, SSB*
- *Karsten Rieck, Finansdepartementet*
- *Tom Sterud, STAMI*
- *Stein Grøtting, Arbeids og sosialdepartementet*
- *Jan Oddum, Arbeids og sosialdepartementet*
- *Per Morten Larsen, Arbeids og sosialdepartementet*
- *Thomas Såheim, Arbeids og sosialdepartementet*

Faggruppen har hatt ett fagseminar høsten 2015 og seks møter i perioden desember 2015 til og med juni 2016.

3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

IA-avtalen av 4. mars 2014 har følgende overordnede mål samt tre delmål:

Overordnet mål:

Å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Delmål 1:

Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent.

Delmål 2:

Hindre frafall og økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne.

Delmål 3:

Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med tolv måneder. Med dette menes en økning sammenliknet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år).

I IA-avtalen heter det at for å oppnå bedre resultater med hensyn til økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne (delmål 2), skal innsatsen målrettes mot unge. For å øke sysselsettingen og øke inkluderingen skal innsatsen primært rettes mot unge som har behov for arbeidsrettet bistand, og som med hensiktsmessig oppfølging og tilrettelegging kan formidles til jobb.

Det er i IA-avtalen enighet om at innsatsen skal forsterkes og målrettes gjennom sektorvise/bransjerettede/næringsvise satsinger, med utgangspunkt i spesifikke forutsetninger og utfordringer.

Det skal i avtaleperioden videreutvikles virkemidler for et mer inkluderende arbeidsliv. Dokumentasjon som legger grunnlaget for en felles virke-

lighetsforståelse skal oppdateres, og partene må øke sin felles kunnskap om drivkreftene bak utviklingen i sykefraværet og frafall og manglende inkludering i arbeidslivet. Arbeidet med arbeidsmiljø skal være en større del av det praktiske arbeidet med IA-avtalen.

Et viktig utgangspunkt for IA-samarbeidet er at deltagelse i arbeidslivet i seg selv ofte kan virke helsefremmende for den enkelte. Forebygging av at sykefravær skal føre til varig frafall fra arbeidslivet har derfor høy prioritet. Bruk av graderte sykmeldinger, hvor arbeidstageren kan være delvis i arbeid under sykdom og holde kontakten med arbeidsplassen, er et viktig virkemiddel i denne sammenheng. I avtaleperioden skal det derfor fortsatt legges til rette for økt og bedre bruk av graderte sykmeldinger.

Et viktig grunnlag for faggruppens vurdering av status og måloppnåelse for IA-avtalen er tilgjengelig statistikk som benyttes som indikatorer for de ulike målene i IA-avtalen. Faggruppen har i årets rapport gjort flere justeringer og avgrensninger i analysene på grunn av innføring nytt datagrunnlag for sysselsettingen ved innføring av A-ordningen fra 1. januar 2015³. Dette har gitt et brudd i statistikken som gjør det vanskelig å vurdere endringene fra 2014 til 2015. I tillegg er det fortsatt knyttet datakvalitetsproblemer til arbeidstidsopplysninger for timelønnte arbeidsforhold. Disse utgjør 28 prosent av alle lønns-takerforhold. Disse utfordringene berører alle delmålene i avtalen i mer eller mindre grad og blir drøftet nærmere i de ulike kapitlene i rapporten.

I tidligere rapporter har partene påpekt at det er knyttet store utfordringer til vurdering av status

³ Fra 1.1 2015 ble det etablert ny felles rapporteringsrutine fra arbeidsgivere til Skattedirektoratet, NAV og SSB om arbeidsforhold og ytelser (A-ordningen).

og måloppnåelse for delmål 2; «Hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne». Begrepet nedsatt funksjonsevne har ikke en presis og entydig definisjon som kan identifiseres i statistikk fra tilgjengelige registre eller eksisterende spørreundersøkelser. Avtalen understreker derfor viktigheten av å utvikle bedre indikatorer på dette området. Departementet iverksatte i 2015 en ekstern utredning for å belyse disse utfordringene og komme med forslag om

bedre måter å måle utviklingen innenfor dette delmålet. Utredningen ble gjennomført av FAFO som foreslo at utviklingen i sysselsettingen blant funksjonshemmede i den årlige tilleggsundersøkelsen til AKU benyttes som hovedindikator for delmål 2. I tillegg foreslo de at analysene suppleres med data om tilgang og avgang av mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, som er de vanligste ytelsene for denne målgruppen.

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

Det overordnede målet i IA-avtalen er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærvær, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. For å vurdere den overordnede måloppnåelsen har faggruppen valgt å legge vekt på utviklingen i andelen sysselsatte i befolkningen og mottakere av helserelaterte ytelser, se nærmere omtale i boks 1.

Andelen sysselsatte i befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001, og vist en mer stabil, men svakt avtakende tendens de senere årene. I 2015 var 73,8 prosent av befolkningen i arbeid, i underkant av 1 prosentpoeng færre enn gjennomsnittet for hele IA-perioden (2001–2015). Det er flere forhold som har hatt betydning for utviklingen i andelen sysselsatte gjennom IA-perioden. Høyere andel eldre i yrkesaktiv alder har bidratt til å trekke ned sysselsettingsandelen. Samtidig har eldre arbeidstakere økt arbeidstilbudet gjennom hele perioden, særlig etter 2011, mens sysselsettingsandelen blant unge har avtatt svakt de senere årene. Endringer i befolkningen som følge av høy innvandring har også påvirket sysselsettingsandelen. Lav gjennomsnittsalder blant innvandrere i forhold til befolkningen for øvrig, særlig blant arbeidsinnvandrere, har trukket sysselsettingsandelen opp. I motsatt retning trekker at flere innvandringsgrupper har lavere sysselsettingsrate enn resten av befolkningen. På kort sikt spiller konjunktorene også en viktig rolle. Utviklingen i sysselsettingsandelen etter finanskrisen må ses i sammenheng med at yrkesdeltakelsen var svært høy i 2008 etter en langvarig konjunkturoppgang og fallet i oljeprisen og lavere vekstimpulser fra petroleumssektoren de senere årene.

I 2015 var det registrert 578 600 mottakere av helserelaterte ytelser, eller 17,3 pst. av befolkningen mellom 18 og 66 år. Målt som andel av befolkningen, er antall mottakere om lag det samme som i 2001, hvorav andelen har vist en avtakende tendens siden 2010. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, bidratt i motsatt retning.

4.1 Arbeidsmiljø

Arbeid er identitetsskapende og en kilde til glede, god selvfølelse og tilhørighet, og samtidig en kilde til inntekt og velferd. Ni av ti sysselsatte oppgir å være tilfredse, motiverte og engasjerte i jobben, og arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i internasjonale sammenligninger (OECD 2014, Aagestad 2012). Det betyr imidlertid ikke at alle har et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø i betydningen at de ikke utsettes for helseskadelige påvirkninger. «Å bedre arbeidsmiljøet» er løftet fram som en sentral målformulering for avtaleperioden 2014–2018. I henhold til arbeidsmiljøloven formål innebærer dette å sikre at alle har et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Gode HMS-tiltak og godt arbeid med forebygging av sykdom og skade bidrar til arbeidsmiljø med lite sykefravær, skader og uhelse.

Internasjonale undersøkelser viser at norsk arbeidsliv kjennetegnes ved at det stilles høye krav til arbeidets utførelse, og Norge er blant de landene som har høyest forekomst av organisatoriske endringer i arbeidslivet, som innføring av nye prosesser, ny teknologi eller vesentlige omstruk-

tureringer (Aagestad 2012). Høye krav og krav om stadige omstillinger kan medføre negative arbeidsmiljøkonsekvenser, hvis de ikke balanseres av muligheter til medvirkning og autonomi. I Norge har vi tradisjonelt hatt en god balanse på dette området. I kombinasjon med et høyt inntektsnivå og lav jobbusikkerhet gjør dette at norske sysselsatte kommer godt ut på OECDs mål om jobb-kvalitet (OECD 2012).

I Norge som i de fleste land er det forskjeller i jobb-kvalitet mellom ulike grupper, og i enkelte næringer og yrker er arbeidsmiljø- og helseutfordringene større enn i andre (STAMI 2015). Det gjelder særlig i enkelte mannsdominerte yrkesgrupper innenfor bygge-anleggsvirksomhet, transport/lagring, jord-/skogbruk/fiske, og i enkelte kvinnedominerte yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenester og overnatting. Mer enn halvparten av sysselsettingsveksten siden 2001 har funnet sted i helse- og omsorgssektoren og bygg- og anleggssektoren. I disse gruppene er forebyggingspotensialet knyttet til både psykososialt arbeidsmiljø, fysiske belastninger og kjemisk eksponering betydelig.

Endringer i næringsstrukturen over tid har også betydning for arbeidsmiljøet. Sett under ett har sekundærnæringene hatt en svakt økende sysselsetting de siste 20 årene, mens det har vært en sterk vekst i tjenesteytende næringer. Relativt sett har det dermed vært en nedgang i andelen arbeidstakere som står overfor tradisjonelle fysiske og kjemiske arbeidsmiljøeksponeringer i norsk arbeidsliv, mens stadig flere utfører arbeid i direkte kontakt med kunder og brukere. Krav til personlige egenskaper og sosiale ferdigheter har dermed blitt viktigere. Økningen i antall ansatte i offentlig pleie- og omsorgssektor har imidlertid bidratt til en økning av yrkesaktive kvinner med fysisk tungt arbeid i de tjenesteytende næringene.

4.2 Utviklingen i sysselsettingen

Fra 2001 til 2015 økte antall sysselsatte personer mellom 15 og 66 år med vel 344 000 personer. Samtidig har folketallet relativt sett økt mer i samme periode slik at sysselsettingen målt som andel av befolkningen har gått litt ned. Andelen sysselsatte har imidlertid svingt en del gjennom IA-perioden og vist en mer stabil, men svakt avtakende

Boks 1 – Valg av indikatorer for et mer inkluderende arbeidsliv

For å vurdere den overordnede måloppnåelsen har faggruppen valgt å fokusere på to indikatorer:

Andelen av den yrkesaktive befolkningen som er sysselsatt, hvor en sysselsatt person er definert som en som har utført inntektsgivende arbeid eller deltatt på arbeidsmarkedstiltak med lønn fra arbeidsgiver av minst én times varighet i den målte perioden. Personer i arbeid, men som er midlertidig fraværende pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. er også definert som sysselsatte. Det er flere statistikker som måler sysselsettingen i Norge. Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) er basert på personer bosatt i Norge ifølge folkeregisteret. Nasjonalregnskapet på sin side dekker all sysselsetting i innenlandske bedrifter. Det innebærer at selvstendig næringsdrivende og personer på korttidsopphold som er ansatt i innenlandske bedrifter, også regnes som sysselsatte. I denne rapporten benyttes sysselsettingsstatistik

tikk fra AKU. Dette skyldes i hovedsak at AKU oppgir statistikk fordelt på kjønn, alder og andre undergrupper, mens Nasjonalregnskapet kun gir næringsfordelt sysselsettingsstatistikk.

Mottakere av helserelaterte ytelser er personer som mottar uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller sykepenger. I tidligere år har faggruppen fokusert på utviklingen i antall tapte dagsverk knyttet til mottak av de helserelaterte ytelsene, men som følge av som følge av omlegging av datagrunnlaget for lønns- og sysselsettingsstatistikken, er det ikke mulig å beregne disse tallene for 2015. Tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser er beregnet utfra hvor mange ekstra årsverk som kunne vært utført dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon hadde arbeidet full tid.

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

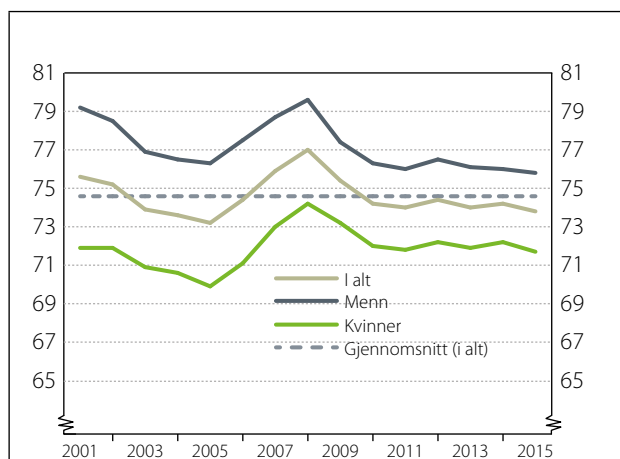
tendens de senere årene, jf. figur 4.1A og 4.1B. I 2015 var sysselsettingsandelen i underkant av 1 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for IA-perioden (2001–2015).

Ser vi IA-perioden under ett, er det tydelig at utviklingen i sysselsettingen blant menn har vært dårligere enn for kvinner. Det er særlig blant menn i alderen 25–54 år hvor andelen sysselsatte har sunket, jf. figur 4.1C. Siden denne gruppen utgjør en stor andel av den samlede sysselsettingen, bidrar dette til å trekke den samlede sysselsettingsandelen ned. For kvinner i samme aldersgruppe har sysselsettingen holdt seg forholdsvis stabil.

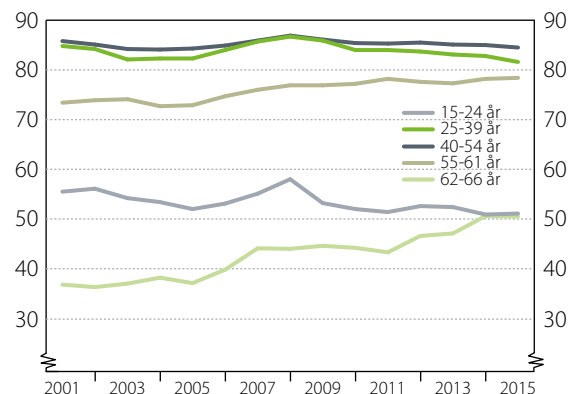
På kort sikt bestemmes sysselsettingen i hovedsak av etterspørselen etter arbeidskraft. I årene fram til konjunkturtoppen i 2008 økte sysselsettingen både i antall personer og som andel av befolkningen betydelig. Kapasitetsutnyttelsen i 2008 var uvanlig høy og finanskrisen markerte avslutningen av en sterk konjunkturoppgang i norsk økonomi. Antall sysselsatte falt i 2008 og 2009, men økte igjen fra sommeren 2010. Som andel av befolkningen gikk også sysselsettingen tilbake i forbindelse med finanskrisen og har siden blitt liggende rundt 74 prosent, til tross for at det er drøyt 150 000 flere som er blitt sysselsatt etter 2010. Utviklingen i sysselsettingsandelen etter finanskrisen må ses i sammenheng med at yrkesdeltakelsen var svært høy i 2008 etter en langvarig konjunkturoppgang og fallet i oljeprisen og lavere vekstimpulser fra petroleumssektoren de senere årene.

Over tid vil utviklingen i sysselsettingsandelen vise hvor godt vi har lyktes med å inkludere befolkningen i arbeidslivet. Sammenliknet med andre land er andelen sysselsatte i Norge høy, særlig blant kvinner og eldre, samtidig som andelen har avtatt blant menn i yrkesaktiv alder. Motstykket er at det er relativt få som står utenfor arbeidsstyrken eller som er arbeidsledige. Av disse er andelen som mottar trygdeytelser høy, jf. avsnitt 4.3.

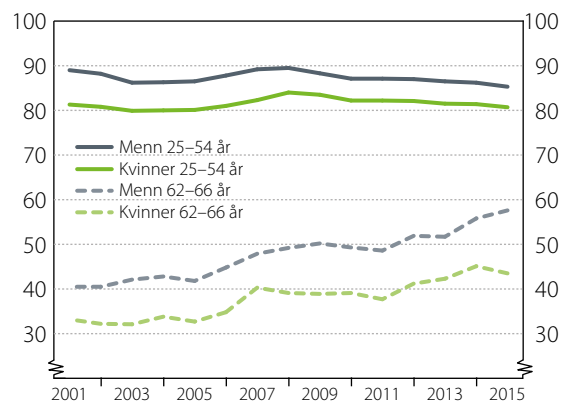
Figur 4.1 Sysselsettingsandel¹



A. Sysselsatte personer (15-66 år) som andel av befolkningen fordelt etter kjønn. Prosent



B. Sysselsatte personer som andel av befolkningen fordelt etter aldersgrupper. Prosent



C. Sysselsatte personer som andel av befolkningen i utvalgte aldersgrupper fordelt på kjønn. Prosent

¹ I 2006 fant det sted en større omlegging av SSBs arbeidskraftundersøkelse. Dette er det korrigert for i tabellen slik at tallene før og etter 2006 er sammenliknbare.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Flere eldre i befolkningen

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, står vi overfor en aldring av befolkningen. Mens vel 24 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (15–66 år) var mellom 50 og 67 år i 1990, var andelen 30 prosent i 2015. Det er ventet at andelen vil øke ytterligere til om lag 33 prosent i 2050, jf. SSBs siste befolkningsframskriving. Veksten i andelen eldre har isolert sett bidratt til å trekke den totale sysselsettingsandelen ned i IA-perioden. Samlet sett har endringer i alderssammensetningen i den yrkesaktive befolkningen bidratt til å trekke ned den samlede sysselsettingsandelen i aldersgruppen 15–66 år med om lag 0,1 prosentpoeng per år fra 2001 til 2015.

Økningen i andelen eldre har samtidig blitt motvirket av at yrkesaktiviteten blant seniorer har økt, se figur 4.1C og diskusjon under delmål 3. Siden 2001 har andelen i jobb blant 55–61-åringer økt med 5 prosentpoeng, mens det for 62–66-åringer har vært en økning på hele 14 prosentpoeng. En del av økningen må ses i sammenheng med pensjonsreformen fra 2011 (Dahl og Lien 2013, Haga 2015, Fredriksen m.fl. 2015). Endringene i alderspensjonen i folketrygden og omleggingen av privat AFP i samme retning styrket de økonomiske insentivene til å stå lenger i arbeid i privat sektor betydelig. Den økte yrkesaktiviteten er også reflektert i at andelen uføretrygdede har gått ned i eldre aldersgrupper.

Samtidig er det fortsatt slik at sysselsettingsandelen blant eldre sysselsatte varierer etter yrke. Forskjellen mellom kravene som stilles i ulike typer jobber, helsetilstand og funksjonsevne er et viktig bakteppe for å forstå disse forskjellene. En nærmere omtale av disse forholdene er omtalt under delmål 3.

Høy innvandring

Norge har opplevd en kraftig befolkningsvekst det siste tiåret, i hovedsak som følge av økt innvandring etter utvidelsene av EØS-området i 2004. Fra 2004 til 2015 utgjorde nettoinnvandringen hele 380 000 personer, eller i gjennomsnitt 34 500 personer per år. Den viktigste innvand-

ringsårsaken i perioden har vært arbeid, og befolkningsveksten har derfor særlig funnet sted i de mest yrkesaktive aldersgruppene (20–54 år). De siste årene har arbeidsinnvandringen avtatt noe, mens antall asylsøkere har økt betydelig siden sommeren 2015. Asylsøkere er i liten grad reflektert i statistikken fram til nå, siden de først registreres som innvandrere når de evt. får oppholdstillatelse i Norge.

Ser vi perioden etter 2004 under ett har innvandrere stått for om lag to tredeler av sysselsettingsveksten, og nesten hele oppgangen etter finanskrisen. Blant innvandrere som har kommet for å arbeide, er sysselsettingen relativ høy og nesten på nivå med befolkningen for øvrig. Gjennomsnittsalderen i denne gruppen er lavere enn for befolkningen for øvrig og det er en overvekt av menn. Disse faktorene har bidratt til å trekke den samlede sysselsettingsandelen opp. Blant innvandringsgrupper som har kommet til Norge med bakgrunn i flukt, familiegjenforening eller andre humanitære årsaker, er sysselsettingen lavere og aldersfordelingen ikke så konsentrert om de med høyest sysselsetting. Samlet har denne typen innvandring trukket sysselsettingsandelen ned, selv om det er stor variasjon mellom enkeltland.

Det er stor usikkerhet knyttet til innvandringen framover. I takt med konjunkturedgangen i norsk økonomi, har nettoinnvandringen fra de nye EU-landene og andre vestlige land avtatt de senere årene. Nivået er likevel fortsatt høyt. Nettoinnvandring fra land i Asia, Afrika m.m. har økt de senere årene, og usikkerheten omkring den videre tilstrømmingen av asylsøkere er særlig stor. I tillegg er det usikkert hvor mange som får opphold og hvilke effekter det vil ha på senere familiegjenforening.

Innvandring får konsekvenser for oppnåelse av målsettingene i IA-avtalen på forskjellige måter. En større befolkning innebærer at det blir flere som skal inkluderes i arbeidslivet. Den høye asyltilstrømmingen har aktualisert integreringsutfordringene. Mange av personene som har kommet,

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

vil få varig opphold. Det kan bli krevende å integrere disse i arbeidslivet. I tillegg til språkopplæring vil mange trenge kompetanseheving og målrettet bruk av arbeidsrettede tiltak. Samtidig kan stor tilstrømming av arbeidskraft fra utlandet, særlig arbeidsinnvandrere, gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge, som ungdom, personer med helseutfordringer og tidligere ankomne innvandrere. Forskning tyder på at dette har gjort seg gjeldende for enkelte grupper. En studie finner at svensk ungdom til en viss grad har fortrent norske ungdommer i arbeidsmarkedet, mens en annen studie finner fortrenings-effekter i bygge- og anleggsektoren, om enn i et noe mindre omfang (Bratsberg og Raaum 2012, 2013). Effektene i bygg og anlegg er nesten like for innenlandske arbeidstakere med lav utdanning og tidligere ankomne innvandrere.

Arbeidsmarkedstilknytningen blant innvandrere varierer etter botid. Studier av den første bølgen av arbeidsinnvandrere som kom på 1970-tallet, har vist at gruppen hadde høy yrkesdeltakelse de første årene etter ankomst, men den sank deretter markert og klart mer enn blant nordmenn og innvandrere fra nordiske land og andre land i Vest-Europa. Tilsvarende studier av innvandrere som fikk opphold på humanitært grunnlag mellom 1986 og 2000, viser at yrkesdeltakelsen for disse som regel starter på et lavt nivå, men øker så normalt de første årene etter bosetting, for så å flate ut på et lavere nivå enn blant befolkningen for øvrig. Arbeidsinnvandrere som har kommet etter 2004, har foreløpig klart seg langt bedre i arbeidsmarkedet, samtidig som enkelte studier viser at en høyere andel i denne gruppen mottar dagpenger enn i resten av befolkningen (Bratsberg m.fl. 2010, Bratsberg m.fl. 2014, Bratsberg og Røed 2015). Dette indikerer at det kan være utfordringer knyttet til langsiktige arbeidsmarkedsin-tegrering også for den siste bølgen av arbeidsinnvandrere.

Det er forsket lite på arbeidsmiljø blant innvandrergupper i Norge. En studie basert på en levekårsundersøkelse blant innvandrere i 2005–2006, viser at det er til dels store forskjeller i hvordan

innvandrere opplever arbeidsmiljøet sammenlignet med resten av befolkningen, selv innenfor samme yrkesgruppe (Tynes og Sterud 2009). Innvandrere opplever gjennomgående dårligere psykososialt arbeidsmiljø, har høyere forekomst av fysiske (mekaniske) belastninger og rapporterer høyere forekomst av ulykker enn yrkesbefolkningen for øvrig. Når det gjelder fysisk og kjemisk arbeidsmiljø, er forskjellene mellom innvandrere og yrkesbefolkningen mindre

Arbeidsmarkedstilknytning til unge

Sysselsettingsandelen blant personer i alderen 15–24 år har vist en nedadgående tendens gjennom hele IA-perioden, mens for personer i alderen 25–39 år har nedgangen først og fremst funnet sted etter finanskrisen. Arbeidsmarkedstilknytning til ungdom påvirkes i stor grad av konjunkturer i økonomien. Mens sysselsettingsandelen blant personer i alderen 15–24 år økte med fem prosentpoeng i perioden fra 2004 til 2008, falt den tilsvarende i perioden fra 2008 til 2010. Nedgangen i forbindelse med finanskrisen må blant annet ses i sammenheng med økt overgang til utdanning og at færre unge kombinerte studier med deltidsjobb. Dette er trekk vi også har observert ved tidligere konjunkturedganger. Studier har også vist at ungdom har møtt betydelig konkurranse fra arbeidsinnvandrere om jobber, særlig fra svensk ungdom.

En ofte benyttet indikator i vurderingen av arbeidsmarkedstilknytningen til unge er utviklingen i andelen som verken er i arbeid, under utdanning eller i opplæring, dvs. den såkalte «NEET-raten».⁴ I 2015 var 72 000 ungdommer eller 7 prosent av befolkningen i alderen 15–29 år i denne kategorien. NEET-raten øker normalt med alderen og den er høyest blant kvinner mellom

4 NEET står for «not in employment, education or training». I AKU er NEET-gruppen definert som personer som verken er sysselsatt (jobber minst en time i uka), under utdanning eller i opplæring. I den registerbaserte statistikken fanges ikke opp alle former for utdanning og opplæring, og den gir derfor noe høyere NEET-tall enn AKU. I denne rapporten benyttes tall fra AKU.

25 og 29 år. Om lag halvparten av disse ønsker ikke arbeid og vel en av tre definerer seg selv som hjemmearbeidende, mens i den tilsvarende mannlige aldersgruppen er det hele 85 prosent som ønsker seg arbeid. NEET-raten har ligget stabilt mellom 5 og 7 pst. de siste ti årene, men etter finanskrisen har det vært en moderat vekst i NEET-raten blant menn mellom 20 og 29 år.

Det kan være flere årsaker til at unge i perioder står utenfor arbeidslivet og ikke befinner seg i utdanning eller under opplæring, men dersom tiden utenfor blir langvarig kan det bli vanskeligere å oppnå et permanent fotfeste i arbeidsmarkedet. Undersøkelser for perioden 2008–2012 viser at 37 prosent tilhørte NEET-gruppen minst to påfølgende år (Bø og Vigran 2015). I likhet med de andre nordiske landene, har Norge en lavere NEET-rate enn de fleste andre land innenfor OECD-området. Samtidig påpeker OECD at NEET-gruppen i Norge har svakere tilknytning til arbeidsmarkedet enn tilsvarende grupper i andre land. I Norge er en relativt høy andel i gruppen ikke aktivt arbeidssøkende, og det er en relativt stor andel unge som faller fra under utdanning. Om lag en av fire som begynte på videregående opplæring i 2010 fullførte ikke innenfor en femårsperiode. Manglende utdanning kan være et betydelig problem i et arbeidsmarked med høye krav til kompetanse og kvalifikasjoner. Den relativt svake tilknytningen til arbeidsmarkedet motsvarer av en relativt høy og økende andelen unge mottakere av helserelaterte trygdeytelser. Blant unge over 20 år som mottar midlertidige helserelaterte ytelser, er det særlig vanlig med kombinasjonen psykisk lidelse, lav utdanning og liten arbeidserfaring. Vi viser også til faggruppens rapport for 2015, vedlegg 4 hvor ungdomsgruppens situasjon på arbeidsmarkedet er nærmere drøftet.

Når det gjelder arbeidsmiljø, viser forskning at unge arbeidstakere gjennomgående er mer utsatt for ulike belastninger enn gjennomsnittet (STAMI 2015, Verjans 2007). Dette samsvarer med de øvrige nordiske landene (Hanvold m.fl. 2016). Faktorer som bidrar til at unge arbeidstakere anses som mer sårbare, er at de gjerne er i en opp-

læringsfase og har mindre kunnskaper om helse, miljø og sikkerhet, samt at de har andre fysiske og mentale forutsetninger enn voksne (Kines m.fl. 2013). I litteraturen er det bred enighet om at yngre arbeidstakere gjennomgående er mer utsatt for ulykker og skader på jobb, men skadene er ikke nødvendigvis svært omfattende (Salmiinen, 2004). Helseplager som følge av arbeidet, er derimot vanskeligere å kartlegge blant unge arbeidstakere, ettersom plagene utvikler seg over tid. Enkelte studier har vist tegn til arbeidsrelaterte plager blant fagarbeidere (Hanvold m.fl. 2013, Merlino m.fl. 2003).

4.3 Utviklingen i de helserelaterte ytelsene

Mottakere av helserelaterte ytelser

Uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger regnes som helserelaterte trygdeytelser. I 2015 var det registrert 578 600 mottakere av disse ytelsene, eller 17,3 pst. av befolkningen mellom 18 og 66 år.⁵ Sammenlignet med 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har antall mottakere økt med 82 000 personer, jf. figur 4.2A.⁶ Målt som andel av befolkningen, er imidlertid antall mottakere det samme i 2015 som i 2001, mens det har vært noen variasjoner gjennom perioden. Mens det særlig var en økning fra 2001 til 2003, har både antallet og andelen avtatt siden 2010.

Utviklingen i antallet mottakere av helserelaterte ytelser reflekterer ikke nødvendigvis utviklingen i antallet personer som står utenfor arbeidslivet. Blant annet er de aller fleste mottakere av sykepenger i et arbeidsforhold. Blant de som mottar gradert uføretrygd, som utgjør om lag 20 pst. av alle uføretrygdede, var over syv av ti registrert i et arbeidsforhold. Blant personer på arbeidsavklaringspenger er om lag hver fjerde i en deltidsjobb.

⁵ Det er mulig å motta flere trygdeytelser samtidig. Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet antallet enkeltmottakere av disse ytelsene for å unngå å telle samme person flere ganger.

⁶ Avklaringspenger ble innført i mars 2010. Fram til 2004 bestod inntektssikringsordningen av rehabiliteringspenger og atferdingspenger, mens i perioden 2005–2009 inkluderte ordningen også tidsbegrenset uførestønad.

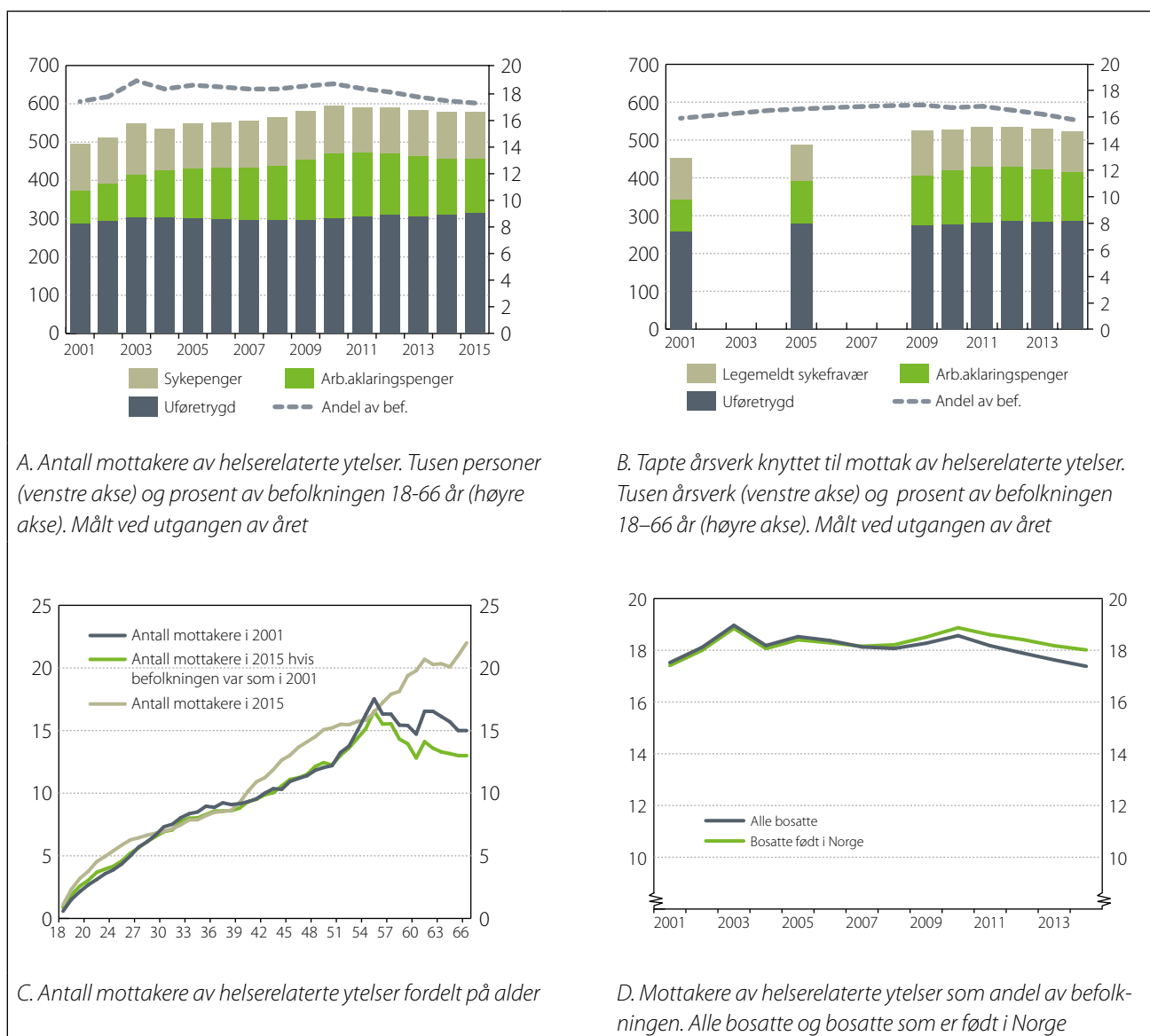
4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

Som følge av omlegging av datagrunnlaget for lønns- og sysselsettingsstatistikken, er det ikke mulig å beregne antall tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser i 2015. I 2014 var antallet tapte årsverk om lag 522 000, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i overkant av 2,4 mill. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,8 pst. Andelen har avtatt noe etter 2010 i tråd med nedgangen i mottakere av helse relaterte ytelser og var i 2014 tilbake på om lag samme nivå som i 2001.

Demografiske endringer og endret trygdeuttak

Det er store forskjeller i mottak av helse relaterte trygdeytelser mellom kjønn, aldersgrupper og befolkningsgrupper. Generelt øker uføreandelen med alder og kvinner er overrepresentert. Dette innebærer at endringer i befolknings sammensetningen påvirker utviklingen i andelen som mottar helse relaterte ytelser. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen mellom 2001 og 2010. Effekten har imidlertid blitt motvirket av at sysselsettingen har

Figur 4.2 Helse relaterte trygdeytelser



¹ Det er mulig å motta flere trygdeytelser samtidig. Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet antallet enkeltmottakere av disse ytelsene for å unngå å telle samme person flere ganger. Sykepenger i 2015 er basert på registrerte mottakere i 1. halvår og anslåtte mottakere i 2. halvår.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

økt blant de eldre, særlig etter innføringen av den nye pensjonsreformen i 2011, og færre mottar helse relaterte trygdeytelser.

Samtidig har det vært en økning i antallet personer i 20-årene som mottar arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Trygdenivået er fortsatt lavt blant unge, men utviklingen er bekymringsfull. Dersom befolkningens størrelse og alderssammensetning hadde vært som i 2001, ville det vært en nedgang i antall tapte årsverk på i overkant av fem prosent fram til 2014, jf. figur 4.2 C.

Den høye arbeidsinnvandringen har bidratt til å redusere andelen på helse relaterte ytelser, fordi innvandringen har vært særlig høy i aldersgrupper med lav trygdetilbøyelighet. I tillegg har ny-ankomne innvandrere i mindre grad opparbeidet seg trygderettigheter, især retten til uføretrygd. Det kan være en midlertidig effekt om mange blir værende permanent i Norge. Samtidig er andelen mottakere av helse relaterte ytelser totalt sett lavere blant innvandrere enn personer født i Norge, jf. figur 4.2 D. Differansen mellom de to gruppene har økt jevnt fra 2008 til 2014.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent, målt ved sykefraværsprosenten, i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. Et nytt registergrunnlag i 2015 har så langt ikke gitt muligheter til å lage tall for sykefraværsprosenten i 2015. Det samme gjelder for de fleste andre størrelsene som i tidligere rapporter er benyttet for å belyse sykefraværet. Kapitlet inneholder derfor først en omtale av utviklingen av sykefraværet gjennom 2015 målt ved en alternativ størrelse – andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær. Deretter følger en kort oppsummering av beskrivelsen fra forrige rapport om utviklingen i sykefraværsprosenten fram til og med 2014, samt av utvikling og forskjeller i sykefraværet mellom kjønn, næringer, fylker og diagnosegrupper pr 2014. Dette suppleres av oppsummerte kunnskapsstatuser på de ulike områdene. Det gis også en omtale av varighet og bruken av gradert sykmelding, samt av arbeidsmiljøets betydning for sykefravær.

De sesongjusterte tallene for sykefraværsprosenten viser at fraværet i 4. kvartal 2014 var 11,5 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Det samlede sykefraværet har hatt en nedadgående trend i årene etter 2009, og har ligget stabilt på omtrent samme nivå siden 2012. Den alternative målestørrelsen i 2015 tyder på at det legemeldte sykefraværet samlet sett ikke har endret seg særlig gjennom 2015, men at det har vært en viss økning i petroleumsrelaterte næringer og i fylker hvor innslaget av slike næringer er størst. I IA-perioden fram mot 2015 var det en nedgang i fraværet for begge kjønn og i alle aldersgrupper, næringer og fylker, men nedgangen var svært ujevnt fordelt. Økningen i bruken av gradert sykmelding har flatet ut, og omfanget av gradering har ligget stabilt på det høyeste nivået i IA-perioden siden 2012.

5.1 Utviklingen av sykefraværet gjennom 2015

Etter endringer i registergrunnlaget for sykefraværstatistikken fra og med 2015, har det så langt ikke vært mulig å lage tall for det vanlige målet på sykefravær – *sykefraværsprosenten*.

Dette innebærer at det at utviklingen i 2015 må beskrives av en annen størrelse – *andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær*. I Boks 2 gjøres det nærmere rede for endringene i registergrunnlaget og de konsekvenser det har, på kort sikt og av varig karakter. I Boks 3 redegjøres det for forholdet mellom andelen sykmeldte og sykefraværsprosenten.

Andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær – heretter omtalt som «*andelen sykmeldte*» – var samlet sett uendret fra 1.kvartal 2015 til 4. kvartal 2015. I praksis vil dette si fra midten av mars til midten av desember som er referansetidspunktene for målingene. Utviklingen i andelen sykmeldte indikerer også at det samlede sykefraværet gjennom 2015 var på om lag samme nivå som i 2014 – se Boks 3.

Det er imidlertid visse variasjoner etter næring og fylke. Tallene er ikke sesong- og influensajustert slik som med sykefraværsprosenten, men tall for tidligere år tyder på at dette ikke ville gitt særlige utslag på tallene i 2015. Vi får videre ikke merkbare forskjeller på endringen fra 1. til 4. kvartal på landstallene om vi ser andelen sykmeldte med eller uten justering for gradert sykmelding. Den videre omtale er basert på tall for andelen sykmeldte justert for gradert sykmelding.

Andelen sykmeldte fordelt på kvinner og menn og etter alder viser at tall for 1. og 4.kvartal 2015 lå på om lag samme nivå.

Boks 2 – Om brudd i sykefraværsstatistikken

Sykefraværet har vært målt ved *sykefraværsprosenten*. Sykefraværsprosenten er definert som tapte dagsverk pga. egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk. Tapte dagsverk (sykefraværsdagsverk) er fraværsdager justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad. Avtalte dagsverk er arbeidsdager justert for stillingsandel. IA-avtalens mål er en reduksjon i fraværet med 20 prosent i forhold til 2. kvartal 2001 – til et avledet nasjonalt nivå på maksimalt 5,6 prosent. Dette nivåetallet er imidlertid ikke sesong- og influensajustert (omtales heretter som *sesongjustert*). Avtalens mål om nedgang vurderes i forhold til sesongjusterte tall. Det innebærer at den sesongjusterte sykefraværsprosenten på 7,2 prosent i 2. kvartal 2001 skal ned til 5,8 prosent ($7,2 \cdot 0,8$).

Fra og med 2015 er datagrunnlaget for denne statistikken blitt endret.

Fram til og med 2014 ble informasjon om hvem som var arbeidstakere og deres stillingsandeler hentet fra NAVs Aa-register. Disse dataene ble så koplet med NAVs register over legemeldte sykmeldinger for å bestemme hvilke sykmeldinger som skulle telle med i sykefraværsstatistikken. Siden man i Aa-registeret ikke hadde informasjon om hvor mange timer per uke som svarte til heltid i jobben, ble det for alle antatt at heltid svarte til 37,5 timer. Dette slår likt inn både på avtalte dagsverk og tapte dagsverk.

Data om egenmeldt fravær har vært innhentet i form av utvalgsundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå. Det egenmeldte fraværet utgjør om lag 15 prosent av det totale fraværet. Fravær som skyldes sykt barn inngår ikke i sykefraværsstatistikken.

Fra og med januar 2015 det ble etablert en ny felles rapporteringsrutine fra arbeidsgivere til Skattedirektoratet, NAV og SSB om arbeidsforhold og ytelser, som blant annet erstatter den tidligere direkte rapporteringen til Aa-registeret. Dette gir en økt dekningsgrad av arbeidstakerforhold og gjennomgående bedre kvalitet (etter kontroll mot blant annet utbetalt lønn) jamført med det gamle Aa-registeret.

Bedre kvalitet på data gjør at flere sykmeldinger blir gjenfunnet som knyttet til arbeidstakerforhold, noe som gir høyere tall for telleren i sykefraværsprosen-

ten. Samtidig bidrar bedre kvalitet til at man har langt færre ikke aktive arbeidstakere enn tidligere – disse har naturlig nok ikke sykefravær, men har bidratt til for høyt tall i nevneren i sykefraværsprosenten. Samlet betyr dette at sykefraværsprosenten vil få et skift oppover ved overgangen fra gammelt til nytt datagrunnlag. Dette skiftet vil være permanent.

Et tilleggsproblem på kort sikt, er at andelen med uoppgitt arbeidstid foreløpig er mye høyere i det nye datagrunnlaget enn det var tidligere. Andelen uoppgitt, på godt over 20 prosent, er så stor og så skjevt fordelt mellom næringer at SSB foreløpig ikke har funnet grunnlag for å beregne tall for sykefraværsprosenten inntil videre. Det arbeides for å bedre rapporteringen slik at det på sikt igjen skal bli mulig å beregne tall for sykefraværsprosenten.

Inntil videre publiseres det derfor bare tall for en alternativ størrelse – *andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær*, i det følgende omtalt som *andelen sykmeldte*. SSB har publisert tall for denne andelen tilbake til år 2000. Størrelsen er en punktelling av legemeldt fravær på en gitt dag i en gitt referanseuke i hvert kvartal, koplet opp mot registrerte arbeidsforhold i Aa-registeret. Den er ikke justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad. Andelen sykmeldte har i hovedsak gitt samme bilde av utviklingen i sykefraværet som sykefraværsprosenten fram til og med 2014. Det er en viss avtakende tendens til at forskjellen mellom de to tallseriene er blitt mindre. Det kan blant annet skyldes noe økt bruk av gradert sykemelding.

Mellom 2014 og 2015 er det imidlertid et brudd i tidsserien også når vi ser på andelen sykmeldte. Det skyldes den omtalte endringen i registergrunnlaget for arbeidsforhold (Aa-registeret/a-ordningen). Det innebærer at også andelen sykmeldte får et skift oppover ved overgangen fra gammelt til nytt datagrunnlag. I boks 3 beskrives det hvordan man med utgangspunkt i andelen sykmeldte likevel kan si noe om utviklingen i sykefraværet gjennom 2015.

Man kan ikke inkludere det egenmeldte fraværet når man gir tall for andelen sykmeldte. Dette skyldes at det i undersøkelsen om egenmeldt sykefravær kun spørres om tapte dagsverk og ikke om andelen arbeidstakere med sykefravær.

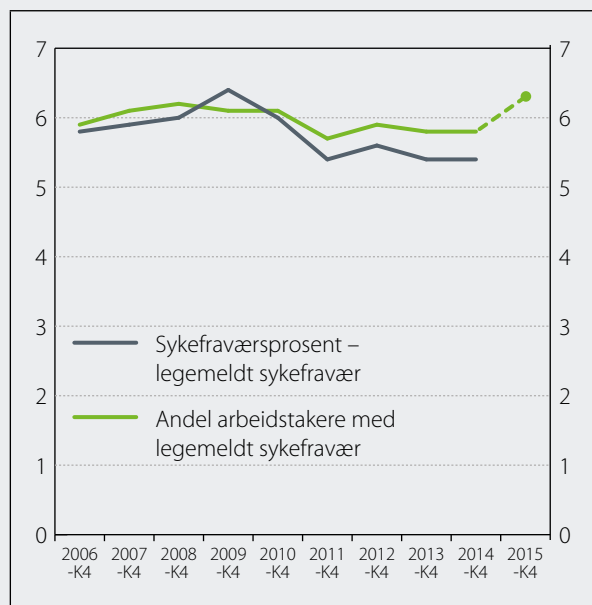
Boks 3 – Metode for å belyse utviklingen i sykefraværet gjennom 2015

Som omtalt i boks 2, må man basere seg på andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær (andelen sykmeldte) i stedet for sykefraværsprosenten for å kunne si noe om utviklingen gjennom 2015. Siden det ikke finnes en sesongjustert serie av andelen sykmeldte som viser den underliggende utviklingen i sykefraværet, er dette gjort på en annen måte. Man har valgt å se på endringen fra 1. til 4. kvartal 2015 jamført med endringen mellom de samme kvartalene i 2014. Gjennom 2014 lå sykefraværsprosenten for det legemeldte fraværet, sesong- og influensajustert, ganske flatt. Sykefraværsprosenten var 5,47 i 1.kvartal og 5,45 i 4.kvartal 2014. Mellom de samme to kvartalene i 2014 var andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær også uendret. Mellom disse to kvartalene i samme år, antas dermed utviklingen andelen med legemeldt sykefravær å vise samme underliggende trendutvikling som det sykefraværsprosenten ville vist.

Som beskrevet i Boks 2, har nytt datagrunnlag gitt høyere nivå tall for andelen sykmeldte i 2015 enn for tidligere år. SSB vurderer at skiftet i nivå i all hovedsak skyldes nytt datagrunnlag, og ikke representerer noen reell endring av betydning. Dette understøttes også av stabilitet i AKU-tallene for sykefraværet, og av stabilitet i antallet sykepengedager pr lønnsstaker pr år (se figur 5.2 i hovedteksten).

Figuren nedenfor viser utviklingen i andelen sykmeldte og sykefraværsprosent (kun legemeldt fravær) i 4. kvartal for årene 2006–2015. I andelen sykmeldte er det et skift oppover på 0,5 prosentpoeng mellom 4.kv. 2014 og 4.kv 2015, som i hovedsak skyldes nytt datagrunnlag.

Legemeldt sykefravær i 4. kvartal for årene 2006–2015. Sykefraværsprosent og andel arbeidstakere med legemeldt fravær.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Når vi ser på utviklingen i andelen sykmeldte etter næring, finner vi imidlertid visse forskjeller som også gjenspeiler seg i variasjoner mellom fylker. Petroleumsrelaterte næringer viser en vekst i andelen sykmeldte gjennom 2015, noe som kan antyde at nedbemanning i disse næringene kan ha gitt økt sykefravær på kort sikt. Forholdet mellom konjunktursvingninger og sykefravær er imidlertid sammensatt – se vedlegg 1 for en omtale. Med petroleumsrelaterte næringer menes foruten selve næringene for utvinning av olje og gass, også andre næringer hvor alle virksomhetene kun produserer varer og tjenester rettet mot olje- og gassutvinning. Det siste vil i hovedsak si enkelte næringsgrupper i industrien⁷.

⁷ De næringsgruppene i industrien som regnes er «Bygging og innredning av plattformer/moduler», «Innrednings- og installasjonsarbeid på borerigger og moduler» og «Drift av forsyningsbaser».

Næringen utvinning av olje og gass, har likevel fortsatt en andel sykemeldte som er lavere enn gjennomsnittet for alle næringer. Dette er en næring der kvinneandelen er lav. For menn ligger andelen sykmeldte i utvinningsnæringen på nivå med gjennomsnittet for menn i alle næringer.

For landet sett under ett utgjorde petroleumsnæringene bare rundt 3 prosent av den samlede sysselsettingen i landet. Oppgangen i sykefraværet i næringen ga derfor bare et marginalt utslag på sykefraværet totalt. Men siden petroleumsnæringene er relativt mye større i noen fylker, påvirker de totaltallet på sykefraværet i disse fylkene. Man ser derfor en vekst i andelen sykemeldte med bosted i Rogaland, Hordaland og Møre og Romsdal. Også for Nordland er det en vekst i sykefraværet

fra 1. til 4.kvartal 2015, men her er det også andre næringer som bidrar til dette.

5.2 Hovedtrekk i utviklingen over tid

I dette kapitlet beskrives hovedtrekkene ved utviklingen i sykefraværet i løpet av IA-perioden.

Sykefraværsprosenten er den bærende størrelsen for delmål 1. Som følge av de endringer i registergrunnlaget som omtales i Boks 2, beskrives derfor utviklingen i IA-perioden fram til og med 2014. Sykefraværet gjennom 2015 er beskrevet gjennom en alternativ størrelse i avsnitt 5.1.

Fraværet er redusert med 11,5 prosent fra 2001 til 2014

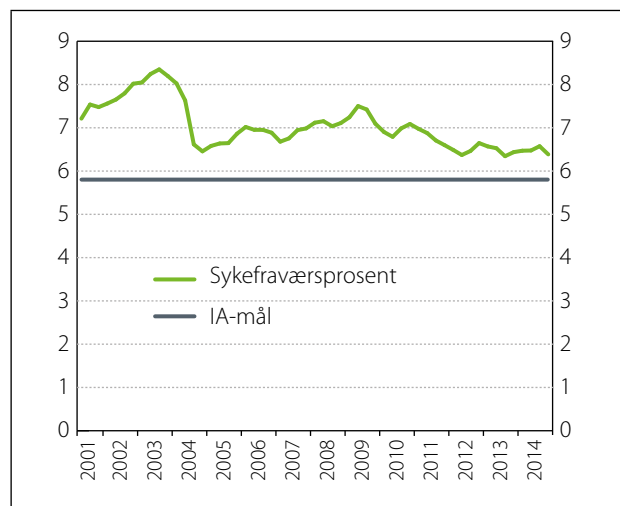
Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. Sammenliknet med 2. kvartal 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har det sesongjusterte sykefraværet falt fra 7,2 prosent til 6,4 prosent i 4. kvartal 2014. Dette er en nedgang på 11,5 prosent.

Figur 5.1 viser at fraværet økte i perioden fra 2001 til 2003, med et påfølgende fall i årene etterpå. Det er flere forhold som kan ha påvirket utviklingen i denne perioden. Endret regelverk knyttet til bedre oppfølging av de sykmeldte og strengere krav for å bli sykmeldt i mer enn åtte uker, samt økt bruk av gradert sykmelding, er kanskje de viktigste årsakene til nedgangen i sykefraværet i perioden (Markussen, 2010)

Hovedbildet de siste årene er at sykefraværet har vært relativt stabilt siden 2005. Det var en midlertidig økning i fraværet i 2009, etterfulgt av en nedgang i de påfølgende årene. For en nærmere omtale av sykefraværet i 2009, se boks 2 i faggruppens rapport 2/2011.⁸ Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget stabilt med noen mindre variasjoner opp og ned.

Figur 5.1 illustrerer at fraværet i perioden 2012–2014 har vært på det laveste nivået i IA-perioden. For å nå målet må den sesongjusterte sykefraværsprosenten ned til 5,8 prosent.

Figur 5.1 Totalt sykefravær og IA-målet. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kvartal 2001– 4. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.1 nedenfor viser utviklingen i sykefraværet fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2014 for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær, samt totalt fravær etter kjønn.

Tabell 5.1 Endring i sykefraværet fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2014. Sesongjusterte tall.

Type fravær	Endring i prosent	Endring i prosentpoeng
Totalt fravær	-11,5	-0,83
Legemeldt fravær	-15,0	-0,96
Egenmeldt fravær	+16,1	+0,13
Totalt fravær, menn	-17,2	-1,03
Totalt fravær, kvinner	-7,0	-0,62

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Siden 2001 er det legemeldte fraværet redusert med 15,0 prosent, mens det egenmeldte fraværet er økt med 16,1 prosent. Økningen i det egenmeldte fraværet er stor målt i prosent, men målt i prosentpoeng er økningen 0,1 – jf. tabell 5.1. Øk-

⁸ Se også Berg m. fl. (2015) og Godøy (2014) for analyser av finanskrisen og sykefraværet i bygge- og anleggsnæringen

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

ningen i det egenmeldte fraværet fant sted i perioden fra 2001 til 2007. At stadig flere arbeidstakere som følge av IA-avtalen fikk utvidet egenmeldingsperiode fra tre til åtte dager i denne perioden kan være en hovedårsak til dette. Det er særlig i næringer dominert av offentlig sektor hvor veksten i denne perioden har vært tydelig. De siste åtte årene har nivået for egenmeldt fravær vært om lag uendret. I store trekk har det egenmeldte fraværet holdt seg rundt 1 prosent i hele IA-perioden, jf. tabell 10.2 i vedlegg 2.

Siden 2001 er menns fravær redusert med 17,2 prosent, mens kvinners fravær er redusert med 7,0 prosent. Under avsnitt 5.3 omtales kjønnsforskjellene nærmere.

Når en vurderer utviklingen over flere år kan en også se på årsgjennomsnitt. For året 2014 var fraværet 6,4 prosent. Dette er det laveste årlige nivå-

et i IA-perioden og tilsvarer en nedgang på 13,7 prosent sammenliknet med 2001. I 2014 var også menns og kvinners sykefravær de laveste i IA-perioden på årsbasis.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad var 82,2 prosent i 4. kvartal 2014. Dette innebærer at omfanget av gradert sykefravær er blant det høyeste siden 2001. Gradert sykefravær omtales nærmere under avsnitt 5.3.

Utviklingen før IA-perioden

Statistikken for sykefraværsprosenten går tilbake til 2. kvartal 2000. Før dette er den beste indikatoren på utviklingen i sykefraværet *antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode⁹ per lønnstaker per år justert for sykepengegrad*. Indikatoren har en høy korrelasjon med sykefraværsprosenten i de årene man har data for begge¹⁰. Indikatoren går tilbake til 1993.

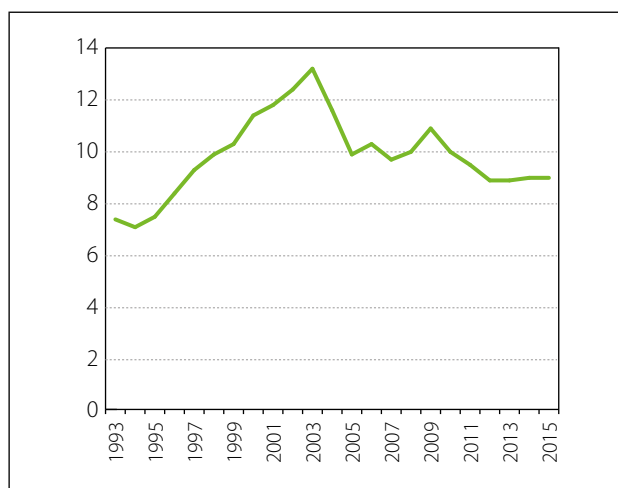
Indikatoren viser en langvarig økning i sykefraværet fra midten av 1990-tallet og fram til 2003, se figur 5.2. Fra bunnivået i 1994 til toppnivået i 2003

Boks 4 – NHO og KS sin sykefraværsstatistikk

NHO, tidligere NAF, har sykefraværsstatistikk for medlemsbedriftene tilbake til 1957. Sykefraværet i NHO-bedriftene var stabilt i perioden 1957–1965, deretter steg det fram til 1970. Ut over 1970-tallet og fram til 1986 var sykefraværet relativt stabilt. Sykefraværet falt så fram til 1994. I perioden fram til 2003 steg sykefraværet igjen, deretter har trenden vært nedadgående. Det høye nivået i 2003 var om lag like høyt som i 1986.

KS har hatt egen sykefraværsstatistikk siden 1990. Denne statistikken viser at sykefraværet i komunesektoren var forholdsvis stabilt fra og med 1990 til og med 1994. Fra og med 1994 steg sykefraværet jevnt til og med 2003. Etter nedgang i 2004 har sykefraværet økt svakt. De siste 10 årene har det legemeldte sykefraværet vært stabilt, mens det egenmeldte sykefraværet har økt. Sykefraværet har økt innenfor arbeidsgiverperioden og avtatt utenfor arbeidsgiverperioden. Den generelle økningen i sykefraværet de siste 10 årene henger sammen med at tjenesteområdene barnehage og helse/pleie/omsorg har økt sin årsverksandel i perioden.

Figur 5.2 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år1. Justert for sykepengegrad. 1993–2015.



¹ Tallene er korrigeret for utvidelsen av arbeidsgiver perioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000

Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

⁹ Dvs. fravær som overstiger 16 dager

¹⁰ Korrelasjonskoeffisienten mellom seriene var 95 prosent fra 2001 til 2014. Ser man på de siste åtte årene, fra 2007 til 2014, var korrelasjonskoeffisienten 97 prosent.

økte indikatoren med 85 prosent. I likhet med sykefraværsprosenten, er det en nedgang i indikatoren etter 2003. Fra 2003 til 2015 falt indikatoren med 32 prosent. De siste fire årene har indikatoren vært om lag uendret, og var i 2015 på 9,0 dager per lønnstaker.

5.3 Ulike dimensjoner ved sykefraværet

Som følge av endringer i registergrunnlaget omtalt i Boks 2, er det så langt ikke mulig å oppdatere de størrelsene som i tidligere års rapporter er benyttet for å beskrive sykefraværet knyttet til kjønn, næringer, fylker, diagnosegrupper, varighet og gradering for 2015. Dette gjelder sykefraværsprosenten, og det gjelder de andre størrelsene som er benyttet fordi også disse framkommer etter kopling mot Aa-registeret og i noen tilfeller også etter justering for stillingsandeler. Nedenfor oppsummeres derfor beskrivelsene fram til og med 2014 fra fjorårets rapport, inkludert en oppdatering av kunnskapsstatus på de områdene der dette foreligger.

Kjønnsforskjeller

Kvinner har høyere sykefravær enn menn for alle aldersgrupper

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. I 4. kvartal 2014 var kvinners fravær 67 prosent høyere enn blant menn (8,2 prosent vs. 4,9 prosent). Disse kjønnsforskjellene er illustrert i figur 10.4 A, B og D i vedlegg 2.

Kjønnsforskjellen gjelder for alle aldersgrupper, men den er størst i aldersgruppene 25–39 år. For disse aldersgruppene er det legemeldte fraværet mer enn dobbelt så høyt for kvinner som for menn, se figur 10.4 B.

Sykefraværet for menn øker gradvis med økende alder, unntatt for den eldste aldersgruppen (65–69 år) hvor sysselsettingen er lav og det er de friskeste i aldersgruppen som fortsetter å arbeide. Kvinners fravær har et noe annerledes aldersmønster. Blant kvinner er det kun de yngste (20–34 år) og de eldste (50–69 år) som følger et tilsvarende stigende mønster som menn. For kvinner

øker fraværet kraftig mellom aldersgruppene 20–24 år og 25–29 år, og når sin nest høyeste verdi for aldersgruppen 30–34 år. Deretter avtar det noe for aldersgruppene 35–39 år og 40–44 år før det igjen stiger.

Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn?

Vanlige forklaringer på kjønnsforskjeller i sykefravær er at de skyldes svangerskapsrelaterte lidelser, andre helseforskjeller, at kvinner lettere oppsøker helsevesenet, at kvinner er utsatt for en dobbel byrde med arbeid og ansvar for barn, og spesielle arbeidsbelastninger i yrker med stor andel kvinner. Almlid-utvalget (NOU 2010:13) gjennomgikk i 2010 kunnskapsstatus for kjønnsforskjeller i sykefraværet. Utvalget konkluderte med at mye av kjønnsforskjellene ikke kunne forklares ut fra tilgjengelig kunnskap og at mye av årsaken til kjønnsforskjellene i sykefraværet var ukjent – se også en nærmere omtale i faggruppens rapport 1/2011.

Almlid-utvalget pekte på svangerskap som en sentral faktor, som likevel bare delvis forklarer kjønnsforskjellene i sykefraværet. Ifølge en ny analyse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet kan nær 40 prosent forskjellen mellom menn og kvinner mellom 20–39 år tilskrives gravides sykefravær (Helde og Nossen, 2016). Ifølge en analyse fra Statistisk sentralbyrå er det indikasjon på at rundt 35 prosent av forskjellen i menn og kvinners legemeldte sykefravær kan tilskrives svangerskapsrelaterte sykdommer (Berge m.fl., 2010). Ifølge en studie fra Frisch-senteret (Markussen og Røgeberg, 2012) av perioden 1993–2005, økte forskjellen i sykefraværet mellom gravide og en kontrollgruppe av ikke-gravide betydelig i løpet av perioden. Basert på deres funn tror de at den økte forskjellen skyldes en kombinasjon av endrede holdninger hos arbeidstakere og/eller leger rundt fravær som ikke er (strengt) medisinsk begrunnet og/eller en økt medikalisering av naturlig variasjon i helse. Også Rieck og Telle (2013) finner at kvinners sykefravær under svangerskap har økt betydelig i perioden 1995–2008.

Etter initiativ fra faggruppen gjennomførte Nasjonalt Folkehelseinstitutt i 2011 et ekspertmøte

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet. En hovedkonklusjon i rapporten fra møtet er at det også i andre land er store kjønnsforskjeller i sykefraværet. Ifølge rapporten finnes det heller ingen sikre forklaringer på hvorfor sykefraværet er høyere blant kvinner enn menn. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre konkluderer rapporten med at «dobbeltarbeidshypotesen» ikke kan avvises, men at mekanismene bak denne ikke er godt nok forstått. For å forstå disse mente forskerne at man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen (Mykletun og Vaage, 2012). I en senere studie finner Rieck og Telle (2013) at sykefraværet for kvinner i årene etter fødsel ikke er høyere enn før fødselen når de kontrollerer for flere åpenbare seleksjonsproblemer. Deres resultater gir dermed liten støtte til «dobbeltarbeidshypotesen». En studie fra Frisch-senteret i 2015 (Hauge m.fl., 2015) viser at menn og kvinner til dels er ulike når det gjelder holdninger, preferanser og normer. Denne studien gir likevel ingen holdepunkter for å si at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes ulike holdninger, normer eller preferanser.

Det er også publisert annen ny forskning på kjønnsforskjeller i sykefraværet etter ekspertmøtet i 2011. Dette er bl.a. forskning som understreker betydningen av det psykososiale arbeidsmiljøet (se bl.a. Sterud, 2014) og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse (se bl.a. Ose m.fl., 2014).

Forskermiljøet står ikke samlet, og det er fortsatt usikkerhet rundt sammenhengen mellom kjønn og sykefravær. En ny kunnskapsoppsummering publisert i forbindelse med Forskningsrådets avslutningskonferanse for programmet «Sykefravær, arbeid og helse» ultimo mai 2016, stadfester også dette (Mastekaasa, 2016).

Kjønnsforskjellene økte fra 2001 til 2012

Mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2014 ble menns totale, sesongjusterte sykefravær redusert med 17,2 prosent, mens kvinners tilsvarende fravær ble redusert med 7,0 prosent.

Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra nær 50 prosent til 67 prosent (fra 2,9 til 3,3 prosentpoeng) i samme tidsrom. Forskjellen økte fra 2001 til 2012, og har deretter vært om lag uendret. Figur 10.4 D i vedlegg 2 illustrerer utviklingen.

Utviklingen i fraværet har variert mye etter alder og kjønn, se figur 10.4 C i vedlegg 2. Likevel var det mellom 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2014 en nedgang i fraværet i alle aldersgrupper, for begge kjønn. Reduksjonen er størst blant de eldste og yngste aldersgruppene. Særlig gjelder dette for menn. Fraværet er redusert minst blant kvinner i alderen fra 30 til 44 år. Det er særlig i denne aldersgruppen at kjønnsforskjellene har økt mest i IA-perioden.

Kjønnsforskjellen varierer betydelig mellom ulike næringer, og i nær halvparten av næringene er forskjellen redusert fra 2001 til 2014. Tabell 10.5 i vedlegg 2 viser utviklingen i kjønnsforskjellen i de ulike næringene i perioden 2001 til 2014.

Faggruppen har ikke sett nærmere på hvorfor kjønnsforskjellen generelt har økt i IA-perioden.

Næringsvise forskjeller

Høyest fravær innen helse og sosiale tjenester

Sykefraværet varierer mye mellom de ulike næringene. Fraværet er lavest innen *informasjon og kommunikasjon* (4,2 prosent i 2014), og høyest innen *helse- og sosialtjenester* (9,2 prosent i 2014). Figur 10.5 i vedlegg 2 viser forskjellene mellom de ulike næringene.

Helse- og sosialtjenester er også den klart største næringen i Norge og dekker bl.a. kommunal pleie- og omsorgssektor, spesialisthelsetjenesten og barnehagesektoren.¹¹ Hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker er sysselsatt innen helse og sosiale tjenester, se

¹¹ Ifølge Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse arbeidsmiljø fra 2013, er de mest vanlige yrkesgruppene innen næringen pleie- og omsorgsarbeider (27 %), sykepleier (15 %) og barnehage-/skoleassistent (13 %). Deretter følger vernepleier/sosialarbeider (7 %), leger o.l. (7 %) og førskolelærere (6 %).

tabell 10.3 i vedlegg 2. Sykefraværet i denne næringen har derfor stor innvirkning på nivået for det samlede sykefraværet. Det er samtidig også store forskjeller mellom de ulike sektorene innenfor næringen.

Hvorfor er det så store forskjeller mellom næringene?

Variasjonene mellom næringene kan skyldes forhold som er spesifikke for næringene og forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken mellom næringene. Eksempler på slike forhold kan være forskjeller i arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå og alders- og kjønns-sammensetning.

Det høye fraværet innen helse- og sosialtjenester kan skyldes både forhold i næringen og kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mer enn 80 prosent av de sysselsatte i næringen er kvinner. Almlid-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren¹², konkluderte med at hovedforklaringen er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenliknet med andre næringer. Utvalgets beregninger viste at dersom samme kjønns-sammensetning legges til grunn i helse- og omsorgssektoren som i alle næringer samlet, ville det legemeldte sykefraværet for 3. kvartal 2009 vært 15 prosent lavere. Selv korrigert for kjønnsforskjeller mellom næringene, er sykefraværet i helse- og omsorgssektoren høyere enn gjennomsnittet for alle næringene, men sektoren ligger ikke lenger høyest blant alle næringene. Tabell 10.4 i vedlegg 2 gir en oversikt.

Almlid-utvalget pekte også på at det er mye som tyder på at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbe-

lastninger. Deskriptive analyser av selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø i 2013¹³, viser at sammenliknet med gjennomsnittet for alle yrkesaktive oppgir både pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere høy eksponering for en rekke psykososiale og mekaniske¹⁴ risikofaktorer i arbeidsmiljøet. Den samme undersøkelsen viser at det samtidig har vært en nedgang i den generelle andelen yrkesaktive som utsettes for mentale og fysiske arbeidsmiljøeksponeringer i løpet av perioden 2001 til 2013. Innenfor denne generelle nedgangen er det imidlertid enkelte utfordringer knyttet til en økende tendens i andelen som utsettes for seksuell trakassering, vold eller trusler om vold. I 2013 oppga nær 5 prosent at de hadde vært utsatt for seksuell trakassering¹⁵ på jobb, og 7,5 prosent oppga at de hadde vært utsatt for vold eller trusler om vold¹⁶ (STAMI, 2015).

Store forskjeller i nedgangen mellom næringer i IA-perioden

Mellom 2001 og 2014 er sykefraværet redusert i alle næringer, men nedgangen varierer sterkt mellom de ulike næringene.

Den største nedgangen har skjedd innen industrien med 26 prosent, overnatting-/serveringsvirksomhet (24 pst), jordbruk/skogbruk/fiske (22 pst), og forretningsmessig tjenesteyting (20 pst). Nedgangen har vært svakest innenfor undervisning, offentlig administrasjon/forsvar/sosialforsikring, helse-/sosialtjenester, og varehandel/reparasjon av motorvogner. Detaljerte tall framkommer i figur 10.1, figur 10.6 og tabell 10.6 i vedlegg 2. Endringene er også nærmere beskrevet i fjorårets rapport.

I store trekk er nedgangen i sykefraværet størst i små næringer (med unntak av industrien), og minst i de største næringer. Så lenge trenden er at

12 Almlid-utvalget (NOU 2010:13) så på helse- og omsorgssektoren, og ikke hele næringen helse- og sosialtjenester som rapporteres samlet i den nasjonale sykefraværstatistikken. Næringen helse- og sosialtjenester inkluderer bl.a. barnehager og barneverntjenester i tillegg til helse- og omsorgssektoren. Dersom sykefraværstatistikken avgrenses til helse- og omsorgssektoren, var det legemeldte sykefraværet for 3. kvartal 2009 på 8,8 prosent. Det vil si at det er om lag det samme som for hele næringen helse- og sosialtjenester.

13 Gjennomført av Statistisk sentralbyrå – se ssb.no

14 Som ubekvemme og tunge løft

15 Definert som at man en gang i måneden eller mer er utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet, kommentarer eller liknende på arbeidsplassen

16 Definert som at man i løpet av det siste året har vært utsatt for vold eller trusler om vold.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

fraværet reduseres minst i de største næringene, er det vanskeligere å få en kraftig reduksjon i fraværet blant alle næringene som helhet.

Hvorfor er nedgangen så ulik mellom næringene?

Faggruppen har i liten grad sett nærmere på hvorfor det er så store forskjeller i reduksjonen i fraværet mellom de ulike næringene i IA-perioden. Ulike tiltak i de enkelte næringene for å redusere sykefraværet kan tenkes å spille inn. For eksempel har partene i industrien – den næringen med sterkest reduksjon siden 2001 – vært aktivt involvert i ulike typer tiltak med reduksjon i sykefraværet som målsetting. Det er imidlertid i liten grad gjennomført effektevalueringer av de ulike tiltakene. Også andre endringer har sannsynligvis bidratt til reduksjonen, knyttet til både teknologisk utvikling og til outsourcing av arbeidsoppgaver og andre strukturelle endringer i industrien.

I det forebyggende sykefraværsarbeidet spiller bedriftshelsetjenesten en vesentlig rolle. I flere næringer har det over tid vært et krav om at virksomheten skal være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste for å ivareta et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Endringer i arbeidsinnhold som følge av ny teknologi kan være en annen forklaring. I flere næringer har manuelle, tunge og rutinepregede arbeidsoppgaver forsvunnet, eller blitt redusert som følge av nye måter å arbeide på. Slike endringer påvirker hva man utsettes for av belastninger i arbeidsmiljøet som igjen vil kunne ha betydning for både helse og sykefravær.

Videre kan forhold som endringer i utdannings- og yrkesfordeling innen de enkelte næringer og tenkes å ha betydning. Personer med lengre utdanning innehar oftere jobber med lavere risiko for sykefravær. Studier viser at forskjeller i arbeidsmiljøeksponering kan forklare en betydelig del, men det er også andre faktorer som bidrar til at personer med lengre utdanning har lavere sykefravær enn personer med kort utdanning (se f.eks. Sterud og Johannessen, 2014). I næringer der sammensetningen av arbeidsstyrken er blitt endret slik at

en større andel har jobber hvor det kreves lengre utdanning, kan derfor fraværet ha blitt redusert.

Strukturelle endringer i sysselsettingen, som for eksempel alderssammensetning og kjønnssammensetningen i næringer, kan også påvirke forskjellene mellom næringene dersom man ser på utviklingen over en lengre periode. Slike endringer kan derfor også påvirke det samlede sykefraværet. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at endringene i alders- og næringsstruktur i liten grad påvirket det samlede sykefraværet i perioden fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009.¹⁷

Fylkesvise forskjeller

Sykefraværet er høyest i de nordligste fylkene

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. De to nordligste fylkene og Østfold hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2014, mens Rogaland og Oslo hadde det laveste fraværet. Forskjellen i det legemeldte sykefraværet mellom fylket med høyest (Finnmark) og lavest sykefravær (Rogaland) var 50 prosent. Figur 10.7 i vedlegg 2 viser forskjellene mellom fylkene.

Det er også stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene i 2014. Oslo hadde den korteste gjennomsnittlige varigheten med 32 dager, mens Aust-Agder hadde de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 56 dager, dvs. en forskjell på rundt 23 dager.

Hvorfor er de fylkesvise forskjellene så store?

Det er en rekke faktorer som kan ha betydning for de store fylkesvise forskjellene. Noen undersøkelser har bl.a. pekt på at ulikt arbeidsmarked og ulikheter i holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe av forskjellene på fylkesnivå. Flere undersøkelser i Norge og Sverige finner indikasjoner på at sykefravær «smitter», i den forstand at kolleger påvirker hverandres sykefravær gjennom sosial interaksjon og normer – se f.eks. Dale-Ohsen m.fl (2011) og NOU

¹⁷ Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

2010:13 (Almlid-utvalget), der det gis det en oppsummering av kunnskap på dette området. Ulik næringsstruktur, sosiodemografiske forhold og utdanningsnivå kan også være faktorer som har betydning for forskjellene i sykefraværet mellom fylkene. Videre kan forskjeller i kultur, normer og innsats når det gjelder sykefravær og administrativ praksis spille en rolle.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har i to analyser sett nærmere på hva som kan forklare de store forskjellene i sykefraværets varighet mellom fylkene (Helde m.fl., 2010 og Helde m.fl., 2011). Disse analysene viser at det er betydelige forskjeller mellom fylkene når det kontrolleres for kjønns- og alderssammensetning og forskjeller i næringsstruktur. Den ene analysen viser også at de fylkesvise forskjellene faktisk blir større når det i tillegg korrigeres for diagnoser. Analysene viste også store fylkesvise forskjeller i graderingspraksis.

Arbeids- og velferdsdirektoratets funn indikerer at det er forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i nivå og varighet for sykefraværet og sykefraværs mønsteret på fylkesnivå. Dette taler for at man bør søke å få klarlagt nærmere om og i hvilken grad en del av forskjellene kan knyttes til hva som skjer i praksisfeltet bl.a. ulikheter i sykmeldingspraksis og NAVs og de andre aktørenes håndtering av stoppunktene i sykefraværsoppfølgingen. I fjorårets rapport omtalte faggruppen to forskningsrapporter om effekter av sykefraværsoppfølgingen knyttet til praksis for håndheving av aktivitetskravet (Hedmarkmodellen) og virkningen av gjennomføring av obligatoriske dialogmøter etter 26 ukers fravær (Kann m.fl., 2014 og Markussen m.fl., 2014). Begge rapportene viser at en tettere oppfølging og en konsekvent praktisering av sykepengeregulverket i oppfølgingsarbeidet gir raskere tilbakevending til arbeid. Se nærmere beskrivelse av disse prosjektene i avsnitt 5.4 og i vedlegg 1.

Siden næringsstrukturen er forskjellig fra fylke til fylke vil dette nødvendigvis ha betydning for det samlede fraværet i fylket, men det gjenstår fort-

satt å forklare hvorfor vi også finner store fylkesvise forskjellene i varigheten innen hver enkelt næring.

Store forskjeller i endringen mellom fylkene i IA-perioden

Det er også store fylkesvise forskjeller i endringen i det legemeldte sykefraværet i IA-perioden. I løpet av IA-perioden har det legemeldte fraværet avtatt mest i Oslo med 28 prosent, Vest-Agder (26 pst) og Hedmark (25 pst), mens reduksjonen har vært minst i Aust-Agder og Nord-Trøndelag¹⁸. Endringene fra 2001 til 2014 ble nærmere beskrevet i fjorårets rapport s. 35. Vi viser også til figur 10.7 i vedlegg 2.

Det er vanskelig å se noe klart mønster i utviklingen i det fylkesvise fraværet, og det er for de fleste fylker ingen klar sammenheng mellom nivået i 2001 og størrelsen på de fylkesvise endringene i perioden fra 2001 til 2014. Faggruppen har ikke sett nærmere på forskjellene i endringene mellom fylkene i IA-perioden. Imidlertid er det bl.a. på bakgrunn av erfaringene fra Hedmarkprosjektet som er omtalt over, blitt iverksatt utprøving i av disse erfaringene i andre fylker. Erfaringene fra dette prosjektet blir evaluert av Proba og Arbeids- og velferdsdirektoratet, jf. omtalen i avsnitt 5.4 under.

Diagnoser

60 prosent av fraværet skyldes muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser

To diagnosegrupper skiller seg ut som de klart største: muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Nær fire av ti sykefraværsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med muskel- og skjelettlidelser, mens nær to av ti sykefraværsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med psykiske lidelser. Til sammen utgjør disse to diagnosegruppene nesten 60 prosent av fraværet. De øvrige diagnosegruppene utgjør hver mellom fire og syv prosent av fraværet. Figur 10.8 i vedlegg 2 viser forholdet mellom diagnosegruppene.

¹⁸ Andre fylker med sterk nedgang i legemeldt fravær var Telemark (22 pst), Oppland (21 pst), Sør-Trøndelag (21 pst) og Nordland (20 pst).

Boks 5 – Om diagnosestatistikken

Diagnosefordelingen kan måles enten i form av *tapte dagsverk* eller antall *sykefraværstilfeller*. Generelt vil diagnoser som vanligvis fører til kortvarig sykefravær (f.eks. sykdommer i luftveiene) utgjøre en større andel av sykefraværstilfellene enn av sykefraværsdagsverkene. Diagnoser som vanligvis fører til lengre sykefravær (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) vil utgjøre en større andel av dagsverkene enn av tilfellene. I rapporten omtaler faggruppen sykefraværsgangsverk. Det er kun for det legemeldte fraværet man har opplysning om diagnoser.

Det er klare kjønnsforskjeller i hvilke sykdommer menn og kvinner blir sykmeldt for. Menn er relativt sett mer sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser enn kvinner. Kvinner er mer sykmeldt for psykiske lidelser enn menn, og det er særlig i kategorien lettere psykiske lidelser at forskjellen er størst.

Økning i psykiske lidelser – nedgang i muskel- og skjelettlidelser

Generelt er diagnosesammensetningen relativt stabil fra ett år til et annet. Likevel har det vært endringer når man ser hele perioden 2001 til 2014 under ett. I denne perioden var det særlig en nedgang i muskel- og skjelettlidelser, mens psykiske lidelser økte. Svangerskapsrelaterte sykdommer og sykdommer i nervesystemet økte også i perioden. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

Nærmere om veksten i psykiske lidelser

I perioden fra 2001 til 2014 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser med nesten 20 prosent. Ifølge en artikkel fra Arbeid og velferd (Brage m.fl., 2012) er det lite som tyder på at denne økningen skyldes endringer i befolkningens psykiske helse. I perioden var det også omfattende endringer i hvilke psykiske lidelser som var angitt som medisinsk årsak til fravær. Det var

en betydelig reduksjon i diagnostiseringen av depressive tilstander, mens diagnosen lettere psykiske lidelser økte med nær 150 prosent. I artikkelen vises det til at den kraftige økningen for lettere psykiske lidelser antakelig skyldes en kombinasjon av at legene har endret kodepraksis og en reell vekst i forekomsten av disse lidelsene. Det pekes også på at det kan se ut som at terskelen for sykmelding ved mer forbigående og mindre alvorlige psykiske plager har blitt senket.

Vi kjenner ikke til årsakene til at psykiske lidelsers andel av sykefraværet har økt jevnt de siste 15–20 årene, mens andelen for muskel- og skjelettlidelser har gått ned. Artikkelen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet peker på at en mulig årsak kan være lavere krav til fysisk yteevne i arbeidslivet og større krav til sosial funksjon. Det er økte krav knyttet til klient- og kundekontakt, og til relasjonell og kommunikativ kompetanse. Videre peker artikkelen på at større åpenhet rundt psykisk sykdom kan være en annen forklaring. Siden økningen er konsentrert om de lettere psykiske lidelsene, og fordi det ikke har vært noen økning i alvorlige psykiske lidelser, peker artikkelen på at dette taler for at alvorlighetsgraden av de psykiske plagene ved sykefravær i snitt ikke har økt.

Varighet

Flest korte fravær, men lange fravær betyr mest for det samlede fraværet

Til sammen var det om lag 1,3 mill. legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2013¹⁹. Mens sykefraværstilfeller på inntil 16 dager sto for 63 prosent av alle påbegynte tilfeller i 2013, utgjorde de kun 14 prosent av sykefraværsgangene²⁰ som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2013. Når man regner i fraværsganger er det altså de lengre tilfellene som veier tyngst, og de vil derfor også ha størst innvirkning på sykefraværsprosenten.

19 I 2015 forelå tall for 2013, siden det var først da alle tilfellene påbegynt i 2013 vil være avsluttet og varigheten kunne måles

20 Varigheten på sykefraværsgangene er regnet i kalenderdager, og dermed ikke justert for stillingsandel eller sykmeldingsgrad.

Boks 6 – Hvordan måles gradert sykefravær?

Det er to alternative måter å måle gradering av sykefraværet på: andel graderte sykefraværstilfeller og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk. Begge disse målene benyttes i statistikk fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Andel graderte sykefraværstilfeller viser hvor stor andel av det ujusterte sykefraværet i ett kvartal som er gradert. Indikatoren tar ikke hensyn til om det er de korte eller lange tilfellene som oftest er graderte. Videre vil denne indikatoren i perioder med for eksempel mye influensa – alt annet likt – vise at andelen graderinger har gått ned siden influensa svært sjelden graderes. Andre svakheter ved metoden er at den ikke fanger opp om det er forskyvninger mellom antall korte og lange tilfeller, hvor lenge de «graderte» tilfellene faktisk er graderte og at sykefraværstilfeller som går over flere kvartaler telles med flere ganger. Siden de lange fraværene ofte er graderte blir nivået på indikatoren overvurdert. Indikatoren sier heller ikke noe om hvilken gradering som blir brukt, kun om fraværet er gradert eller ikke. Et

fravær som er 20 prosent gradert, teller altså like mye som et fravær som er 80 prosent gradert. Denne metoden glatter heller ikke ut sesongvariasjoner siden den er basert på ujusterte serier. Utviklingen i denne indikatoren er vist i figur 10.2 i vedlegg 2.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk er mindre påvirket av de normale svingningene i sykefraværet og endringer i antall sykefraværstilfeller. Den tar også hensyn til hvilken gradering som blir brukt, og indikatoren sesongjusteres. Dette er det beste målet på gradering, og i denne rapporten bruker faggruppen derfor denne indikatoren for å belyse gradering. Et nivå på 100 betyr at ingenting av fraværet er gradert, mens et nivå på 50 innebærer at alt fravær i gjennomsnitt er gradert med 50 prosent, altså: jo lavere, jo mer gradering.

Graderingen blir tatt hensyn til i sykefraværsprosenten. Dersom man er 40 prosent sykmeldt i ti dager, så regnes det eksempelvis som om man er syk i fire dager.

Til sammen ble 83 prosent av alle tilfellene avsluttet innen åtte uker, dvs. tidspunktet hvor aktivitetskravet slår inn (se avsnitt 5.5). Videre var det seks prosent av alle tilfellene som varte mer enn seks måneder, dvs. ved tidspunktet hvor dialogmøte 2 senest skal avholdes. Disse utgjorde 44 prosent av sykefraværslengdene.

Vi viser til figur 10.9 i vedlegg 2 for en nærmere fordeling av andelen av tilfeller og fraværstid på ulike sykefraværslengder.

Varigheten er redusert i IA-perioden

Totalt var det en nedgang på 3,5 prosent i antall legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2013 sammenliknet med 2001. Antall sykefraværstid ble redusert med 5,5 prosent.

Fleire forhold påvirker dette. Gitt uendret fraværslengde, er det normale at antallet legemeldte sykefraværstilfeller øker over tid som følge av økt sysselsetting og dermed økning i antall avtalte dagsverk. I motsatt retning trekker utvidelsen av

egenmeldingsperioden for IA-virksomheter som påvirker varighetsgruppen 1–16 dager. Andelen av tilfellene for varighetsgruppen for 1–16 dager har blitt redusert som følge av dette.

Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2013, var det en nedgang i antall legemeldte sykefraværstilfeller på 19 prosent. Tilsvarende nedgang for sykefraværstid var 21 prosent²¹. Alle varigheter ble redusert både for antall tilfeller og for antall fraværstid i perioden. For antall sykefraværstilfeller var den sterkeste reduksjonen for varighet under åtte uker og over 26 uker. For sykefraværstid var det varighet under åtte uker som ble redusert mest.

²¹ Denne nedgangen i tilfeller og fraværstid er større enn nedgangen i sykefraværsprosenten. Dette skyldes at disse størrelsene måler ulike forhold – tilfeller og fraværstid er andre størrelser enn sykmeldingsprosentens (tapte dagsverk vs avtalte dagsverk) – jf Boks 2.

Gradert sykefravær

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen. Et av forslagene fra den regjeringsoppnevnte faglige ekspertgruppen som i 2009–2010 vurderte mulige administrative tiltak som kunne redusere sykefraværet var å bidra til økt bruk av gradert sykmelding.²² Forslaget ble begrunnet med at det bl.a. vil virke forebyggende mot varig utstøting fra arbeidslivet. Mulige effekter av bruk av gradert sykmelding er omtalt i faggruppens rapport fra 2012.

Økning i gradering sykefravær i løpet av IA-perioden

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad pr tapte dagsverk er redusert fra 87,6 i 2. kvartal 2001 til 82,2 i 4. kvartal 2014. Dette tilsvarer en nedgang på 6,4 prosent. Nivået for 4. kvartal 2014 var det nest laveste i hele IA-perioden. Dersom man ser på tall for hele året, har omfanget av gradering ligget stabilt på det høyeste nivået i IA-perioden siden 2012. Utviklingen til og med 2014 er illustrert i figur 5.9 i vedlegg 2.

Hva kjennetegner de med gradert sykefravær?

Både Arbeids- og velferdsdirektoratet (Brage m.fl., 2011) og Sintef (Ose m.fl., 2012) har foretatt brede gjennomganger av bruk av gradert sykefravær. Funnene fra disse analysene er gjengitt i faggruppens rapport 2/2011 og i faggruppens rapport fra 2012. I korte trekk viser disse gjennomgangene at omfanget av gradering øker med lengden av sykefraværet, og at det er størst omfang av gradering blant kvinner, blant gravide, blant høyt utdannede og blant ansatte i offentlig sektor. Bruken av gradering kan også avhenge av yrke – i noen tilfeller vil det være vanskelig forenelig med arbeidssituasjonen, for eksempel for piloter og arbeidstakere i Nordsjøen.

5.4 Effekter av oppfølging i sykmeldingsperioden

Det foreligger lite forskning om effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen. I 2013 ble det avholdt et forskermøte som bl.a. skulle oppsummere kun-

skap på feltet i Norge og internasjonalt. Oppsummeringer og konklusjonene fra møtet er omtalt i faggruppens rapport 2012 og 2013, samt i vedlegg 1. Etter dette ble det publisert to rapporter om effekter av oppfølging av sykmeldte Markussen m.fl. (2014) og Kann m.fl. (2014).

I førstnevnte rapport er det gjort en effektanalyse av det såkalte dialogmøte 2 som NAV gjennomfører med den sykmeldte og arbeidsgiver etter et halvt års sykmeldingsperiode. Den andre er en effektanalyse av Hedmarksprosjektet hvor det er satt i verk tiltak for å håndheve det såkalte aktivitetskravet etter åtte ukers sykmelding. Et viktig tiltak var å sikre systematisk faglig støtte til NAVs saksbehandlere fra rådgivende leger, psykologer og kompetanseveiledere i enkeltsaker. I tillegg ble det iverksatt ulike informasjonstiltak og klare rutiner overfor leger, arbeidsgivere og befolkningen om NAVs forsterkede håndheving av aktivitetskravet. Erfaringene fra Hedmark ble også fulgt opp i en rapport om hvordan innføringen av systematisk faglig støtte også har virket inn på innvilgelse av søknader om AAP (Kann m. fl. 2015).

Disse forskningsprosjektene viste at tettere oppfølging og mer konsekvent praktisering av lovkravene fører til at flere raskere vender tilbake til arbeid. I tillegg ble tilgangen til arbeidsavklaringspenger klart redusert. Omtalen av disse prosjektene ble gitt en bredere omtale i fjorårets rapport som er gjengitt i vedlegg 1.

Muligheten for å avdekke disse kausale sammenhengene mellom oppfølgingsaktivitetene og sykefraværsutviklingen skyldes at Arbeids- og velferdsetatens oppfølgingspraksis varierer mellom ulike områder og kontor. Etter faggruppens vurdering viser disse analysene viktigheten av at kunnskap om ulikheter i prioriteringer og innretning av tjenesteproduksjonen samt innføring av forsøk og nye tiltak blir fulgt opp gjennom effektanalyser for å kunne bygge opp nødvendig evidensbasert kunnskap om hvordan IA-virkemidlene kan utvikles.

²² Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

På bakgrunn av erfaringene fra disse prosjektene iverksatte Arbeids- og velferdsdirektoratet kompetansetiltak og implementeringsaktiviteter for at rutinene fra Hedmark kunne benyttes i andre deler av landet. Det er også gitt forsterkede styringssignaler om at dialogmøte 2 skulle gjennomføres innen 26 uker eller på et tidligere tidspunkt i sykefraværet.

I tillegg er det iverksatt nye analyser og evalueringsaktiviteter for å dra nytte av erfaringene fra disse prosjektene i den videre tjenesteutviklingen på dette området.

Virkingen av aktivitetskrav og bruk av midlertidig stans av sykepengene

I en analyse i Nossen, Brage (2015) om aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepengene har Arbeids- og velferdsdirektoratet forsøkt å belyse hvilke elementer i NAVs sykefraværsoppfølging som har vært avgjørende for nedgangen i sykefraværet i Hedmark.

NAV har siden innføring av aktivitetskravet hatt en rutine for å stanse sykepengene når aktivitetskravet ikke er oppfylt etter åtte ukers sykefravær. Det sendes da ut et brev med melding om at sykepengene er midlertidig stanset. Ved å koble opplysninger om bruk av varsel med forløpet av fraværet for de sykmeldte finner ikke direktoratet noen sammenheng mellom bruk av midlertidig stans og varigheten på sykefraværet.

Det var blant de som fikk unntak fra aktivitetskravet ved 8 uker nedgangen var sterkest, men dette kan forklares med at mange sykmeldte med utsikter til snarlig friskmelding ble gitt unntak. Når det tas hensyn til dette finner direktoratet at midlertidig stans fører til noe raskere friskmelding i tiden omkring dialogmøte 2 og like før sykepengerettighetene utløper, men at dette ikke er nok til å forklare den markante nedgangen i sykefraværet i Hedmark etter tiltakene. Det vises imidlertid til at kjennskapen til at sykepengene kan bli stanset derimot kan virke motiverende på både arbeidstaker og arbeidsgiver for å finne mer aktive løsninger.

Analysen tyder på at hovedforklaringen på nedgangen i sykefraværet i Hedmark i forsøksperioden er den samlede satsingen på å styrke sykefraværsoppfølgingen, bl.a. med bruk av faglig støtte fra leger, psykologer og kompetanseveiledere som bistår veilederne med en systematisk gjennomgang av mulighetene for aktivitet for alle som er sykmeldt i mer enn åtte uker. Dette har gjort at NAV-kontorene i Hedmark har fått bedre kunnskap om de langtids sykmeldte, og dermed bidratt til bedre kvalitet på oppfølgingen i det videre sykefraværsforløpet.

Prosjektet: «Tettere oppfølging av sykmeldte – Hedmarksmodellen»

For å få mer systematisk innsikt i erfaringer og resultater fra Hedmarks sykefraværssatsing, ga oppfølgingsgruppen for IA-avtalen kunnskapsmidler til en forskningsbasert evaluering av modellens overføringsverdi gjennom prosjektet «Tettere oppfølging av sykmeldte – Hedmarksmodellen». Prosjektet gjennomfører en systematisk implementering av modellen i tre andre fylker (Rogaland, Aust-Agder og Buskerud). Her behandles enkeltsaker etter Hedmarksmodellen i perioden 1. september 2015 – 1. september 2016. Formålet er å teste ut Hedmarksmodellen i flere fylker, for å se om en kan gjenskape resultatene fra Hedmark og høste erfaringer som bidrar til etatens tjenesteutvikling.

Proba samfunnsanalyse har oppdraget med å gjennomføre den kvalitative følgeevalueringen av prosjektet, mens Arbeids- og velferdsdirektoratet selv gjennomfører en analyse av kvantitative data ved avslutning av prosjektet basert på NAVs registerdata. Sluttrapport skal foreligge ved utløpet av 2016.

Det foreligger foreløpig en underveisrapport av Proba (mars, 2016) som omhandler implementeringsfasen. Behandlingen av enkeltsaker innenfor forsøket startet 1. september. Erfaringsgrunnlag og tallmateriale er derfor foreløpig forholdsvis begrenset.

Rapporten viser at det er få ulikheter mellom de tre fylkene når det gjelder implementering av mo-

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

dellen, og NAVs respondenter er generelt positive til modellen. De peker på at systematisk bruk av faglig støtte gjennom såkalte saksdrøftingsverksteder er en god arena for drøfting av enkeltsaker og bidrar til å styrke veiledernes kompetanse på dette tjenesteområdet. Proba ser imidlertid at forankringen blant eksterne aktører kunne vært bedre og peker på at Legeforeningen og arbeidslivets parter i den sentrale referansegruppen for evalueringen er betydelig mer kritiske til modellen og forsøket enn informantene fra fylkene, dvs. NAVs medarbeidere, leger, og arbeidsgivere. Hvordan de sykmeldte har opplevd NAVs håndtering av 8-ukerskravet er det for tidlig å svare på.

Rapporten reiser spørsmål om en innskjerping av aktivitetskravet kan være belastende for personer

som er i en vanskelig situasjon fysisk, psykisk og/eller økonomisk kan slå uheldig ut for en del grupper. «Vi har blitt fortalt om eksempler på enkeltsaker der noen mener at veileder har gått for langt i å stille krav eller viser dårlig skjønnsutøvelse i forbindelse med håndheving av aktivitetskravet ved 8 uker.»

Rapporten anbefaler også at det vurderes å iverksette en del tiltak som kan gi bedre informasjonsutveksling og dialog til alle involverte parter som tydeliggjør aktørenes roller og ansvar i sykmeldingsperioden. Det er også foreslått tiltak for å endre rutiner i forbindelse bruk av varsling og stans av sykepengene med sikte på å begrense bruk av midlertidig avstengning blant de som følger opp sine forpliktelser etter at varsling er gitt.

Boks 7 – Utviklingstiltak innenfor IA-avtalen

IA-avtalen legger opp til en mer kunnskapsbasert utvikling av virkemidler for et mer inkluderende arbeidsliv. I den forbindelse gjennomfører NAV flere utviklingstiltak i samarbeid med forskningsmiljøer for å effektivisere og styrke kvaliteten på oppfølgingsarbeidet. Innenfor sykefraværsområdet gjelder dette følgende tiltak:

- «*Sykmeldt i jobb*»
I forsøket gis den sykmeldte og arbeidsgiver anledning til å vurdere tilrettelegging for nye oppgaver og aktivitet til tross for sykdom, uten at det stilles produktivitetskrav innfor en 14-dagersperiode. Forsøket evalueres av AFI i løpet av 2017.
- «*Arbeidsutprøving hos egen arbeidsgiver etter utløp av sykmeldingsperioden*»
Prosjektet skal prøve ut en ordning hvor arbeidstaker og arbeidsgiver innenfor en periode på 8 uker skal prøve ut tilrettelegging for nye arbeidsoppgaver for ansatte på arbeidsavklaringspenger. Prosjektet er i designfasen og skal evalueres av Oslo Economics i løpet av 2018.
- «*1234 –prosjektet*»
Forsøket prøver ut en enkel metode for formidling av informasjon fra leger til NAV og arbeidsgiver om hvordan de bør følge opp den sykmeldte.

Prosjektet skal evalueres av Nordlandsforskning i løpet av 2017.

- «*Egenmelding 365*»
Forsøket prøver ut bruk av en utvidet egenmeldingsperiode kombinert med tettere oppfølging. Prosjektet evalueres av Proba Samfunnsanalyse og Arbeidsforskningsinstituttet i løpet av høsten 2016.
- «*Tettere oppfølging av sykmeldte – Hedmarksmodellen*»
Vi viser til omtale i hovedteksten.

I tillegg har regjeringen med utgangspunkt i politisk plattform bedt NAV om å gjennomføre et forsøksprosjekt med:

- «*Ny legemelding ved 6 måneders sykmelding*»
Formålet med forsøket er å få mer kunnskap om hvilke effekter en ny medisinskurdering etter 6 måneders sykmelding kan ha. Prosjektet evalueres av Uni Research i løpet av 2017.

NAV gjennomfører også flere IKT-relaterte utviklingstiltak som vil bidra til effektivisering, men også påvirke innretningen av arbeidsprosessene i sykefraværsoppfølgingen.

Arbeids- og velferdsdirektoratet er innstilt på å følge opp de utfordringer og forslag som er kommet i underveisrapporten fra Proba, og uttaler at direktoratet vil involvere organisasjonene i hvordan sykefraværsoppfølgingen og aktivitetskravet skal utvikles på landsbasis uavhengig av prosjektet.

Etter faggruppens vurdering viser erfaringene så langt i prosjektet, at det er behov for å foreta justeringer i arbeidsprosessene og modellen for praktisering aktivitetskravet. Gruppen ser positivt på at organisasjonene blir involvert i dette arbeidet. En endelig vurdering av hvordan aktivitetskravet bør praktiseres, bør gjøres når sluttrapportene fra Proba og NAV foreligger. Faggruppen viser også til at det gjennomføres en rekke andre utviklingsprosjekter innenfor IA-avtalen (se omtale i Boks 7). Faggruppen peker på at det vil være behov for å gjøre en samlet oppsummering av erfaringene fra alle prosjektene når de fleste av disse avsluttes i 2017.

5.5 Arbeidsmiljø og sykefravær

Sykefravær og avgang fra jobb grunnet helseproblemer er sammensatt, og påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Sykdom, skade, funksjonsnedsettelse og helseplager påvirker åpenbart arbeidsevnen og muligheten til å være i jobb. Sykefravær vil i mange tilfeller også avhenge av arbeidsplassen, hvilke arbeidsoppgaver den yrkesaktive utfører og tilrettelegging i arbeidet.

I 2014 utgjorde muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser 60 prosent av det legemeldte fraværet. Disse diagnosegruppene utgjør ofte langvarige sykefravær. Basert på data fra levekårsundersøkelsen arbeidsmiljø (LKU) i 2013, oppgir om lag 16 prosent av de yrkesaktive at de har hatt minst ett legemeldt sykefravær på 14 dager eller mer det siste året. Blant disse rapporterer om lag 37 prosent at fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben (STAMI, 2015). Dette er noe lavere enn de nivåene som framkom av LKU 2009 (hhv 17,5 prosent og 37 prosent) og av LKU 2006 (hhv 18 prosent og 42 prosent).

Med utgangspunkt i et vesentlig lavere estimat på arbeidsrelatert sykefravær på 20 prosent av langtids legemeldt sykefravær, anslår Sintef (Hem m.fl., 2016) et samlet produksjonstap på om lag 8 milliarder kroner pr år i landbasert virksomhet.

En rekke studier dokumenterer at flere mekaniske (ergonomiske) og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet har betydning for muskel- og skjelett og psykiske helseplager. Det er imidlertid ikke enkelt å anslå hvor stor andel av sykefraværet, eller avgang fra jobb som skyldes arbeidsmiljøforhold, bl.a. fordi det fortsatt finnes få undersøkelser som omhandler dette. Tre nyere studier fra STAMI av hele yrkespopulasjonen har sett på betydningen av selvrapportert mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for legemeldt sykefravær og selvrapportert avgang fra jobb grunnet helseproblemer:

I den første studien (Sterud, 2013a) fant man at om lag 25 prosent av tilfellene med høyt sykefraværnivå i løpet av ett år kunne forklares av mekanisk arbeidsmiljøeksponering. Høyt sykefraværnivå defineres i studiene som legemeldt sykefravær 40 dager eller mer. Yrkesaktive med høy eksponering for ubekvemme løft eller arbeid i framoverbøyd stilling hadde dobbelt så høy risiko for sykefravær sammenliknet med yrkesaktive med lav eksponering. Risikoen var mellom 30–80 prosent høyere blant dem som mesteparten av tiden rapporterte om stående arbeid, knestående arbeid, hånd-/ arm-repetisjon, og arbeid med bøyd nakke, sammenliknet med dem som i liten grad ble eksponert for dette. STAMIs publikasjon «Faktabok om arbeidsmiljø og helse» fra 2011 og 2015 viser generelt en avtagende tendens i andelen arbeidstakere med høy grad av eksponering for ulike typer mekaniske arbeidsmiljøbelastninger. For menn har f.eks andelen som har repeterende armbevegelser i minst 1/4 av arbeidsdagen sunket fra 45 til 39 prosent. Tilsvarende andelen for gjentatte løft over skulderhøyde har sunket fra 17 til 13 prosent, for arbeid på huk eller kne har andelen sunket fra 19 til 15 prosent.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

I den andre studien (Aagestad m.fl., 2014), ble det beregnet at om lag 15 prosent av tilfellene med høyt sykefravær i løpet av ett år kunne forklares av utsatthet for psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet. De viktigste risikofaktorene var rollekonflikt, lite støttende lederskap og høy grad av eksponering for emosjonelle krav. Risikoen for høyt sykefravær var mellom 30–60 prosent høyere blant dem som var høyt eksponert sammenliknet med de som var lavest eksponert for disse tre faktorene.

Den tredje studien (Sterud, 2013b) anslår at mekaniske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet hadde en betydning for nærmere 45 prosent av dem som sluttet å jobbe pga. egne helseproblemer eller sykdom (arbeidsuførhet) i løpet av treårsperioden fra 2006 til 2009.

For en nærmere omtale av arbeidsmiljø og sykefravær, se Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI, 2015).

5.6 Antall som går ut sykmeldingsperioden årlig

Sykepengesaker kan mottas i tolv måneder sammenhengende. I perioden 2001 til 2004 gikk årlig om lag 52 000 arbeidstakere ut hele sykepengeperioden. I perioden etter 2004 ble dette antallet kraftig redusert, men steg fra 41 000 til 47 000 i 2010. De fem siste årene er antall arbeidstakere som går ut sykepengeperioden igjen redusert til et stabilt jevnt nivå rundt 40 000, som var også antallet som i 2015 gikk ut perioden.

Hvis vi ser på andelen arbeidstakere som mottok sykepenger som gikk ut sykepengeperioden i løpet av året, har denne andelen også avtatt i perioden. I perioden før 2004 lå denne andelen på om lag 13–14 prosent, mens den de siste årene er redusert til om lag 10 prosent.

5.7 Måloppnåelse

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i for-

hold til 2. kvartal 2001. Som følge av endringer i registergrunnlaget omtalt i Boks 2, har det ikke vært mulig å beregne sykefraværsprosenten i 2015. Utviklingen i den alternative målestørrelsen for sykefravær i 2015 – andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær – indikerer imidlertid at det samlede sykefraværet gjennom 2015 ligger på om lag samme nivå som i 2014. Det har imidlertid vært en viss økning i andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær i petroleumsrelaterte næringer i løpet av 2015. Dette viser seg også i noe vekst i denne andelen sykmeldte i fylker der innslaget av slike næringer er størst. Utslaget av dette er imidlertid marginalt på nasjonalt nivå.

De sesongjusterte tallene viser at fraværet i 4. kvartal 2014 var 11,5 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget stabilt, med noen mindre variasjoner opp og ned.

Fra 2001 til 2014 har det vært en nedgang i sykefraværet for begge kjønn og for alle aldersgrupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen svært ujevnt fordelt. Den har vært langt sterkere for menn enn for kvinner. Videre er fraværet redusert mest for de yngste og de eldste aldersgruppene.

Det er også store variasjoner mellom næringer og fylker i perioden. Bortsett fra industrien, med størst nedgang av alle næringer, er det i store trekk små næringer som har hatt den største nedgangen i fraværet, mens de største næringene har hatt minst nedgang, herunder helse/sosialtjenester og varehandel. Blant fylkene har fraværet i IA-perioden avtatt mest i Oslo, Vest-Agder og Hedmark. I Aust-Agder og Nord-Trøndelag er fraværet redusert minst.

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen. Siden 2001 har graderingen økt. Økningen i graderingen har flatet ut etter 2012, og omfanget av gradering har ligget stabilt på det høyeste nivået i IA-perioden de siste tre årene.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Delmål 2 i IA-avtalen er å hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne. Dette omfatter både å hindre frafall av personer med redusert funksjonsevne som er i arbeid, samt å få flere som står utenfor arbeidslivet i eller tilbake i jobb.

Ved vurdering av status og utvikling av dette delmålet retter faggruppen oppmerksomheten mot utviklingen i andelen sysselsatte blant de som oppgir å være funksjonshemmet i AKUs årlige tilleggsundersøkelse. Denne indikatoren legger til grunn en relasjonell forståelse av begrepet nedsatt funksjonsevne, dvs. at den enkelte helseutfordringer og funksjonshemming ses i forhold til de barrierer og begrensninger som skapes av omgivelsene og samfunnets krav.

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjorde 43 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder i 2015, mot 74 prosent for befolkningen i alt. Undersøkelsen viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg nokså stabil fra undersøkelsen ble etablert i 2006 og fram til i dag (2015). Det har kun skjedd små endringer over tid og disse ligger innenfor feilmarginen.

Andelen unge i alderen 18–29 år øker både blant AAP-mottakere og uføretrygdede. Sett på bakgrunn av IA-avtalens klare vektlegging av at ungdomsgruppen skal prioriteres innenfor dette delmålet, er det viktig å ha høy oppmerksomhet på denne målgruppen i tiden framover.

6.1 Indikatorer for delmål 2

Faggruppen har i sine tidligere rapporter påpekt at det er knyttet store utfordringer til vurdering av status og måloppnåelse for delmål 2. Den har bl.a.

pekt på at begrepet nedsatt funksjonsevne ikke har motsvar i en presis og entydig definisjon som kan identifiseres gjennom statistikk basert på tilgjengelige registre eller eksisterende spørreundersøkelser.

I IA-avtalen (2014–2018) understrekes viktigheten av å utvikle gode indikatorer for delmål 2 for å få et bedre grunnlag for å vurdere situasjon og måloppnåelse på et område hvor det i dag er vanskelig å trekke konklusjoner. Partene i IA-avtalen ba derfor departementet om å iverksette en ekstern utredning med forslag om bedre måter å måle utviklingen innenfor dette delmålet. Etter en offentlig utlysning gikk oppdraget til Fafo som leverte rapporten «Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne. Kartlegging av måloppnåelse», (Bråthen og Svalund 2015).

Operasjonalisering av målgruppen gjennom tilgjengelig statistikk

Rapporten argumenterer for å bruke Statistisk sentralbyrås (SSBs) tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) rettet mot personer som har en funksjonshemming som hovedkilde for indikatorer for delmål 2. Fafo begrunner dette med at indikatorer basert på spørreundersøkelser (i motsetning til indikatorer basert på registerdata), er det som best fanger opp gruppen personer med nedsatt funksjonsevne som helhet. For det første vil ikke NAVs administrative registre fange opp hele gruppen med nedsatt funksjonsevne, men bare de som mottar en eller flere ytelser eller som står utenfor arbeidsmarkedet av sosiale årsaker, kriminell bakgrunn, m.v. Det vil si at de med nedsatt funksjonsevne som er i arbeid, i liten grad kommer med. I tillegg vil man gjennom spørreundersøkelser ha muligheter for å formulere spørsmål for å fange opp den populasjonen man ønsker.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Fafo peker på at begrepet nedsatt funksjonsevne gjerne knyttes til begrepet «funksjonshemmede», som begge er sosialt konstruerte kategorier uten en entydig statistisk avgrensning. Tradisjonelt har funksjonshemming vært forstått som en egenkap ved individene gjerne knyttet til en medisinsk forståelse, hvor funksjonshemmingen er en konsekvens av sykdom, lyte eller andre biologiske avvik som gjør at den enkelte ikke kan jobbe på samme måte som de som ikke har sykdommen eller avviket. Både i Norge og internasjonalt er denne forståelsen av begrepet blitt utfordret av en tilnærming som fokuserer på barrierer og begrensninger for den funksjonshemmedes utfoldelse, skapt av omgivelsene.

I Norge innførte Manneråk-utvalget (NOU 2001:22) den såkalte «gap-modellen» som forsøker å bygge bro over de to perspektivene der funksjonshemming oppstår som følge av gapet mellom den enkeltes helseutfordringer og omgivelsenes/samfunnets krav. Dette synet ble seinere fulgt opp i St.meld. 40 (2002–2003), og i dag er det generell enighet om at denne relasjonelle forståelsen av begrepet bør benyttes. Denne definisjonen ivaretas best av spørreundersøkelser, bl.a. AKU hvor den enkelte blir spurt om eventuelle helseproblemer gir begrensninger i det daglige liv. Fafo peker også på at AKU gir viktige opplysninger om arbeid, sysselsetting; den har også mange respondenter og høy svarprosent. Som utvalgsundersøkelse har imidlertid AKU begrensninger når det gjelder å splitte opp statistikken for å analysere undergrupper. Fafo foreslår derfor at tilleggsundersøkelsen om funksjonshemmede i AKU bør suppleres med analyser basert på registerdata. Fafo foreslår også at analysene basert på registerdata bør konsentreres rundt mottakere av ytelsene arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd, som er de to velferdsytelsene som er mest knyttet til personer med nedsatt funksjonsevne. Analysene bør særlig fokusere på overganger mellom sysselsetting og disse ordningene (både inn- og utstrømming).

I årets vurdering av delmål 2 har faggruppen for første gang lagt opp analysen, så langt det har vært mulig, etter anbefalingene i FAFOs rapport. På grunn av innføringen av A-ordningen med brudd i tidsutviklingen samt datakvalitetsproblemer knyttet til midlertidige arbeidsforhold, er analysen av tilgang og avgang fra stønadene (AAP og uføretrygd) avgrenset til 2014-data. Denne analysen er i hovedsak knyttet til utviklingstrekk som kan belyse endringer i situasjonen for målgruppen innenfor dette delmålet.

Det er i liten grad gjennomført evalueringer knyttet til bruk av IA-virkemidler overfor målgruppen. I 2015 ble det imidlertid gjennomført en analyse av arbeidslivsentrenes bidrag til måloppnåelse innenfor delmål 2 og 3 i IA-avtalen. Denne ble gjennomført av NTNU og Trøndelagsforskning og er oppsummert i vedlegg 3. Resultatene knyttet til delmål 2 er også presentert i Boks 9 på side 56.

6.2 Sysselsettingsutviklingen for funksjonshemmede

Sammenlignet med befolkningen ellers, har funksjonshemmede langt større sannsynlighet for å være utenfor arbeidsstyrken. Både sysselsettingen og arbeidsledigheten i gruppen er lav, og har holdt seg relativt stabilt over tid. Arbeidsmarkeds-tilknytningen blant funksjonshemmede er basert på SSBs tilleggsundersøkelse i AKU. Undersøkelsen har vært gjennomført årlig siden 2006. Resultatene som rapporteres må vurderes ut fra at undersøkelsen har nokså stor utvalgsusikkerhet.

Nær 17 prosent av befolkningen (15–66 år) oppga å ha en funksjonshemming i 2. kvartal 2015. Totalt sett innebærer dette at 585 000 personer i den aktuelle aldersgruppen mener de har en funksjonshemming. Andelen funksjonshemmede har ikke vist signifikante endringer over tid. Det er noen flere kvinner (19 prosent) enn menn (15 prosent) som oppgir at de har en funksjonshemming. Andelen funksjonshemmede øker med alderen.

Boks 8 – SSBs statistikk over funksjonshemmede

SSBs definisjon av funksjonshemming framgår av det innledende spørsmålet i tilleggsundersøkelsen til AKU om funksjonshemming: «Med funksjonshemming menes fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være sterkt nedsatt syn eller hørsel, lese- og skrivevansker, bevegelsehemming, psykiske lidelser eller annet. Har du etter din mening en funksjonshemming?» Tallene fra undersøkelsen er dermed subjektive vurderinger fra den enkelte om eventuell funksjonshemming. Tallene gir et bilde av hvor mange som anser at de har en funksjonshem-

ming, og suppleres med spørsmål om de mottar en eller flere ytelser som følge av funksjonshemmingen.

Selv om funksjonshemmingen skal være av varig karakter er det betydelige overganger til og fra statusen funksjonshemmet. Nærmere 40 prosent av de som oppgir å være funksjonshemmet i ett kvartal, oppgir at de ikke oppfatter seg som funksjonshemmet over tid. Se avsnitt senere i kapitlet med omtale av alternativ definisjon av funksjonshemmede fra AKUs tilleggsundersøkelse.

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer på arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer på arbeidsavklaringspenger omfatter personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har nedsatt arbeidsevne med minst 50 prosent. Personen må samtidig være under aktiv behandling og/eller delta på et arbeidsrettet tiltak eller være under oppfølging av NAV etter at behandling og tiltak er forsøkt.

Personer som ikke oppfyller det medisinske kravet om 50 prosent redusert arbeidsevne, men som anses å ha behov for spesiell tilrettelagt

arbeidsrettet bistand kan fortsatt anses å ha nedsatt arbeidsevne uten å motta arbeidsavklaringsavklaringspenger.

Uføretrygd

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer på uføretrygd omfatter personer som har fått sin arbeidsevne varig nedsatt i hovedsak på grunn av sykdom, skade eller lyte.

Begge ytelsene gjelder personer i alderen 18–67 år som har vært medlem av folketrygden i minst tre år.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede

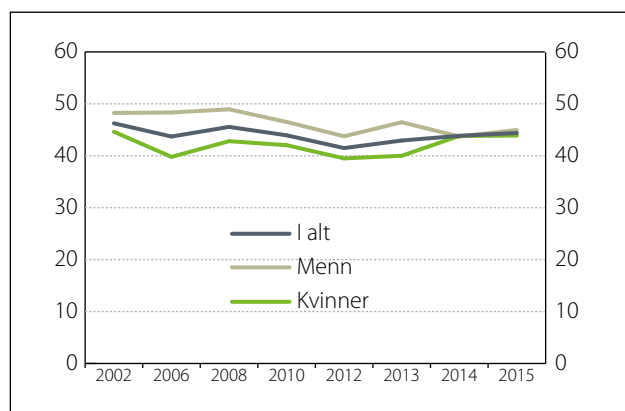
Sysselsettingen blant funksjonshemmede er langt lavere enn i befolkningen i alt. Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør i 43 prosent av befolkningen 15–66 år i 2015, mot 74 prosent for befolkningen i alt. Undersøkelsen viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg nokså stabil fra denne undersøkelsen ble etablert i 2006 og fram til i dag (2015). Det har

kun skjedd små endringer over tid og disse ligger innenfor den statistiske feilmarginen.

På samme måte som i befolkningen ellers, er sysselsettingsraten blant funksjonshemmede klokkeformet med hensyn på alder. Sysselsettingen for personer midt i livet er høyere enn blant unge og eldre. For befolkningen totalt er sysselsettingen høyest blant 40-åringene, mens det for

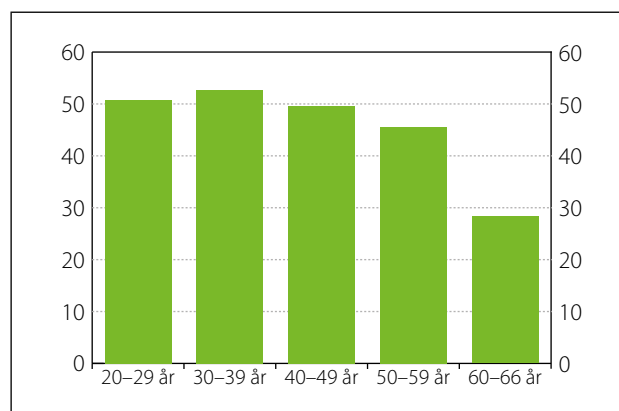
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Figur 6.1 Andel sysselsatte av funksjonshemmede i alderen 20–66 år, 2002–2015.



Kilde: SSB, Arbeidskraftundersøkelsen (Statistisk sentralbyrå)

Figur 6.2 Sysselsettingen blant funksjonshemmede etter alder. Gjennomsnitt for perioden 2002–2015. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

funksjonshemmede er høyest sysselsetting blant personer i 30-årene, altså ca. 10 år tidligere. Sysselsettingen for funksjonshemmede faller noe raskere enn for befolkningen totalt med økende alder. Dette betyr at sysselsettingsgapet mellom funksjonshemmede og befolkningen samlet, øker med alderen. Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede under 25 år er ca. 20 prosent lavere enn for befolkningen i samme alder. For funksjonshemmede over 60 år er imidlertid sysselsettingsandelen bare halvparten av hva den er for befolkningen totalt, i samme alder.

Mange av de funksjonshemmede som er sysselsatt jobber deltid. Deltidsandelen blant funksjonshemmede sysselsatte (46 pst) er langt høyere enn deltidsandelen i hele arbeidslivet (24 pst). Av de funksjonshemmede som arbeider deltid, er det 71 prosent som har deltid på under 20 timer i uka. Som for sysselsatte i alt er også deltidsandelen blant de funksjonshemmede høyest for de under 24 år, og kvinner har en vesentlig høyere deltidsandel (59 pst) enn menn (30 pst) (SSB 2015).

Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede

Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede er ikke vesentlig forskjellig fra ledigheten i befolkningen ellers, selv om sysselsettingen blant funksjonshemmede er betydelig lavere. Årsaken til dette er at funksjonshemmede i mindre grad tilbyr sin arbeidskraft. Hele 73 prosent av de

ikke-sysselsatte funksjonshemmede oppgir at de ikke ønsker arbeid. Av de resterende 27 prosentene, som oppgir at de ønsker arbeid, er det bare en liten andel som søker jobb aktivt og som er tilgjengelig for arbeid på kort sikt. Mange ikke-sysselsatte funksjonshemmede klassifiseres av den grunn ikke som arbeidsledige. Andelen som ønsker arbeid avtar med alderen. Andelen som ikke ønsker arbeid er særlig høy blant de som mottar uføretrygd.

Mottak av stønader blant funksjonshemmede

Nær to tredeler (63 prosent) av de funksjonshemmede mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er *uføretrygd* (60 prosent av alle stønadstilfellene) og *arbeidsavklaringspenger* (30 prosent av alle stønadstilfellene). Blant sysselsatte med funksjonshemminger er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men fortsatt vesentlig, 38 prosent. Mange av disse utnytter trolig sin restarbeidsevne gjennom å jobbe deltid.

Tilpasninger på arbeidsplassen

Om lag halvparten av de sysselsatte med funksjonshemming oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Utviklingen over tid varierer; andelen som oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen er høyere etter 2012 enn før 2012, men det siste året har det vært en nedgang. En andel på 1/5 oppgir at det er behov for tilpassning eller mer tilpassning.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Tabell 6.1 Personer i alt og sysselsatte 15–66 år som anser at de har en funksjonshemming, fordelt etter sysselsetting og mottak av stønader. 2. kvartal 2015. Antall i tusen.

	Personer i alt	Sysselsatte
Antall personer	585 (100 %)	254 (100 %)
Mottar ingen stønad	211 (36 %)	156 (61 %)
Mottar én eller flere stønader	370 (63 %)	96 (38 %)
<i>Prosentvis fordeling av stønadsmottakere:</i>		
Uføretrygd	223 (60 %)	45 (47 %)
Grunnstønad eller hjelpestønad	9 (2 %)	4 (4 %)
Arbeidsavklaringspenger	110 (30 %)	29 (30 %)
Sykepenges	20 (5 %)	15 (16 %)
Økonomiske ytelser fra privat hold	10 (3 %)	4 (4 %)
Andre stønader ¹	8 (2 %)	2 (2 %)
Uoppgitt stønadssituasjon	5 (1 %)	2 (2 %)

1 Inkluderer mottakere av andre ytelser som for eksempel kvalifiseringsstønad, sosialstønad og individstønad samt personer som søker om en ytelse.

Kilde: SSB, Arbeidskraftundersøkelsen

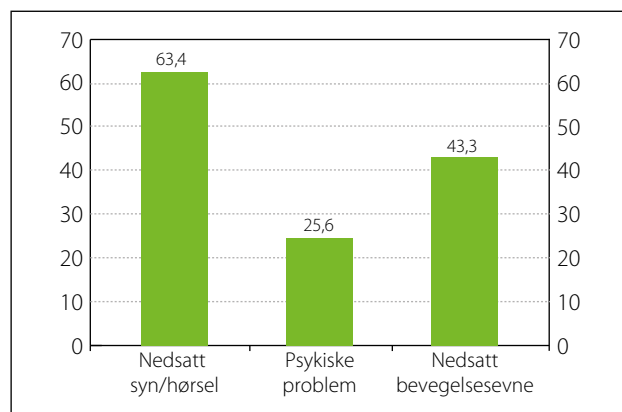
Diagnoser

Det er store forskjeller i andelen sysselsatte mellom ulike typer funksjonshemming. Tall fra AKU viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede med nedsatt syn eller hørsel ligger på noe over 60 prosent, mens den er noe over 40 prosent for bevegelseshemmede. For personer som oppgir å være funksjonshemmet på grunn av psykiske lidelser er imidlertid andelen sysselsatte så lav som 25 prosent.²³

Overganger til og fra statusen funksjonshemmet

Av de om lag 12 000 personene som får tilleggs-spørsmål om funksjonshemming i AKU, er det om lag 3 500 som får spørsmålet to år på rad. Den siste undersøkelsen viser at andelen som går fra sysselsetting og ut av arbeidsstyrken i løpet av ett år, er tre ganger høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen. For funksjonshemmede som står utenfor arbeidsstyrken er også over-

Figur 6.3 Andel sysselsatte funksjonshemmede etter utvalgte diagnoser



Kilde Statistisk sentralbyrå

gangsraten til arbeid lav. Dette må ses på bakgrunn av at gruppen som tidligere nevnt, omfatter mange personer som er uføretrygdet på grunn av funksjonshemmingen. Det må understrekes at dette utvalget er lite og at det derfor blir stor statistisk usikkerhet som begrenser muligheten for å belyse overganger og bryte analysene ned på undergrupper.

23 Tall fra SSB, Arbeidskraftundersøkelse – Tilleggsundersøkelse om funksjonshemmede. Tallene er basert på en sammenslåing (gjennomsnitt) av tall for årene 2002, 2006, 2008, 2010, 2012, 2013, 2014 og 2015.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Alternativ definisjon av funksjonshemmede fra AKUs tilleggsundersøkelse

Tidligere analyser viser at en betydelig andel (nær 40 prosent) av de som oppgir å være funksjonshemmet ett år, oppgir at de ikke er funksjonshemmet det påfølgende året. Andelen funksjonshemmede i befolkningen blir 5–6 prosentpoeng lavere dersom man bare ser på de som har svart at de er funksjonshemmet to år på rad, dvs. den går ned fra 15–17 prosent til 10–12 prosent.

SSB (2015) har sett på deltakelsen i arbeidsmarkedet for hver av de tre gruppene: funksjonshemmet i to etterfølgende år, funksjonshemmet i begge eller bare ett av årene (ordinær definisjon) og sysselsatte i alt. Analysen er basert på AKU-tall i perioden 2007–2014. Dersom man avgrensner målgruppene til de som har svart at de er funksjonshemmet to år på rad, går andelen sysselsatte ned mellom 9 og 12 prosentpoeng avhengig av år, fra 41–45 prosent til 31–36 prosent. I tillegg til at det er en lavere andel som er i arbeid, er det også færre som har en heltidsjobb. Andelen sysselsatte viser også noe større stabilitet fra år til år, dersom man legger denne strengere definisjonen til grunn.

Ifølge SSB vil det ikke være aktuelt å erstatte den ordinære AKU-definisjonen av funksjonshemmede med en som forutsetter at man oppgir å være funksjonshemmet to år på rad. En slik tilnærming vil bl.a. redusere størrelsene på utvalget og føre til at den statistiske usikkerheten vil bli for stor.

Det at respondentene endrer svar i AKU, skyldes ifølge SSB at respondentenes faktiske helsesituasjon endres over tid. Det er i hovedsak personer med ulike typer muskel- og skjelettproblemer som endrer svarene sine fra ett år til et annet. De har helseplager av en slik type at utslagene varierer mye over tid. Disse skiftene i svar skyldes også at AKU fanger opp tilgang og avgang av personer med slike helseplager. Funksjonshemmede med andre diagnoser er svært stabile i sin oppfatning av egen helse.

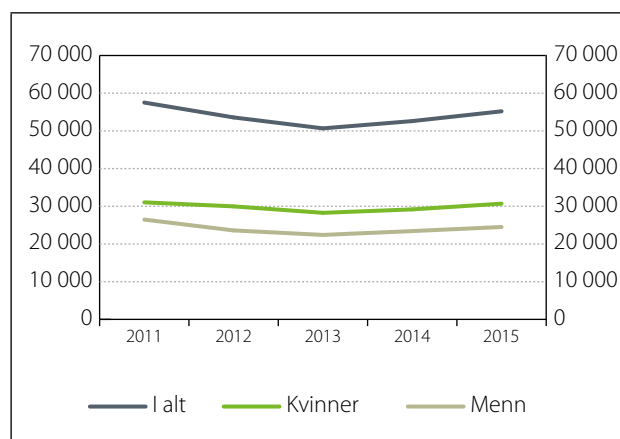
Fafo (2015) peker også på at en avgrensning av gruppen personer med nedsatt funksjonsevne

ved å kreve at en person må svare ja over flere år, vil gjøre at man legger til grunn en medisinsk forståelse av begrepet funksjonshemming i stedet for den relasjonelle forståelse av begrepet som ellers benyttes. Dersom man velger dette alternativet vil man ta mindre hensyn til at funksjonsvansker kan være et resultat av barrierer i omgivelsene eller en kombinasjon av medisinske utfordringer og barrierer. Dette vil gi en snevrere definisjon som vil utelukke en stor andel personer med muskel- og skjelettlidelser som vi finner blant personer med langtidsfravær og uføretrygd.

6.3 Utviklingen i omfanget og tilgangen av personer med arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Det er ønskelig å bremse antall personer som faller ut av arbeidslivet av helserelaterte årsaker. Et mål på dette er å se på tilgangen av nye mottakere av ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Nedenfor presenteres tall for dette. Tallene presenterer rekrutteringen til en av disse to ytelsene samlet sett, dvs. uten at overganger fra arbeidsavklaringspenger til uføretrygd regnes med.

Figur 6.4 Tilgang av nye mottakere av arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, 2011–2015.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

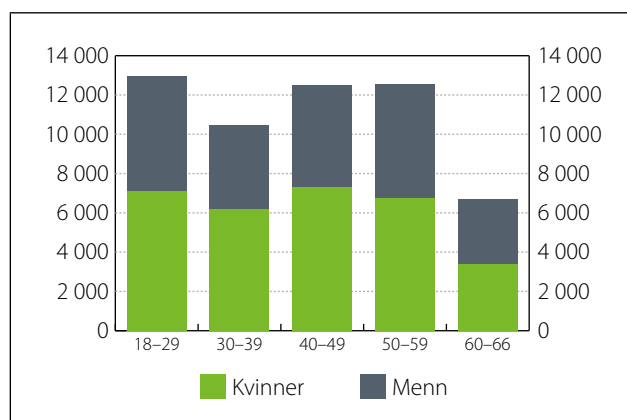
Figur 6.4 viser at antall nye mottakere av de to ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd ble redusert fra 2011 til 2013. I 2011 var antall nye mottakere 57 500 mens antallet var redusert til i

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

underkant av 50 700 i 2013. Etter dette har imidlertid antall nye mottakere økt igjen til 55 200 nye mottakere i 2015. Tilgangen av nye mottakere er noe høyere for kvinner enn for menn, men begge kjønn viser det samme mønsteret med redusert tilgang fra 2011 til 2013 med påfølgende økning. Utviklingen kan ha sammenheng med den generelle økonomiske utviklingen. Kann og Kristoffersen (2015) sammenlignet tilgangen til arbeidsavklaringspenger med tre tidligere midlertidige ytelser, og fant at utviklingen i antallet nye mottakere særlig påvirkes av utviklingen i sykefraværet og arbeidsledigheten.

Det er betydelig flere mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Det er naturlig å tenke seg at dette skyldes at tilbøyeligheten til å gå over på slike ytelser øker med alderen, siden flere får svekket helse når de blir eldre. I figuren under ser vi likevel tilsynelatende ingen sterk sammenheng mellom alder og nyrekruttering til disse ytelsene. Tilgangen er relativt jevnt fordelt, og lavest i aldersgruppene 60–66 år og 30–39 år.

Figur 6.5 Tilgang av nye mottakere til AAP og uføretrygd i 2015. Etter alder og kjønn.



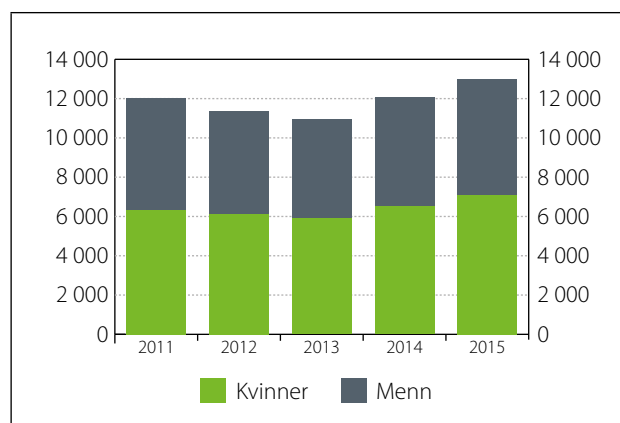
Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

I 2015 viser tallene at innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd var størst for aldersgruppen 18–29 år med i underkant av 13 000 personer. Dette må blant annet ses i sammenheng med at 18 år er aldersgrense for å få tilgang til disse ytelsene, i tillegg til at denne gruppen inneholder to årskull mer enn de neste (12 årskull,

mot 10 i de neste). I figur 6.6 ser vi at innstrømmingen av unge følger samme mønster som den samlede innstrømmingen, med en nedgang fra 2011–2013 før den igjen tok seg opp i 2014 og 2015. Kann og Kristoffersen (2015) finner at det etter innføringen av arbeidsavklaringspenger har vært en betydelig økning i antallet 18- og 19-åringer som får innvilget ytelsen sammenlignet med det som var tilfellet med de tre tidligere ytelsene.

Antall nye mottakere i aldersgruppen 30–39 år var om lag 10 500 i 2015. Både i aldersgruppene 40–49 år og 50–59 år var antall nye mottakere i overkant av 12 500.

Figur 6.6 Innstrømming til AAP og uføretrygd. 2011–2015 18–29 år



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Unge og unge voksne på AAP

I IA-avtalen for 2014–2018 står det i omtalen av delmål 2: «For å øke sysselsettingen og inkluderingen skal innsatsen i avtaleperioden primært rettes mot unge som har behov for arbeidsrettet bistand, og som med hensiktsmessig oppfølging og tilrettelegging kan formidles til jobb».

Ved utgangen av mars 2016 mottok 28 800 personer under 30 år arbeidsavklaringspenger. Det er kun blant personer i 20-årene at antallet personer som mottar arbeidsavklaringspenger har økt det siste året, for alle andre aldersgrupper har det vært en nedgang. Sammenligner vi med mars 2010, da arbeidsavklaringspenger ble innført, har det vært en betydelig økning blant personer under 25 år (figur 6.7). I mars 2010 mottok 2,9 pro-

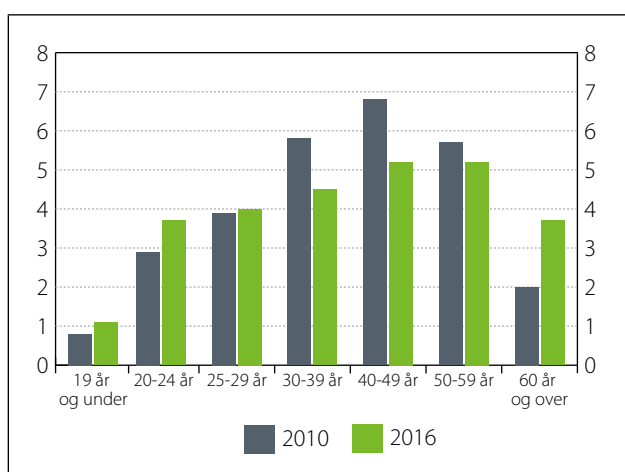
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

sent av aldersgruppen 20–24 år arbeidsavklaringspenger, i mars 2016 hadde dette økt til 3,7 prosent. Det er kun blant personer i 60-årene at økningen har vært større i denne perioden.

Det er de seinere årene gjennomført flere analyser og iverksatt forskning knyttet til denne målgruppen. I Bragstad og Sørbøe (2014) og Bragstad og Brage (2011) ble det avdekket at gruppen har svak utdanning og at tiden med mottak av midlertidige ytelser øker jo lavere utdanning vedkommende har. Det er særlig vanlig med kombinasjon psykisk lidelse, lav utdanning og liten arbeidserfaring og at gruppen har lav sannsynlighet for å vende tilbake til arbeidsmarkedet. Det er derfor grunn til å anta at en betydelig andel av de som mottar arbeidsavklaringspenger vil søke uføretrygd etter hvert.

I de seinere år er det også gjennomført noen omfattende evalueringer av AAP-ordningen. I Jensen m.fl. (2015) ble det gjennomført en kvalitativ evaluering av AAP-ordningen på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Undersøkelsen ble gjennomført Sintef og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (NK-ARR).

Figur 6.7. Andel av befolkningen som mottok arbeidsavklaringspenger ved utgangen av mars 2010–2016, etter alder



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Nylig har også Arbeids- og velferdsdirektoratet publisert to artikler om de samme problemstillingene (Arbeid og velferd nr. 2 2016). Disse er imidlertid basert på mer kvantitativt orienterte analy-

ser gjennom bruk av etatens registerdata (Kann m.fl. 2016a og 2016b).

Sintef og NK-ARR

Undersøkelsen fra Sintef og NK-ARR fant at det innenfor gruppene ungdom, etablerte rusmisbrukere og kvinner med innvandrerbakgrunn og svake norskkunnskaper er et betydelig antall som kommer inn på ordningen uten at det foreligger klare diagnoser om minst 50 prosent nedsatt arbeidsevne. Rapporten peker på at intensjonen med innføring av arbeidsevnevurdering og arbeidsavklaringspenger var å legge økt vekt på vurdering av den enkeltes arbeidsevne framfor inntektsevne, for å åpne for at personer uten arbeidserfaring kunne komme inn på gode oppfølgingsløp. Rapporten hevder at dette har ført til at flere grupper med personer uten klare medisinske grunner har fått innvilget stønad uten inntektsgrunnlag.

Rapporten peker på at dette gir grunn til bekymring særlig når det gjelder de unge. Mange av disse mottar arbeidsavklaringspenger uten å ha en alvorlig sykdom. De har ofte en diffus eller sammensatt problematikk som gjør det vanskelig å stille riktig diagnose. I mange tilfeller får de unge en psykisk diagnose, som angst eller depresjon. De mener dette ofte kan dreie seg om psykiske symptomer, mestringsproblemer, sosiale problemer og dårlig selvtillit. Rapporten peker på at mange av disse går inn i passive trygdeløp uten at de får tilstrekkelig tett oppfølging fra NAV. Mange venter på tiltak, behandling eller utredning. Rapporten peker også på uheldige insentiveffekter ved at minstestytelsen på 2 G gir relativt høy inntekt sammenliknet med ordinært arbeid og studiefinansiering.

Rapporten anbefaler at inngangsvilkårene for arbeidsavklaringspenger praktiseres strengere for unge enn det gjøres i dag. De mener at unge uten alvorlig sykdom bør følges opp av tjenester med tverrfaglig og sosialfaglig kompetanse med tydelig mål om utdanning eller arbeid. De peker også på at det kommunale hjelpeapparatet mangler tilstrekkelig insentiver for å følge opp

disse brukerne så lenge de ikke bærer det økonomiske ansvaret for livsoppholdet. Derfor anbefaler de også at kommunene gis sterkere insentiver til å ta større ansvar for denne gruppen, og til å samordne det eksisterende kommunale tilbudet (skole, barnevern, PP-tjeneste mv.) i større grad enn i dag.

Arbeids- og velferds-direktoratets analyser av tilgang og avgang fra AAP

I den første artikkelen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet blir tilstrømmingen til AAP og sammensetningen av mottakerne nærmere dokumentert og analysert. Innføringen av arbeidsavklaringspenger samlet sett, har ikke medført noen endring i andelen av befolkningen som mottar ytelsen sammenlignet med de tidligere ytelsene før 2010 (attføringspenger, rehabilitering og tidsbegrenset uførepensjon). Når vi imidlertid bryter ned på alder ser vi en betydelig økning i tilstrømmingen til arbeidsavklaringspenger blant unge under 30 år. Disse har lav yrkesinntekt før de kom inn på arbeidsavklaringspenger, og de har oftere psykiske lidelser. Det er størst økning for de helt uten yrkesinntekt og de som har yrkesinntekt under 2 G året før arbeidsavklaringspenger innvilges.

De peker på flere mulige årsaker til denne utviklingen, bl.a. at inngangsvilkårene i AAP-ordningen ikke lenger legger til grunn at sykdommen trenger å være hovedårsaken til at arbeidsevnen vurderes som nedsatt. Dette kan medføre at lavinntektsgrupper og unge med helseproblemer som tidligere hadde sosialhjelp (eller ikke hadde noen ytelse) nå får innvilget arbeidsavklaringspenger. Det kreves heller ikke karenstid for å motta ytelsen.

En annen mulig forklaring er at sosiale problemer og arbeidsledighet blir «medikalisert». Med dette menes at vi er inne i en utvikling der flere livsoppgaver og problemer blir forstått gjennom medisinske (individuelle) årsaksforhold og behandlet av helsevesenet.

En tredje forklaring kan være at det er ingen krav til opptjening som kan gjøre at personer med inntekt under 2G før de kom inn på ordningen, får svake økonomiske insentiver for å søke arbeid eller ordinær utdanning.

I den andre artikkelen kartlegges *når* overgangen til arbeid og uføretrygd skjer og *hva* som påvirker overgangene. Undersøkelsen viser at overgangen til arbeid øker rett før varigheten for ytelsen går ut. Fylkesvise forskjeller i tidspunktene for overganger tyder også på at gjennomføringen oppfølgingsarbeidet varierer. Dette tyder på at det kan være forskjeller i bruk av intervensjoner som innkalling, telefonsamtaler, bruk av brev, krav om deltakelse i tiltak mv. Dette er resultater man også finner i annen forskning knyttet dagpengemottakere/ arbeidsledige og sykmeldte.

I tillegg til at varighetsbestemmelser og praktisering av intervensjoner (som ikke innebærer tap av ytelsen) har betydning, viser resultatene at det er store forskjeller mellom ulike gruppers sannsynlighet for overgang til arbeid. Personer med psykiske lidelser, personer med lav utdanning og lav inntekt før de får tilgang til arbeidsavklaringspenger har lavere sannsynlighet for overgang til arbeid enn de som kommer fra sykepenger. Denne gruppen omfatter både yngre, men også andre grupper med svak tilknytning til arbeidsmarkedet.

Forfatterne peker på at det er urovekkende at det nettopp er denne gruppen hvor tilstrømmingen er økende. De reiser derfor spørsmål om arbeidsavklaringspenger er rett ytelse for gruppen, og om de vil trenge mer oppfølging og kanskje annen oppfølging enn de får i dag.

Ellers viser analysen at jo høyere arbeidsledigheten er i den enkelte kommune, jo lavere er sannsynligheten for overgang til arbeid. Dette gjør at vi må forvente en opphopning av personer på arbeidsavklaringspenger når arbeidsmarkedet er vanskelig, særlig blant de uten arbeids erfaring.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Sett på bakgrunn av IA-avtalens klare presisering av at ungdomsgruppen skal vektlegges innenfor delmål 2, er det grunn til å ha høy oppmerksomhet på veksten i antall unge på arbeidsavklaringspenger. Økningen av antall unge under 30 år og Sintefs og Arbeids- og velferdsdirektoratets evalueringer av erfaringene med arbeidsavklaringspenger understreker viktigheten av at det samlede hjelpeapparat legger opp til et forebyggende perspektiv fra tidlig alder i arbeidet med oppfølging av ungdom som faller utenfor skole og arbeid.

AAP-mottakere over 60 år

Økningen i antallet på arbeidsavklaringspenger for personer over 60 år har sammenheng med at innføringen av ordningen har medført endret fordeling mellom mottak av midlertidig ytelse (AAP) og uføretrygd for denne aldersgruppen og at flere på ordningen også mottar gradert pensjon. I en artikkel i *Arbeid og velferd* i 2014, gis det følgende kommenter til økningen i mottakere av arbeidsavklaringspenger blant eldre (Jacobsen 2014).

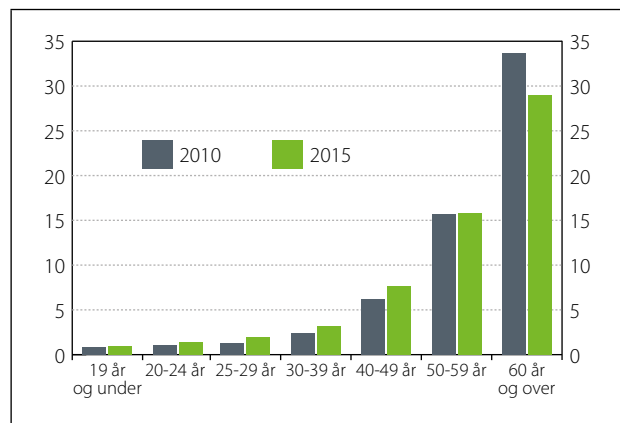
«Den generelle økningen i andelen mellom 62 og 66 år som mottar arbeidsavklaringspenger, må ses i sammenheng med at det i perioden etter at ordningen ble innført var få mottakere over 62 år, mens det derimot var en høy andel som mottok uføretrygd i samme aldersgruppe. En medvirkende faktor til økningen kan være at oppfølgingen fra NAV for mottakere over 62 år har vært begrenset. (...) Det kan ha medført at mange over 62 år fortsatt går på arbeidsavklaringspenger over flere år, og at relativt få har blitt avklart og gått over på uføretrygd.»

Uføretrygd

Figur 6.8 viser at det i samme periode også har vært en økning i andelen av befolkningen som mottar uføretrygd blant de unge. Brage og Thune (2015) så på utviklingen i antallet unge uføretrygdde i perioden fra 1977–2012. De finner at det har vært en markant økning i antallet som blir uføre ved 18–19 år. De viktigste medisinske årsakene er psykisk utviklingshemming, medfødte

misdannelser og kromosomavvik, og forfatterne peker på lavere spedbarnsdødelighet ved alvorlige medfødte sykdommer, lavere dødelighet blant for tidlig fødte og antagelig også framveksten av bedre velferdsordninger som viktige forklaringer²⁴.

Figur 6.8. Andel av befolkningen som mottok uføretrygd ved utgangen av desember 2010 og desember 2015, etter alder.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Som det framgår er økningen på uføretrygd betydelig lavere blant yngre grupper enn vi finner innenfor AAP-ordningen. Dette må ses i sammenheng med at inngangsvilkårene til uføretrygd er betydelig strengere enn for AAP-ordningen. Dette gjelder særlig kravet til varighet på sykdommen og at de medisinske årsaker skal være hovedårsak til at arbeidsevnen er nedsatt.

6.4 Overgang til arbeid fra arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd

Veien fra mottak av ytelser til å bli selvforsørget gjennom arbeid, er en viktig del av delmål 2. For å måle utviklingen over tid på denne delen av delmål 2 har faggruppen sett på tall for overgangen fra arbeidsavklaringspenger til arbeid. Indikatoren man har valgt for dette, er andelen som er i arbeid seks måneder etter avgang fra statusen som mottaker av arbeidsavklaringspenger. Statistikken tar utgangspunkt i det året deltakeren sluttet å motta arbeidsavklaringspenger.

²⁴ Se nærmere beskrivelse av denne analysen i vedlegg 1, delmål 2.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Tabell 6.4 Status seks måneder etter avgang fra AAP. Andel som er i arbeid eller som er arbeidssøker. Prosent.

	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeidssøker	Totalt overgang til «arbeidsstyrken»	Samlet avgang fra AAP
2011	22,7	21,5	2,6	46,8	59060
2012	23,4	21,6	2,7	47,7	56575
2013	24,6	19,9	3,1	47,6	54475
2014	20,0	20,3	2,9	43,2	67124

Innføringen av A-ordningen i 2015 medførte et brudd i statistikken for arbeidstakere, og kan ha ført til at flere arbeidsforhold er registrert. Innføringen av A-ordningen førte også til at flere arbeidsforhold som feilaktig lå inne etter at de egentlig var avsluttet nå ble slettet, noe som drar i motsatt retning. Det er foreløpig ikke enkelt å si hvor stor effekten av dette statistikkbruddet er, og vi har derfor valgt å ikke ta med tall for 2015 i denne delen av rapporten. I kommende rapporter vil analysene kunne oppdateres med nyere tall.

Hovedinntrykket fra tabell 6.4 er stabilitet i perioden 2011–2013. Den samlede overgangen til arbeid eller status som arbeidssøker lå da mellom 47 og 48 prosent. Samtidig var det en viss positiv utvikling i den forstand at andelen som hadde statusen «kun arbeid» seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger økte noe (fra 22,7 til 24,6 prosent). Andelen med arbeid kombinert med ytelse falt tilsvarende.

I 2014 ser vi imidlertid et markert fall i andelen som har status «kun arbeid» fra 24,6 prosent i 2013 til 20 prosent i 2014. Dette skyldes imidlertid administrative forhold/regelverk. I mars 2014 var det fire år siden arbeidsavklaringspenger ble innført. Denne ytelsen kan man i hovedsak motta i maksimalt fire år, selv om det kan gis unntak fra denne regelen. I 2014 var det en spesiell stor gruppe som passerte denne fireårsgrensen, de som ble konvertert fra de tre tidligere ytelsene over til arbeidsavklaringspenger i 2010. Mange av disse mottok fortsatt ytelsen fire år senere, og dermed økte avgangen fra arbeidsavklaringspenger kraftig i 2014. Nedgangen i andelen som gikk til jobb i 2014 skyldtes altså ikke at færre personer gikk fra arbeidsavklaringspenger til jobb, men at

mange som hadde mottatt midlertidig helserelatert ytelse i lang tid ble avklart til uføretrygd slik at avgangen var spesielt høy dette året. Kann og Kristoffersen (2015) finner at overgangen til jobb blant de som avslutter en periode på midlertidige helserelaterte ytelser varierer med situasjonen på arbeidsmarkedet. I høykonjunkturen i årene 2006–2008 gikk mange til jobb, mens vi så et fall under finanskrisen før det tok seg opp igjen da arbeidsmarkedet ble bedre i 2011–2012.

Overgangen til arbeid er gjennomgående et par prosentpoeng høyere for kvinner enn for menn. Tendensen over tid (år) er ellers den samme for begge kjønn.

Figur 6.9 viser overgangen fra arbeidsavklaringspenger til arbeid eller status som arbeidssøker fordelt på ulike alderskategorier i 2014. Hovedbildet er at overgangen til disse statusene samlet ligger rundt 45 prosent i alderskategoriene mellom 30 og 59 år. For de som er yngre eller eldre enn dette, er overgangen til arbeid eller arbeidssøkerstatus vesentlig lavere. I aldersgruppe 18–29 år var det 38 prosent som hadde arbeid eller var arbeidssøkere seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. I aldersgruppen 60–66 år var det 33 prosent. I den eldste aldersgruppen skyldes dette at mange blir alderspensjonister, mens det blant personer i 20-årene trolig er en del høyere andel som blir studenter enn det som er tilfellet i de andre aldersgruppene.²⁵

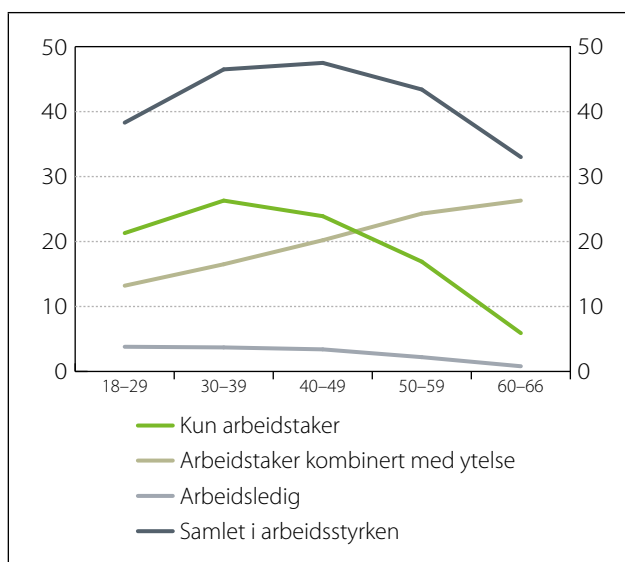
Hvilke type arbeidstilknytning som blir valgt er også avhengig av alder. Andelen som kombinerer arbeid med en ytelse øker jevnt med alderen. Til-

²⁵ NAV har ikke data over hvem som er studenter, og har dermed ikke mulighet til å sjekke hvor mange dette gjelder.

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

svarende faller andelen som har overgang til arbeid uten å ha noen ytelse ved siden av markert for de eldste alderskategoriene. Andelen øker først fra 21 prosent for de yngste og ligger deretter mellom 24 og 26 prosent i alderen 30–49 år. Andelen i arbeid uten ytelse faller så til 17 prosent i gruppa 50–59 år. I gruppa 60–66 år, var bare 5,9 prosent i arbeid uten ytelse ved siden av. Andelen i arbeid kan imidlertid også være noe påvirket av overgangen til A-ordningen fordi flere som gikk ut av AAP i 2014 kan være inne i A-ordningen 6 måneder etter. Det må derfor tas forbehold ved tolkningen av disse dataene.

Figur 6.9 Andel med overgang fra AAP til arbeidsstyrken. 2014. Ulike alderskategorier. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Andelen som har overgang fra arbeidsavklaringspenger til uføretrygd øker med alderen. Av de som sluttet å motta arbeidsavklaringspenger i 2014, gikk 15 prosent over til uføretrygd i aldersgruppen 20–29 år. For de eldste alderskategoriene er utviklingen i andelen som går over til uføretrygd nokså stabil i tidsrommet 2011 til 2014. For aldersgruppene 20–29 og 30–39 viser tallene imidlertid et markert hopp i andelen med overgang til uføretrygd fra årene 2011–2013 til 2014. Dette må ses i sammenheng med at mange passerte fire år med arbeidsavklaringspenger og ble avklart til uføretrygd i disse årene.

6.5 Tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

En del personer som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd har noe arbeid som supplement til trygden/ytelsen. Selv om overgang til arbeid uten supplerende trygd, ideelt sett, er det beste, så vil en økning av andelen personer som går fra yrkespassivitet til arbeid i kombinasjon med trygd også kunne inngå som en del av suksesskriteriene. Faggruppen har sett nærmere på utviklingen i andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, som supplerer disse ytelsene med noe arbeid.

For å forhindre at helt marginalt arbeid blir tatt med, har gruppen konsentrert seg om de uføretrygdede som hadde en arbeidsinntekt tilsvarende 1G (kr 88 370 kroner per mai 2014) eller høyere. For mottakere av arbeidsavklaringspenger har man sett på andelen som hadde arbeid gjennom hele året. Årsaken til dette er at datagrunnlaget fra NAV ikke gjør det mulig å skille mellom inntekt fra selve ytelsen (arbeidsavklaringspenger er pensjonsgivende inntekt) og andre inntekter.

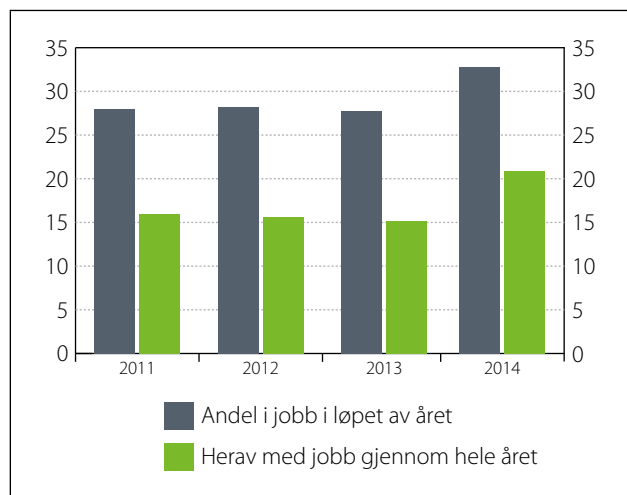
Arbeidsavklaringspenger kombinert med arbeid

Andelen mottakere som kombinerer arbeidsavklaringspenger med noe arbeid holdt seg stabil på rundt 28 prosent i årene 2011–2013, før den økte noe i 2014. Andelen som hadde arbeid gjennom hele året var også relativt stabil på rundt 15 prosent i årene 2011–2013, før den gikk opp i 2014. Økningen i 2014 kan ha sammenheng med innføringen av A-ordningen, som også påvirker fjerde kvartal 2014, og må derfor tolkes med forsiktighet.

Det er flere kvinner enn menn som kombinerer arbeidsavklaringspenger med noe arbeidsinntekt (se også uføretrygd). I gjennomsnitt i årene 2011–2014 hadde 23,9 prosent av kvinnene noe arbeid i løpet av året mot 18,5 prosent av mennene. 18,5 prosent av kvinnene kombinerte arbeidsavklaringspenger med arbeid gjennom hele året, mot 14,1 prosent av mennene. Siden vi ikke har data

som skiller mellom inntekt fra ytelsen og inntekt fra arbeid ved siden av, kan vi vanskelig si noe mer om hvor mye arbeid det er snakk om.

Figur 6.10 Andel som kombinerer AAP og arbeid. 2011–2014. Prosent.

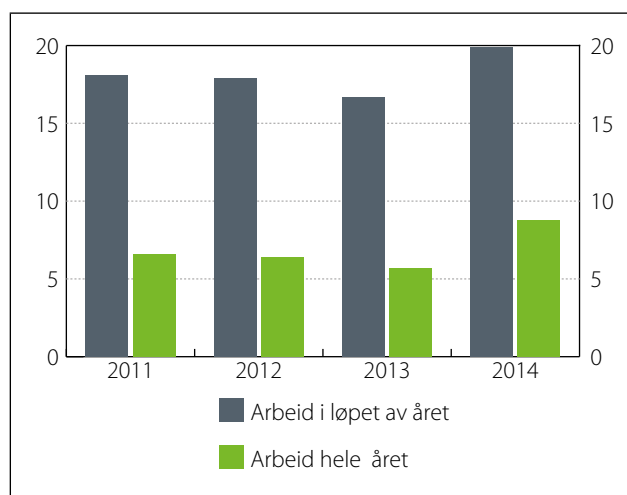


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Unge 18–29 år

Ungdomsgruppa (18–29 år) har en lavere andel som kombinerer arbeidsavklaringspenger og arbeid enn andre i hele perioden. Rundt 18–20 prosent av ungdommene med ytelsen kombinerer den med jobb. Langt færre i denne aldersgruppen har vært i jobb før de begynte å motta ytelsen enn blant de over 30 år. Blant personer over 30 år mottok rundt 70 prosent sykepenger før de be-

Figur 6.11 Prosent i arbeid kombinert med AAP. 2011–2014. Aldersgruppe 18–29 år



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

gynte å motta arbeidsavklaringspenger. En del av disse vil da gå fra å være delvis sykemeldt til å kombinere jobb med arbeidsavklaringspenger når sykepengeretten er brukt opp. For personer under 30 år kommer under 30 prosent fra sykepenger, mens mange kommer rett fra skole, arbeidsledighet eller sosialhjelp og har dermed mindre tilknytning til arbeidslivet.

Uføretrygd kombinert med arbeid

Figur 6.12 viser andelen uføretrygdde som er i arbeid i årene 2011 til 2014. Figuren presenterer andelen uføretrygdde som har inntekt over 1G, som er i arbeid på ett eller flere tidspunkter i løpet av året og andelen som er i arbeid gjennom hele året.

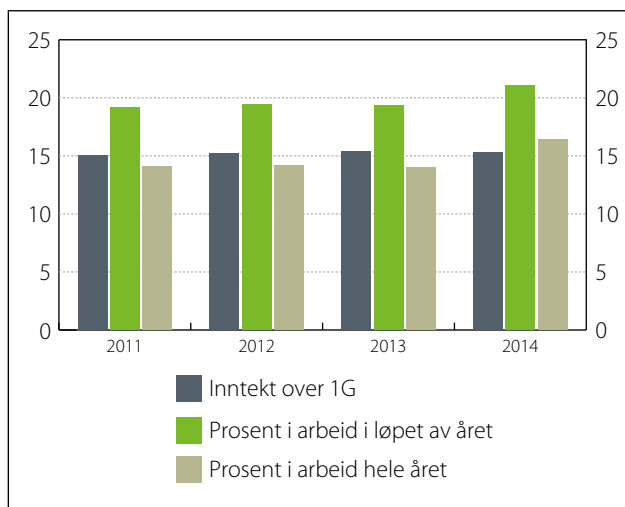
Andelene som kombinerer uføretrygd med arbeid ligger noe lavere enn for mottakerne av arbeidsavklaringspenger, men utviklingen i perioden 2011–2014 er svært lik. Rundt 20 prosent kombinerer uføretrygd med arbeid, og rundt 15 prosent er i arbeid hele året. I likhet med mottakere av arbeidsavklaringspenger ser vi en liten økning i 2014. Også her kan innføringen av A-ordningen påvirke tallene for 2014 noe. Det er vesentlig flere kvinner enn menn som kombinerer uføretrygd og arbeid.

I tillegg til dette har det skjedd store regelverksendringer for denne gruppen i perioden vi her ser på. I januar 2015 trådte ny uføretrygd i kraft. Denne innebar flere endringer som vil kunne påvirke uføretrygddees tilpassinger på arbeidsmarkedet. Det er ikke lenger et inntektstak på 1G slik det var før reformen, og uføre kan nå jobbe så mye de ønsker uten å få satt ned uføregraden. Jacobsen og Thune (2013) fant at en del uføretrygdde tjente rett under 1G før reformen. Det vil være rimelig å vente at en del av disse nå velger å jobbe noe mer. Samtidig har skatten økt for inntekter mellom 0,4G og 1G, slik at uføre nå må jobbe i flere timer for å tjene 1G, noe som kan dra i motsatt retning. Mottakerne av uføretrygd fikk informasjon fra NAV om denne reformen i 2014, og kan dermed ha endret sin arbeidstilknytning allerede mot slutten av året. Fafo skal se på effekten

6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

av uføreforformen og kommer med en rapport på dette i år.

Figur 6.12 Andel uføretrygdede i arbeid 2011–2014. Prosent.

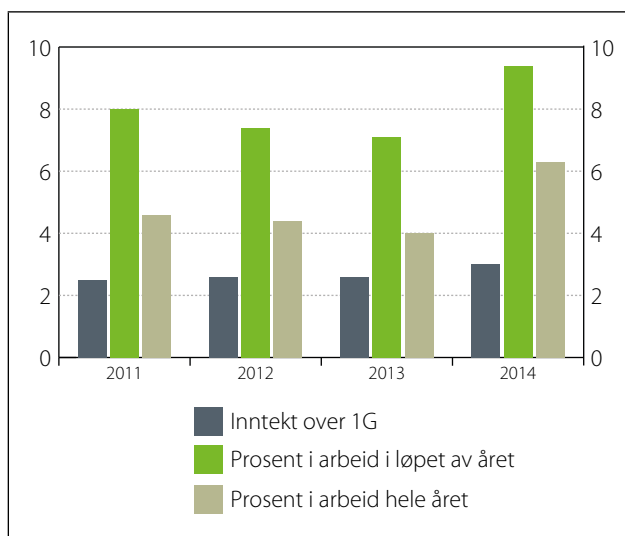


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet / AA-registeret

Unge 18–29 år

I ungdomsgruppa er det ganske få som er i arbeid, sammenliknet med uføretrygdede generelt (se figur 6.13). Det må ses i sammenheng med at de som blir uføre i så ung alder ofte har svært alvorlige diagnoser og er langt unna å kunne fungere i arbeidslivet.

Figur 6.13 Andel uføretrygdede i arbeid 2011–2014 i aldersgruppa 18–29 år. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Boks 9 – Evaluering av arbeidslivssentrene

Arbeids- og sosialdepartementet ga Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppdrag å gjennomføre en evaluering av arbeidslivssentrenes bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3 i IA-avtalen. Oppdraget ble gjennomført av NTNU og Trøndelagsforskning (Ingebrigtsen og Moe 2015). Formålet med evalueringen var å undersøke hvordan arbeidslivssentrene arbeider med delmål 2 og 3, hvordan de kan støtte og redusere usikkerhet og risiko hos arbeidsgivere, samt hva som kjenne-tegner arbeidslivssentrene som oppnår gode og mindre gode resultater.

For delmål 2 viser evalueringen at:

- NAV arbeidslivssenter lykkes best med tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne som allerede er ansatt.
- Arbeidslivssentrene lykkes i mindre grad med innsatsen for å rekruttere personer med nedsatt funksjonsevne, men bruker også mindre tid på dette delmålet, sammenliknet med tilretteleggingsarbeidet for de som allerede er ansatt.
- Bare en av ti IA-virksomheter mener arbeidslivssentrene bistand har hatt effekt, i den forstand at den har bidratt til rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne. Sentrenes effekt på rekrutteringen av personer med nedsatt funksjonsevne er noe større i statlig administrasjon enn i andre bransjer og sektorer.
- Selv om sentrene ikke har lykkes godt i arbeidet med rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne, så har nær en fjerdedel av virksomhetene foretatt denne type ansettelser i perioden 2014–2015. Motivet for slik rekruttering oppgis i større grad å være et samfunnsansvar enn strengt forretningsmessige kriterier som f.eks. kompetansebehov og økonomi.

Se nærmere oppsummering av evalueringen i vedlegg 3

I ungdomsgruppa gikk andelen som var i noe arbeid marginalt ned i perioden 2011–2013, før den gikk opp til 9 prosent i 2014.

Det ser ut som det er snakk om ganske lite arbeid, i alle fall betraktet som inntektskilde. I 2014 var det bare 3 prosent som hadde arbeid som ga inntekt over 1G. Dette må imidlertid også ses i sammenheng med regelverket for uføretrygden.

6.6 Oppsummering

Tilleggsundersøkelsen til AKU viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg nokså stabil fra denne undersøkelsen ble etablert i 2006 og fram til i dag (2015). Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør i 43 prosent av befolkningen 15–66 år i 2015, mot 74 prosent for befolkningen i alt. Når vi ser på utviklingen innenfor perioden, har det kun skjedd små endringer over tid og disse ligger innenfor feilmarginen.

Undersøkelsen viser også at sysselsettingsforskjellene mellom funksjonshemmede og den øvrige delen av befolkningen øker med økende alder. Allerede fra 30-års alder ser vi at sysselsettingen faller raskere blant funksjonshemmede sammenlignet med befolkningen for øvrig.

Etter en svak nedgang fra 2011–2013 har det vært en moderat økning i innstrømmingen til ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd fra 2013–2015. Fra 2010 fram til og med 2015, har andelen

unge i alderen 18–29 år økt innenfor begge ytelsene. Sett på bakgrunn av IA-avtalens klare vektlegging av at ungdomsgruppen skal prioriteres innenfor delmål 2, er det viktig å ha høy oppmerksomhet, særlig på veksten i antall unge på arbeidsavklaringspenger. Et kjennetegn ved denne gruppen er at de ved siden av psykiske problemer også står uten fullført utdanning samtidig som de har liten arbeidserfaring. Dette øker risikoen for uføretrygd på et senere tidspunkt. Denne utviklingen understreker viktigheten av at det samlede hjelpeapparat legger opp til et forebyggende perspektiv fra tidlig alder i arbeidet med oppfølging av ungdom som faller ut av skole og arbeid.

Utviklingen de siste årene har vært preget av at mange personer som ble overført fra rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførepensjon i 2010 har fått innvilget uføretrygd. Dette medførte at den samlede *andelen* med overgang til arbeid eller status som arbeidssøker ble klart redusert fra 2013 til 2014. Likevel er *antallet* med overgang til arbeid holdt seg på omtrent samme nivå som før.

Da innføring av A-ordningen 1. januar 2015 medførte et brudd i statistikken for arbeidstakere, har vi valgt å ikke analysere overganger til arbeid med tall fra 2015 i denne rapporten. Faggruppen tar sikte på å utvide disse delene av analysen i kommende rapporter når effekten av «bruddet» er bedre dokumentert.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

Delmål 3 i IA-avtalen er å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med 12 måneder sammenliknet med nivået i 2009. Utviklingen måles med utgangspunkt i indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år. I tillegg belyses utviklingen i sysselsettingsandelen for seniorer ved registerbasert statistikk. Vi omtaler også Norsk seniorpolitisk barometer for å belyse utviklingen i holdninger til seniorer i arbeidslivet blant arbeidstakere og ledere.

Foreløpige tall for 2015 viser at indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år var uendret fra 2014 til 2015. Samtidig viser endelige tall for 2014 at indikatoren endte 0,1 årsverk høyere enn tidligere beregnet. Indikatoren har økt med 0,7 år fra 2009, og det gjenstår en økning på 0,3 år fram til 2018 for å nå målet i IA-avtalen. Dersom målet skal oppfylles, må sysselsettingsveksten i årene framover om lag følge trendveksten for de siste årene.

Flere studier har vist at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsysselsettingen fra 2011. Andre viktige forhold som har bidratt til veksten de siste årene er økt levealder, og sannsynligvis bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, økt utdanningsnivå og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet. Den positive utviklingen på arbeidsmarkedet over mange år og økt andel seniorer i arbeidsstyrken har også bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet. Det er også grunn til å anta at eldre arbeidstakere, i mindre grad enn unge, har møtt økt konkurranse om jobbene som følge av høy arbeidsinnvandring.

God seniorpolitikk er én av mange øvrige faktorer som påvirker yrkesaktiviteten. I tillegg vil både konjunktursituasjonen og langsiktige

strukturelle endringer på arbeidsmarkedet påvirke sysselsettingsmulighetene for både yngre og eldre arbeidstakere over tid. Dette gjelder bl.a. endringer i næringsstruktur og alderssammensetning. Endringer i tidlig frafall fra arbeidsstyrken vil også påvirke indikatoren for dette IA-målet.

A-ordningen som ble innført 1. januar 2015 medførte endringer i hvilke arbeidsforhold den enkelte virksomhet skal registrere og i rutinene for hvordan innrapporteringen skal skje. Dette har medført et brudd i statistikken for arbeidstakere, og utviklingen fra 2014 til 2015 må derfor tolkes med varsomhet.

7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år

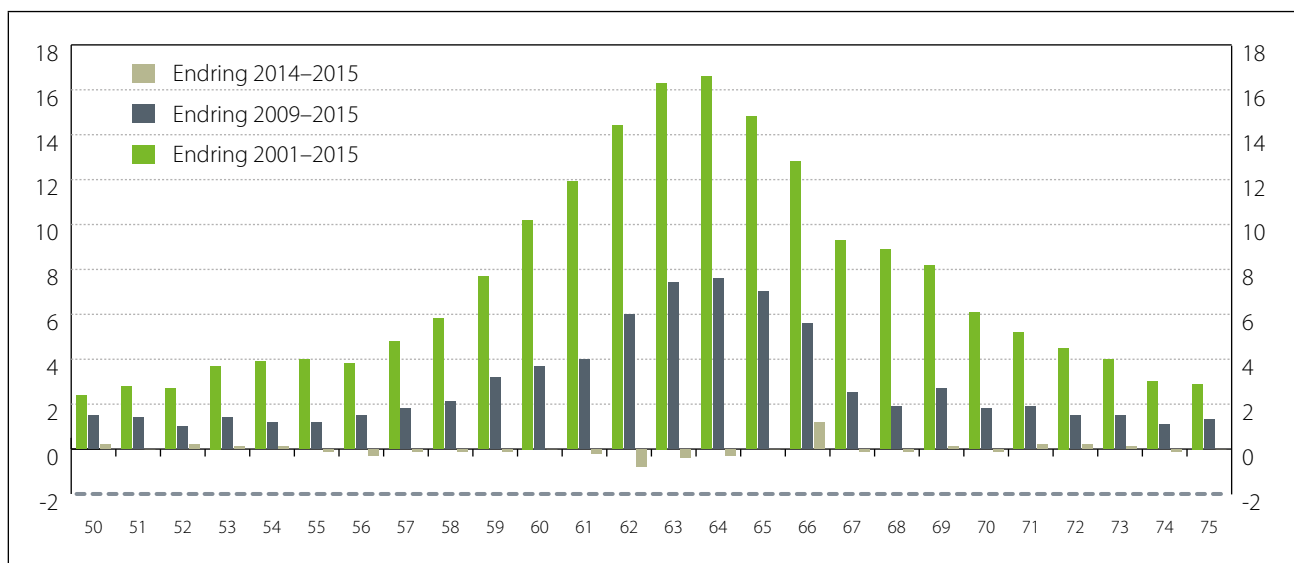
Økt sysselsetting blant personer over 50 år

Sysselsettingsandelen blant personer over 50 år har økt markert etter 2001, og utviklingen skiller seg positivt ut fra resten av befolkningen. Økningen har utslag i store deler av arbeidslivet, men er størst for de som har avtalefestet pensjon (AFP) i privat sektor.

Sysselsettingsveksten har vært sterkest innenfor aldersgruppen 62–66 år. Blant 64-åringene er andelen i registrert arbeid hele 17 prosentpoeng høyere nå enn i 2001, se figur 7.1. Figuren viser også utviklingen i sysselsettingsandelene for perioden etter 2009 og for det siste året. Igjen ser vi økt sysselsetting for eldre, med sterkest vekst blant personer i alderen 62–66 år. De positive sysselsettingstallene for personer over 50 år framstår som enda sterkere når vi vet at sysselsettingsandelene i yngre aldersgrupper er blitt redusert etter 2009.

Den positive trenden for aldersgruppen 62–66 år bekreftes av Nordby og Næsheim (2016). I følge

Figur 7.1 Andel av befolkningen i registrert arbeid i AA-registret/A-ordningen, etter alder. Endring i prosentpoeng.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

Claus m.fl. (2015) har arbeidstakere i denne aldersgruppen også hatt en svakt positiv økning i gjennomsnittlig arbeidstid fra 2010 til 2014. Det foreligger ikke tall for 2015 pga. kvalitetsutfordringer i dataene om arbeidstid i A-ordningen.

Fra 2014 til 2015 ser vi et mer blandet bilde med nedgang for noen alderstrinn og økning for andre. Som følge av brudd i tidsserien er endringen fra 2014 til 2015 usikker, men de vanskelige forholdene på arbeidsmarkedet med økende arbeidsledighet, kan ha bidratt til en svakere sysselsettingsutvikling for seniorerne i 2015. Aldersgruppene 50–59 år og 60 år og over hadde sterkest vekst i antall helt arbeidsledige i 2015, med en økning på henholdsvis 16 og 24 prosent fra desember 2014 til desember 2015. Økningen kommer riktignok fra et lavt nivå, og ledighetsratene i disse aldersgruppene er fortsatt klart lavere enn gjennomsnittet, på henholdsvis 2,1 og 1,9 prosent. Utviklingen i 2015 kan også ses i lys av at det har vært forventet at effektene vi så av pensjonsreformen i de første årene etter 2011 etter hvert vil bli gradvis uttømt, særlig når aldersgruppen fra 65 år og over går ut av arbeidslivet.

Aldersgrensen for stillingsvernet i arbeidsmiljøloven ble hevet fra 70 til 72 år fra 1. juli 2015, mens unntaksordningen med adgang til å sette lavere

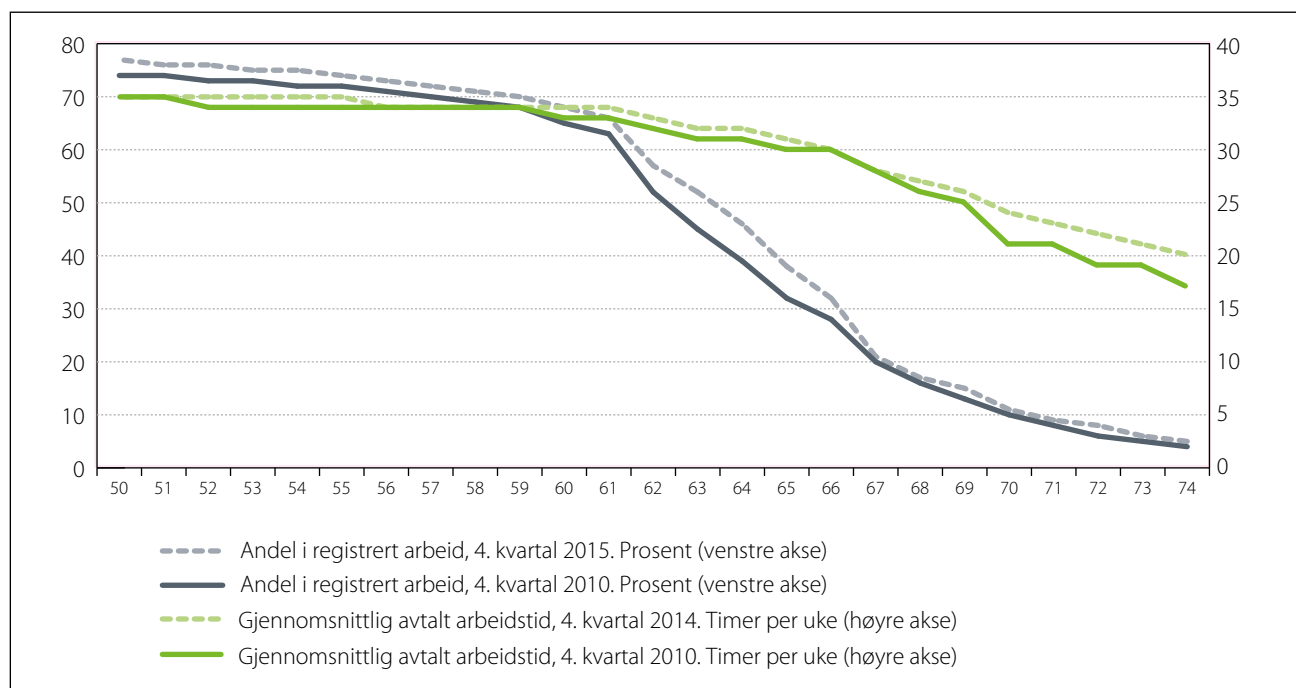
bedriftsintern aldersgrense ble økt fra 67 til 70 år. Som følge av overgangsordninger er det for tidlig å vurdere effektene av disse endringene.

Til tross for den positive utviklingen for denne gruppen etter pensjonsreformen, både i arbeidstid og sysselsetting, viser tall for 2015 at andelen i arbeid fortsatt faller raskere med alderen i aldersgruppen 62–66 år enn for yngre aldersgrupper, se figur 7.2.

Sysselsettingen i aldersgruppen 50–74 år har siden pensjonsreformen økt både for menn og kvinner, men noe mer for menn i aldersgruppene 62–66 år og 67–74 år. Dahl og Lien (2013) viser at når vi korrigerer for blant annet sektor- og nærings sammensetning er det ingen signifikante kjønnsforskjeller i hvordan pensjonsreformen har påvirket sysselsettingen for aldersgruppen 62–66 år. Det er særlig blant menn over 67 år at økningen er klart større for menn enn kvinner. Det er vanskelig å si hvorfor dette har skjedd – men en forklaring kan være at ektefeller samkjører pensjoningstidspunktene og at det er lettere for menn å jobbe utover 67 år ettersom mange har en ektefelle som er et par år yngre. Det er også svake tegn til at sysselsettingen har økt mest for menn i aldersgruppen 62–66 år. Dette er som forventet

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

Figur 7.2 Prosentandel av befolkningen i registrert arbeid, etter alder (venstre akse) og gjennomsnittlig avtalt arbeidstid i timer per uke (høyre akse). Tall ved utgangen av 2010 og 2014/2015.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

ettersom det jobber flest menn i private AFP-bedrifter der økningen er høyest.

Forventet yrkesaktivitet etter 50 år

Målet i den forrige IA-avtalen for 2009–2013 var å forlenge gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet etter 50 år med seks måneder i løpet av avtaleperioden. I den nåværende IA-avtalen for perioden 2014–2018 er målet en økning på tolv måneder fra 2009 til 2018.

Utviklingen i måleindikatoren «forventet yrkesaktivitet etter 50 år» er vist i figur 7.3. Grunnlaget for beregningen av indikatoren er vist i Boks 10 under. I 2015 kunne en 50-åring forvente å ha 11,6 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Det er en økning på 2,0 årsverk fra 2001, en økning på 0,7 årsverk fra 2009 og uendret fra 2014.²⁶ Målet i den forrige IA-avtalen ble ikke fullt ut oppnådd i løpet av avtaleperioden, men først i 2014. Det gjenstår en økning på 0,3 år fram til 2018 for å nå målet i den nåværende IA-avtalen. Dersom målet skal oppfyl-

²⁶ Siden fjorårets rapport er indikatoren for 2014 oppjustert med 0,1 årsverk som følge av at det nå foreligger tall for sysselsettingen blant selvstendig næringsdrivende i 2014.

les, må sysselsettingsveksten i årene framover følge trendveksten for de siste årene. Utsiktene på arbeidsmarkedet kan gjøre det vanskeligere å oppnå dette målet.²⁷

Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at en 50-åring i 2015 kunne forvente å tilbringe ytterligere 11,6 årsverk i heltidsarbeid. Dette gjelder som et gjennomsnitt for hele befolkningen, dvs. at indikatoren ikke er betinget av at man er i arbeid ved 50 år. Den vil derfor påvirkes av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

Figur 7.3 illustrerer at forventet yrkesaktivitet etter 50 år er høyere for menn enn for kvinner. Kjønnsforskjellen har variert noe over tid, blant annet fordi yrkesaktiviteten blant menn svinger noe mer med konjunktorene. Alt i alt har kjønnsforskjellene i yrkesaktivitet etter 50 år holdt seg uendret fra 2001 til 2014. Den viktigste årsaken bak kjønnsforskjellene er at kvinner i større grad enn

²⁷ Statistisk sentralbyrå venter fortsatt økning i arbeidsledigheten i 2016 og en forsiktig konjunkturoppgang i 2017 og 2018.

Boks 10 – Indikatorer delmål 3

Som måleindikator for IA-avtalens delmål 3 ble *forventet pensjoneringsalder* brukt fram til 2010. Etter pensjonsreformen er ikke lenger denne indikatoren et godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Som erstatning benyttes nå indikatoren *forventet yrkesaktivitet etter 50 år*.

Forventet pensjoneringsalder angir den alderen en person som ennå ikke var pensjonert ved en gitt alder, teoretisk kan forventes å starte uttaket av pensjon (AFP, alders- eller uførepensjon). Denne er beregnet ut ifra pensjonsuttaket for hver aldersgruppe i aldersintervallet 51–70 år et gitt år. For eksempel er forventet pensjoneringsalder i 2015 beregnet ut ifra den pensjoneringsadferden som er observert i 2015.

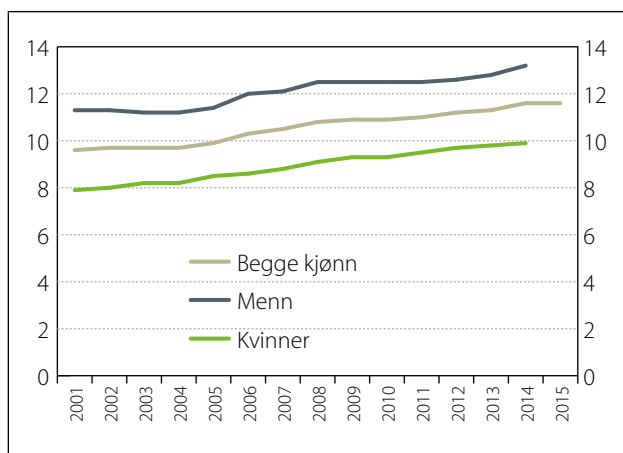
Med begrepet *forventet yrkesaktivitet* menes antall årsverk en person i en gitt alder kan regne med å bidra med i arbeidslivet dersom sysselsettingsatferden og levealderen holder seg konstant framover. For eksempel angir forventet yrkesaktivitet ved 50 år i 2014 produktsummen av sannsynligheten for å overleve fra et år til et annet og sysselsettingsandelen (korrigert for stillingsandel) som er faktisk observert for alle personer fra 50 år og oppover i 2014. Litt upresist kan man kalle dette gjennomsnittlig antall forventede årsverk i arbeid for 50-åringene i 2014.

I beregningen er det benyttet data fra Aa-registeret (til og med 2014) og data for selvstendig næringsdrivende. Nivåtalet for indikatoren kan ligge noe for høyt pga. kvalitetsproblemer for måling av sysselsetting særlig blant de eldste aldersgruppene. Dataene er til og med 2014 basert på innrapportering fra virksomheter om oppstart og opphør av arbeidsforhold, og det forekommer at virksomheter glemmer å melde om opphør av arbeidsforhold når ansatte slutter i arbeid og tar ut pensjon. Likevel er det grunn til å anta at endringer i nivåtallene for forventet yrkesaktivitet vil ha tilfredsstillende kvalitet.

Som følge av innføringen av A-ordningen foreligger ennå ikke det nødvendige datagrunnlaget for å foreta tilsvarende beregning for 2015, blant annet som følge av mangelfulle data om arbeidstid. Det er derfor inntil videre laget et anslag for forventet yrkesaktivitet i 2015. Anslaget forutsetter at endringen i indikatoren fra 2014 til 2015 vil tilsvare et veid gjennomsnitt av endringene i andelen av befolkningen i registrert arbeid fra 2014 til 2015 i ettårige aldersgrupper fra 50–74 år. Anslaget foreligger bare samlet for begge kjønn.

Vi viser til vedlegg 4 hvor det er gitt en mer omfattende redegjørelse for beregning av indikatoren.

Figur 7.3 Forventet gjenstående yrkesaktivitet etter 50 år. 2001–2015. Foreløpige tall for 2015. Årsverk



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

menn jobber deltid. Samtidig er sysselsettingen fortsatt lavere for kvinner enn for menn. På grunn av de nevnte utfordringene knyttet til innføringen av A-ordningen foreligger anslaget bare samlet for begge kjønn.

Årsaker til veksten i sysselsettingen blant eldre

Det flere forklaringer på den positive utviklingen i sysselsettingsandelen blant eldre de siste årene. Særlig viktig er at pensjonsreformen fra 2011 har gjort det mer gunstig å stå lenger i jobb. Særlig er jobbinsentivene blitt bedret for arbeidstakere i privat sektor med rett til AFP. Hernæs m.fl. (2015) finner at fjerningen av avkortning av pensjonene mot arbeidsinntekt har ført til en sterk vekst i arbeidstilbudet for disse arbeidstakerne. Se nær-

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

mere drøfting under i avsnittet om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen.

En annen viktig forklaring er den langsiktige trenden hvor levealderen øker og at dette trolig har ført til at flere seniorer har bedre helsemessige forutsetninger for å jobbe lenger (Lillegård og Ramm 2010).²⁸ Forventet levealder har i perioden 2001–2015 økt med over 3 år, fra 78,9 til 82,3 år.

En tredje forklaring er en generasjonseffekt blant kvinner, der kvinner generelt sett er mer yrkesaktive enn for noen tiår siden, og at nye kohorter som passerer 50 år gradvis bidrar til økt andel sysselsatte for eldre (Haga og Lien 2016). Denne effekten er trolig i ferd med å avta, men gjelder fortsatt for de eldste seniorenene.

Sysselsettingen blant seniorer øker med utdanningsnivået. Dette er nærmere kartlagt i Nordby og Næsheim (2016). En fjerde forklaring til sysselsettingsøkningen er derfor at andelen med høyere utdanning har økt i denne aldersgruppen. Isolert sett kan dette tilsi økt forventet antall år i arbeid for en 50-åring i årene som kommer fordi utdanningsnivået øker. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og sysselsetting kan imidlertid være påvirket av både strukturelle og konjunkturrelle endringer i arbeidsmarkedet, bl.a. knyttet til endringer i yrkes- og næringsstruktur. At flere over lang tid har valgt å ta høyere utdanning kan også ha ført til at det har skjedd en endret seleksjon til denne gruppen over tid.

Dahl og Lien (2013) viser at i de private AFP-virksomhetene, der reformen har hatt størst effekt, er det de med kortest utdanning som i størst grad fortsetter å arbeide. Fortsatt er det likevel de med lengst utdanning som står lengst i jobb også i disse virksomhetene. Nordby og Næsheim (2016) konkluderer også med at seniorsysselsettingen

har økt mest for grupper uten høyere utdanning. Dette viser at arbeidsinsentivene i reformen har virket, og at effektene har vært størst for grupper som har hatt lavt sysselsettingsnivå i utgangspunktet (og dermed større potensiale for økning). Grambo og Lien (2007) finner for øvrig i en spørreundersøkelse at økonomiske insentiver er en viktigere faktor for å påvirke den enkelte til å jobbe lenger blant personer med lav planlagt avgangsalder (under 67 år), enn blant personer med høy planlagt avgangsalder (67 år eller høyere).²⁹

En femte forklaring kan være holdningsendring blant arbeidsgivere og arbeidstakere, jf. resultatene fra Norsk seniorpolitisk barometer som er nærmere omtalt i eget avsnitt under. Bedre helse, høyere utdanning og økt andel seniorer i arbeidsstyrken, kan også ha bidratt til mer positive holdninger til eldre arbeidstakere. Det er også mulig at IA-arbeidet i seg selv kan ha hatt en positiv effekt. Omfanget av seniortiltak har økt betydelig det siste tiåret. Det må ses i sammenheng med IA-avtalen hvor ett av målene er å øke antall år i arbeidslivet for de over 50 år, og ikke minst kravet som kom i 2006, om at alle IA-virksomheter skulle ha en seniorpolitikk (Midsundstad 2015). Foreløpig er det forsket lite på effekten av enkelttiltak innenfor seniorpolitikk.

I tillegg er det grunn til å anta at den positive utviklingen på arbeidsmarkedet og økt andel seniorer i arbeidsstyrken har bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet. Det er også grunn til å anta at eldre arbeidstakere, i mindre grad enn unge, har møtt økt konkurranse om jobbene som følge av høy arbeidsinnvandring.

Etter pensjonsreformen er ikke forventet pensjoneringsalder lenger et aktuelt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Mens forventet yrkesaktivitet etter 50 år har økt med 2,0 år fra 2001 til 2015, har forventet pensjoneringsalder ved 50 *sunket* med

28 Selv om økt levealder/reduert dødelighet tyder på bedret helsetilstand blant eldre, viser studier over utviklingen i funksjon og uførhet ikke entydige resultater om at eldre har oppnådd bedre helsetilstand. Dette skyldes bl.a. at økt overlevelse for personer med hjertelidelser, diabetes type-2 og kreft gjør at disse sykdommene nå hører til kategorien kroniske sykdommer.

29 På spørsmålet om hva som skal til for at man vil være villig til å jobbe ett år lenger, svarer 44 prosent av de med planlagt avgangsalder under 67 år høyere lønn eller pensjon, mens andelen er 29 prosent blant dem med planlagt avgangsalder 67 år eller høyere.

0,7 år i samme periode (Haga og Lien 2016). Dette er fordi mange flere nå tar ut pensjon selv om de fortsetter i jobb. Det er særlig blant menn at forventet pensjoneringsalder har sunket. Kvinner har helt til i 2010 alltid hatt lavere forventet pensjoneringsalder enn menn. Etter 2010 har kjønne byttet plass, slik at menn nå har lavere forventet pensjoneringsalder. Både for menn og kvinner har det i hovedsak vært en positiv utvikling for denne indikatoren i perioden 2011–2015. I 2014 viste indikatoren imidlertid nedgang, fordi mange gikk over fra arbeidsavklaringspenger til uføretrygd. Det har sammenheng med at hovedregelen er at maksimal varighet på arbeidsavklaringspenger er fire år, og at et stort antall mottakere hadde gått sammenhengende på ordningen siden den ble opprettet i 2010.

7.2 Nærmere om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen

Flere studier viser at reformen har hatt en positiv virkning på sysselsettingen i løpet av de første årene den har virket (Bakken og Bråthen 2012, Dahl og Lien 2013, Hernæs m.fl. 2015, Nordby og Næsheim 2016 og Pensjonspolitisk arbeidsgruppe 2016).

De viktigste elementene ved pensjonsreformen som gir gode insentiver til arbeid etter 62 år er følgende:

- Nøytrale uttaksregler³⁰ gir høyere alderspensjon ved utsatt pensjonering.
- Alderspensjonen kan fritt kombineres med arbeid fra 62 år.
- Nye skatteregler fra 2011 gjør det gunstigere enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

Sysselsettingen for arbeidstakere over 62 år har økt både i privat og offentlig sektor etter reformen, men økningen er klart størst for arbeidstakere i private AFP-bedrifter. Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2016) viser at andelen yrkesaktive

60-åring i private AFP-virksomheter som fortsatt var i jobb ved 63 år har økt fra 52 prosent i 2010 til 74 prosent i 2015. Det er en økning på 22 prosentpoeng. I offentlig sektor og i private virksomheter uten AFP-avtale er tilsvarende økning på henholdsvis 8 og 3 prosentpoeng. Dette skyldes forskjeller i hvordan pensjonsreformen har påvirket de økonomiske insentivene til arbeid for ulike grupper av arbeidstakere:

- Ansatte i private AFP-virksomheter har nå muligheten til å ta ut alderspensjon og AFP fra fylte 62 år, og kombinere dette med arbeidsinntekt uten at pensjonen blir redusert. Før 2011 ble AFP for denne gruppen redusert forholdsmessig dersom man hadde arbeidsinntekt over 15 000 kroner. Pensjonsreformen har gjort det klart mer lønnsomt for denne gruppen å fortsette i arbeid etter 62 år.
- Arbeidstakere i private bedrifter uten AFP-ordning hadde tidligere ingen særskilt tidligpensjonsordning. Reformen medførte her at de fikk mulighet til å ta ut alderspensjon fra 62 år. Mens denne gruppen tidligere som hovedregel måtte fortsette i arbeid til pensjonsalderen på 67 år, har reformen medført en mulighet til å slutte tidligere i arbeid, for de som ønsker det. At det lønner seg å fortsette i jobb etter 62 år, gjelder likevel også for denne gruppen.
- Ansatte i offentlig sektor har i hovedsak beholdt sine AFP-ordninger, og uttak av AFP kan ikke kombineres med uttak av alderspensjon. AFP i offentlig sektor blir fortsatt redusert forholdsmessig dersom man har arbeidsinntekt over 15 000 kroner per år. Gevinsten ved å fortsette i arbeid i offentlig sektor er derfor lavere enn i privat sektor.

Det er redegjort nærmere for effekten av de ulike pensjonsordningene på sysselsettingen i de ulike sektorene bl.a. i Dahl og Lien (2013). Hernæs m.fl. (2015) bekrefter at det er en sterk økning i sysselsettingen for ansatte i private AFP-virksomheter pga. pensjonsreformen.

³⁰ Nøytrale uttaksregler innebærer at den enkelte kan forvente om lag samme samlede pensjonsutbetaling over livsløpet uansett valg av uttakstidspunkt.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

For arbeidstakerne i private bedrifter uten AFP-ordning finner Hernæs m.fl. (2015) en svak negativ virkning av pensjonsreformen på andelen i jobb ved 63 år. Tall fra Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2016) viser at andelen som fortsetter i jobb i aldersgruppen 62–66 år har gått noe tilbake i privat sektor i 2015. Den aktuelle lavkonjunkturen kan ha bidratt til dette.

Hernæs m.fl. (2015) finner også en svakt positiv sysselsettingseffekt av pensjonsreformen for offentlig ansatte. De forklarer dette med at reformen har gitt offentlige ansatte en ny valgmulighet fra 62 år, gjennom å kunne kombinere alderspensjon med arbeid framfor å ta ut AFP. Det kan ha ført til at noen har funnet tidlig uttak av alderspensjon mer attraktivt enn å ta ut AFP, til tross for at det gir lavere årlig pensjon på sikt.

Nye opptjeningsregler for alderspensjon vil også forbedre insentivene til arbeid ytterligere. Disse trer gradvis i kraft nå fra 2016, når de første som omfattes av reglene kan ta ut pensjon. Levealdersjustering ble innført fra 2011 og ettersom effekten er såpass liten fra år til år, er det for tidlig å fastslå hvilken effekten dette gir på sysselsettingen.

Pensjonsreformen medførte at flere fikk rett til å ta ut pensjon. Andelen 62–66-åringene som mottar en form for pensjon – alderspensjon, uføretrygd, AFP eller etterlattepensjon har økt som følge av innføring av muligheten for uttak av alderspensjon før 67 år. Økningen var fra 57–58 prosent i perioden 2008–2010 til om lag 71 prosent i desember 2015. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

63 prosent av de som hadde tatt ut alderspensjon før de fylte 67 år, jobbet ved siden av pensjonen i desember 2015. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte fra 39 prosent i 2010 til 45 prosent i 2015 (selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert i disse tallene). Dette var en sterkere sysselsettingsvekst enn for befolkningen mellom 18 og 66 år. Andelen yrkesaktive som fortsetter i arbeid i aldersgruppen 62–66 år har økt mest i næringene industri og bergverksdrift og utvinning.

Dahl og Lien (2013) har sett på hva som kjennetegner de gruppene der andelen sysselsatte har økt særlig mye etter fylte 62 år. Blant ulike yrkesgrupper viser det seg at det er personer med tunge manuelle yrker som i størst grad har latt seg påvirke til å fortsette lenger i jobb. Tilsvarende når de ser på utdanning, er det de med kun grunnskoleutdanning som har økt sin sannsynlighet til å fortsette i jobb mest. Men selv om forskjellene i jobbsannsynlighetene nå har blitt mindre, er det fortsatt de med lengst utdanning som står lengst i jobb (Nordby og Næsheim 2016).

7.3 Arbeidsmiljø og frafall fra arbeidslivet

Tidlig pensjonering er for noen et frivillig valg, mens det for andre er en beslutning som må tas fordi man ikke lenger er i stand til eller får muligheten til å fortsette å være i jobb. Med økende alder reduseres muskelstyrken og forekomsten av plager og sykdommer øker. Redusert helse kan bidra til at det oppstår en diskrepans mellom kravene som stilles i jobben og den enkeltes arbeids-evne, noe som kan føre til tidligere avgang fra arbeidslivet.

Frafallet av eldre arbeidstakere fra ulike yrker, kan si noe om hvor tilrettelegging og potensialet for forebygging er størst for å øke yrkesdeltakelsen blant eldre. Blant ikke-yrkesaktive i aldersgruppen 55–66 år er arbeidsuførhet den vanligste årsaken til at man ikke er yrkesaktiv. Det er store variasjoner i avgang fra yrke, og høyest avgang er det i yrker uten krav til utdanning, deretter følger operatører, håndverkere, salgs- og serviceyrker og sykepleiere. (STAMI 2009).

Dårlige arbeidsforhold kan føre til økt nivå av helseplager og/eller være en særlig påkjenning for eldre arbeidstakere som opplever dårlig helse og kan derfor bidra til tidlig pensjonering. I en studie basert på arbeidsmiljødata fra levekårsundersøkelsen 1987, 1991, og 1995, blant arbeidstakere i aldersgruppen 40–67 år, undersøkte man sammenhengen mellom fysiske belastninger og psykososiale faktorer i 270 yrkesgrupper og risiko-

en for tidlig pensjonering og uførhet. Studien viste for det første at sysselsatte som befinner seg i yrker med tungt fysisk arbeid og mekaniske belastninger slutter tidligere i yrkeslivet enn de som har færre eller ingen slike fysiske belastninger i jobben. For det andre fant man at menn i yrker med mindre grad av selvbestemmelse i jobben, pensjonerte seg tidligere, – både ved tidlig pensjonering og uførepensjon. For det tredje fant man at sysselsatte i yrker som skåret høyt på jobbstressindikatoren hadde høyere pensjoneringsalder enn i yrker som skåret lavt. Blant kvinner fant man imidlertid støtte for at både yrker som skåret høyt og lavt på jobbstressindikatoren hadde forhøyet risiko for uførepensjonering (Blekesaune og Solem 2005). Resultatene underbygger en sentral hypotese innenfor arbeidsmiljøforskningen; høye jobbkraav kan bli en utfordring ved høy intensitet over lengre tid, men et visst press og nye utfordringer i kombinasjon med autonomi er en viktig del av det som for mange virker motiverende i jobben. I to nyere studier fra STAMI, har forskerne sett nærmere på arbeidsmiljøforhold blant eldre arbeidstakere i bygg og anleggsbransjen. Forfatterne konkluderer med at i kraft av redusert fysisk kapasitet er eldre arbeidstakere langt mer utsatt for overbelastning når de utfører tungt fysisk arbeid, sammenliknet med yngre arbeidstakere. God helse, et godt psykososialt arbeidsmiljø og en reduksjon i fysiske krav i arbeidet var viktige for å stå i jobben frem mot pensjonsalder, og spesielt viktig var dette blant dem som opplevde høye nivåer av mekanisk eksponering og redusert arbeidsevne (Jebens m. fl. 2013 og 2015).

7.4 Norsk seniorpolitisk barometer

Norsk seniorpolitisk barometer har siden 2003 kartlagt holdninger på det seniorpolitiske området i arbeidslivet. Informasjonen i undersøkelsen hentes inn gjennom telefonintervju. Nettoutvalget (antall som blir oppringt) består av 1 000 personer over 15 år samt 600 bedrifter og 150 statlige og kommunale virksomheter. Det er Ipsos MMI som gjennomfører undersøkelsen på oppdrag fra Senter for seniorpolitikk. Siste under-

søkelse ble gjennomført høsten 2015 (Dalen 2015a og 2015b).

Undersøkelsen rettet mot ledere er ikke vektet med antall ansatte hver leder har, store og små bedrifter vektlegges altså likt.

Resultatene fra undersøkelsen viser at holdningene til eldre i arbeidslivet har endret seg i positiv retning, både blant arbeidstakere og ledere. Dette gir seg bl.a. utslag i at eldre arbeidstakere opplever at de mestrer sine arbeidsoppgaver, at de gis gode muligheter for å lære nye ting og får nye oppgaver, og at de har arbeidsprestasjoner på linje med yngre grupper. I tillegg har ønsket alder for arbeidstakernes fratredelse økt over tid, både blant de ansatte og lederne. Imidlertid viser årets undersøkelse at arbeidsgiverne er noe mer forbeholdne enn tidligere til å ansette eldre og seniorer. Dette kan ha sammenheng med at eldre som arbeidssøkergruppe er noe mer utsatt i en lavkonjunktursituasjon. Vi hadde en tilsvarende utvikling i forbindelse med finanskrisen. Denne sammenhengen ble nærmere belyst i Solem (2010) som bl.a. konkluderte med at «..nedgangskonjunktoren i stor grad har påvirket både oppfatninger, preferanser (følelser) og adferd hos både ledere, yrkesaktive, seniorer og yngre». Disse virkningene er tydeligere i privat sektor enn i offentlig sektor.

Disse utviklingstrekkene gir seg uttrykk på følgende måte i datagrunnlaget fra seniorpolitisk barometer:

- Eldre arbeidstakere opplever at de mestrer sine arbeidsoppgaver og gleder seg til å gå på jobb. Arbeids glede og mestringsfølelse ligger høyere blant eldre enn yngre grupper siden undersøkelsen startet i 2003, men forskjellen har jevnet seg noe ut. Både arbeidsgivere og arbeidstakere mener likevel at «Eldre arbeidstakere har dårligere evner til å mestre data og PC». Imidlertid har andelen arbeidsgivere som mener eldre har kompetanseutfordringer knyttet til bruk av data og PC blitt klart lavere de siste årene.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

- Da undersøkelsen startet rapporterte de eldre om klart dårligere muligheter for å få nye arbeidsoppgaver og lære nye ting enn yngre arbeidstakere. Her viser resultatene en klar bedring i løpet av perioden. I løpet av de fem siste årene har de eldre rapportert om samme muligheter for å få nye oppgaver som yngre arbeidstakere.
- Ønsket fratredelsesalder har økt betydelig fra 2003 fram til i dag. De sysselsatte rapporterer nå at de ønsker å fratre ved 66-års alder. I begynnelsen av perioden var ønsket fratredelsesalder 61 år. Arbeidsgivernes oppfatning av ved hvilken alder folk må betraktes som «eldre i arbeidslivet», har også økt over tid. I 2003 oppga arbeidsgivere i gjennomsnitt at 52 år var grensen for når folk kan betraktes som «eldre». I 2014 har denne grensen økt til ca. 56 år.
- Majoriteten av de sysselsatte opplyser at de ønsker å arbeide også etter at de har startet å ta ut pensjon. Denne andelen har økt trendmessig gjennom perioden. Også majoriteten av arbeidsgiverne opplever at det er en fordel at arbeidstakere står i jobb fram til «normal pensjonsalder» (80 prosent). Denne andelen har økt over tid, men gått noe ned de siste årene.
- Arbeidsgivernes interesse for å ansette seniorer og eldre økte fra 2003 til 2008, men har siden variert. Fra 2013 til 2015 har interessen for å ansette seniorer blitt redusert fra 70 prosent av arbeidsgiverne til 62 prosent. Tilsvarende tall for eldre arbeidstakere var en reduksjon fra 63 til 53 prosent. Store bedrifter viser gjennomgående en større interesse for å ansette seniorer eller eldre enn mindre bedrifter. Undersøkelsen viser også synkende interesse for andre grupper, men i mindre grad enn for seniorer og eldre.

7.5 Effekter av seniorpolitiske tiltak

Vi har begrenset kunnskap om sysselsettingseffekter av seniorpolitiske tiltak. Dette har delvis sammenheng med at det er vanskelig å separere ulike forklaringsfaktorer. En kan imidlertid ikke

utelukke at den økte oppmerksomheten om økt behov for å dekke arbeidskraftsbehovet som følge av eldrebølgen og behovet for et mer inkluderende arbeidsliv for seniorene som har kommet i tilknytning til pensjonsreformen og IA-arbeidet, kan ligge bak de tydelige holdningsendringene som er registrert i seniorpolitisk barometer.

De vanligste seniortiltakene er å tilby redusert arbeidstid med full lønnskompensasjon, ekstra ferie og fridager eller bonuser og høyere lønn (Midsundstad 2011). Dette kan gi ansatte ekstra motivasjon til å fortsette i arbeid, men det finnes lite sikker kunnskap om dette. Basert på data for perioden 2000–2010 analyserte Hermansen (2015) AFP-bedrifter som tilbød redusert arbeidstid fra 62 år, med eller uten lønnskompensasjon. Analysen viser at denne typen tiltak ikke medførte signifikant lavere uttak av full AFP ved alderen 62–64 år.

En del seniortiltak kan også gi arbeidsgiveren en ekstra kostnad. Lengre ferie for ansatte over 60 år trekker i samme retning. Dersom seniortiltakene starter fra en gitt alder vil kostnaden øke over tid i takt med økende avgangsalder blant seniorene. Det kan være en utfordring at insentivene til arbeid har blitt kraftig forbedret blant store grupper arbeidstakere de siste årene, samtidig som kostbare seniortiltak kan gjøre eldre arbeidstakere mindre attraktive å ansette eller beholde. Når det gjelder pensjonskostnader, viser Actecan (2013) for øvrig at det i ytelsesbaserte tjenstepensjonsordninger bare er en svak økning i pensjonspremien med alderen. At stadig flere virksomheter har gått over til innskuddsbaserte tjenstepensjonsordninger, trekker også i retning i at det ikke er grunnlag for å hevde at seniorarbeidstakere gir høyere pensjonskostnader.

Evalueringen av NAV arbeidslivssenterens bidrag til oppnåelse av delmål 2 og 3 i IA-avtalen viser at arbeidslivssentrene i begrenset grad har bidratt til måloppnåelse for delmål 3 (Ingebrigtsen og Moe, 2016). Dette må imidlertid ses i sammenheng med at sentrene bruker lite tid på å bistå virksomhetene i det seniorpolitiske arbeidet. Evaluering

gen er basert spørreundersøkelser rettet mot de enkelte IA-virksomheter og ansatte ved sentrene. Disse viser at bare én av ti virksomheter oppgir at sentrenes tjenester har hatt betydning for forlengelse av yrkesaktivitet for ansatte over 50 år. Evalueringen viser i denne sammenheng til at mange av virksomhetene opplyser at de ser begrenset behov for ekstern bistand til arbeidet med seniorpolitikk. Relativt sett i bidrar sentrene i noe sterkere grad til det seniorpolitiske arbeidet i kommunale og statlige virksomheter, særlig i helsesektoren. Se nærmere om dette i oppsummeringen av evalueringen i vedlegg 3.

I en FAFO-studie fra 2014 undersøkte man hvorvidt forebyggende tiltak og tilrettelegging i arbei-

det bidro til å redusere sykefraværet blant arbeidstakere med redusert helse og arbeidsevne i aldersgruppen 50 år og eldre. Man fant at sykefraværet ble redusert i større grad i virksomheter som arbeidet forebyggende mot sykefravær, men at reduksjonen skyldtes karakteristikk ved virksomheten snarere enn forebyggende tiltak i seg selv. Studien avdekket variasjoner mellom næringer, men fant at tilrettelegging og forebyggende tiltak viste god effekt på sykefraværet blant eldre arbeidstakere med nedsatt helse og arbeidsevne i offentlig administrasjon. I følge forskerne tyder dette på at tilrettelegging for personer med nedsatt helse eller redusert arbeidsevne er langt enklere i typiske kontoryrker, enn i mer manuelle yrker (Midtsundstad og Nielsen 2014).

8. Kilder

- Aagestad, C. (2012). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning. STAMI-rapport. Årg. 13, nr. 7.
- Aagestad, C., Johannessen H. A., Tynes T., Gravseth H. M. og Sterud T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2014; 56(8). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Actecan (2013) *Den kostbare senioren – fakta eller myte*. Rapport 2013/06. Oslo: Actecan.
- Bakken, F. og Bråthen, M. (2012) «Seniorer i arbeidslivet – hva påvirker beslutningen om å fortsette i jobb?». *Arbeid og velferd 3-2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Becken, L.E., Lien, M.I. og Busch, R. (2016). *Evaluering av Hedmarksmodellen- NAVs evaluering av aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding*. Rapport 2016-05 Proba samfunnsanalyse. Oslo mars, 2016.
- Berg, H., Gleinsvik, A., Klingenberg, S. og Solheim, Ø. B. (2015). Sykefraværet i bygg- og anleggsnæringen under finanskrisen. Oslo: Proba.
- Berge, C., Johannessen, J. H. og Næsheim, H. (2012). Internasjonal sammenligning av sykefravær. Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde? Rapport 6/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Biørn, E., Gaure, S., Markussen, S. og Røed, K. (2010). The Rise in Absenteeism: Disentangling the Impacts of Cohort, Age and Time. Oslo: Frischsenteret.
- Blekasaune, M. og Solem, P.E. (2005). «Working conditions and Early Retirement. A prospective Study of Retirement Behavior.» *Research on Aging*, 2005:27(1), 3–30.
- Brage, S., Kann, I. C., Nossen, J. P. og Thune, O. (2012). Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000–2011. *Arbeid og velferd 3/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Brage, S., Kann, I. C., Kolstad, A., Nossen, J. P. og Thune, O. (2011). Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk. *Arbeid og velferd 3/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Brage, S. og Thune, O. (2015). Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd 1/2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Berge, C., Bye, T., og Næsheim, H. (2010). Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomen 3/2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bragstad, T. og Brage, S. (2011). Unge på arbeids- og helserelaterte ordninger. *Arbeid og velferd 2/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Bragstad, T. og Sørbo, J. (2014). Hvem er de unge med nedsatt arbeidsevne? *Arbeid og velferd 1/2014*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Bratsberg, B. og Raaum, O. (2012). Immigration and Wages: Evidence from Construction. *The Economic Journal*. Oslo: Frischsenteret.
- Bratsberg, B. og Raaum, O. (2013). Migrasjonsstrømmers påvirkning på lønns- og arbeidsvilkår. *Samfunnsøkonomen 3/2013*. Oslo: Frischsenteret.
- Bratsberg, B., Raaum, O. og Røed, K. (2010). When Minority Labor Migrants Meet the Welfare State. *Journal of Labour Economics*. Oslo: Frischsenteret.

- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K. og Schøne, P. (2014): Immigrants, labour market performance and social insurance. *The Economic Journal*, 116(2): 356-393.
- Bratsberg, B. og Røed, K. (2015). The Nordic welfare model in an open European labor market. Kommer i *Nordic Economic Policy Review*.
- Bråthen, M, og Svalund, J. (2015) Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt arbeidsevne. Oslo, Fafo.
- Bø, T.P. og Vigran, Å. (2015). Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. *Samfunnsspeilet 1/2015*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Claus, Gunnar, Pål Nordby og Helge Næsheim (2015) *Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen*. SSB-rapport 2015/12. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Dale-Olsen, H., Nilsen, K.M. og Schøne, P (2011). Smitter sykefravær? *Søkelys på arbeidslivet 1–2/2011*. Oslo.
- Dalen, E. (2015a) «Norsk seniorpolitisk barometer 2015. Kommentarrapport, yrkesaktive». Oslo: Ipsos MMI.
- Dalen, E. (2015b) «Norsk seniorpolitisk barometer 2015. Kommentarrapport, ledere i arbeidslivet». Oslo: Ipsos MMI.
- Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær – Aktiviserings- og nærværsreform.
- Fredriksen, D., Holmøy, E. , Strøm, B. og Stølen N.M. (2015). Fiscal effects of the Norwegian pension reform – A micro-macro assessment. Statistisk sentralbyrå, Discussion paper 821.
- Godøy, A. (2014). Sykefravær og permitteringer i bygg og anlegg etter finanskrisen. *Søkelys på arbeidslivet 4/2014*. Oslo: Frischsenteret.
- Gleinsvik, A., Klingenberg S. og Mastekaasa, A. (2014). Internasjonal sammenlikning av sykefraværet. Oslo: Proba.
- Grambo A.C., og Lien O.C. (2007) Hva vet befolkningen om pensjon? NAV-rapport 1-2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Haga, O. (2015). Forventa pensjoneringsalder og yrkesaktivitet. *Arbeid og velferd 2/2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Hanvold, T.N., Wærsted, M., Mengshoel, A.M., Bjertness, E., Stigum, H. og Twisk J. (2013). The effect of work-related sustained trapezius muscle activity on the development of neck and shoulder pain among young adults. *Scandinavian journal of work environment & health*. 2013; 39(4):390-400.
- Hanvold, T.N., Kines, P., Nykänen, M., Ólafsdóttir, S., Thomée, S., Holte, K.A., Vuori, J., Wærsted, M. og Veiersted, K.B. (2016). Young workers and sustainable work life. Special emphasis on Nordic conditions. TemaNord 2016:512.
- Hauge, K., Markussen, S., Raaum, O., og Ulvestad, M. (2015). Kan kjønnsforskjellen i sykefraværet forklares av holdninger, normer og preferanser? Frischsenteret Rapport 1/2015. Oslo: Frischsenteret.
- Helde, I., Kristoffersen, P. og Lysø, N. (2011). Kan næringsstruktur forklare fylkesvise forskjeller i sykefraværet. *Arbeid og velferd 3/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Helde, I., Kristoffersen, P., Lysø, N. og Thune, O. (2010). Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. *Arbeid og velferd 4/2010*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Helde, I. og Nossen, J.P. (2016): Sykefravær blant gravide 2001–2014. *Arbeid og velferd 1/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

8. Kilder

- Hem, K.G., Dahl, Ø., Rohde, T. og Øren, A. (2016). Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. Sintef rapport A27430. Trondheim: Sintef
- Hærnes, E., Markussen, S., Piggott, J. og Røed, K. (2015) Pension Reform and Labour Supply: Flexibility vs. Prescription. IZA Discussion paper No. 8812. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit
- Ingebrigtsen, B.A. og Moe, A. (2015) *Evaluering av NAV Arbeidslivssentrenes bidrag innen delmål 2 og 3 i IA-avtalen*. NTNU Samfunnsforskning og Trøndelag Forskning og utvikling. Trondheim, desember 2015
- Jacobsen, O. (2014). Pensjonsreformen: Hvilken innvirkning har den hatt på bruken av helserelaterte ytelser? *Arbeid og velferd 3/2014*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Jebens, E., Mamen, A., Medbø, J.I., Knutsen, O. og Veiersted, K.B. (2013) «Association between perceived present working conditions and demands versus attitude to early retirement among construction workers.» *Work 2013: 48 (2)*, 217–228.
- Jebens, E., Mamen, A. og Medbø, J.I. (2015) «Are elderly construction workers sufficiently fit for heavy manual labour» *Ergonomics 2015: 58 (3)* 450–462.
- Jensen, C., Mandal, R., Ofte, H. J. og Ose, S. O. (2015). Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger som ytelse og ordning? Trondheim: Sintef og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering.
- Kann, I. C., og Lima, I. A. Å. (2015). Tiltak i NAV Hedmark ga færre nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. *Arbeid og velferd 2/2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kann, I. C., Lima, I. A. Å. og Kristoffersen, P. (2014). Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid og velferd 3/2014*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kann, I.C, Yin, J, Kristoffersen, P. (2016a). Arbeidsavklaringspenger – Utviklingen i hvem som kommer inn *Arbeid og velferd 2/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kann, I.C, Yin, J, Kristoffersen, P. (2016b). Fra arbeidsavklaringspenger til arbeid, *Arbeid og velferd 2/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kines, P., Framke, E., Salmi, A. og Bengtson, E. (2013). Young workers` occupational safety and health risks in the Nordic countries.
- Lillegård, M. og Ramm J. (2010) Forventet antall leveår i god helse (HLY). Effekten av ulike helsedefinisjoner. Notater 2010-32. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Markussen, S. (2010). 2004: Da sykefraværet falt som en stein. *Samfunnsøkonomen 3/2010*. Oslo: Frischsenteret.
- Markussen, S., Røed, K. og Schreiner, R. C. (2014). Can compulsory dialogs promote return to work from sickness absence? Oslo: Frischsenteret.
- Markussen, S. og Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening 10/2012*. Oslo: Frischsenteret.
- Mastekaasa, A (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning 2/2016*. Oslo: Universitetsforlaget
- Merlino, L.A., Rosecrance, J.C., Anton, D. og Cook, T.M. (2003). Symptoms of musculoskeletal disorders among apprentice construction workers. *Applied occupational and environmental hygiene 2003;18(1):57-64*.
- Midtsundstad, T. (2011) Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv. Fafo-rapport 2011/10. Oslo: Fafo.
- Midtsundstad, T. (2015) Tiltak for å holde på eldre arbeidstakere, i Dale-Olsen, H. (red.), Norsk ar-

- beidsliv i turbulente tider. Oslo: Gyldendal Akademiske, 239–256.
- 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. Oslo: Fafo.
- Mykletun, A. og Vaage, K. (2012). Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nordby, P. og Næsheim, H. (2016) Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen. Rapporter 2016/10. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Nossen, J. P. (2014). Utviklingen i sykefraværet: betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer. *Arbeid og velferd 2/2014*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Nossen, J.P. og Brage S. (2015) Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepengene – hvordan påvirkes sykefraværet? *Arbeid og velferd nr. 3 2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- NOU 2001:22 Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer.
- NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.
- NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak.
- OECD (2014). OECD Employment Outlook 2014. OECD Publishing.
- Ose, S.O., Jiang L., og Bungum B. (2014). Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. Sintef rapport A26056. Trondheim: Sintef.
- Ose, S.O., Kaspersen, S. L., Reve, S.H., Mandal, R., Jensberg, H. og Lippestad, J. (2012). Sykefravær – gradering og tilrettelegging. Sintef rapport A22397. Trondheim: Sintef.
- Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2016) *Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen*. Oslo: Pensjonspolitisk arbeidsgruppe.
- Rieck, K. M. E., og Telle, K. (2013). Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica*, 56(2), 117-137.
- Salminen, S. (2004) Have young workers more injuries than older ones? An international literature review. *Journal of safety research*. 2004;35(5):513-21.
- Solem P.E. (2010) Eldres posisjon i arbeidslivet ved konjunkturuomsleg. Rapport 5/2010. Oslo: Nova – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- STAMI (2009) STAMI-rapport Årg. 10. nr. 6 (2009) ISSN: 1502-0932 Dato: 15/10/2009.
- STAMI (2015). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. STAMI-rapport Årg. 16, nr. 3. (2015). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Statistisk sentralbyrå (2015): Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet 2015. <http://www.ssb.no/akutu>
- Sterud, T. (2013a). Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *The European Journal of Public Health* 2013. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Sterud, T. (2013b). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian journal of Work, Environment and Health*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Sterud, T. (2014). Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

8. Kilder

Sterud, T., og Johannessen, H. A. (2014). Do work-related mechanical and psychosocial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian journal of public health*, 42(3), 329-334.

St.meld. Nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. Oslo: Sosial- og arbeidsdepartementet.

Tynes T. og Sterud T. (2009). Arbeidsmiljø blant innvandrere- slik et utvalg innvandrere fra Asia, Afrika, Sør-Amerika og Sørøst-Europa opplever det. STAMI-rapport Årg.10. nr.6.

Verjans, M., De Broeck, V. og Eeckelaert, L. (2007) Osh in figures. Young workers. Facts and figures. European Communities.

Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport

Overordnet mål

Drøfting av mulige årsaker til nedgangen i sysselsettingsandelen etter 2008

(rapport 2/2011, s. 53)

Etter en sterk oppgang i norsk økonomi i 2005 til 2007, gikk norsk økonomi inn i en nedgangskonjunktur ved årsskiftet 2007/2008. Om lag et halvt år senere ble også effektene av den internasjonale finanskrisen tydelig. På det tidspunktet, høsten 2008, hadde allerede sysselsettingsandelen begynt å falle. I tiden som har fulgt har sysselsettingsandelen blitt redusert med hele tre prosentpoeng. Flere eldre i befolkningen har vært en årsak til redusert sysselsettingsandel de siste årene. Innvandring har en ubestemt effekt på sysselsettingsandelen. Hvor stor andel av innvandrerne som er eller blir en del av arbeidstilbudet, vil være av avgjørende betydning for effekten på sysselsettingsandelen. Sysselsettingsandelen blant personer fra utlandet er 7,5 prosentpoeng lavere enn i befolkningen i alt. Forskjellen blir enda større hvis vi i) justerer for at innvandrerbefolkningen gjennomgående er yngre og ii) betrakter deltakelsen i arbeidslivet over en tiårsperiode.

Delmål 1

Hvordan påvirker konjunktorene utviklingen?

(rapport 2015, s.27)

I hvilken grad konjunktursvingninger har betydning for sykefraværet, er usikkert. Forskningen gir ikke entydige svar på om det er en årsakssammenheng mellom situasjonen på arbeidsmarkedet og sykefraværet, og ev. hvordan sammenhengen er. Det vises til nærmere omtale av sykefravær og konjunkturer i boks 3 i faggruppens rapport 2/2011.

En artikkel i *Arbeid og velferd* (Nossen, 2014) viser at utviklingen på arbeidsmarkedet har påvir-

ket sykefraværet i perioden fra 2000 til 2012 på to ulike måter, og med motsatt fortegn. For det første har det vært en tendens til at det ble påbegynt færre nye sykefravær når ledigheten var høy. Dette er i tråd med disiplineringshypotesen, som går ut på at høy ledighet og økt risiko for å miste jobben virker disiplinerende på sykefraværet. Det er imidlertid vanskelig å skille disiplineringshypotesen fra sammensetningshypotesen³¹. Dette kan dermed også skyldes sammensetningshypotesen som sier at de sykeste er de som blir arbeidsledige først. For det andre økte den gjennomsnittlige varigheten av sykefraværene som startet i perioder hvor antall nye arbeidsledige økte. Artikkelen peker på at dette kan henge sammen med at sykepengene er en langt mer generøs ytelse enn dagpenger.

Utviklingen i sykefraværet påvirkes også av utviklingen i omfanget av mottakere av andre ytelser. En studie fra Frischsenteret³² viser at sykefraværet ville vært høyere dersom færre hadde forlatt arbeidsmarkedet gjennom uføretrygding eller andre stønader.

Norge har et høyt sykefravær sammenliknet med andre land

(rapport 2015, s.28)

Internasjonale sammenlikninger av sykefraværet tar ofte utgangspunkt i de ulike lands arbeidskraftsundersøkelser (AKU). Basert på AKU har Norge det høyeste sykefraværet i forhold til land det er naturlig å sammenlikne oss med.

31 Dvs. at konjunktorene påvirker sammensetningen av arbeidsstyrken slik at personer med marginal tilknytning til arbeidsmarkedet og høyt sykefravær utgjør en større andel av arbeidsstyrken i en høykonjunktur enn i en lavkonjunktur. Hypotesen har fått begrenset empirisk støtte. Det er gjort få studier, og metodene som er brukt er usikre.

32 Bjørn m.fl. (2010)

I faggruppens rapport fra 2012 omtales en rapport fra SSB (Berge m.fl., 2012) som ser på om utformingen av AKU er så ulik mellom land at det forklarer hele eller deler av forskjellen man observerer i sykefraværet målt ved denne statistikken. Rapporten konkluderer med at utformingen av AKU er relativt lik, og at det derfor ikke kan forklare forskjellene i syke fravær. I rapporten pekes det på at ulik sammensetning av de som er i arbeid kan forklare noe av forskjellen i sykefraværet. Videre kan forskjeller i sykepengeordninger og andre institusjonelle forhold påvirke målt sykefravær. I faggruppens rapport fra 2012 konkluderes det med at det er behov for ytterligere analyse og informasjon bl.a. om forskjeller i institusjonelle forhold og velferdsordninger for å kunne konkludere med i hvor stor grad det reelle sykefraværet er høyere i Norge enn våre naboland.

Med bakgrunn i denne problemstillingen, utarbeidet Proba i 2014 en rapport (Gleinsvik m-fl., 2014) på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Rapporten konkluderer med at Norges høye sykefravær i internasjonale sammenligninger verken kan forklares med forskjeller i hvordan sykefraværet måles, eller av forskjeller i maksimal varighet eller andre regler for sykmelding. Probas analyser tyder på at forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken eller kjennetegn ved arbeidslivet heller ikke har vesentlig betydning. Proba mener at forskning på betydningen av sykepengeordningen gir grunnlag for å anta at den sykepengeordningen vi har i Norge er en viktig årsak til forskjellene.

Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet³³

(rapport 2015, s.40)

Sykmeldte skal ifølge loven senest innen åtte uker være delvis i jobb dersom medisinske forhold ikke er til hinder for dette (aktivitetskravet). Alle som passerer åtte ukers fravær med full sykmelding skal derfor vurderes for aktivitetskravet. Dersom NAV ikke gir unntak fra aktivitetskravet, skal sykepengene stoppes etter åtte uker. Dette

kravet har i realiteten ikke blitt håndhevet særlig konsekvent, verken i Hedmark eller i resten av landet.

Våren 2013 la NAV Hedmark om praksis for å håndheve aktivitetskravet. Følgende tiltak ble iverksatt:

1. *Faglig støtte til NAVs saksbehandlere:* Det ble etablert et saksdrøftingsverksted der de lokale NAV-veilederne ble gitt systematisk støtte fra fylkets kompetanseveiledere, NAVs rådgivende leger og psykologer ved vurderingen av aktivitetskravet.
2. *Informasjonskampanje:* Hedmark gjennomførte en målrettet informasjonskampanje i forkant for å informere leger, arbeidsgivere og befolkningen om at NAV nå ville begynne å håndheve aktivitetskravet.
3. *Endring av brevet som sendes ut ved varsel om midlertidig stans:* Hedmark laget en egen tekst til brevet som varsler stans om sykepenger ved åtte uker. I brevet åpnes det for at den sykmeldte fortsatt kan få sykepenger dersom han/hun er tilbake i jobb i løpet av fire uker (dvs. innen 12. uke) i stedet for to uker som ellers gjelder. I tillegg oppfordres den sykmeldte til å ta kontakt med arbeidsgiver for å finne en løsning på arbeidsplassen.

Effektanalysen er basert på en sammenlikning mellom Hedmark og øvrige fylker i landet som ikke har gjennomført liknende tiltak. Det er gjort observasjoner av sykefraværsprosenten i landet for øvrig og Hedmark, hhv. før og etter tiltaket. Sjansen for å bli frisk eller få gradert sykmelding er beregnet på grunnlag av forløpsdata over sykefraværsperioden for hvert individ.

Analysen viser at tiltakene har hatt en betydelig positiv effekt. I samme måned som tiltaket ble innført i Hedmark ble andelen unntak fra aktivitetskravet redusert fra om lag 97 prosent til 65 prosent. Tiltakene har ført til at sykefraværet i Hedmark ble redusert med åtte prosentpoeng

33 Kann m.fl. (2014)

mer enn i resten av landet³⁴. Hovedeffekten er kortere varighet for sykefraværene. Analysen viser at økt friskmelding inntreffer både lenge før 8-ukers tidspunktet og senere enn dette i sykefraværet. Resultatene indikerer bl.a. at tiltaket har påvirket fastlegene til å friskmelde tidligere og gradere mer.

Tiltakene i det sykefraværsforebyggende arbeidet har også redusert antall mottakere av arbeidsavklaringspenger³⁵

(rapport 2015, s.41)

I forlengelsen av endret praksis for håndheving av aktivitetskravet for sykmeldte har NAV Hedmark i april 2014 også innført saksdrøftingsverksted ved vurdering av søknader om arbeidsavklaringspenger samt andre tiltak for forsterket oppfølging av langtidssykmeldte. En viktig foranledning for å innføre saksdrøftingsverksted for vilkårsvurderinger var en omfattende kvalitetsundersøkelse av et stort antall sykmeldingssaker fra dialogmøte 2 fram mot inngangen til arbeidsavklaringspenger.

Konklusjonen var at det ikke forelå tydelig nok dokumentasjon og gode nok vurderinger av om vilkårene for innvilgelse av arbeidsavklaringspenger var oppfylt.

Resultater fra disse analysene tyder på at til nå (april 2015) har tiltakene gitt en reduksjon i antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger på 38 prosent, sammenliknet med landet for øvrig. Tiltakene som startet i april 2013 hadde som mål å redusere sykefraværet. I tillegg til å oppnå dette målet, medførte tiltakene at langt færre bruker opp sykepengere rettighetene sine, og dermed ikke søker om arbeidsavklaringspenger. Det ser også ut til at innføring av saksdrøftingsverksted for vurdering av arbeidsavklaringspengesøknader har ført til at langt færre får innvilget søknaden. Ved siden av at færre går ut sykmeldingsperioden og søker om arbeidsavklaringspenger, ser det også ut til at vilkårene for å innvilge ar-

beidsavklaringspenger praktiseres grundigere. Denne effekten avdekkes også for andre enn de som har brukt opp sykepengere rettighetene, bl.a. tidligere langtidsledige og sosialhjelpsmottakere som søker om arbeidsavklaringspenger.

Kan obligatoriske dialogmøter bidra til overgang fra sykefravær til arbeid?³⁶

(rapport 2015, s.41)

I det såkalte dialogmøte 2 innkalles den sykmeldte og arbeidsgiver til møte for å diskutere den sykmeldtes muligheter for å gå helt eller delvis tilbake i jobb ved å tilrettelegge på arbeidsplassen. Det er NAV som kaller inn til møtet, og dette skal gjøres senest ved seks måneders sykefravær. Sykmelderer, som oftest fastlegen, kan også bli innkalt til dette møtet dersom NAV anser det som nødvendig. Det kan gjøres unntak fra å avholde møtet hvis det er åpenbart unødvendig.

I studien undersøkes det om dialogmøte 2 har en positiv effekt på retur til arbeid. Det skiller mellom en effekt av selve innkallelsen til møtet, og en effekt som inntreffer i etterkant av å delta i selve møtet. Dialogmøte 2 blir gjennomført for 21 prosent av alle med sykefravær som er lengre enn fem måneder. Det blir dermed gjort mange unntak fra å delta i møtet. Andelen unntak som gis varierer i betydelig grad mellom NAV-kontorene. For å avdekke en kausaleffekt benyttes forskjeller mellom kontor i andelen som blir innkalt til dialogmøte 2 i perioden fra januar 2009 til desember 2010.

Resultatene fra studien viser at dialogmøte 2 har en positiv effekt på retur til arbeid. Det er både en effekt av selve innkallelsen til møtet og en effekt av å delta på møtet, men effekten knyttet til innkallelsen til møtet er klart sterkest. En modell viser at hvis alle aktuelle hadde deltatt i dialogmøte 2 ville det gitt en samlet reduksjon i sykefraværet på 1,4 prosent. Det gir 8,7 færre fravær dager per møte, noe som ifølge modellen innebærer at en i gjennomsnitt sparer 11 300 kroner i sykepenger for hvert dialogmøte 2 som blir avholdt.

34 Perioden som er undersøkt er de fire siste kvartalene etter tiltaket sammenliknet med hele 2012, dvs. før tiltaket

35 Kann og Lima (2015)

36 Markussen m.fl. (2014)

Til sammenlikning koster det om lag 1 800 kroner å gjennomføre et møte. På dette grunnlaget konkluderer forfatterne med at dialogmøte 2 er et kostnadseffektivt tiltak.

Forfatterne undersøker også om dialogmøte 2 har en langtidseffekt på yrkesinntekt, trygdeytelser og overgang til mer langvarige helseytelser ett og to år etterpå. Hovedfunnet er at det også er positive langtidseffekter i form av økt arbeidsinntekt og lavere overgang til de mer langvarige midlertidige helseytelsene som arbeidsavklaringspenger.

Mulige effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen

(rapport 2013 s. 38)

Faggruppens mandat innebærer å framskaffe kunnskap om effekter og kostnader ved virkemidler knyttet til IA-avtalen. På den bakgrunn finansierte Arbeidsdepartementet i april 2013 et forskermøte som skulle oppsummere kunnskapen på feltet i Norge og internasjonalt, samt peke på alternativer for å frambringe mer kunnskap.

Hovedkonklusjonene fra møtet er at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert sykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet. Imidlertid foreligger det generelt lite kunnskap om uønskede effekter av gradert sykmelding. Når det gjelder andre sentrale tiltak, som tiltak rettet mot sykmelder, tilretteleggingstilskuddet, tjenester fra NAV arbeidslivssenter, Raskere tilbake og oppfølgingsregimet for sykmeldte (herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner) konkluderte forskerne at det finnes lite kunnskap om effekter. Forskerne poengterte at det er gode forutsetninger for effektevaluering av tiltak i IA-avtalen i Norge, men at det er påfallende lite kunnskap om effekten av tiltakene i IA-avtalen. Forskerne viste til at de fleste beslutninger om tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om effekter av tiltakene. En av mulighetene for å bøte på dette er å iverksette tiltak som utprøving i et begrenset område før tiltaket ev. implementeres i full skala.

Er det få personer som står for største delen av sykefraværet?

(rapport 2013, s. 38)

I løpet av ett år har mellom 800 000 og 900 000 av om lag 2,4 mill. arbeidstakere et legemeldt sykefravær. Det er stor utskifting i hvem som bidrar til det legemeldte sykefraværet hvert år, og halvparten av de med legemeldt sykefravær var ikke sykmeldt året før. Av de om lag 1,3 mill. som hadde legemeldt sykefravær i 2010 og 2011, var i underkant av en tredel sykmeldt en periode begge år. I løpet av ett år står om lag 11 prosent av arbeidstakerne for 80 prosent av de tapte dagsverkene. Dette kan tolkes som at det er en liten del av befolkningen som har betydning for sykefraværet, og at tiltak må rettes spesielt mot denne gruppen. Imidlertid er det en betydelig utskifting i hvem som har høyt sykefravær fra år til år.

I løpet av seks år er det nesten 70 prosent som har hatt legemeldt sykefravær minst en gang, og i løpet av tre år er det tilsvarende tallet 55 prosent. Hvert år er det 33 prosent av arbeidstakerne som har hatt minst ett legemeldt fravær.

En mulig metode for å sesongjustere sykefraværet

(rapport 2012 s. 23)

Sykefraværstatistikken viser betydelig sesongvariasjon, noe som gjør det vanskelig å tolke utviklingen fra kvartal til kvartal. Sesongjustering gjør det lettere å tolke utviklingen i sykefraværet, og kan gjøre det lettere å avdekke mulige effekter av for eksempel regelendringer og endringer i de økonomiske konjunktorene. Faggruppens rapport 1/2012 viste til to varianter av sesongjustering, hvor den ene også korrigerer for variasjoner i sykefravær relatert til influensa.

Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har siden faggruppens rapport 1/2012 utarbeidet sesong- og influensajusterte sykefraværstall. Foreløpig publiseres de justerte tallene kun for totalt, egenmeldt og legemeldt fravær fordelt på kjønn. Tallene for perioden 2000–2012 er presentert i kapittel 5 i årets rapport (2013).

Kjønnsforskjeller i sykefraværet

(rapport 2012 s. 28)

På oppdrag fra Arbeidsdepartementet gjennomførte Nasjonalt folkehelseinstitutt et ekspertmøte blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet i 2012. Konklusjonene som ble trukket i møtet er at seleksjon til kvinne- og mannsyrker ikke ser ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre viser forskning fra Sverige at kvinners sykefravær øker når de blir mødre, og at den mest fundamentale endringen inntreffer ved første barn. Det er imidlertid vanskelig å konkludere ut fra foreliggende forskning om dette skyldes økt arbeidsbyrde, endrede preferanser eller noe annet. Dobbeltarbeidshypotesen er altså ikke avvist, men mekanismene i denne er ikke godt nok forstått. Møtet etterlyser mer og bedre forskning – kvalitativ og kvantitativ – for å bringe ny kunnskap om betydningen av familie og familiedanning for sykefraværet. Kjønnsforskjeller i helseplager, eller respons på disse, har vært mindre studert, men pågående studier antyder at kjønnsforskjeller i helseplager ikke kan forklare kjønnsforskjell i sykefraværet.

Sammenlikning av sykefraværet mellom land ved arbeidskraftundersøkelsene

(rapport 2012 s. 36)

SSB har analysert om utformingen av AKU er så ulik mellom land at det forklarer hele eller deler av forskjellen man observerer i sykefraværet målt ved denne statistikken. En finner at de tekniske forholdene ved AKU synes å være temmelig like i land som for eksempel Sverige, Danmark, Finland og Norge, og derfor ikke kan synes å forklare forskjellene i sykefraværet mellom disse landene. Rapport 1/2012 konkluderer med at det er behov for ytterligere analyse og informasjon bl.a. om forskjeller i institusjonelle forhold og velferdsordninger for å kunne konkludere med i hvor stor grad det reelle sykefraværet er høyere i Norge enn i våre naboland.

Mulige gevinster av å redusere sykefraværet

(rapport 2012 s. 37)

Det er en rekke mulige gevinster både for samfunnet, i virksomhetene og for den enkelte av å redusere sykefraværet. Boks 4 i rapport 1/2012 illustrerer noen mulige gevinster gjennom regneeksempler. Boksen går også inn på mulige gevinster for samfunnet som ikke lett lar seg måle kvantitativt. Beregninger viste at dersom en hadde nådd målet i IA-avtalen om reduksjon i sykefraværet på 20 prosent ville det redusert statens utgifter til sykepenges med om lag 5,8 mrd. kroner sammenliknet med faktiske utgifter i 2010. Selv om sykefravær i arbeidslivet medfører kostnader, er det ikke bare negative sider ved sykefravær. Sykefravær kan bl.a. reflektere at ikke bare de friskeste er inkludert i arbeidslivet. IA-avtalens mål både om å inkludere flere, også de med svakere helse og risiko for høyere sykefravær, og samtidig redusere sykefraværet, kan være innbyrdes motstridende. Fravær fra jobb i forbindelse med sykdom kan også bidra til at man raskere blir frisk og at det er mulig å stå lenger i arbeidslivet.

Mulige effekter av virkemidlene i IA-avtalen

(rapport 2012 s. 42)

En del av faggruppens mandat er å vurdere konsekvenser av virkemidler knyttet til IA-målene. Faggruppens rapport 1/2012 oppsummerte foreliggende kunnskap om effekter av de virkemidlene rettet mot delmål 1. Tiltakene som ble vurdert var *gradert sykmelding, tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte, tiltaket «Raskere tilbake», faglig veileder for sykmelding, samt endring i arbeidsgivernes medfinansiering av sykelønnsordningen*. Oppsummeringen omfattet de studiene som faggruppen hadde oversikt over per juni 2012. Faggruppen vurderte ikke den metodemessige kvaliteten på studiene som ble presentert.

Hva skjedde med sykefraværet i 2008–2010

(rapport 2/2011, s. 16)

Det totale sykefraværet var 7,5 prosent i 2009 og 6,8 prosent i 2010. Fra 2009 til 2010 var det altså en nedgang på 9,2 prosent, mens fra 2008 til 2009 var det en økning på 6,7 prosent. Tabellen under søker å oppsummere hvilken betydning de fire

Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport

Tabell 9.1 Ulike faktorerers betydning for endringer i sykefraværprosenten fra 2008–2009 og fra 2009–2010. I de tre siste faktorene er luftveislidelser holdt utenfor.

	Økning 2008–2009	Reduksjon 2009–2010
Influenza ¹	19 prosent	24 prosent
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad	6 prosent	10 prosent
Antall sykmeldingstilfeller per avtalt dagsverk	-25 prosent	65 prosent
Sykefraværstilfellenes varighet	100 prosent	1 prosent

1 Beregnet med utgangspunkt i endringen for hele diagnosegruppen luftveislidelser, siden en del influensa trolig er kodet med andre luftveisrelaterte diagnoser.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

faktorene influensa, gradering, antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk og varigheten av sykefraværstilfellene hadde for utviklingen i legemeldt sykefravær fra 2008 til 2010.

At det var en særlig økning i de lengre fraværene fra 2008 til 2009 samtidig med at antall tilfeller totalt sett gikk ned, kan indikere en sammenheng med nedbemanningene som fulgte i kjølvannet av finanskrisen høsten 2008. Dette støttes av at økningen var størst i næringene bygge- og anleggsvirksomhet og privat næringsvirksomhet ellers, som er blant de mest konjunkturutsatte, og blant menn. En mulighet er at sterkt arbeidspress over lenger tid i kombinasjon med den usikre og vanskelige situasjonen som mange arbeidstakere ble stilt overfor i forbindelse med finanskrisen, slo ut i økt sykefravær i 2009. En kan heller ikke utelukke at forskjellen i ytelsesnivå mellom sykepenger og dagpenger kan ha bidratt til en viss overutnyttelse av sykepengeordningen. Når det gjelder den store nedgangen i legemeldt sykefravær fra 2009 til 2010, var denne relativt jevnt fordelt på kjønn, hovednæringer og diagnosegrupper. Dette kan bety at nedgangen representerer noe mer enn en ren reversering av økningen i 2009. Den omfattende mediedebatten om sykefraværet etter statsministerens utspill i november 2009 om tiltak for å få ned sykefraværet kan ha hatt en positiv effekt gjennom økt bevisstgjøring.

Sykefravær og konjunkturer

(rapport 2/2011, s. 20)

Både i Norge og i noen andre land har det i perioder vært observert at det samlede sykefraværet varierer med konjunktorene. Fram til slutten av 1990-tallet synes det å ha vært en negativ statistisk samvariasjon mellom sykefraværet og arbeidsledigheten i Norge. Det er imidlertid vanskelig å se noen systematisk samvariasjon etter dette. En rekke internasjonale og norske studier har analysert sammenhengen mellom konjunkturer og sykefravær, uten at det foreligger sikre konklusjoner. Variasjoner i sykefravær har ofte vært forklart med konjunktursvingninger ved at sykefraværet øker i perioder med nedgang i arbeidsledigheten og vice versa. Det er særlig to hypoteser som er blitt brukt til å forklare at sykefraværet endrer seg i takt med situasjonen på arbeidsmarkedet. Disse blir omtalt som disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. En tredje hypotese er stresshypotesen. De nevnte tre hypotesene er basert på at sykefraværet er negativt korrelert med ledigheten. Men det finnes også en del studier som tyder på at det er omvendt; at sykefraværet øker under eller etter nedbemanning i bedrifter som nedbemanner. I hvilken grad og på hvilken måte konjunktursvingninger har betydning for sykefraværutviklingen er usikkert i lys av studiene og forskningen som foreligger. Imidlertid kan det være at sterke konjunkturutslag i enkeltbransjer slår ut på sykefraværet i disse bransjene, selv om dette ikke blir fanget opp i empiriske makroanalyser.

Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk

(rapport 2/2011, s. 29)

I 1989 var 13 prosent av alle avsluttede sykepengetilfeller utover arbeidsgiverperioden avsluttet med gradert sykmelding. I 2010 var andelen 26 prosent. Av 1,4 mill. sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2009, inneholdt 15 prosent minst én gradert sykmelding. Ved fravær som ble avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden, var andelen kun 2,2 prosent, mens 28 prosent av sykefraværstilfeller på 17–90 dager var graderte på et eller annet tidspunkt. For tilfeller lengre enn 90 dager var andelen 57 prosent. Av 3,4 mill. enkeltsykmeldinger i 2009 var 19 prosent graderte. Litt over halvparten av de graderte sykmeldingene hadde en sykmeldingsgrad på 50 prosent, mens mer enn hver fjerde hadde en gradering som var lavere enn 50 prosent. Analyser av gradering fra dag til dag i sykefraværsløpet tyder ikke på noen særlig økning i bruken av gradering rundt de lovbestemte oppfølgingstidspunktene ved 8, 12 og 26 uker. Gravide kvinner bruker gradert sykmelding i stort omfang (39 prosent av sykefraværstilfellene). Videre øker bruken av gradert sykmelding med alder. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er de medisinske diagnosene som oftest gir gradering. Personer med yrker innenfor ledelse, og yrker med lav fysisk belastning og høy grad av kontroll over arbeidssituasjonen bruker oftere graderte sykmeldinger enn andre. Bruken av gradering viser også klare variasjoner mellom næringer.

Almlid-utvalget

(rapport 1/2011, s. 19)

I desember 2010 la Almlid-utvalget fram sin rapport (NOU 2010: 13 Arbeid for helse). Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren). I rapporten konkluderes det med at hovedforklaringen til det høye sykefraværet og den høye overgangen til andre helserelaterte trygdeytelser for helse- og omsorgssektoren er den høye andelen kvinner i sektoren, sammenliknet med andre næringer. Selv om Almlid-utvalget peker på at dette er den viktigste forklaringen, pekes det også på at det er mye som tyder på at helse- og omsorgs-

sektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger.

Delmål 2

Ung uførhet og psykisk sykdom

(rapport 2015, s. 57)

Arbeids- og velferdsdirektoratet har studert bakgrunnen for utviklingen i de medisinske årsakene for uføretrygd (diagnosedata) av unge under 30 år Brage & Thune (2015). Ifølge studien kan årsakene deles i to. For de yngste (under 25 år), skyldes økningen i antallet uføretrygdede at flere med psykisk utviklingshemming og medfødte misdannelser får uføretrygd enn tidligere. Det henger sammen med bedre medisinsk behandling og økt overlevelse for denne gruppen. I aldersgruppen 25–29 år er imidlertid bildet et annet. Her ser vi en sterk økning i psykiske lidelser som årsak til uføretrygd.

Analysen til Arbeids- og velferdsdirektoratet skiller mellom alderskategoriene under 20 år, 20–24 år og 25–29 år. De som får uføretrygd før de fyller 20 år har oftest diagnosen utviklingshemming. Fram til midten av 1990-tallet var psykiske lidelser uvanlige diagnoser i denne yngste gruppen. Etter dette har antallet helt unge uføretrygdede med psykiske lidelser økt kraftig. De vanligste psykiske lidelsene i aldersgruppen under 20 år er alvorlige lidelser som schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser (bl.a. autisme og Aspergers syndrom) samt atferds- og personlighetsforstyrrelser.

For nye uføretrygdede i aldersgruppen 20–24 år er fortsatt utviklingshemming en vanlig uføreårsak. Etter 1998 har imidlertid innslaget av personer med ulike typer psykiske lidelser økt kraftig innenfor denne gruppen. Også for denne gruppen har veksten innenfor alvorlige lidelser som schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser samt atferds- og personlighetsforstyrrelser økt kraftig. Denne gruppen har imidlertid fått et større innslag av depresjon, angstlidelser og affektive tilstander enn gruppen under 20 år.

De som blir uføretrygdet i alderen 25–29 år, skiller seg fra de yngre ved at psykiske lidelser er den dominerende årsaken, og utviklingshemming er en langt mindre vanlig årsak. I denne gruppen er angst- og depresjonslidelser en mer vanlig årsak til uføretrygd, mens denne typen diagnoser har mindre betydning som uføreårsak for de som blir uføretrygdet i tenårene eller tidlig i 20-årene.

Figur 4.2 i vedlegg 2 viser utviklingen i tilgangen på personer (antall nye tilfeller av uføretrygdede per 100 000 i befolkningen) med utvalgte psykiske diagnoser for de tre aldersgruppene i perioden 2001–2012.

Analysen til Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at veksten i tilgangen på uføretrygdede personer i aldersgruppen 25–29 år har vært spesielt sterk de siste årene (fra 2009 til 2012), særlig blant personer med utviklingsforstyrrelser, atferds- og personlighetsforstyrrelser samt angst- og depresjonstilstander³⁷. Dette er medisinske tilstander som ofte kan behandles for å oppnå bedre funksjonsevne i både dagliglivet og arbeidslivet. Mange av disse kan også ha stor nytte av å delta på arbeidsrettede tiltak.

Mulige effekter av virkemiddelbruk

(rapport 2014, s. 57)

Det foreligger forholdsvis få rene effektevalueringer av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, og de som er gjennomført er beheftet med betydelig usikkerhet. Proba Samfunnsanalyse gjennomførte en litteraturstudie av evalueringer av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne i 2011. Funnene tilsier at tiltak har bedre effekt om seleksjonsprosessene ut til tiltaket er gode, at tiltak som gir deltakeren erfaring på ordinær arbeidsplass er mest effektivt mtp. overgang til ordinært arbeidsliv og at man bør unngå å gå vegen om skjermede tiltak. Frischsenteret gjennomførte i 2014 en evaluering av NAV-kontorenes attføringsstrategier for personer med nedsatt arbeidsevne, der tiltak i ordinær virk-

somhet og i det ordinære utdanningssystemet viser seg å ha best effekt, mens tiltaksstrategier med fokus på skjermede virksomheter og arbeidsmarkedskurs karakteriseres som mindre vellykkede. SINTEF peker i sin evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne på en rekke utfordringer ved gjennomføring av Jobbstrategien, men at den kan ha bidratt til økt samarbeid mellom ulike deler av NAV-systemet.

Delmål 3

Seniorpolitikk i kommunesektoren – en spørreundersøkelse

(rapport 2/2011, s. 47)

Ni av ti kommuner og fylkeskommuner har en seniorpolitikk. Å sikre kommunen arbeidskraft og i særlig grad arbeidskraft med spesifikk kompetanse er de viktigste årsakene for å bruke ressurser på seniorpolitikk. Tilrettelegging av arbeidet er det seniortiltaket som flest tilbyr. En stor del av kommunene tilbyr også særskilte stimulerings tiltak for å stå i jobb for ansatte som er fylt 62 år. Kommunene er likevel usikre på effektene av mange av de ulike tiltakene som tilbys. Om lag tre av fire kommuner og fylkeskommuner anser at seniorpolitikk er lønnsomt for kommunen/fylkeskommunen. Bare et lite mindretall, anslagsvis fem prosent, av kommunene og fylkeskommunene anser at pensjonsreformen har betydning for utformingen av seniorpolitikken.

³⁷ Gruppen utviklingsforstyrrelser omfatter i stor grad personer med diagnosen Aspergers syndrom. Atferds- og personlighetsforstyrrelser omfatter i stor grad personer med ADHD.

Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Overordnet mål

Tabell 10.1 Sysselsatte som andel av befolkningen etter kjønn og alder. 15–66 år. Prosent.

Begge kjønn	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2001–2015
15–24 år	55,5	56,1	54,2	53,4	52	53,1	55,1	58	53,2	52	51,4	52,6	52,4	50,9	51,1	-4,4
25–39 år	84,8	84,2	82,1	82,3	82,3	84	85,7	86,7	85,9	84	84	83,7	83,1	82,8	81,6	-3,2
40–54 år	85,8	85,1	84,2	84,1	84,3	84,9	85,9	86,9	86,1	85,4	85,3	85,5	85,1	85	84,5	-1,3
55–61 år	73,4	73,9	74,1	72,7	72,9	74,7	76	76,9	76,9	77,2	78,2	77,6	77,3	78,2	78,4	5
62–66 år	36,8	36,3	37	38,2	37,1	39,8	44,1	44	44,6	44,2	43,3	46,6	47,1	50,6	50,5	13,7
I alt	75,6	75,2	73,9	73,6	73,2	74,4	75,9	77	75,4	74,2	74	74,4	74	74,2	73,8	-1,8
Menn																
15–24 år	57,1	56,1	54,5	53,4	52,6	53,1	54	57,7	52	51,3	50,5	51,4	50,9	49,5	50,0	-7,1
25–39 år	89	88,4	85,5	85,7	85,8	87,6	89,3	89,5	88,3	86,5	86,8	86,3	85,9	85,4	84,0	-5
40–54 år	89,1	88,1	87	86,9	87,2	88	89	89,5	88,3	87,6	87,3	87,6	87,1	87,1	86,6	-2,5
55–61 år	78,9	79,1	78,8	77,7	77,9	80,4	80,9	81,3	80,3	80,3	81,6	81,3	81,1	80,8	80,4	1,5
62–66 år	40,5	40,5	42,1	42,8	41,8	44,8	47,9	49,2	50,2	49,3	48,6	51,9	51,7	55,8	57,6	17,1
I alt	79,2	78,5	76,9	76,5	76,3	77,5	78,7	79,6	77,4	76,3	76	76,5	76,1	76	75,8	-3,4
Kvinner																
15–24 år	53,9	56	53,9	53,4	51,3	53	56,3	58,3	54,5	52,7	52,4	53,9	54	52,5	52,2	-1,7
25–39 år	80,4	79,8	78,5	78,9	78,8	80,2	81,9	83,7	83,3	81,4	81,1	81	80,1	80,1	79,0	-1,4
40–54 år	82,4	82	81,4	81,2	81,4	81,8	82,7	84,3	83,7	83	83,1	83,2	82,9	82,8	82,3	-0,1
55–61 år	67,7	68,7	69,3	67,7	67,6	68,7	71	72,3	73,4	74	74,8	73,9	73,4	75,5	76,2	8,5
62–66 år	33,2	32,2	32,1	33,8	32,7	34,8	40,3	39,1	38,9	39,1	37,7	41,2	42,3	45,1	43,5	10,3
I alt	71,9	71,9	70,9	70,6	69,9	71,1	73	74,2	73,2	72	71,8	72,2	71,9	72,2	71,7	-0,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Delmål 1

Tabell 10.2 Totalt sykefravær etter kjønn og egenmeldt fravær i alt. Tapte dagsverk pga. sykefravær i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten). Årstall 2001–2014.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt fravær														
Begge kjønn	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7,0	7,5	6,8	6,7	6,5	6,5	6,4
Menn	6,1	6,4	6,8	5,8	5,4	5,6	5,5	5,6	6,1	5,4	5,3	5,0	5,0	4,9
Kvinner	9,1	9,5	10,0	8,7	8,3	8,6	8,7	8,9	9,3	8,5	8,6	8,4	8,3	8,2
Egenmeldt fravær														
Begge kjønn	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Tabell 10.3 Andel arbeidstakere (Aa-registeret) etter kjønn og næring, 4. kvartal 2014. Prosent.

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Helse- og sosialtjenester	20	35	7
Varehandel, reparasjon av motorvogner	14	14	14
Industri	9	4	14
Undervisning	8	12	5
Bygge- og anleggsvirksomhet	8	1	14
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	6	7	6
Transport og lagring	5	2	8
Forretningsmessig tjenesteyting	5	5	6
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	5	4	6
Informasjon og kommunikasjon	4	2	5
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3	4	3
Private tjenester ellers	3	4	2
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	2	2	2
Bergverksdrift	2	1	3
Elektrisitet, vann og renovasjon	1	1	2
Olje- og gassutvinning	1	1	2
Omsetning og drift av fast eiendom	1	1	1
Jordbruk, skogbruk og fiske	1	0	1

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.4 Legemeldt sykefravær etter næring, 3. kvartal 2009. Kjønnjustert. Prosent.

	Sykefraværspersent	Kjønnjustert sykefraværspersent ¹
Transport og lagring	7,8	8,2
Forretningsmessig tjenesteyting	7,7	7,7
Overnattings- og serveringsvirksomhet	8,0	7,6
Helse- og omsorgssektoren	8,8	7,5
Industri	6,6	7,1
Bygge- og anleggsvirksomhet	7,3	7,1
Alle næringer	6,9	6,9
Undervisning	6,2	5,7

¹ Avtalte dagsverk 3. kvartal 2009 i alle næringer er først prosentfordelt etter menn/kvinner. Deretter er avtalte dagsverk for 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen fordelt etter denne prosentfordelingen. Dermed er avtalte dagsverk i 3. kvartal 2009 fordelt etter samme kjønnssammensetning som i alle næringer samlet. Videre er avtalte dagsverk for menn/kvinner multiplisert med sykefraværspersenten for menn/kvinner i den aktuelle næringen. Dette gir en ny verdi for sykefraværspersent for menn/kvinner. Summen av disse sykefraværspersentene er benyttet, sammen med avtalte dagsverk, til å lage en ny sykefraværspersent. Denne sykefraværspersenten viser hva sykefraværet ville vært i 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen dersom kjønnssammensetningen var den samme som i alle næringer samlet.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.5 Forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær etter næring. Årstall 2001–2014. Prosentpoeng.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Endr. 2001–2014
Alle næringer	3,0	3,1	3,2	2,9	2,9	3,0	3,2	3,3	3,2	3,1	3,3	3,4	3,3	3,3	0,3
Jordbruk, skogbruk og fiske	1,9	1,5	1,2	1,1	0,8	1,4	1,9	2,0	1,5	2,1	2,2	1,9	2,1	2,3	0,4
Industri	2,9	2,8	2,8	2,5	2,3	2,7	2,4	2,7	2,5	2,2	2,6	2,6	2,4	2,3	-0,6
Elektrisitet, vann, avløp, renovasjon	1,2	1,4	1,7	1,1	0,9	0,8	1,2	1,2	1,5	1,8	2,2	1,6	1,8	1,8	0,6
Bygge- og anleggsvirksomhet	0,1	0,0	-0,5	0,3	-0,2	-0,3	0,1	0,5	0,0	-0,2	0,3	0,4	0,2	0,7	0,6
Varehandel, rep. av motorv.	2,3	2,5	2,8	2,5	2,3	2,6	2,8	2,7	2,6	2,6	2,7	2,6	2,8	2,7	0,4
Transport og lagring	3,0	3,2	2,9	2,8	2,3	2,7	2,2	2,5	2,3	2,2	2,5	2,4	2,8	2,7	-0,3
Overnattings- og serveringsvirk.	2,4	2,5	2,5	2,3	2,2	2,2	2,4	2,6	2,6	2,4	2,5	2,2	2,3	2,7	0,3
Informasjon og kommunikasjon	4,2	4,4	4,4	3,9	3,4	3,6	3,8	3,6	3,8	3,5	3,6	3,6	3,3	3,1	-1,1
Finansierings- og forsikringsv.	3,7	3,7	4,3	3,4	3,3	3,4	3,8	3,6	3,5	3,1	3,6	3,5	3,4	3,4	-0,3
Eiendomsdrift, tekn. tjyting	2,8	2,9	3,0	2,6	2,5	2,5	2,6	2,7	2,9	2,7	2,9	2,8	2,7	2,6	-0,2
Forretningsmessig tjenesteyting	3,2	3,5	4,3	3,5	3,7	3,6	3,8	3,6	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,2	0,0
Offadm. og forsvar, sosialforsikr.	3,8	3,8	4,2	3,7	3,4	3,3	3,5	3,5	3,8	3,6	3,7	3,6	3,5	3,4	-0,4
Undervisning	3,1	3,3	3,4	3,0	2,8	3,0	3,1	3,6	3,8	3,4	3,5	3,6	3,4	3,6	0,5
Helse- og sosialtjenester	3,2	3,7	4,0	3,4	3,3	3,5	3,7	3,8	3,8	3,6	3,7	3,8	3,7	4	0,8
Private tjenester ellers	3,4	3,4	3,0	2,9	2,6	3,0	3,0	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,8	2,9	-0,5

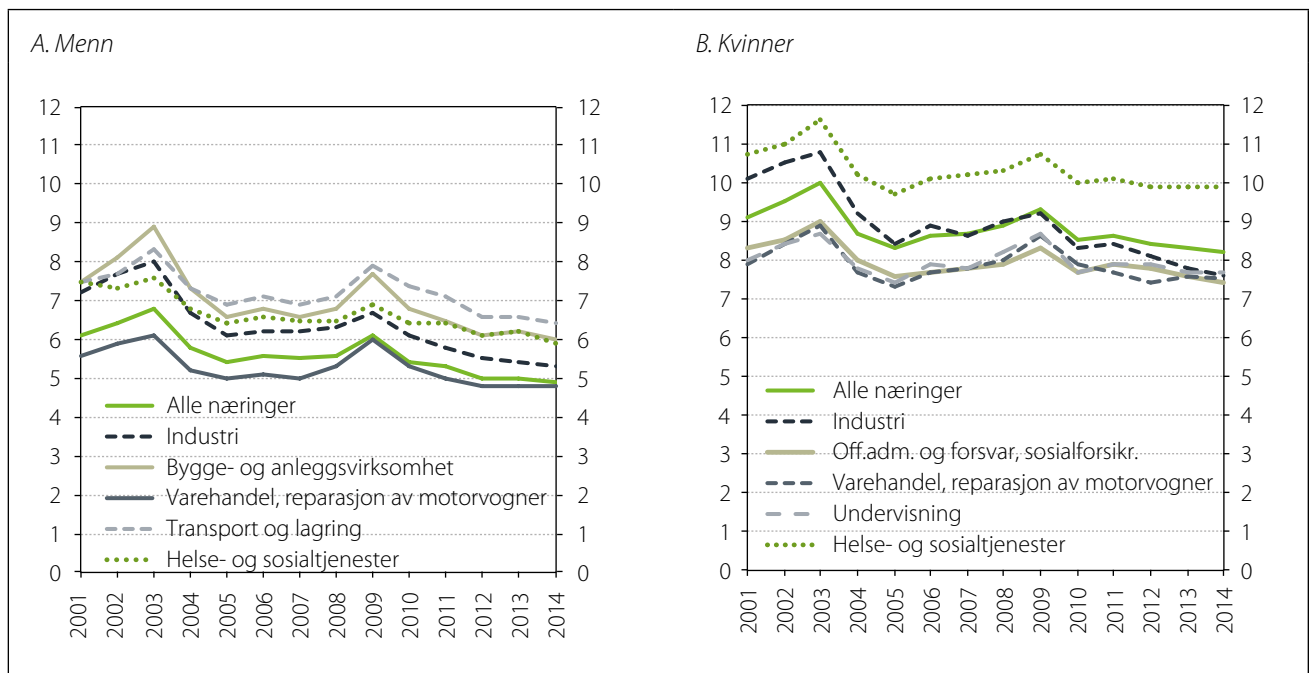
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 10.6 Totalt sykefravær etter næring, Årstall 2001–2014. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Endr. 2001–2014
Alle næringer	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7,0	7,5	6,8	6,7	6,5	6,5	6,4	-13,7
Jordbruk, skogbruk og fiske	5,8	6,1	6,8	5,9	5,1	5,1	5,1	5,2	5,8	5,1	4,9	4,6	4,7	4,5	-22,0
Industri	7,9	8,3	8,6	7,2	6,6	6,8	6,7	6,9	7,3	6,6	6,4	6,0	6,0	5,8	-26,4
Elektrisitet, vann, avløp, renovasjon	6,3	6,5	6,9	5,9	5,7	5,8	5,9	5,9	6,3	5,7	5,5	5,3	5,4	5,2	-17,8
Bygge- og anleggsvirksomhet	7,5	8,1	8,9	7,3	6,6	6,8	6,6	6,9	7,7	6,7	6,5	6,1	6,2	6,1	-18,9
Varehandel, rep. av motorv.	6,6	7,0	7,3	6,2	6,0	6,2	6,2	6,5	7,1	6,4	6,2	5,9	6,0	5,9	-10,1
Transport og lagring	8,2	8,5	9,0	8,0	7,5	7,7	7,4	7,6	8,4	7,9	7,6	7,1	7,2	7,0	-15,3
Overnattings- og serveringsvirkt.	8,4	8,9	9,2	7,9	7,1	7,4	7,3	7,6	8,3	7,4	6,8	6,6	6,5	6,3	-24,4
Informasjon og kommunikasjon	4,9	5,5	5,7	4,9	4,6	4,8	4,7	4,6	5,1	4,4	4,4	4,2	4,1	4,2	-13,5
Finansierings- og forsikringsv.	5,4	5,5	5,9	5,3	4,9	4,9	5,0	5,2	5,3	4,9	4,9	4,8	4,6	4,6	-16,0
Eiendomsdrift, tekn. t.jyting	4,7	5,1	5,6	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,5	4,5	4,3	4,2	4,2	-10,5
Forretningsmessig tjenesteyting	8,3	9,1	9,5	8,1	7,6	7,7	8,0	7,6	8,3	7,5	7,1	6,7	6,8	6,6	-20,3
Offadm. og forsvar, sosialforsikr.	6,2	6,4	6,7	6,0	5,8	5,9	5,9	6,0	6,3	5,8	6,0	5,9	5,8	5,7	-8,7
Undervisning	6,9	7,2	7,4	6,7	6,4	6,8	6,7	6,9	7,2	6,4	6,6	6,6	6,5	6,4	-6,7
Helse- og sosialtjenester	10,1	10,4	10,8	9,5	9,1	9,5	9,5	9,6	10,0	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	-9,6
Private tjenester ellers	7,4	7,7	7,9	6,7	6,3	6,7	6,6	6,9	7,1	6,6	6,6	6,6	6,1	6,1	-17,2

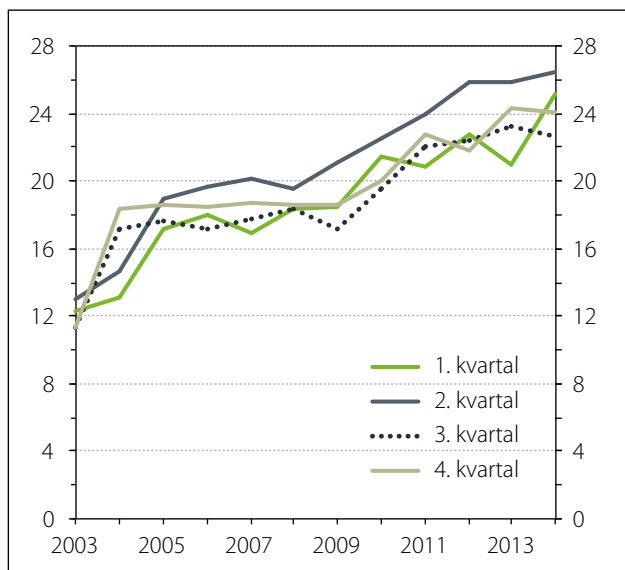
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.1 Totalt sykefravær blant næringene som sysselsetter flest av hvert kjønn. Årstall 2001–2014. Prosent.



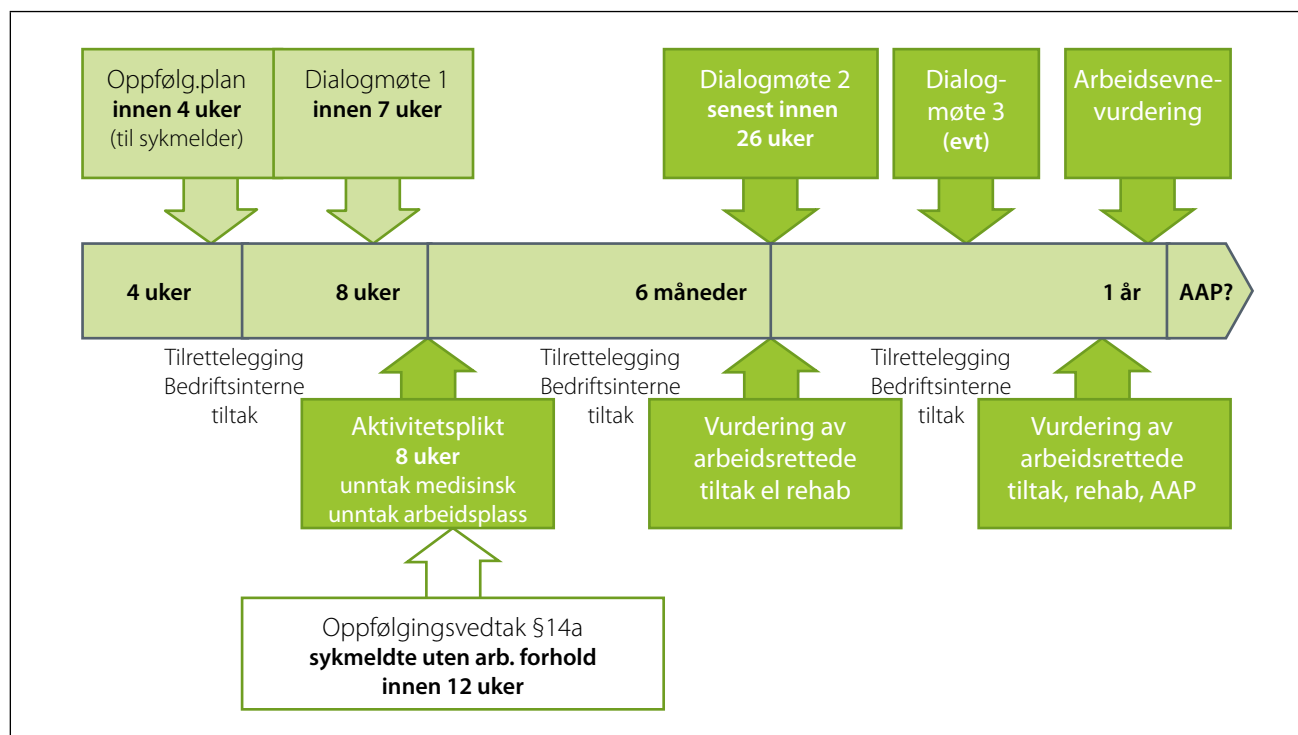
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.2 Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding. Ujusterte tall, 2003–2014. Prosent.



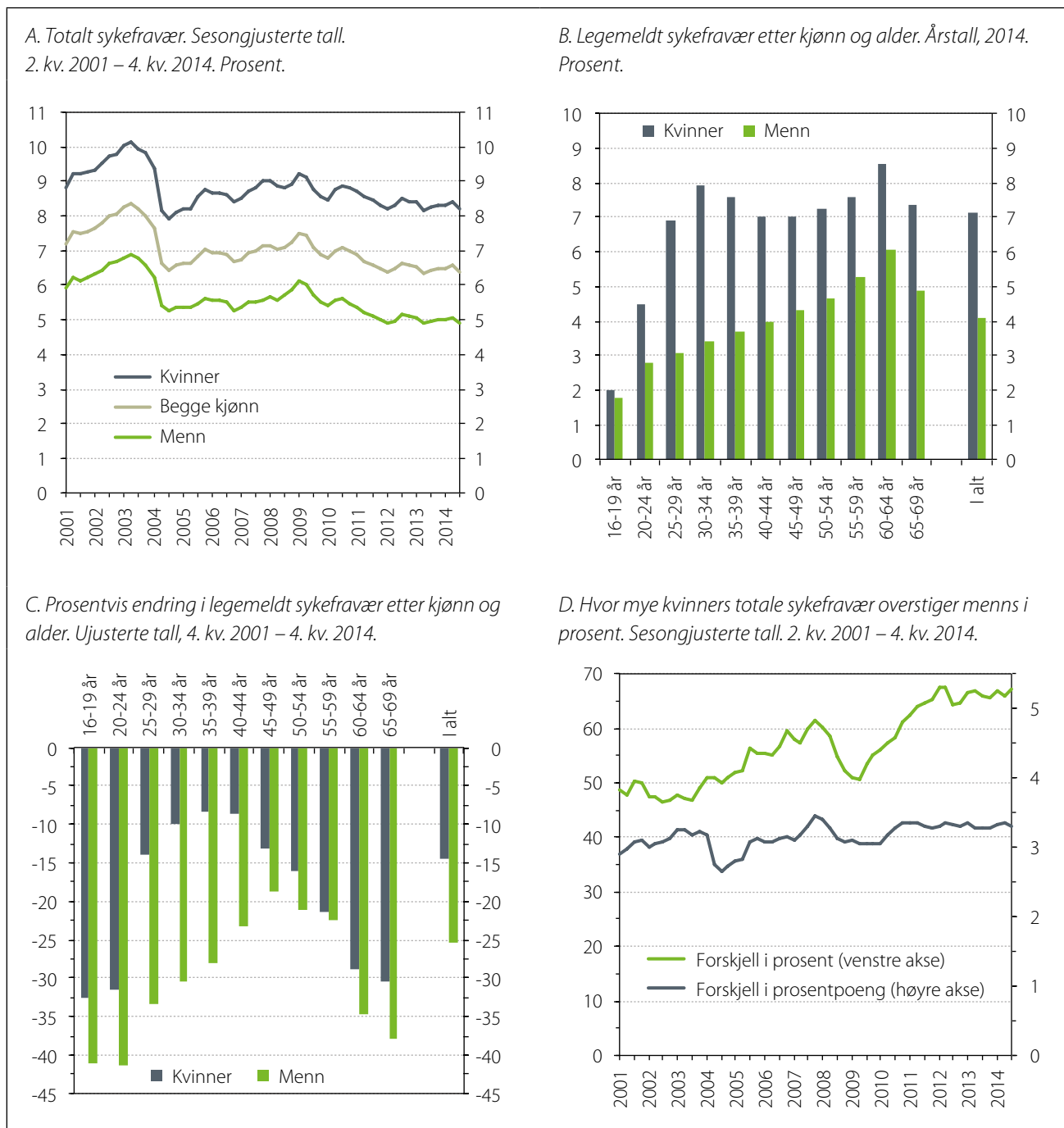
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.3 Oppfølging av sykmeldte



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

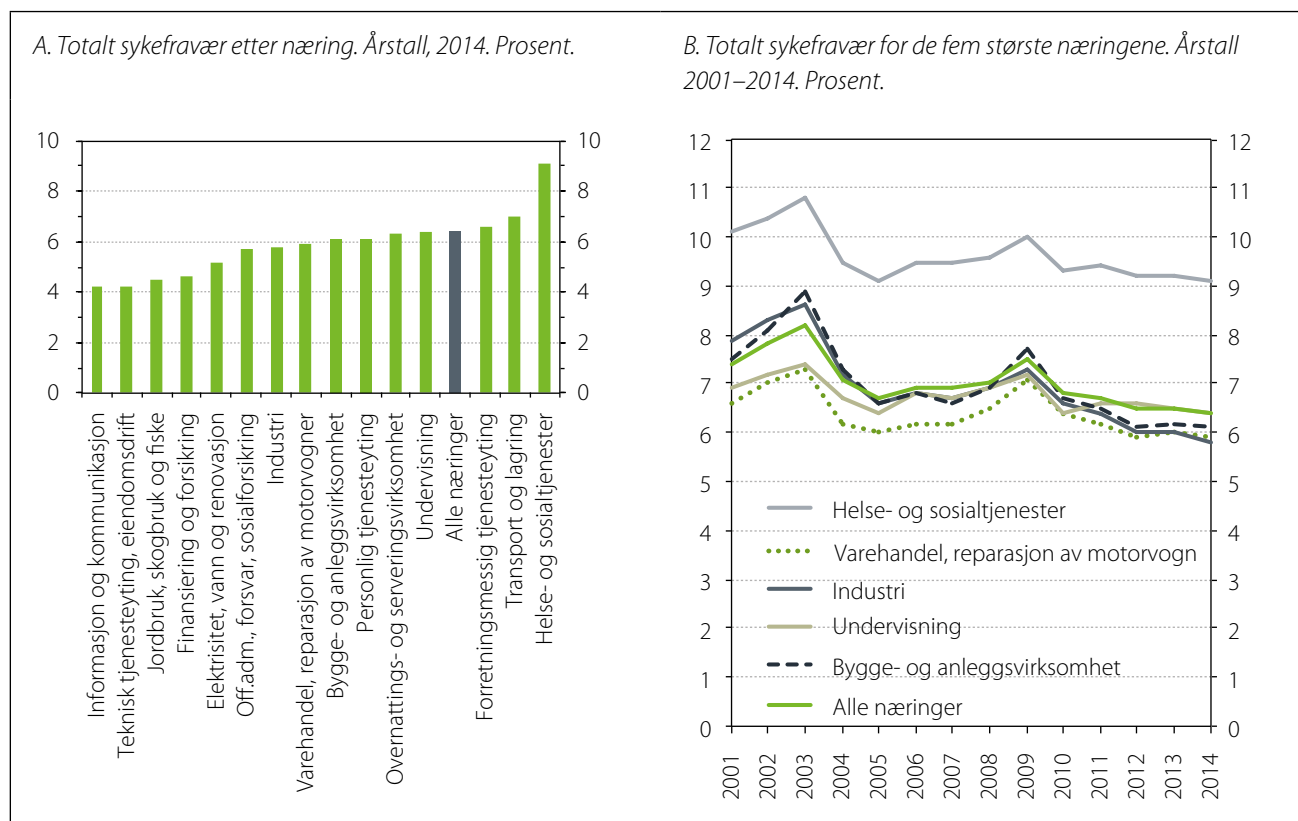
Figur 10.4 Sykefravær og kjønnsforskjeller



Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet

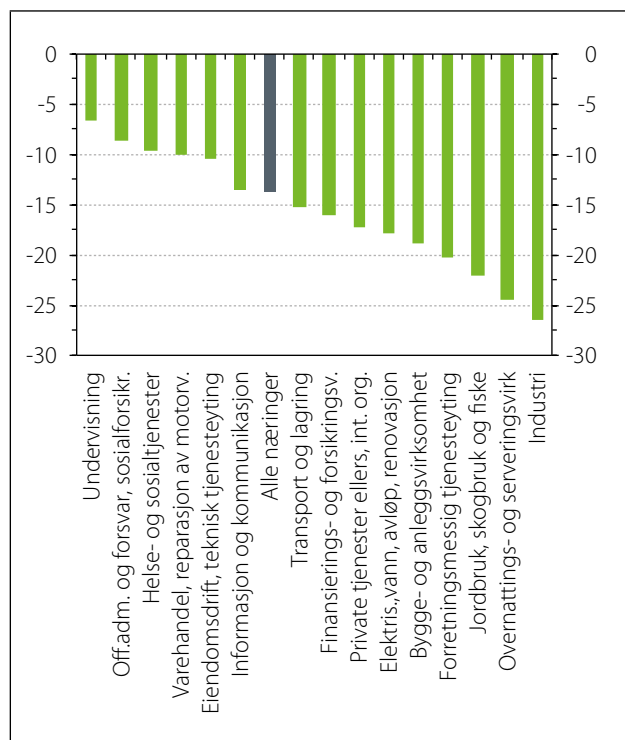
Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Figur 10.5 Sykefravær og næringsvise forskjeller



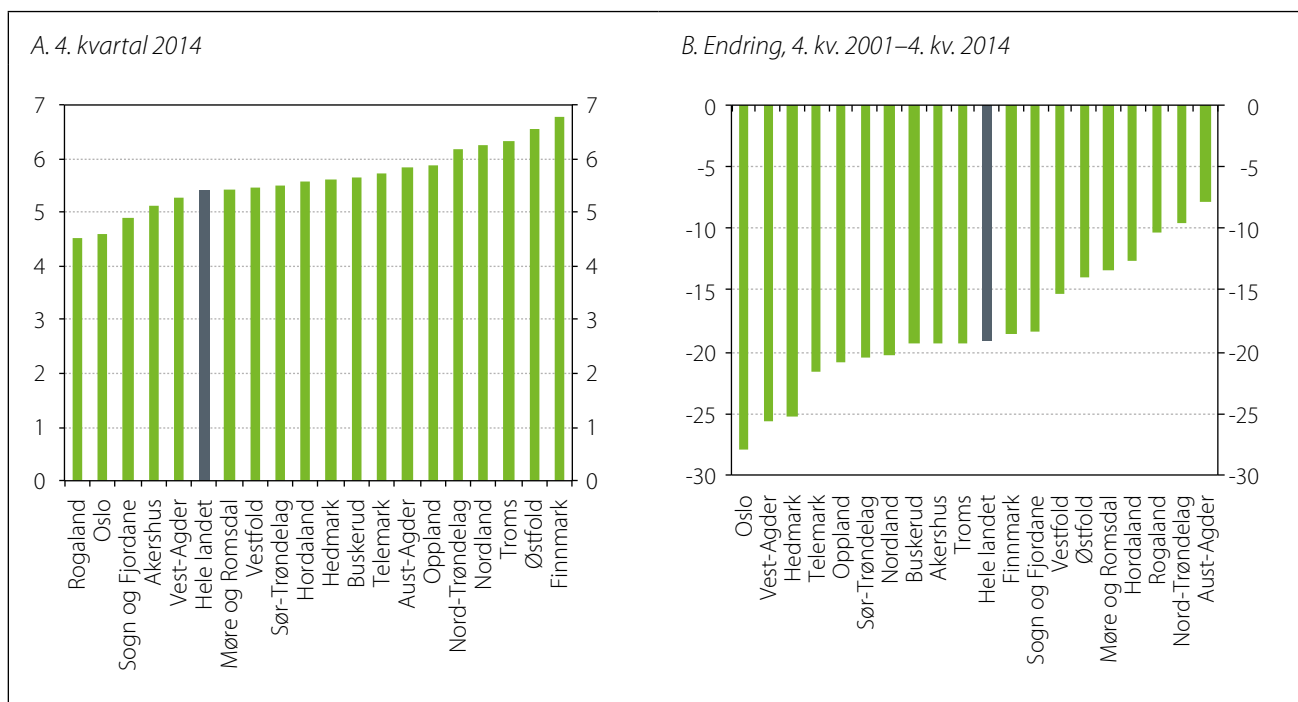
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.6 Endring totalt sykefravær etter næring. Årstall, 2001–2014. Prosent.



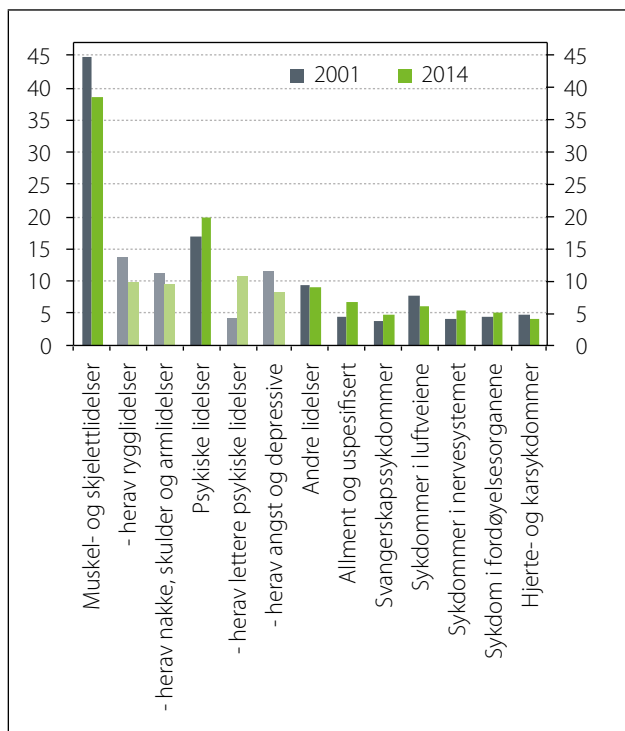
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.7 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte kvartalstall. Prosent.



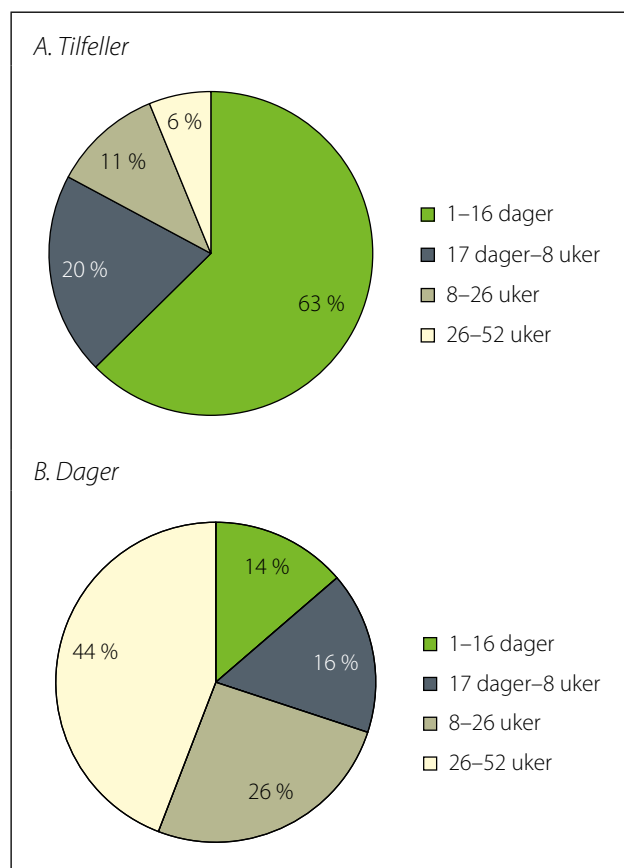
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.8 Legemeldte sykefraværstidspunkt etter diagnose. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2014. Andel av alle legemeldte sykefraværstidspunkt. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

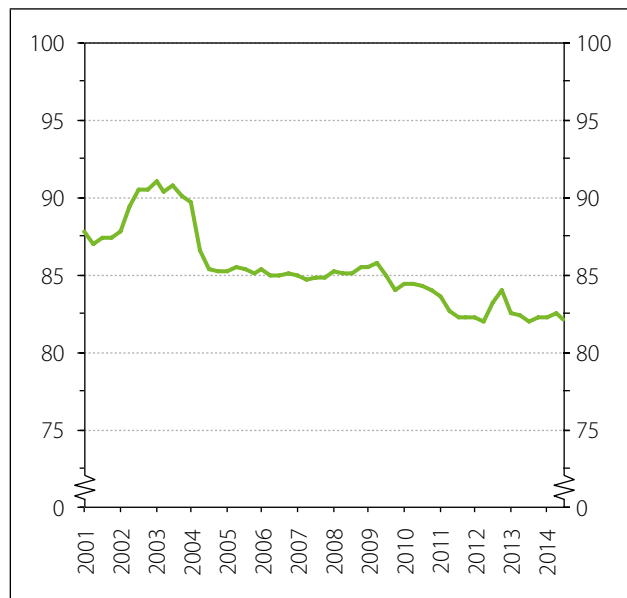
Figur 10.9 Varighet for legemeldt sykefravær påbegynt i 2013. Andel.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Figur 10.10 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag. Legemeldt sykefravær sesongjustert, 2. kvartal 2001–4. kvartal 2014. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Delmål 2

Tabell 10.7 Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger, etter kjønn og alder. Mars 2016.

Alder	Kvinner	Menn	I alt
19 og under	826	625	1 451
20–24	6 952	5 724	12 676
25–29	8 421	6 222	14 643
30–39	19 035	12 193	31 228
40–49	24 594	14 536	39 130
50–59	20 006	14 631	34 637
60 år og over	7 706	6 957	14 663
Totalt	87 540	60 888	148 428

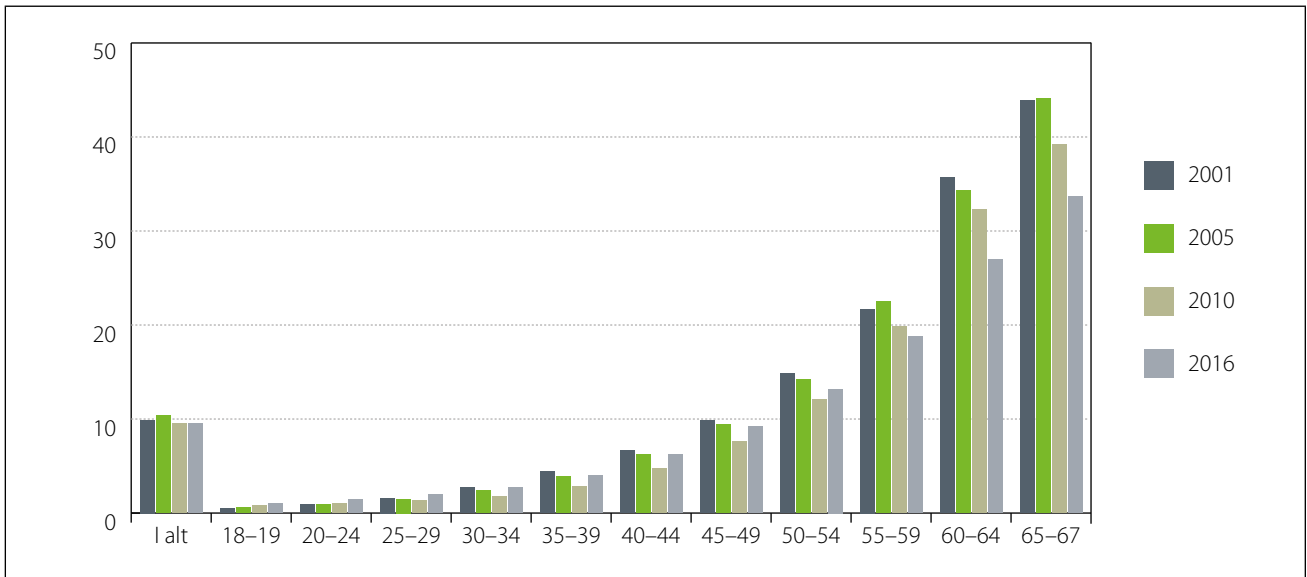
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.8 Uføregrad blant Uføregrad blant uføretrygdede. Utgangen av 2015.

Uføregrad	Andel av alle uføretrygdede
100 %	82,9
70–99 %	4,1
50–69 %	12,8
Under 50 %	0,2
I alt	100,0

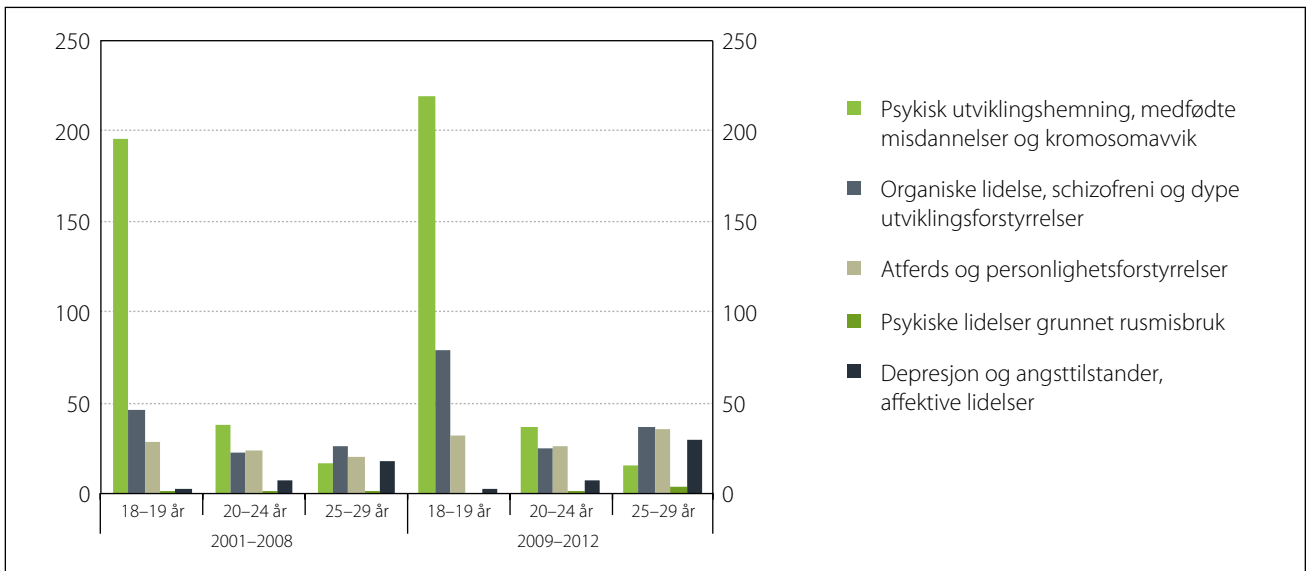
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.11 Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Utgangen av mars 2001, 2005, 2010 og 2016. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.12 Gjennomsnittlig tilgangsrater per år i perioden 2001–2008 og 2009–2012. Per 100 000 i befolkningen i aldersgruppen



Vedlegg 3 – Evaluering av NAV Arbeidslivssenters bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3 i IA- avtalen

Oppsummering av sluttrapport – NTNU og Trøndelagsforskning

Bakgrunn for evalueringen

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppdrag å gjennomføre en evaluering av arbeidslivssentrenes bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3. Oppdraget finansieres av IA-kunnskapsutviklingsmidler 2015.

Tidligere er det gjennomført flere analyser av arbeidet med IA-avtalens delmål (Midsundstad 2014, Svalund og Skog Hansen 2013, Dakem 2010)³⁸, men her har man i begrenset grad belyst arbeidslivssentrenes rolle og bidrag.

NTNU og Trøndelagsforskning fikk i oppdrag å gjennomføre evalueringen i løpet av 2015.

Formålet med evalueringen er å undersøke hvordan arbeidslivssentrene arbeider med delmål 2 og 3 i IA-avtalen, hvordan de kan støtte og redusere usikkerhet og risiko hos arbeidsgivere, om det er interessante forskjeller mellom sentrenes arbeidsmåter og bedriftenes erfaringer med dem, samt hva som kjennetegner arbeidslivssentrene som oppnår gode og mindre gode resultater.

Arbeidslivssentrenes oppdrag

I avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA-avtalen) heter det at NAV Arbeidslivssenter er myndighetenes virkemiddel overfor virksomheter med IA-avtale. Sentrene skal jobbe systemrettet og

koordinere samarbeid med øvrige NAV-enheter for å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

I praksis betyr dette at arbeidslivssentrene skal understøtte og dyktiggjøre IA-virksomhetene i deres arbeid med å nå egne delmål for IA-arbeidet. Arbeidslivssentrene følger opp dette arbeidet ved å bistå virksomheten med utvikling av mål og handlingsplaner samt evaluering og eventuelt justering av innsatsen i IA-arbeidet. Bistanden som blir gitt skal støtte opp under virksomhetenes mål, strategier og kjernevirksomhet. IA-arbeidet skal i størst mulig grad være en integrert del av virksomhetenes langsiktige og systematiske HMS-arbeid.

Alle IA-virksomheter får ved avtaleinngåelsen en fast kontaktperson fra NAV Arbeidslivssenter. Kontaktpersonen skal veilede virksomheten i IA-arbeidet, hjelpe med koordinering inn mot øvrige instanser i NAV og bistå med å utløse økonomiske virkemidler. Alle IA-virksomheter får også tilgang til en lang rekke åpne kurs. NAV Arbeidslivssenter tilbyr ytterligere tjenester til virksomheter som har satt seg konkrete mål og tiltak i sine mål- og handlingsplaner for IA arbeidet bl.a. rekruttering, oppfølging, tilrettelegging for enkeltpersoner, gjennomføring av analyser og planlegging av IA-arbeidet, informere, bistå i utforming av seniorpolitikk i et livsfaseperspektiv etc. Tjenestetilbudet er definert gjennom en egen standard for oppfølging av IA-virksomheter.

Forskningsdesign

Evalueringen er basert på to spørreundersøkelser som belyser sentrenes bidrag til delmål 2: Rekrut-

³⁸ Midsundstad, T.: Voksende seniorengasjement i norsk arbeidsliv. FAFO-rapport 2014:30; Svalund, J. og Skog Hansen, I.L.: Inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet. FAFO-rapport 2013:54; Dakem, E./Synnovate: Undersøkelse om oppfølgingspraksis av sykmeldte i statlige virksomheter. 2010.

tere og beholde ansatte med nedsatt funksjonsevne, samt delmål 3: Bidra til forlenget yrkesaktivitet for ansatte over 50 år.

I den første undersøkelsen er kontaktpersoner i IA-virksomhetene bedt om å vurdere egen måloppnåelse og sentrenes bidrag til resultatene.

I den andre undersøkelsen er ledere og rådgivere ved arbeidslivssentrene bedt om å svare på spørsmål om senterets aktiviteter og å vurdere resultatet av disse. Dette omfatter bl.a. hyppighet i ulike kategorier tjenestemottak og virksomhetenes tilfredshet med disse. I forbindelse med vurdering av tiltak for å øke effekten av arbeidslivssentrenes virksomhet er det også gjennomført gruppesamtaler med sentrenes ansatte knyttet til organisering, arbeidsformer mv.

Undersøkelsen er i hovedsak basert på kvalitative data og opplegget vil ikke gi et helt presist grunnlag for å finne kausalsammenhengen mellom arbeidslivssentrenes bidrag og måloppnåelsen. Dette vil som oftest kreve et forskningsdesign som avdekker differensen mellom faktisk måloppnåelse med arbeidslivssentrenes bidrag – og den kontrafaktiske situasjon; måloppnåelsen uten bidrag fra sentrene.

Evaluator har operasjonalisert delmålene i et brukerperspektiv, dvs. at de belyser måloppnåelsen på bakgrunn av IA-virksomhetenes vurdering av hvor godt arbeidslivssentrene lykkes. Rapporten peker på at det er vanskelig å etablere konkrete evalueringskriterier, men sier at det innsamlede datamateriale avdekker betydelige forskjeller som gir klare signaler om hvor sentrene og IA-virksomhetene lykkes godt, samt hvor utfordringene er størst.

De har derfor et godt grunnlag for å vurdere følgende spørsmål:

- Innen hvilke delmål lykkes NAV Arbeidslivssenter mest (og minst)?
- Hvilke arbeidslivssentre oppnår best effekt?

- Innen hvilke markedssegmenter oppnås best effekt?
- Hvilke metoder og samarbeidsformer ser ut til å gi best effekt?

Evalueringens overordnede formål er å analysere måloppnåelse og effekter av arbeidslivssentrene i et brukerperspektiv. I tillegg etterspør oppdragsgiver analyser som bidrar til å forklare det som avdekkes. I denne forbindelse har man valgt å belyse eventuelle sammenhenger mellom måten sentrene jobber på og variasjoner i effekter.

Kort oppsummering av resultatene: Delmål 2:

- Begge undersøkelsene viser at NAV Arbeidslivssenter lykkes best med tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne som allerede er ansatt.

En klar majoritet av virksomhetene sier at de realiserer delmålet, i den forstand at de er bevisste og jobber aktivt med tematikken. Over halvparten av disse realiserer riktignok målet på egen hånd, men 39 prosent oppgir at sentrenes bistand har hatt effekt. Evaluator mener dette må betraktes som et solid resultat, det store antallet virksomheter og arbeidsplasser tatt i betraktning.

Resultatet samsvarer med arbeidslivssentrenes egne vurderinger, hvor arbeidet med tilrettelegging i virksomhetene anses å være den oppgaven sentrene bruker mest tid på. Det er også her man mener å lykkes best.

Rådgiverne ved arbeidslivssentrene vurderer likevel sentrenes betydning mer positivt enn det virksomhetene gjør.

Sentrenes effekt på dette delmålet er størst i kommunal/fylkeskommunal administrasjon og i helse/omsorgssektoren, mens den er relativt svak innen grunnskole og videregående opplæring.

- Arbeidslivssentrene lykkes i mindre grad med innsatsen for å rekruttere personer med

nedsatt funksjonsevne, men bruker også mindre tid dette delmålet, sammenlignet med tilretteleggingsarbeidet for allerede ansatte.

Selv om sentrene ikke har lyktes godt i arbeidet med rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne, så har nær en fjerdedel av virksomhetene foretatt denne type ansettelse i perioden 2014/15. Motivet for slik rekruttering oppgis i større grad å være et samfunnsansvar enn strengt «forretningsmessige kriterier» som f.eks. kompetansebehov og økonomi.

- Bare en av ti IA-virksomheter mener at arbeidslivssentrenes bistand har hatt effekt, i den forstand at den har bidratt til slik rekruttering.

Sentrenes effekt på rekrutteringen av personer med nedsatt funksjonsevne er noe større i statlig administrasjon enn i andre bransjer og sektorer.

Delmål 3:

- NAV Arbeidslivssenter lykkes i mindre grad med innsatsen for å få senioransatte til å stå lengre i jobb, men bruker også mindre tid på dette delmålet.
- Bare én av ti virksomheter oppgir at sentrene har hatt betydning for forlengelse av yrkesaktiviteten.

Det bør i denne sammenheng nevnes at mange virksomheter ser begrenset behov for ekstern bistand mht. arbeidet med seniorpolitikk. Relativt sett lykkes sentrene noe bedre i kommunal og statlig sektor med dette arbeidet, og særlig i helsesektoren.

Samlet vurdering

- Begge undersøkelsene viser at NAV Arbeidslivssenter i størst grad vektlegger det sykefraværsforebyggende arbeidet.

Det er dette delmålet sentrene har brukt mest tid på i 2014 og 2015, og de alle fleste ledere og rådgivere ved sentrene mener at de har lyktes godt med dette arbeidet.

- En fjerdedel av virksomhetene mener at arbeidslivssentrene har hatt betydning for måloppnåelsen innen arbeidet med å redusere sykefravær.
- 43 prosent av virksomhetene oppgir at arbeidslivssentrene har meget eller ganske stor betydning for det generelle IA-arbeidet.

Rådgiverne ved arbeidslivssentrene mener at deres aktiviteter påvirker flere av delmålene. De er opptatt av å jobbe systemrettet for å bidra til et inkluderende arbeidsliv i et langsiktig perspektiv.

Hvilke sentre oppnår god effekt?

En av evalueringens oppgaver var å beskrive sentre som oppnår gode resultater. De to delstudiene viser at enkelte sentre lykkes noe bedre enn andre. Dette gjelder blant annet sentrene i Nord- og Sør-Trøndelag.

På grunnlag av gruppeintervju med rådgivere ved arbeidslivssenteret i Sør-Trøndelag har man inntrykk av at deres tilnærming til systemrettet arbeid ser ut til å gi gode resultater. Her har man i tillegg etablert en solid «strukturkapital», det vil si felles arbeidsformer (standardisering av tjenestetøvelsen) som gjør senteret noe mindre personavhengig og dermed mindre sårbar ved avgang av medarbeidere. Senteret jobber også meget systematisk med oppfølging av større virksomheter med mange enheter.

Også arbeidslivssenteret i Rogaland og Nord-Trøndelag oppnår gjennomgående gode resultater. Det er imidlertid vanskelig å se tydelige felles kjennetegn ved de tre sentrene som lykkes best.

Evaluators anbefalinger

Det er i rapporten gitt noen anbefalinger basert på undersøkelsene. Anbefalingene er gruppert etter et sett sentrale, men ikke gjensidig utelukkende tema:

Samarbeid mellom arbeidslivssenter og NAV-kontor

- Utvikling av godt samarbeid mellom sentre og NAV-kontor kan bidra til økt rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne.

Samarbeidet har blitt bedre over tid. Både gruppesamtaler med sentrenes ansatte og kommentarer fra rådgivere i virksomhetene avdekker likevel forbedringspotensial. I mange tilfeller er IA-virksomhetene klare til å ta inn personer med nedsatt funksjonsevne via tiltak/tilskudd, men NAV klarer ikke å fremskaffe kandidater. Det er vanskelig å finne grunnlag for å vurdere i hvilken grad dette skyldes at potensielle kandidater ikke finnes, eller om utfordringen ligger i måten NAV jobber på.

- Det kan være hensiktsmessig med en gjennomgang av erfaringer med arbeidsformer for å bidra til rekruttering av personer med nedsatt funksjonsevne.

Flere av sentrene har prøvd ut nye arbeidsformer for å sikre god og rasjonell kommunikasjon mellom senteret og NAV-kontorene. Dette omfatter blant annet møter hvor arbeidssøkeres kompetanse knyttes opp mot virksomhetenes behov, som ofte gir gode resultater (arbeidsformidling).

Over tid kan det virke som om det har blitt så mange ulike arbeidsformer at det vil være hensiktsmessig med en samlet gjennomgang for å sette disse metodene i system, eventuelt velge ut de som har gitt best resultater. Dette er særlig aktuelt i en situasjon hvor sentrene oppnår relativt lave effekter i rekrutteringsarbeidet knyttet til delmål 2.

Gjennom sin kunnskap om arbeidsgiveres behov kan arbeidslivssentrene gi gode spesifikasjoner

på hvilke kriterier som må være oppfylt for at en kandidat skal passe inn i en virksomhet. Slik kan man lette NAV-kontorenes arbeid med å fremskaffe gode kandidater. Sentre som lykkes med dette er de som ser ut til å oppnå best effekter mht. rekruttering. Felles møter mellom NAV-kontor og rådgivere ved sentrene, eller at begge har felles kontakt med virksomhetene, er framgangsmåter som ser ut til å fungere bra i denne sammenheng.

- Det anbefales å benytte metoden «Place and train» framfor «Train and place»

Rådgivere har vist til at arbeidsavklaring før utplassering i tiltak kan ekskludere enkelte personer fra arbeid. Dette er i samsvar med anbefalingene i NOU 2012:6 hvor det anbefales at NAV-kontoret i mindre grad skal avklare arbeidsevne i forkant, men heller følger tettere opp med veiledning og trening på arbeidsplassen for personen med funksjonsnedsettelse.

- Positive erfaringer fra virksomheter som har rekruttert personer med nedsatt funksjonsevne bør brukes aktivt til å motivere flere til å gjøre det samme.

En klar majoritet av virksomheter som har rekruttert personer med nedsatt funksjonsevne i 2014/15, har positive erfaringer med disse personenes utføring av oppgaver og tilpasning til arbeidsmiljøet. Dette kan brukes i «innsalg» av nye tiltaksplasser.

Rekrutteringen vil også kunne øke ved mer systematisk oppfølging av virksomheter som rekrutterer personer med nedsatt funksjonsevne – både med rådgivning og økonomisk støtte. Her avdekker evalueringen et forbedringspotensiale.

Forlengelse av yrkesaktivitet

- Det kan være fruktbart med en dialog mellom senter og virksomheter om behovet for økt fokus på dette delmålet med vekt på livsfaseperspektivet.

Arbeidet for å forlenge yrkesaktiviteten er delmålet som sentrene oppgir at de jobber minst med. Virksomhetene sier samtidig at de selv har noe mindre fokus på forlengelse enn på tilrettelegging for ansatte med nedsatt funksjonsevne. Hvis vi går inn i en perioden med økende arbeidsløshet vil utfordringene knyttet til forlenget yrkesaktivitet antakelig angå stadig flere virksomheter.

Arbeidsform rettet mot virksomhetene

- NAV Arbeidslivssenter kan øke sin samlede effekt dersom noen av sentrene som oppnår best resultater, deler sine strategier og metoder med andre.

Som nevnt blir trøndelagsfylkene og Rogaland trukket fram som sentre med gode effekter i evalueringen. Arbeidslivssentre som lykkes særlig godt evner å få IA-arbeidet til å bli en del av virksomhetens ordinære aktiviteter.

I stedet for å etablere stadig nye «eksterne IA-fora», får sentrene innpass i virksomhetenes ordinære møtearenaer (ledermøter, AMU, etc). Evaluator har ingen systematisk kjennskap til hvor utbredt dette er, men anbefaler at man arbeider for slik integrering i flere virksomheter.

- Det kan være behov for en gjennomgang internt rundt sammenhengen mellom delmålene og det systemrettede, langsiktige arbeidet for et inkluderende arbeidsliv.

Sentrene ser ut til å ha ulike perspektiver på sammenhengen mellom IA-avtalens delmål. Mens enkelte går så langt som å si at delmålene er unødvendige, siden man har et overordnet mål å strekke seg etter, mener andre at inndelingen er viktig for å synliggjøre alle målgrupper relatert til IA-avtalen. Få opplever at delmålene er i direkte konflikt med hverandre.

- Flere arbeidslivssentre bør oftere ta initiativ mot virksomhetene i sin region (økt proaktivitet).

Her peker rapporten på at det kan etableres bedre systemer og rutiner som sikrer jevnlig oppfølging av flere (eller alle) IA-virksomheter. Det kan være fruktbart å hente inspirasjon fra sentrene i Oppland, Sør-Trøndelag og Rogaland.

- Det kan gjøres en større innsats for å få flere virksomheter til å formalisere gode mål og handlingsplaner.

Rapporten avdekker at en betydelig andel virksomheter ikke har dokumentert eller formalisert mål for arbeidet med delmål 2 og 3. Det viktigste er innsatsen som faktisk nedlegges, men mangelen på formalisering kan medføre at engasjementet blir personavhengig og dermed sårbart for gjennomtrekk blant IA-kontaktene. Dette handler ikke bare om kvantitet – men kan også bedre planenes kvalitet slik at de bidrar til gode innganger til konstruktive møter mellom virksomheter og arbeidslivssentre.

Intern arbeidsform ved sentrene

Sentrenes organisering er ikke studert inngående, men evalueringen avdekker likevel at det er noe ulike arbeidsformer. Oppsummert anbefaler rapporten bl.a. følgende:

- Kriterier for fordelingen av porteføljen internt i sentrene kan vurderes nærmere i fylkene

Mens noen sentre i hovedsak setter sammen porteføljen basert på geografi, så legges det andre steder mer hensyn til kompetanse og erfaring. Dette har bl.a. sammenheng med avstander i fylket, men kan i følge evaluator være et aktuelt tema for drøfting.

Ved et av de sentrene som oppnår best resultater, anvendes geografi som primært kriterium, dvs. at rådgivere har ansvar for virksomheter innen et gitt geografisk område. Samtidig er hver rådgiver medlem av grupper med særlig kompetanse innen bestemte fagområder av IA. Kompetansegruppene møtes jevnlig og mottar «bestilling» fra de «geografiske» gruppene ved behov. Dette ser ut til å fungere godt, men det er naturlig å geo-

grafiske avstander fortsatt vil legge ulike rammer for fylkene.

- NAV Arbeidslivssenter bør i større grad etablere mål og prosesser som gjør drift og aktivitet mindre personavhengig. Med andre ord bør sentrenes «strukturkapital» styrkes ved å etablere flere felles systemer og arbeidsprosesser.

Sentrenes ansatte besitter høy formal- og realkompetanse, og deres utfoldelse forutsetter et betydelig handlingsrom for den enkelte. Likevel har man inntrykk av at sentrene totalt sett kan levere bedre resultater ved å etablere flere felles systemer og arbeidsprosesser. Dette vil ikke være et mål i seg selv, men kan bidra til bedre erfaringsutveksling, mindre tid brukt på å søke etter beste praksis og styrket «kollektiv hukommelse». Eksempler på dette er tilnærminger for å sikre jevnlig oppfølging av IA-virksomheter, bedre samarbeidsform mot øvrige NAV-enheter og bedre anvendelse av saksbehandlersystemet Arena. Blant sentrene evaluator har vært i dialog med, synes Sør-Trøndelag å ha kommet langt på dette området.

Arbeidslivssentrenes plass i NAV-systemet

Rapporten peker på at kompetansen ved arbeidslivssentrene bør tas vare på. Rådgiverne ved arbeidslivssentrene har gjennomgående høy kompetanse. Flere av sentrene er også organisert slik at rådgiverne kan utveksle kompetanse etter behov. Dette representerer et viktig tilskudd for den enkelte rådgivers kompetanseutvikling i tillegg til erfaringen den enkelte opparbeider i dialogen med virksomhetene. Arbeidslivssentrene besitter en kompetanse som skiller seg fra de øvrige enheter i NAV. Dette gjelder særlig forståelse for arbeidsgiveres behov, markedsinnsikt og evnen til å jobbe på systemnivå. Dette i motsetning til øvrige deler av NAV, som i stor grad jobber på individnivå. Som egen enhet samles denne kompetansen og videreutvikles kontinuerlig gjennom erfaringsutveksling.

Ved å ha en viss avstand til lokale NAV-kontor, «vernes» sentrenes ansatte fra mange av enkeltsakene som preger hverdagen her. Dette frigjør tid og kapasitet til å jobbe på virksomhets-/systemnivå, hvilket er en forutsetning for å oppnå langsiktige effekter i IA-arbeidet.

Rapporten anbefaler også at arbeidslivssentrene bør fortsette med fast kontaktperson for den enkelte IA-virksomhet da flere sentre uoppfordret trekker fram dette som viktig for eget IA-arbeid. Den lille gruppen virksomheter som ikke opplever å ha faste kontaktpersoner, mener at sentrene bidrar betydelig mindre enn andre.

Vedlegg 4 – Nærmere beskrivelse av beregningsmetoden for indikatorer til delmål 3

Som måleindikator for IA-avtalens delmål 3 ble *forventet pensjoneringsalder* brukt fram til 2010. Etter pensjonsreformen er ikke lenger denne indikatoren et godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Som erstatning benyttes nå indikatoren *forventet yrkesaktivitet etter 50 år*.

Forventet pensjoneringsalder angir den alderen en person som ennå ikke var pensjonert ved en gitt alder, teoretisk kan forventes å starte uttaket av pensjon (AFP, alders- eller uførepensjon). Denne er beregnet ut ifra pensjonsuttaket for hver aldersgruppe i aldersintervallet 51–70 år et gitt år. For eksempel er forventet pensjoneringsalder i 2015 beregnet ut ifra den pensjoneringsadferden som er observert i 2015.

Med begrepet *forventet yrkesaktivitet* menes antall årsverk en person i en gitt alder kan regne med å bidra med i arbeidslivet dersom sysselsettingsatferden og levealderen holder seg konstant framover som i året beregningen gjelder for. Både sysselsetting som arbeidstaker og selvstendig næringsdrivende blir medregnet, og indikatoren tar også hensyn til stillingsandel.

Forventet yrkesaktivitet (FY) ved inngangen til år x for en person som fyller alder y i dette året er definert slik (Haga 2013):

$$FY_{x,y} = \sum_{i=y}^{105} p_{y,i} \cdot sa_{x,i}$$

der:

- $p_{y,i}$ er sannsynligheten for å overleve fra begynnelsen av året ved fylte y år til midt i året ved fylte i år.
- og $sa_{x,i}$ er den gjennomsnittlige stillingsandelen i år x blant befolkningen som fyller i år i dette året.

Vi beregner her gjennomsnittlig stillingsandel for hele befolkningen, slik at stillingsandelen settes lik null for personer som ikke er sysselsatt. Ved beregning av stillingsandel tas det også hensyn til hvilken periode den enkelte var sysselsatt, slik at for eksempel 6 måneders arbeid med 100 prosent stillingsandel gir en gjennomsnittlig stillingsandel på 50 prosent.

Forventet yrkesaktivitet ved 50 år i 2014 vil da tilsvare produktsummen av gjennomsnittlige stillingsandeler og overlevelsessannsynligheter fra alder 50 år og oppover i 2014. På tross av ordet «forventet» er indikatoren bare basert på faktiske data for det aktuelle året. Indikatoren har likevel et prognoseelement ved at den angir hvor mange årsverk en 50-åring i dag kan regne med å tilbringe i arbeidslivet dersom dagens situasjon fortsetter uendret. Dette tilsvare metodikken for beregning av forventet levealder.

Ettersom det ikke finnes registerdata for arbeidstid og arbeidsperioder blant selvstendig næringsdrivende, blir dette anslått ved beregning av indikatoren. I første omgang gjøres dette ut fra data om pensjongivende inntekt, og en forutsetning om at selvstendig næringsdrivende med et visst inntektsnivå har samme gjennomsnittlige stillingsandel for året som for arbeidstakere med samme inntekt. Deretter blir beregningen kalibrert mot data fra Arbeidskraftundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå hvor det foreligger tall for antall utførte årsverk blant selvstendig næringsdrivende. Arbeidstiden for hver selvstendig næringsdrivende blir justert med en korreksjonsfaktor slik at antall utførte årsverk til sammen tilsvare tallene i Arbeidskraftundersøkelsen.

I beregningen er det benyttet data fra Aa-registret (til og med 2014) og data for selvstendig næringsdrivende. Nivåtalet for indikatoren kan

ligge noe for høyt pga. kvalitetsproblemer for måling av sysselsetting særlig blant de eldste aldersgruppene. Dataene er til og med 2014 basert på innrapportering fra virksomheter om oppstart og opphør av arbeidsforhold, og det forekommer at virksomheter glemmer å melde om opphør av arbeidsforhold når ansatte slutter i arbeid og tar ut pensjon. Likevel er det grunn til å anta at endringer i nivåtallene for forventet yrkesaktivitet vil ha tilfredsstillende kvalitet.

Som følge av innføringen av A-ordningen foreligger ennå ikke det nødvendige datagrunnlaget for å foreta tilsvarende beregning for 2015, blant annet som følge av mangelfulle data om arbeidstid. Det er derfor inntil videre laget et anslag for forventet yrkesaktivitet i 2015. Anslaget forutsetter at endringen i indikatoren fra 2014 til 2015 vil tilsvare et veid gjennomsnitt av endringene i andelen av befolkningen i registrert arbeid fra 2014 til 2015 i ettårige aldersgrupper fra 50–74 år. Anslaget foreligger bare samlet for begge kjønn.

Utgitt av:
Arbeids- og sosialdepartementet
Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000

Publikasjonskode: A-0041 B
Design: Moon Design AS
Ombrekking: 07 Media – 07.no
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
07/2016 – opplag 200