



inkluderende arbeidsliv



Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2018

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2018

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 29. juni 2018



Arbeids- og sosialdepartementet



Finansdepartementet



Kommunal- og moderniseringsdepartementet



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. Sammendrag	6
1.1 Status og utvikling i målene for IA-avtalen	6
1.2 Effekter av virkemidler under IA-avtalen	9
2. Faggruppens sammensetning og mandat	11
Faggruppens mandat	11
Faggruppens sammensetning og arbeidsform	11
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	13
4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv	14
4.1 Arbeidsmiljø	15
4.2 Utviklingen i sysselsettingen	16
4.3 Utviklingen i de helserelevante ytelsene	22
5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet	24
5.1 Utviklingen i sykefraværet gjennom 2017	24
5.2 Hovedtrekk i utviklingen over tid	26
5.3 Ulike dimensjoner ved sykefraværet	32
5.4 Arbeidsmiljø og sykefravær	44
5.5 Måloppnåelse	46
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne	47
6.1 Grunnlaget for vurdering av måloppnåelse på delmål 2	47
6.2 Arbeidsmarkedstilknytningen blant funksjonshemmede	48
6.3 Utviklingen i mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	52
6.4 Tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	64
6.5 Oppsummering	66

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år	68
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år	68
7.2 Nærmere om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen	73
7.3 Arbeidsmiljø og frafall fra arbeidslivet	75
7.4 Endrede holdninger til eldre i arbeidslivet.....	76
8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen	77
8.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen ...	77
8.2 Arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet	86
8.3 Faggruppens anbefalinger	97
9. Kilder	98
Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport	105
Overordnet mål	105
Delmål 1	105
Delmål 2	112
Delmål 3	114
Vedlegg 2 – Figurer og tabeller	115
Overordnet mål	115
Delmål 1	115

1. Sammendrag

1.1 Status og utvikling i målene for IA-avtalen

Innledning

Faggruppen skal vurdere måloppnåelsen for IA-avtalen i sammenheng med øvrige utviklingstrekk i samfunnet. I likhet med tidligere rapporter er det derfor tatt hensyn til hvordan endringene i norsk økonomi, arbeidsmarked og demografiske utviklingstrekk påvirker måloppnåelsen og indikatorene for hvert delmål. Det er imidlertid krevende å identifisere de ulike forklaringsfaktorene; hva som skyldes IA-arbeidet og hva som skyldes andre faktorer. Det er også en nær sammenheng mellom delmålene; og det er ikke mulig å gjøre en samlet kontrafaktisk analyse, dvs. om hvordan situasjonen ville vært uten 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. Faggruppen har i rapporten også tatt med nyere forskning knyttet til IA-arbeidet. I tillegg er det foretatt en oppsummering av mulige effekter av tiltak knyttet til de tre delmålene basert på foreliggende forskning.

Overordnet mål: Bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, 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 tapte årverk som følge av mottak av helserelevante ytelser.

«Å bedre arbeidsmiljøet» er løftet fram som en sentral målformulering i siste avtaleperiode. De aller fleste i Norge arbeider under gode arbeidsforhold. Det er imidlertid fortsatt flere som utset-

tes for helseskadelige påvirkninger, og det er ulike inkluderingsutfordringer i enkelte yrkes- og næringsgrupper.

Andelen sysselsatte i befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble innført i 2001. Samlet sett har sysselsettingsandelen falt med 2½ prosentpoeng fra 2001 til 2017, og var i fjor den laveste som er registrert i IA-perioden. Nedgangen har vært størst i de yngre aldersgruppene og særlig for yngre menn. I 2017 var 73 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15–66 år i arbeid, om lag ett prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for hele IA-perioden (2001–2017).

Det er flere forhold som har hatt betydning for sysselsettingsutviklingen gjennom IA-perioden. Vridninger i alderssammensetningen i retning av flere eldre i yrkesaktiv alder har trukket ned den gjennomsnittlige sysselsettingsandelen i perioden. Det skyldes at eldre arbeidstakere har lavere sysselsettingsandel enn yngre arbeidstakere. Samtidig har sysselsettingsandelen blant unge avtatt. En forklaring på dette er at flere tar utdanning. Høy innvandring har også påvirket sysselsettingsandelen. Innvandrere har i gjennomsnitt lavere sysselsettingsandeler enn majoritetsbefolkningen. Konjunktursituasjonen spiller også en viktig rolle. I årene fram til konjunkturtoppen i 2008 økte sysselsettingen betydelig, både i antall personer og målt som andel av befolkningen. Etter finanskrisen i 2008 falt sysselsettingsandelen markert i 2009 og 2010. Sysselsettingsandelen ble også påvirket negativt av tilbakelaget i norsk økonomi etter oljeprisfallet i 2014. Fra 2014 til 2016 var det en moderat nedgang på om lag ¾ prosentpoeng i andelen sysselsatte i aldersgruppen 15–66 år. Gjennom fjoråret stoppet nedgangen i andelen sysselsatte opp, og så langt i år har sysselsettingen økt mer enn befolkningen.

I 2017 var antallet tapte årsverk som følge av mot-tak av en helserelatert ytelse om lag 536 000, mens det til sammenlikning var 2,5 mill. syssel-satte årsverk. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent. Andelen har vært stabil siden 2014 og var i 2017 på om lag samme nivå som i 2001. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen tapte årsverk i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, trukket i motsatt retning.

Etter faggruppens vurdering er sammenhengene mellom helseutfordringer, inkludering i arbeids-livet og kompetanseutfordringene, meget kom-plekse. En stor del av de som blir stående utenfor arbeidslivet mottar helserelaterte ytelser og har lite utdanning. Helseproblemer kan starte med mang-lende fullføring av videregående opplæring med tilhørende perioder med passivitet og vansker på jobbmarkedet, men kan også ha rot i belastende forhold i arbeidslivet. Virkningene kan også være motsatt; helseutfordringer kan gjøre det vanskelig å fullføre utdanning og få fotfeste i arbeidslivet.

Med de utviklingstrekkene vi står overfor med aldring av befolkningen og raskere endringstakt i arbeidslivet, kan manglende kompetanse være til hinder for å oppfylle målene i IA-avtalen i tiden framover.

Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. De sesongjusterte tallene for sykefraværsprosen-ten for 4. kvartal 2017 viser at fraværet var 9,7 pro-

sent lavere enn i 2. kvartal 2001.¹ Som årsgjen-nomsnitt var fraværet i 2017 blant det laveste i hele IA-perioden. Samtidig har fraværet økt noe fra 2016 til 2017. Likevel er hovedbildet siden 2012 at sykefraværet har ligget stabilt, med noen mindre variasjoner opp og ned.

I IA-perioden sett under ett har det vært en ned-gang i fraværet for begge kjønn og i alle alders-grupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgan-gen er svært ujevnt fordelt.

Siden 2001 har nedgangen i fraværet vært langt sterkere for menn enn for kvinner, og fraværet er redusert med 16,5 prosent for menn og 5,7 pro-sent for kvinner. I 4. kvartal 2017 var kvinners fra-vær 68 prosent høyere enn menns fravær. For-skjellen mellom kvinners og menns sykefravær økte i 2017, og som årsgjennomsnitt har forskjel-lene mellom kjønnene aldri vært høyere enn i 2017. I IA-perioden er fraværet mest redusert for de yngste og de eldste aldersgruppene.

Det er også store variasjoner i utviklingen i syke-fraværet mellom næringer og fylker i perioden. Den største nedgangen fra 2001 til 2017 har skjedd innen næringene overnattings-/serve-ringsvirksomhet (34 prosent), industrien (25 pro-sent) og forretningsmessig tjenesteyting (22 pro-sent). Bortsett fra industrien, er det i hovedsak mindre næringer som har hatt den største ned-gangen, mens to av de tre største næringene er blant de med lavest nedgang. I løpet av IA-perio-den har det legemeldte fraværet avtatt mest i Oslo (-29 prosent), etterfulgt av Finnmark (-23 prosent) og Sør-Trøndelag (-22 prosent). Rogal-land er det eneste fylket som nesten ikke har hatt nedgang i fraværet i IA-perioden (-0,2 prosent).

¹ Merk at tallet for endringen fra 2. kvartal 2001 avviker noe fra tallet (9,1 prosent) som publiseres av Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette skyldes at Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har valgt å justere tallet for 2. kvartal 2001 med effektene av bruddet i statistikken fra 2015 (se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av bruddet). Faggruppen mener det ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for så små brudd når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden, og anbefalte i rapporten for 2016 at de endringstallene som framkommer uten korreksjoner legges til grunn i det videre IA-arbeidet.

1. Sammendrag

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen, og sammenlignet med 2001 har graderingen økt. Økningen i graderingen flatet ut etter 2012 og har etter den tid fluktuert rundt det høyeste nivået i IA-perioden. Dersom man ser på årsgjennomsnittet for gradering, var det i IA-perioden mest bruk av gradering i 2015. De to siste årene har graderingen avtatt noe, og man må tilbake til 2011 for å observere mindre gradering på årlig basis enn det var i 2017. Selv om omfanget av gradert sykefravær de siste årene har ligget på de høyeste nivåene i IA-perioden, ser det ut som om tendensen til stadig økt gradering – som vi har sett de siste årene – har snudd.

Etter faggruppens vurdering viser utviklingen at sykefraværet ikke har endret seg vesentlig de siste årene, og siden 2012 har det vært liten bevegelse i forhold til IA-målet. Mens vi fra 2015 til 2016 så at sykefraværstallene beveget seg svakt i riktig retning, viser tallene at utviklingen det siste året har gått svakt i feil retning. Det påpekes at disse endringene er små, og at det ikke er grunnlag for å si at faggruppen ser noe skifte i det stabile sykefraværet siden 2012.

Strukturelle endringer i sysselsettingen kan slå ut i endret sykefravær. At arbeidsstyrken stadig blir eldre, at andelen kvinner i arbeidslivet øker og at næringer med høyt sykefravær vokser sterkere enn andre næringer, fører isolert sett til økning i fraværet. Motsatt vil en arbeidsstyrke med økt utdanningsnivå, med flere arbeidsinnvandrere, med mange som mottar mer langvarige helse-relaterte ytelser, eller et arbeidsliv som utnytter den teknologiske utviklingen, føre til lavere sykefravær. Faggruppen har ikke laget en analyse om hva dette samlet betyr for utviklingen i det totale sykefraværet.

Sykefravær 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. Basert på data fra levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø har det vært en jevn nedgang siden 2006 i andelen som oppgir at de har fravær forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldes jobben. Dette kan indikere en reduksjon i jobbrelevante helseplager. Ifølge undersøkelser er om lag 35 prosent av fravær over 14 dager forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldes jobben. 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.

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen for 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 for dette delmålet benytter faggruppen utviklingen i andelen sysselsatte blant de som oppgir å være funksjonshemmet i AKUs årlige tilleggsundersøkelse. I tillegg suppleres denne analysen med kartlegginger av utviklingen for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd som omfatter mange personer med nedsatt funksjonsevne.

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede i alderen 15–66 år utgjorde 43 prosent i 2017, mot 73 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. Det har kun skjedd små endringer over tid, og disse ligger stort sett innenfor feilmarginen.

Etter en svak økning i perioden fra 2013–2015 har det vært en svak nedgang i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger de to siste årene. Samtidig har totalt antall mottakere i forhold til befolkningen, gått ned i perioden fra 2010–2017. Antall

mottakere har gått ned for alle aldersgrupper. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring økte sterkt etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, men har holdt seg stabil de siste par årene.

Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder har holdt seg nesten konstant i hele perioden 2010–2017. Imidlertid har tilstrømmingen av mottakere under 30 år økt fra 2013 og fram til i dag. Dette må ses i sammenheng med at mange har hatt avgang fra arbeidsavklaringspenger i løpet av denne perioden.

Etter faggruppens vurdering viser både utviklingen i antall sysselsatte funksjonshemmede, utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger og overganger til arbeid og uføretrygd relativt små endringer de siste årene. Dette viser at vi fortsatt ikke har oppnådd avtalens delmål 2 om å hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

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

Utviklingen i måloppnåelsen for delmål 3 i IA-avtalen er basert på beregninger av indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år. I tillegg belyser vi utviklingen i sysselsettingsandelen for seniorer ved registerbasert statistikk. Vi omtaler også Norsk seniorpolitisk barometer for å belyse utviklingen i holdninger til seniorene i arbeidslivet blant arbeidstakere og ledere.

Foreløpige beregninger for 2017 viser at indikatoren økte med 0,2 årsverk fra 2016 til 2017. Indikatoren har dermed økt med ett årsverk fra 2009. Samtidig viser endelige tall for 2016 at indikatoren endte 0,1 årsverk lavere enn tidligere beregnet. Indikatoren har dermed økt med ett årsverk fra 2009. Delmål 3 i IA-avtalen er dermed nådd allerede ett år før avtaleperioden utløper. En 50-åring kan nå forventes å ha 11,9 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Siden 2001 har indikatoren økt med 2,3 år og har aldri vært høyere.

Flere studier har vist at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsysselsettingen fra 2011 og fram til i dag. Pensjonsreformen har dermed vært avgjørende for at vi har nådd dette delmålet. Andre viktige forhold som kan ha bidratt til veksten de siste årene er økt levealder, og bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, høyere utdanningsnivå, og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet. At andelen seniorer i befolkningen har økt mer enn for andre aldersgrupper, har også bidratt til at vi finner flere eldre arbeidslivet enn tidligere. 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.

Seniorpolitiske tiltak som iverksettes i bedriftene kan være 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.

1.2 Effekter av virkemidler under IA-avtalen

Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen knyttet til delmålene

Det foreligger lite forskning som dokumenterer eventuelle kausale effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen på en pålitelig måte. Sentrale forskere som har oppsummert kunnskapsstatusen på feltet, har konkludert med at de fleste beslutninger om IA-tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om hvorvidt tiltakene faktisk virker. Selv om det foreligger en rekke evalueringer, er det også faggruppens vurdering at politikktiltakene på feltet i langt større grad bør baseres på en mer skrittvis innføring av nye tiltak basert på randomiserte kontrollerte studier. Dette vil kreve en styrket kultur for systematisk utprøving av tiltak gjennom bruk av kontrollerte forsøk når tiltak skal initieres og senere implementeres. Gevinstene av å iverksette tiltak som faktisk virker, vil imidlertid kunne bli betydelige for den yrkesaktive befolk-

1. Sammendrag

ningens helse og sykefravær, og dermed for den norske økonomien.

Flere forskere mener at gradering fører til redusert sykefravær, og andre forskningsprosjekter viser at tettere oppfølging og mer konsekvent praktisering av lovkravene kan føre til at flere raskere vender tilbake til arbeid. Vi vet ellers lite om effekter av ulike tiltak knyttet til delmål 1. Vi vet også lite om effekter for delmål 2. Noen studier finner at det ligger en arbeidskraftreserve hos mange uføretrygdede som kan utløses ved gode insentivordninger. Når det gjelder delmål 3 viser flere studier at endringene som følge av pensjonsreformen har vært viktig for sysselsettingen blant de eldre. Effekter av andre IA-tiltak mot eldre vet vi svært lite om. Det mangler også kunnskap om hvordan IA-virksomheter konkret prioriterer det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og likeledes om hvordan arbeidsmiljøutviklingen i slike virksomheter har vært over tid. Det er en alvorlig kunnskapsmangel, gitt det tiltagende økte fokuset som arbeidsmiljøforhold er gitt i IA-avtalene over tid.

Bruk og effekt av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

I tråd med et tilleggsoppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet har faggruppen i denne rapporten gjort en oppsummering av tilgjenge-

lig kunnskap om bruk og effekt av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. I 2018 er det bevilget om lag 390 millioner kroner til driften av arbeidslivssentrene og om lag 330 millioner til forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Ved utgangen av 2017 er det registrert nær 60 000 IA-virksomheter med til sammen nær 1 600 000 sysselsatte, noe som utgjør nær 30 prosent av norske virksomheter og nær 60 prosent av alle sysselsatte.

Så å si alle evalueringene av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet er basert på innhenting av data gjennom ulike intervjuundersøkelser, og det eksisterer i svært liten grad evidensbasert forskning på effekter av disse tiltakene. Etter faggruppens oppfatning er det svært viktig at det framskaffes bedre dokumentasjon på bruken og effekten av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet.

En viktig forutsetning for å få bedre dokumentasjon om bruken av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet er at det etableres mer effektive og standardiserte prosesser for informasjon, saksbehandling og forvaltning av ordningen. Dette er viktig fordi evalueringene har vist at tiltakene forvaltes svært ulikt mellom fylkene og at det er behov for større likhet i både administrative prosesser og innretningen av tiltakene på landsbasis.

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 tiende rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2018.

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.

I mars i år fikk faggruppen et tilleggsoppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet om å oppsummere tilgjengelig kunnskap om bruk og effekt av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Dette er omtalt i kapittel 8.2.

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 sykefraværsutviklingen. Gruppen har også lagt vekt på å ta med nyere forskning og effektevalueringer knyttet til IA-arbeidet.

Faggruppens sammensetning og arbeidsform

Faggruppens medlemmer:

- Kjetil Telle (leder), SSB
- Hanne Jordell, Akademikerne
- Rune Soleng, KS
- Maria Walberg, LO
- Lars Eidsaune, NHO
- Trond Bergene, Spekter
- Rolf Stangeland, Unio
- Pål Nordby Helle, Virke
- Alexander Huth, YS
- Kari Lysberg, Arbeidstilsynet
- Cecilie Aagestad, STAMI

2. Faggruppens sammensetning og mandat

- Johannes Sørbø, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Helge Næsheim, SSB
- Morten Petter Johansen, Finansdepartementet
- Rune Aslaksen, Arbeids- og sosialdepartementet
- Lars-Erik Becken, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Sekretariat:

- Stein Langeland (leder), Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Anders Barstad, SSB
- Morten Petter Johansen, Finansdepartementet
- Hans Magne Gravseth, STAMI
- Stein Grøtting, Arbeids- og sosialdepartementet
- Hanne Haugen Jordheim, Arbeids- og sosialdepartementet
- Berit Crosby, Arbeids- og sosialdepartementet
- Per Morten Larsen, Arbeids- og sosialdepartementet
- Thomas Såheim, Arbeids- og sosialdepartementet

Faggruppen har høsten 2017 hatt ett møte og fire møter og et fagseminar i løpet av våren 2018.

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 5,8 prosent (sesong- og influensajustert).

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. Dokument-

asjon som legger grunnlaget for en felles virkelighetsforståelse 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.

I tidligere rapporter har partene påpekt at det er knyttet store utfordringer til vurdering av status 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 til bedre måter å måle utviklingen innenfor dette delmålet. Utredningen ble gjennomført av FAFO som foreslo at utviklingen blant funksjonshemmede i den årlige tilleggsundersøkelsen til AKU benyttes som hoved-indikator for delmål 2, og 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

De overordnede målene 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 tapte årsverk som følge av mottak av helserelaterte ytelser, se nærmere omtale i boks 1.

«Å bedre arbeidsmiljøet» er løftet fram som en sentral målformulering i siste periode. De aller fleste i Norge arbeider under gode arbeidsforhold. Det er imidlertid fortsatt flere som utsettes for helseskadelige påvirkninger, og det er ulike inkluderingsutfordringer i enkelte yrkes- og næringsgrupper.

Andelen sysselsatte i befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001. Samlet sett har sysselsettingsandelen falt med om lag 2½ prosentenheter fra 2001 til 2017, og var i fjor den laveste som er registrert i IA-perioden. Nedgangen har vært størst i de yngre aldersgruppene og særlig for yngre menn. I 2017 var 73 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15–66 år i arbeid, om lag 1 prosentenheter lavere enn gjennomsnittet for hele IA-perioden (2001–2017).

Det er flere forhold som har hatt betydning for sysselsettingsutviklingen gjennom IA-perioden. Vridninger i alderssammensetningen i retning av flere eldre i yrkesaktiv alder har trukket ned den gjennomsnittlige sysselsettingsandelen i perioden. Det skyldes at eldre arbeidstakere har lavere sysselsettingsandel enn yngre arbeidstakere. Samtidig har sysselsettingsandelen blant unge avtatt. En forklaring på dette er at flere tar utdanning. Samtidig har andelen som mottar uføretrygd blant ungdom også økt noe i IA-perioden. Høy innvandring har også påvirket sysselsettingsandelen. Innvandrere har i

gjennomsnitt lavere sysselsettingsandeler enn majoritetsbefolkningen. Konjunktursituasjonen spiller også en viktig rolle. I årene fram til konjunkturtoppen i 2008 økte sysselsettingen betydelig, både i antall personer og målt som andel av befolkningen. Etter finanskrisen i 2008 falt sysselsettingsandelen markert i 2009 og 2010. Sysselsettingsandelen ble også påvirket negativt av tilbakeslaget i norsk økonomi etter oljeprisfallet i 2014. Fra 2014 til 2016 var det en nedgang på om lag ¾ prosentenheter i andelen sysselsatte. Gjennom fjoråret stoppet nedgangen i andelen sysselsatte opp, og så langt i år har sysselsettingen økt mer enn befolkningen.

Deltakelsen i arbeidslivet øker med utdanningsnivået. Siden 2006 har det vært reduksjon i sysselsettingsandelen for alle utdanningsgrupper. Nedgangen har vært minst for de med høyere utdanning. Årsakene til den ulike utviklingen i sysselsettingen etter utdanningsnivå er sammensatt. En økt andel med høyere utdanning i befolkningen kan ha svekket jobbmulighetene for de gjenværende med lavere utdanning. Videre har den teknologiske utviklingen trolig bidratt til redusert etterspørsel etter arbeidskraft med lavere utdanning i en del næringer.

I 2017 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 536 000, mens det til sammenlikning var 2,5 mill. sysselsatte årsverk. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent. Andelen har vært stabil siden 2014 og var i 2017 på om lag samme nivå som i 2001. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen tapte årsverk i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, trukket 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 (Eurofound 2016, OECD 2017, Aagestad m.fl. 2017). 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 IA-avtaleperioden 2014–2018. I henhold til arbeidsmiljølovens 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.

I Norge har vi utviklet et indikatorsystem for arbeidsmiljøovervåking. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt har utviklet en rekke indikatorer basert på tilgjengelige datakilder, indikatorer som beskriver sammenhenger mellom arbeidsmiljø og helse. Indikatorene dekker ulike sider av

arbeidsmiljøet, som psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, fysisk og kjemisk arbeidsmiljø, mekaniske belastninger og ulykker/skader samt en rekke ulike helseutfall. Dette er forhold som er sentrale i IA-arbeidet. I hvilken grad helseplager, sykdom og skader i yrkespopulasjonen kan tilskrives ugunstige faktorer i arbeidslivet er også et grunnleggende spørsmål. De fleste av indikatorene oppdateres hvert tredje år, og de presenteres både på nett og i en egen rapport. Siste oppdatering viser at det er en del forskjeller i jobbkvalitet mellom ulike grupper, og i enkelte næringer og yrker er arbeidsmiljø- og helseutfordringene større enn i andre (STAMI 2018). Det gjelder særlig i enkelte mannsdominerte yrkesgrupper innenfor bygge- og 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 i bygge- og anleggssektoren. I disse gruppene er forebyggingspotensialet knyttet til både psykososialt arbeidsmiljø, fysiske belastninger, ulykker og kjemisk eksponering betydelig.

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 befolkningen i yrkesaktiv alder som er sysselsatt, hvor en sysselsatt person er definert som en som har utført inntektsgivende arbeid av minst én times varighet, eller deltatt på arbeidsmarkedstiltak med lønn fra arbeidsgiver. 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. Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) er basert på personer bosatt i Norge ifølge folkeregistret. Nasjonalregnskapet på sin side dekker all sysselsetting i innenlandske bedrifter. Det innebærer at sysselsatte bosatt i utlandet som arbeider i innenlandske bedrifter, også regnes som sysselsatte. I denne rapporten benyttes sysselsettingsstatistikk fra

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

Tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser er beregnet ut fra hvor mange ekstra årsverk som kunne vært utført dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon i stedet hadde arbeidet full tid. Indikatoren tar hensyn til graderte ytelser og hvor stor andel av året man mottar en ytelse. Det korrigeres også for at noen kan motta flere ytelser. Når en måler tapte årsverk som andel av befolkningen, får en dessuten tatt hensyn til befolkningens størrelse. Indikatoren gir et mål på en teoretisk arbeidskraftreserve, og må ikke tolkes som et mål om at alle skal i arbeid eller øke sin yrkesaktivitet.

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

Endringer i næringsstrukturen over tid har også betydning for arbeidsmiljøet. Det har vært en sterk vekst i tjenesteytende næringer og det har dermed vært en nedgang i andelen arbeidstakere som står overfor tradisjonelle fysiske og kjemiske arbeidsmiljøeksponeringer og ulykkesrisiko 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, noe som kan være en utfordring for et inkluderende arbeidsliv. Andre utviklingstrekk er knyttet til innføring av ny teknologi og arbeidsprosesser basert på mer automatisert produksjon. Denne teknologiske utviklingen og automatiseringen gjør at høy kompetanse er antatt å bli enda viktigere i årene som kommer. Dette kan også redusere en del fysiske, kjemiske og mekaniske eksponeringer som har vært et problem tidligere, samtidig som ny teknologi kan skape nye og ukjente helseutfordringer. Det kan også medføre at flere opplever jobbusikkerhet ved at en mer automatisert produksjon bidrar til å erstatte mennesker. Vi kan få et arbeidsmarked med økt etterspørsel etter kompetanse som forutsetter lange utdanningsforløp, og lavere etterspørsel etter personer med lave kvalifikasjoner. Økningen i antall ansatte i offentlig pleie- og omsorgssektor har på sin side bidratt til en økning av yrkesaktive kvinner med fysisk tungt arbeid i de tjenesteytende næringene.

4.2 Utviklingen i sysselsettingen

Det er flere faktorer som påvirker den samlede sysselsettingen. Både konjunktursvingninger og strukturelle forhold bidrar over tid til endringer i hvor mange som jobber. Utviklingen i konkurranseevnen og innretningen av den økonomiske politikken vil også kunne påvirke sysselsettingen.

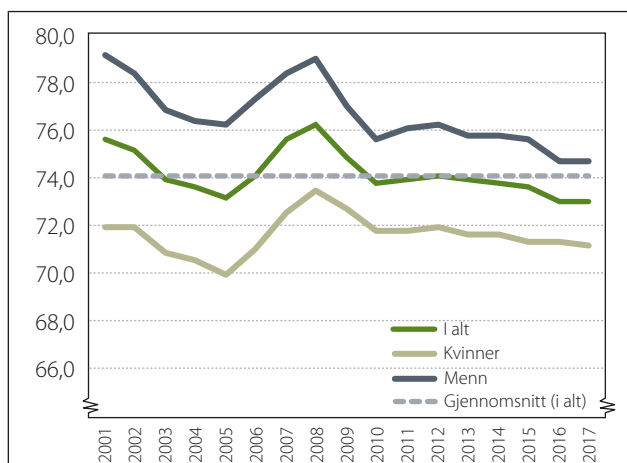
Fra 2001 til 2017 økte antall sysselsatte personer mellom 15 og 66 år med om lag 330 000 personer, ifølge Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). I løpet av denne perioden har konjunkturvariasjoner påvirket sysselsettingen. I årene fram til konjunkturtoppen i 2008 økte sysselsettingen bety-

delig både målt i antall personer og som andel av befolkningen. Kapasitetsutnyttelsen i 2008 var uvanlig høy og finanskrisen markerte avslutningen av en sterk konjunkturoppgang i norsk økonomi. Antall sysselsatte falt i 2009, men økte igjen fra sommeren 2010. Fallet i oljeprisen og lavere vekstimpulser fra petroleumsrelaterte næringer har bidratt til å dempe etterspørselen etter arbeidskraft i 2015 og i 2016. Gjennom 2017 stoppet nedgangen i sysselsettingen i petroleumsrelatert virksomhet, og samlet sysselsetting økte gjennom fjoråret.

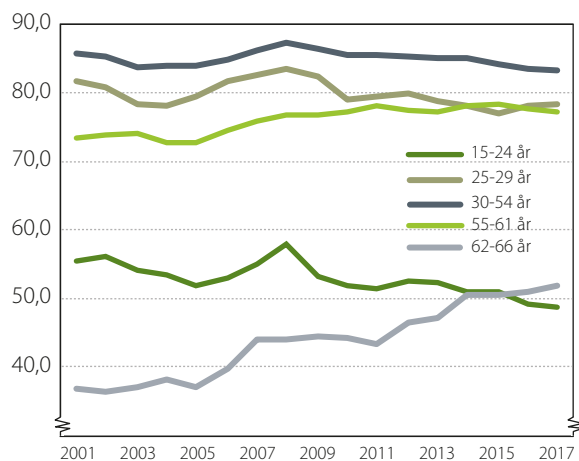
Som følge av bl.a. konjunkturvariasjoner har andelen sysselsatte svingt en del gjennom IA-perioden, jf. figur 4.1A. Fra midten av forrige tiår og fram til 2008 var det en markert økning i andelen sysselsatte. Sysselsettingen som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder har gått ned siden toppåret 2008. Det er vanlig at sysselsettingsandelen går ned i perioder med svak økonomisk utvikling, som i tiden etter finanskrisen og oljeprisfallet. En aldrende befolkning i yrkesaktiv alder har også bidratt til nedgangen i sysselsettingsandelen. I tillegg er det færre unge som kombinerer arbeid og utdanning i dag enn for noen år siden. I 2017 var sysselsettingsandelen om lag 1 prosentenhet lavere enn gjennomsnittet for IA-perioden (2001–2017) og om lag 2½ prosentenheter lavere enn i 2001. Det har vært en markert vekst i etterspørselen etter arbeidskraft i 1. kvartal i år. I 1. kvartal 2018 var det ifølge AKU sysselsatt 36 000 flere personer i aldersgruppen 15–66 år enn i tilsvarende kvartal i fjor. Det har bidratt til at sysselsettingen, målt som andel av befolkningen i denne aldersgruppen, har økt med 0,7 prosentenheter i den samme perioden.

Ser vi IA-perioden under ett, er det tydelig at utviklingen i sysselsettingsandelen blant de yngre aldersgruppene har vært svakere enn for de eldre, jf. figur 4.1B. Utviklingen i sysselsettingsandelen har særlig vært svak for yngre menn, jf. figur 4.2. Sysselsettingsandelen har likevel også avtatt for kvinner i den yngste aldersgruppen. En hovedårsak til at sysselsettingsandelen har falt for de yngre er at flere tar utdanning uten å jobbe ved

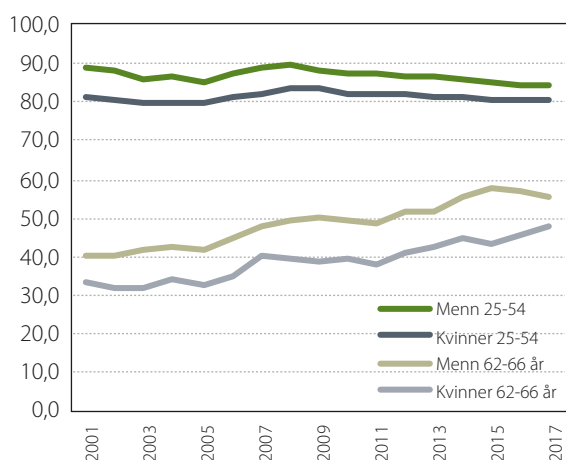
Figur 4.1 Sysselsettingsandeler



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 etter kjønn. Prosent

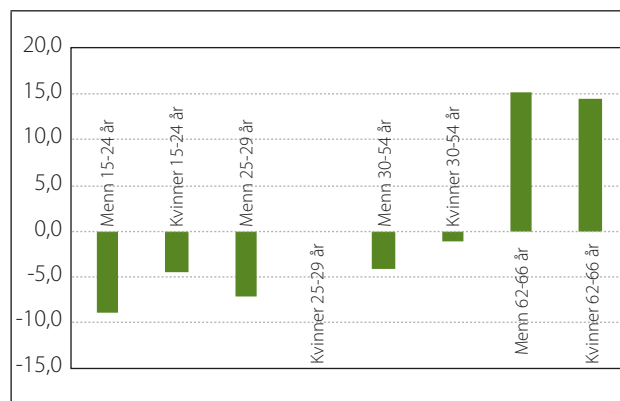
Kilde: Statistisk sentralbyrå (AKU).

siden av studiene. I 2017 var 40,8 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15–24 år under utdanning uten at de søkte jobb eller arbeidet ved siden av studiene. Det er 2,6 prosentenheter høyere enn i 2006. Samtidig har andelen uføre også økt blant ungdom.

Sysselsettingsandelen har også falt for menn i alderen 30–54 år. Nedgangen har delvis konjunkturelle årsaker, men bildet er mer sammensatt, og andelen uføre har også økt i disse aldersgruppene. 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.

I de eldste aldersgruppene har sysselsettingsandelen økt betydelig mellom 2001 og 2017. En kombinasjon av bedre helse, høyere utdanningsnivå, et gjennomgående godt arbeidsmarked samt innføringen av pensjonsreformen er viktige forklaringer på at sysselsettingsandelene har økt i de eldre aldersgruppene.²

Figur 4.2 Endring i sysselsettingsandeler fordelt på kjønn og utvalgte aldersgrupper, 2001–2017. Prosentenheter



Kilde: Statistisk sentralbyrå (AKU)

Over tid vil utviklingen i sysselsettingsandelen vise hvor godt vi har lykkes med å inkludere befolkningen i arbeidslivet. Andelen sysselsatte i Norge er fortsatt høy, men nedgangen i sysselsettingsandelen de siste årene har bidratt til at det

² I NOU 2018:8 Grunnlaget for inntektsoppgjørene pekes det på at økningen i andelen sysselsatte blant eldre i større grad kan forklares med strukturelle endringer enn konjunkturelle

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

nå er flere av våre naboland som har høyere sysselsettingsandel enn Norge.

Motstykket til høy sysselsetting er at det er relativt få som står utenfor arbeidsstyrken eller som er arbeidsledige. Av gruppen utenfor arbeidsstyrken er imidlertid andelen som mottar trygdeytelser høy, jf. avsnitt 4.3.

Sysselsetting etter utdanningsnivå

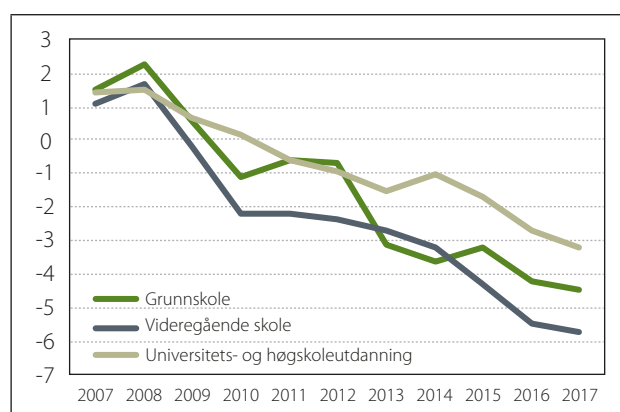
Deltakelsen i arbeidslivet øker med utdanningsnivået. Sysselsettingen blant personer med videregående utdanning lå i 2017 vel 20 prosentenheter høyere enn blant dem med bare grunnskole. Personer med universitets- eller høyskoleutdanning lå om lag 14 prosentenheter over dette igjen. Siden 2006 har andelen sysselsatte særlig avtatt blant personer med grunnskole eller videregående opplæring, se figur 4.3. I 2017 var 45,9 prosent av befolkningen med grunnskoleutdanning sysselsatt. Det er 4,5 prosentenheter lavere enn i 2006. Tilsvarende har andelen sysselsatte med videregående utdanning avtatt med nesten 6 prosentenheter i den samme perioden til 67,7 prosent. For personer med universitets- eller høyskoleutdanning har nedgangen vært mer moderat, fra 84,5 prosent i 2006 til 81,3 prosent i 2017. Årsakene til den ulike utviklingen i sysselsettingen etter utdanningsnivå er sammensatt. En økt andel med høyere utdanning i befolkningen har trolig svekket jobbmulighetene for de gjenværende med lavere utdanning. Videre har den teknologiske utviklingen trolig bidratt til redusert etterspørsel etter arbeidskraft med lavere utdanning i en del næringer.

Ungdom med lavt utdanningsnivå er en utsatt gruppe på arbeidsmarkedet. I aldersgruppen 25–29 år var bare om lag 64 prosent av de med grunnskoleutdanning sysselsatt i 2017. Personer i den samme aldersgruppen med universitets- eller høyskoleutdanning hadde derimot mer enn 20 prosentenheter høyere andel sysselsatte.

Fra 2006 til 2017 ble andelen sysselsatte i aldersgruppen 25–29 år redusert med 6 prosentenheter for de med grunnskoleutdanning, se figur

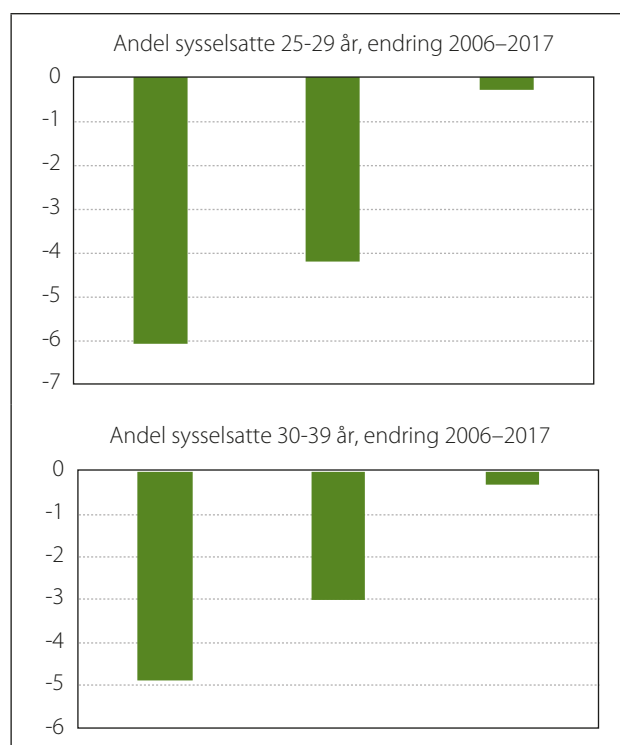
4.4. Det har også vært en markert nedgang blant de med videregående utdanning. Ungdom med høyere utdanning har derimot klart seg vesentlig bedre i arbeidsmarkedet de ti siste årene. I 2017 var andelen sysselsatte i aldersgruppen 25–29 år med høyere utdanning om lag den samme som i 2006. Det samme mønsteret gjør seg også gjeldende for aldersgruppen 30–39 år.

Figur 4.3 Antall sysselsatte etter utdanning. Prosent av befolkningen i hver utdanningsgruppe. Akkumulert endring fra 2006



Kilde: Statistisk sentralbyrå (AKU).

Figur 4.4 Andel sysselsatte i aldersgruppen 25–29 år og 30–39 år. Endring i prosentenheter fra 2006 til 2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå (AKU).

Flere eldre i befolkningen

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, står vi overfor en aldring av befolkningen. Beregninger fra SSB viser at vridninger i alderssammensetningen har redusert sysselsettingsfrekvensen med 0,9 prosentenheter fra 2003 til 2017 i aldersgruppen 20–64 år.^{3 4}

Lavere sysselsetting som følge av endringene i alderssammensetningen har samtidig blitt motvirket av at sysselsettingen blant seniorer har økt. Siden 2006 har andelen i jobb blant 55–61-åringene økt med 3 prosentenheter, mens det for 62–66-åringene har vært en økning på hele 12 prosentenheter. En del av økningen må ses i sammenheng med pensjonsreformen fra 2011 (Hernæs m.fl. 2016, Pensjonspolitisk arbeidsgruppe 2016). Endringene i alderspensjonen i folketrygden og omleggingen av privat AFP i samme retning har styrket de økonomiske insentivene til å stå lenger i arbeid i privat sektor betydelig. Den økte yrkesaktiviteten har også et motstykke i at andelen uføretrygdete 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. Det er gitt en nærmere omtale av avgangsalder etter ulike næringer i delmål 3, basert på Nordby og Næseheim (2017). Vi viser også til Haga og Lien (2017) hvor avgangsalder etter yrker og næring er nærmere analysert.

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 og 2007. Fra 2004 til 2017 utgjorde nettoinnvandringen omtrent 480 000 personer, eller i

gjennomsnitt om lag 34 000 personer per år. Den viktigste innvandringsårsaken i perioden har vært arbeid, og befolkningsveksten har derfor særlig funnet sted i de mest yrkesaktive aldersgruppene 20–54 år.

Arbeidsinnvandringen har avtatt etter 2011 og i 2017 var det netto utvandring av dansker og svensker. Den samlede arbeidsinnvandringen er likevel på et høyt nivå i historisk sammenheng. Antallet asylsøkere økte sterkt fra sommeren 2015, men har nå gått betydelig ned.

Blant innvandrere som har kommet for å arbeide, er det flest menn i aldersgrupper der sysselsettingen ligger høyest. Blant innvandringsgrupper som har kommet til Norge med bakgrunn i flukt, familiegjenforening eller andre humanitære årsaker, er sysselsettingsandelen lavere, og innvandring fra disse gruppene har trukket den samlede sysselsettingsandelen ned. Tall fra SSB viser at sysselsettingsandelen for bosatte innvandrere i alt, er lavere enn for befolkningen eksklusive innvandrere.

Innvandring får konsekvenser for oppnåelse av målene i IA-avtalen på forskjellige måter. Den høye asyltilstrømmingen har aktualisert integreringsutfordringene. I tillegg til språkopplæring vil mange trenge kompetanseheving og målrettet bruk av arbeidsrettede tiltak for å bli integrert i arbeidslivet. Samtidig kan stor tilstrømming av arbeidskraft fra utlandet, særlig arbeidsinnvandrere, gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge, som ungdom med mangelfull utdanning, personer med helseutfordringer og tidligere ankomne innvandrere. Forskning tyder på at en slik fortrenkning har gjort seg gjeldende for enkelte grupper. En studie fant at svensk ungdom til en viss grad har fortrenget norske ungdommer i arbeidsmarkedet, mens en annen studie finner fortrenkningseffekter 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.

3 Von Brasch, T. og E. Herstad Horgen (2018): Sysselsetting og eldrebølgen. Nedgang i sysselsettingsandelen på grunn av flere eldre? SSB analyse 2018/02.

4 SSB-analysen viser videre at vridninger i alderssammensetningen har redusert sysselsettingsandelen med 2,7 prosentenheter i aldersgruppen 20–74 år fra 2003 til 2017

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

Arbeidsmarkedstilknytningen blant innvandrere varierer også etter botid. Studier av den første bølgen 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 langsiktig arbeidsmarked-integrering 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 yrkesfelt (Tynes og Sterud, 2009). Dette holder seg også om man justerer for alder og kjønn. Det er imidlertid mulig at innvandrere har andre typer yrker og arbeidsoppgaver innenfor samme yrkesfelt. Eksempelvis arbeider et flertall av innvandrere innenfor butikk- eller hotell- og restaurantarbeid. 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. En helt fersk undersøkelse om levekår blant innvandrere i Norge viser at disse fortsatt opplever arbeidsmiljøet som dårligere enn sysselsatte generelt på en rekke områder. Likevel

oppgir 85 prosent at de er svært eller ganske fornøyd med jobben (Vrålstad og Viggen, 2017).

Arbeidsmarkedstilknytningen for unge

Mange unge er under utdanning, og mye av sysselsettingen i denne gruppen er deltidssysselsetting ved siden av utdanningen. Det er derfor ikke gitt at nedgangen i sysselsetting blant ungdom de siste årene, se omtale ovenfor, har samme velferdsmessige betydning som blant øvrige aldersgrupper. Et mer relevant mål på ungdommens situasjon er andelen som verken er i arbeid, utdanning eller opplæring, såkalte NEETs («Not in Employment, Education or Training»). Andelen som tilhører NEET-gruppen i aldersgruppen 15–29 år har endret seg lite fra 2006–2017. I 2017 var det ifølge AKU 66 000 personer i alderen 15–29 år som tilhørte denne gruppen. Det utgjorde 6 prosent av aldersgruppen. Det var samme nivå som i 2006. NEET-raten øker normalt med alderen. Ikke overraskende var den meget lav blant 15–19-åringene, bare 2 prosent, mens den utgjorde 10 prosent av 25–29-åringene, og var høyere for kvinner enn for menn i denne alderen. Blant menn i aldersgruppen 25–29 år har andelen som tilhører NEET-gruppen økt noe fra 5–6 prosent i årene før finanskrisen, til 8–9 prosent de siste fire årene.

NEET-gruppen er sammensatt, og status som NEET innebærer ikke nødvendigvis vedvarende problemer i arbeidsmarkedet. En betydelig andel er innom NEET-gruppen en forholdsvis kort periode, men det er også en god del som ser ut til å befinne seg i denne situasjonen sammenhengende over flere år. Flertallet av dem som tilhørte NEET-gruppen i 2014 betraktet seg selv som arbeidsledige, 76 prosent av mennene og 47 prosent av kvinnene (Bø & Vigran, 2015).

Et annet kjennetegn ved NEET-gruppen er at innvandrere og personer med lav utdanning er overrepresentert. Ungdom med kun grunnskole utgjør omkring 60 prosent av NEET-gruppen, en høy andel sammenlignet med andre nordiske land (Hardoy, Røed, Von Simson, & Zhang, 2016). Et offentlig utvalg har vurdert de langsiktige

konsekvensene av høy innvandring, og i den forbindelse også sett nærmere på levekårsforskjeller mellom innvandrere og den øvrige befolkningen (Justisdepartementet, 2017). Utvalget tar blant annet for seg unge i alderen 16–34 år med innvandrerbakgrunn fra Asia, Afrika mfl. Mens noe over 10 prosent av personer uten innvandrerbakgrunn ikke er sysselsatt eller under utdanning, er mer enn én av tre innvandrere fra Asia, Afrika mfl. i denne situasjonen.

Etterkommere av innvandrere er langt bedre stilt. For etterkommerne er forskjellen sammenlignet med den øvrige befolkningen snaut 5 prosentenheter, mens den tilsvarende forskjellen for unge innvandrere var nærmere 24 prosentenheter (Justisdepartementet, 2017, s. 103–104). Andelen aktive i utdanning eller arbeid er langt lavere blant personer med lav enn med høy utdanning, men uansett utdanningsnivå har innvandrere og etterkommere noe lavere aktivitetsnivå enn majoritetsbefolkningen.

Tall fra OECD for 2016 viser at mens 16 prosent av alle 20–24-åringene i OECD-landene tilhørte NEET-gruppen, var andelen i Norge 11 prosent. Denne andelen var blant de laveste i OECD-området og på linje med våre nordiske land. Årsakene til at en del ungdom verken får fotfeste i arbeidsmarked eller skole er mange og sammensatte, men vi vet at de ofte har en historie med svake skoleresultater. Frafall i videregående skole er forbundet med økt risiko for å stå utenfor både arbeid og utdanning.

En studie fra OECD som belyser situasjonen for ungdom i arbeidsmarkedet, finner at innvandrer-ungdom, særlig unge flyktninger, er utsatt på arbeidsmarkedet.⁵ Blant unge flyktninger økte NEET-raten fra 24 prosent i 2008 til 37 prosent i 2014. OECD peker på lav utdanning som den viktigste risikofaktoren for å havne i NEET-gruppen, og viser i denne sammenhengen til at mer enn halvparten av NEET-gruppen ikke har fullført videregående skole. OECD finner videre at om lag

1/3 av alle 15-åringene som bodde i Norge 1. januar 2006 hadde vært i NEET-gruppen i minst 13 måneder i perioden fram til utgangen av 2013.

Ifølge OECD er det viktig å øke fullføringsgraden i videregående utdanning for å redusere NEET-raten. En rapport fra SSB har belyst fullføring og frafall i videregående opplæring.⁶ Denne studien viser at av de som begynte videregående opplæring i 2011 var det 73 prosent som hadde fullført videregående opplæring innen en femårsperiode. For kullene som begynte etter 2009 har det vært en økning av andelen som fullfører videregående opplæring. Frafallet er høyere for gutter enn for jenter og høyere i yrkesfaglige utdanningsprogram enn for studieforberedende utdanningsprogram. Manglende kompetanse er fortsatt en betydelig utfordring i et arbeidsmarked med høye og økende krav til kompetanse og kvalifikasjoner.

De som bare har grunnskoleutdanning er dårligst stilt, og de som har oppnådd både studie- og yrkeskompetanse, samt de som har fag-/svennebrev, er best stilt (Markussen, 2016).

Internasjonal forskning tyder på at manglende fullføring av videregående opplæring er sluttpunktet på en prosess som starter tidlig, og har røtter i tidlige barneår (Markussen, 2016). Intervjuer der de unge selv forteller, gir et sammensatt bilde av bakgrunnen for frafall og marginalisering – det handler om en ustabil hjemmesituasjon, faglige og sosiale problemer på skolen samt dårlig helse, fysisk og psykisk.

Når det gjelder arbeidsmiljø, viser forskning at unge arbeidstakere gjennomgående er mer utsatt for ulike belastninger enn gjennomsnittet (STAMI, 2018; Verjans, 2007). Dette samsvarer med funn fra de øvrige nordiske landene (Hanvold mfl, 2016). Faktorer som bidrar til at unge arbeidstakere anses som mer sårbare, er at de er i en opp-

5 OECD (2018). *Investing in youth: Norway*. Paris: OECD

6 Huitfeldt, L. Kirkebøen, L.J., Strømsvåg, S., Eielsen, G. og Rønning, M. (2018). Fullføring av videregående opplæring og effekter av tiltak mot frafall. Sluttrapport fra effektevalueringen av Overgangsprosjektet i NyGiv. Rapporter 2018/8. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

læringsfase og har mindre kunnskap 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 (Salmi-nen, 2004). Helseplager som følge av arbeidet, er derimot vanskeligere å kartlegge blant unge arbeidstakere, noe som trolig har sammenheng med at slike plager gjerne utvikler seg over tid.

4.3 Utviklingen i de helse-relaterte ytelsene

Mottakere av helse-relaterte ytelser

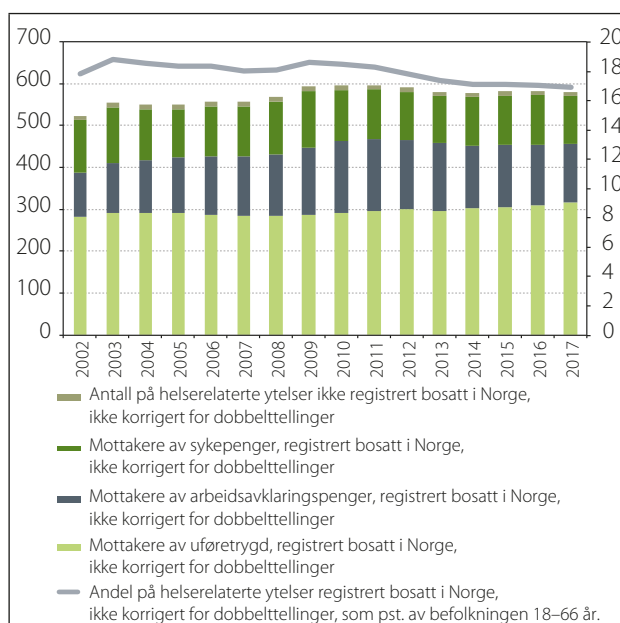
Uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger regnes som helse-relaterte trygdeytelser. Ved utgangen av 2017 var det registrert om lag 570 000 mottakere av disse ytelsene som var bosatt i Norge. I tillegg var i underkant av 10 000 mottakere av helse-relaterte trygdeytelser bosatt i utlandet, se figur 4.5A. Det innebærer at 17 prosent av antall personer mellom 18–66 år som var bosatt i Norge mottok en helse-relatert trygdeytelse.⁷ Sammenlignet med 2001 har antall mottakere økt med 80 000 personer.⁸ Målt som andel av befolkningen, er imidlertid antall mottakere om lag det samme i 2017 som i 2001. Andelen mottakere av helse-relaterte trygdeytelser har vært stabil siden 2014.

Utviklingen i antallet mottakere av helse-relaterte ytelser reflekterer ikke nødvendigvis utviklingen i antallet personer som står utenfor arbeidslivet. De aller fleste mottakere av sykepenger er i et arbeidsforhold. Blant de som mottar uføretrygd, var i underkant av 20 prosent registrert i et arbeidsforhold i 2017. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger er om lag en av fire i en deltidsjobb.

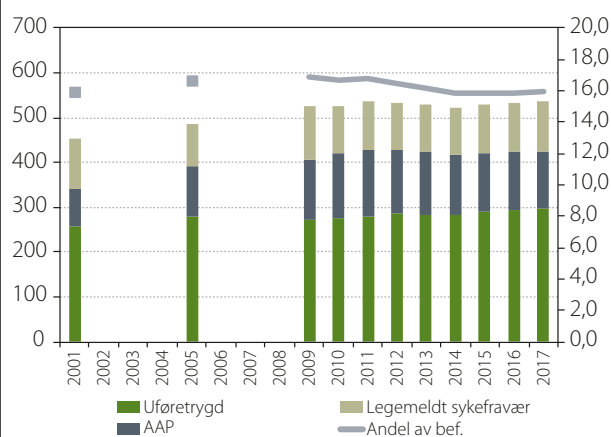
7 Det er mulig å motta flere trygdeytelser samtidig. Tallene er ikke justert for slike dobbelttellingner.

8 Arbeidsavklaringspenger ble innført i mars 2010. Fram til 2004 bestod inntektssikringsordningen av rehabiliteringspenger og attføringspenger, mens i perioden 2005–2009 ble tidsbegrenset uførestønad også innført.

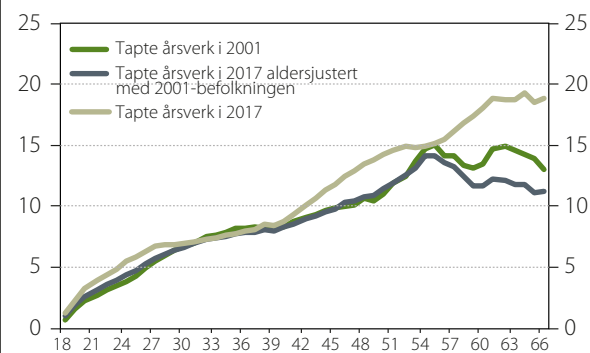
Figur 4.5 Helse-relaterte trygdeytelser*



A. Antall mottakere av helse-relaterte ytelser. Tusen personer (venstre akse) og prosent av befolkningen 18–66 år (høyre akse). Målt ved utgangen av året.¹



B. Tapte årsverk knyttet til mottak av helse-relaterte ytelser. Tusen årsverk (venstre akse) og prosent av befolkningen 18–66 år (høyre akse). Tapte årsverk i løpet av året.



C. Tapte årsverk knyttet til mottak av helse-relaterte ytelser fordelt på alder. Antall i tusen årsverk.

¹ Tall for mottakere av sykepenger er for 1. halvår
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

I 2017 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 536 000, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i underkant av 2,8 mill., se figur 4.5B. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent i 2017. Andelen tapte årsverk har vært stabil siden 2014, og er på samme nivå som i 2001.

Demografiske endringer og endret trygdeuttak

Det er store forskjeller i mottak av helserelaterte 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 helserelaterte 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 økt blant de eldre, særlig etter innføringen av pensjonsreformen i 2011.

Figur 4.5C viser at det har vært en økning i antallet tapte årsverk fra 2001 til 2017. Den viktigste forklaringen på økningen i antallet tapte årsverk er at befolkningsstørrelse og befolknings sammensetning har endret seg. For å korrigere for dette er det i den grønne linjen vist hvor mange tapte årsverk en ville hatt i 2017 dersom befolkningens størrelse og sammensetning hadde vært som i 2001. Figuren viser at en i aldersklassene over 50 år da ville hatt færre tapte årsverk. Tar en

differansen mellom den grønne og blå linjen for alle aldersklassene, ville det vært en nedgang i antall tapte årsverk på om lag fire prosent fra 2001 til 2017 som følge av at det har blitt færre tapte årsverk per person innenfor enkelte årskull.

Den høye arbeidsinnvandringen har bidratt til å trekke ned andelen på helserelaterte ytelser de siste ti årene, fordi innvandringen har vært særlig høy i aldersgrupper med lav trygdetilbøyelighet. I tillegg har nyankomne innvandrere i mindre grad opparbeidet seg trygderettigheter, især retten til uføretrygd. Det kan være en midlertidig effekt dersom mange blir værende permanent i Norge.

Etter faggruppens vurdering er sammenhengene mellom helseutfordringer, inkludering i arbeidslivet og kompetanseutfordringene, meget komplekse. En stor del av de som blir stående utenfor arbeidslivet er på helserelaterte ytelser og har lite utdanning. Helseproblemer kan starte med manglende fullføring av videregående opplæring med tilhørende perioder med passivitet og vansker på jobbmarkedet, men kan også ha rot i belastende forhold i arbeidslivet. Virkningene kan også være motsatt; helseutfordringer kan gjøre det vanskelig å fullføre utdanning og få fotfeste i arbeidslivet.

Med de utviklingstrekkene vi står overfor med aldring av befolkningen og raskere endringstakt i arbeidslivet kan manglende kompetanse være til hinder for å oppfylle målene i IA-avtalen i tiden framover.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. I dette kapittelet omtales sykefraværsutviklingen fra 2001 til 2017 – dvs. perioden etter at den første IA-avtalen ble inngått.

De sesongjusterte tallene for sykefraværsprosenten for 4. kvartal 2017 viser at fraværet var 9,7 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001.⁹ Som årgjennomsnitt var fraværet i 2017 blant det laveste i hele IA-perioden. Samtidig har fraværet økt noe fra 2016 til 2017. Likevel er hovedbildet siden 2012 at sykefraværet har ligget stabilt, med noen mindre variasjoner opp og ned.

I IA-perioden sett under ett har det vært en nedgang i fraværet for begge kjønn og i alle aldersgrupper, næringer og fylker. Nedgangen er svært ujevnt fordelt, og eksempelvis har nedgangen i fraværet vært langt sterkere for menn enn for kvinner.

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen, og siden 2001 har graderingen økt. Økningen i graderingen har flatet ut etter 2012 og har etter den tid fluktuert rundt det høyeste nivået i IA-perioden. I 2017 var det en liten nedgang i graderingen.

Etter faggruppens vurdering viser utviklingen at sykefraværet ikke har endret seg vesentlig de siste årene, og siden 2012 har det vært liten bevegelse i forhold til IA-målet. Mens vi fra 2015 til 2016 så at sykefraværstallene beveget seg svakt i riktig retning, viser tallene at utviklingen det siste året har gått

svakt i feil retning. Det påpekes at disse endringene er små, og at det ikke er grunnlag for å si at faggruppen ser noe skifte i det stabile sykefraværet siden 2012.

Strukturelle endringer i sysselsettingen kan slå ut i endret sykefravær. At arbeidsstyrken stadig blir eldre, at andelen kvinner i arbeidslivet øker og at næringer med høyt sykefravær vokser sterkere enn andre næringer, fører isolert sett til økning i fraværet. Motsatt vil en arbeidsstyrke med økt utdanningsnivå, med flere arbeidsinnvandrere, med mange som mottar mer langvarige helserelaterte ytelser, eller et arbeidsliv som utnytter den teknologiske utviklingen, føre til lavere sykefravær. Faggruppen har ikke laget en analyse om hva dette samlet betyr for utviklingen i det totale sykefraværet.

5.1 Utviklingen i sykefraværet gjennom 2017

I dette avsnittet beskrives det noen hovedtrekk i utviklingen i sykefraværet gjennom 2017.

Økning i fraværet det siste året

Gjennom 2015 og inn i 2016 avtok sykefraværet noe, men i fem av de syv siste kvartalene har fraværet økt litt. Sykefraværet i 2017 har derfor økt noe sammenlignet med 2016. Dette er første gang siden 2009 vi har sett en økning i årstallet for sykefravær. For 2017 har sykefraværet økt både for totalt, egenmeldt og legemeldt fravær. Fraværet for begge kjønn økte også i 2017, mens omfanget av gradering gikk ned. Selv om fraværet har økt det siste året, er nivået fremdeles blant de laveste i IA-perioden, se tabell 10.2 i vedlegg 2.

Det totale sesongjusterte fraværet var på 6,5 prosent i 4. kvartal 2017, se figur 5.1. I 2017 avtok fraværet i første kvartal, mens det økte igjen i 2. kvartal. I 3. kvartal var fraværet uendret, mens det

⁹ Merk at tallet for endringen fra 2. kvartal 2001 avviker noe fra tallet (9,1 prosent) som publiseres av Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette skyldes at Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har valgt å justere tallet for 2. kvartal 2001 med effektene av bruddet i statistikken fra 2015 (se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av bruddet). Faggruppen mener det ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for så små brudd når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden, og anbefalte i rapporten for 2016 at de endringstallene som framkommer uten korreksjoner legges til grunn i det videre IA-arbeidet.

Boks 2: Om sykefraværsstatistikken (sykefraværsprosenten)

Sykefraværet måles ved *sykefraværsprosenten*. Sykefraværsprosenten er definert som tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk. Tapte dagsverk (sykefraværsdagsverk) er fraværsdager justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad. Avtalte dagsverk er arbeidsdager justert for feriefravær og stillingsandel. Når vi i denne rapporten omtaler sykefraværet, menes det sykefraværsprosenten dersom ikke annet er angitt.

Sykefraværsprosenten påvirkes dermed av endringer i både antallet sykmeldinger, lengden på sykefraværene og omfanget av gradering. En utvikling (eller stillstand) i sykefraværsprosenten sier imidlertid ikke noe om hvilke endringer i disse underliggende komponentene det skyldes.

Ved måling av utviklingen fra 2001 benyttes det sesong- og influensajusterte tall (se nedenfor) for sykefraværsprosenten. Målet om 20 prosent reduksjon i fraværet i IA-avtalen kan altså tolkes slik at den sesongjusterte sykefraværsprosenten på 7,2 prosent i 2. kvartal 2001 skal ned til 5,8 prosent ($7,2 \cdot 0,8$). Sykefraværsprosenten beregnes kun for arbeidstakere, og omfatter dermed ikke selvstendig næringsdrivende.

Sykefraværsstatistikken utarbeides i samarbeid mellom Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Statistikken for sykefraværsprosenten går tilbake til 2. kvartal 2000. Endringer i datagrunnlaget i 2015 gir et lite brudd i statistikken. I vedlegg 1 omtales dette nærmere.

Egenmeldt og legemeldt fravær: Det totale sykefraværet består av legemeldt og egenmeldt fravær. Legemeldt fravær gjelder alt sykefravær gitt ved sykmelding fra sykmelder. Data om legemeldt fravær registreres hos Arbeids- og velferdsetaten på grunnlag av sykmeldinger. Det legemeldte fraværet utgjør om lag 85 prosent av det totale fraværet. Egenmeldt fravær gjelder alt fravær som skyldes egen sykdom som ikke registreres med sykmelding. Det egenmeldte fraværet gjelder sammenhengende fravær opptil åtte dager for IA-virksom-

heter, og inntil tre dager for øvrige virksomheter. Hvis en har legeerklæring før disse fristene, så vil fravær fra første sykmeldingsdag regnes som legemeldt fravær. Data om egenmeldt fravær innhentes 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.

På de områdene det finnes tall for totalt sykefravær, bruker faggruppen disse. Siden data om egenmeldt fravær innhentes i form av aggregerte data fra et utvalg av virksomheter, mens data om legemeldt fravær fra NAV er en totaltelling på individnivå, gjelder imidlertid de fleste tallseriene kun det legemeldte sykefraværet.

Sesong- og influensajustering: Det er store sesongmessige svingninger fra kvartal til kvartal i sykefraværsstatistikken. Sesongjustering er en metode for å fjerne denne sesongvariasjonen mellom kvartalene. I de sesongjusterte tallene som presenteres i rapporten, er det også foretatt justeringer for svingninger i influensa. Dette er de samme tallene som Statistisk sentralbyrå og NAV på sine nettsider omtaler som «sesong- og influensajusterte tall». Utbrudd av influensa kan variere relativt mye fra år til år og fra kvartal til kvartal, og kan påvirke sykefraværet nokså mye. Derfor gir influensajusterte tall en bedre beskrivelse av den underliggende utviklingen i fraværet.

Foreløpig publiseres det kun sesongjusterte tall for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær fordelt på kjønn, samt for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad.

I denne rapporten bruker vi sesongjusterte tall dersom det er tilgjengelig. Der det ikke foreligger sesongjusterte tall, foretrekkes årstall. Dersom årstall ikke foreligger, sammenligner faggruppen et kvartal mot tilsvarende kvartal i et foregående år. Slike kvartalsvise sammenligninger er sårbare overfor ulikt innslag av avtalte dagsverk i kvartalene som følge av for eksempel bevegelige helligdager.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

igjen steg i 4. kvartal. På årsbasis var sykefraværet 6,4 prosent. Dette er 2,4 prosent høyere enn i 2016. I 4. kvartal 2017 var det sesongjusterte *legemeldte* sykefraværet 5,5 prosent, mens det sesongjusterte *egenmeldte* fraværet var 1,0 prosent.

Det totale sesongjusterte fraværet for menn var 5,0 prosent i 4. kvartal 2017, mens kvinners fravær var 8,3 prosent. I 4. kvartal 2017 var kvinners fravær om lag 68 prosent høyere enn menns fravær. Forskjellen mellom kvinners og menns sykefravær økte i 2017, og som årsgjennomsnitt har forskjellene mellom kjønnene aldri vært høyere enn i 2017.

Det har vært noe ulik utvikling i sykefraværet blant fylker og blant næringer det siste året. Det publiseres ikke sesongjusterte tall for disse nivåene, slik at vi her i stedet tar utgangspunkt i årstall.

For næringer økte det totale fraværet i tolv av de 16 hovednæringsgruppene fra 2016 til 2017. Økningen var sterkest innen eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting (+10,1 prosent) og offentlig administrasjon¹⁰, forsvar og sosialforsikring (+8,3 prosent). De øvrige næringene hadde en endring i sykefraværet fra 2016 til 2017 på mellom +3,6 prosent og -0,8 prosent. I industrien økte fraværet fra 2016 til 2017 (+3,3 prosent). Industrien har tradisjonelt vært en av næringene med sterkest nedgang i fraværet i IA-perioden. Det var en marginal økning i fraværet i industrien fra 2014 til 2015, men utover dette må man tilbake til finanskriseårene i 2008 og 2009 for å se en økning i fraværet i denne næringen.

Hordaland og Østfold har hatt uendret sykefravær fra 2016 til 2017. I de øvrige fylkene har det vært en økning i det legemeldte fraværet fra 2016 til 2017. De fem fylkene hvor fraværet har økt mest er Vest-Agder, Finnmark, Buskerud, Rogaland og Hedmark. Disse hadde en vekst i sykefraværet på mellom 5,1 prosent og 3,6 prosent.

Graderingen har avtatt

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag gir et uttrykk for omfanget av gradering. Jo lavere denne er, jo høyere er omfanget av gradering. I 4. kvartal 2017 var den sesongjusterte gjennomsnittlige sykmeldingsgraden for legemeldt fravær 83,7 prosent. Omfanget av gradering økte første halvår av 2017, men ble redusert i løpet av andre halvår. Reduksjonen i gradering siste del av 2017 var større enn økningen i første halvår, og graderingen for 2017 var derfor også lavere enn for 2016.

Omfanget av gradert sykefravær har de siste årene ligget på det høyeste nivået i IA-perioden, men tendensen til stadig økt gradering, som vi har sett de siste årene, ser ut til å ha stoppet opp eller snudd. Dersom man ser på årsgjennomsnittet for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad, var det laveste nivået i IA-perioden i 2015. De to siste årene har årsgjennomsnittet for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad økt noe, og man må tilbake til 2011 for å observere mindre gradering på årlig basis enn det var i 2017.

Mens vi fra 2015 til 2016 så at sykefraværstallene beveget seg svakt i riktig retning, viser tallene altså at utviklingen det siste året har gått svakt i feil retning. Det påpekes at disse endringene er små, og at det ikke er grunnlag for å si at faggruppen ser noe skifte i det stabile sykefraværet siden 2012.

5.2 Hovedtrekk i utviklingen over tid

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

Det nye registergrunnlaget (A-ordningen) for arbeidstakerforhold gir et brudd i sykefraværsprosenten fra og med 1. kvartal 2015. A-ordningen vil gi en riktigere rapportering av arbeidsforhold enn tidligere, og vil dermed bidra til å gi et riktigere bilde også av sykefraværet. Den beregnede effekten på den samlede sykefraværsprosenten er imidlertid liten. For å få helt sammenlignbare tall

¹⁰ Omfatter bare sentral- og etatsadministrasjonen i stat og kommune, og ikke tjenester som helse, undervisning mv.

må tidligere års samlede sykefraværsprosent reduseres med 0,05 prosentpoeng.

På bakgrunn av denne lille effekten av bruddet på aggregert nivå, mener faggruppen at bruddet slår lite ut i forhold til de store linjene i utviklingen av sykefraværet. Faggruppen mener derfor det ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for bruddet når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden. I rapporten for 2016 anbefalte derfor faggruppen at de endringstallene som framkommer uten korreksjoner legges til grunn i det videre IA-arbeidet. Alle tallstørrelser i denne rapporten oppgis derfor uten korreksjon for A-ordningen. I vedlegg 1 blir det gjort nærmere rede for endringene i registergrunnlaget og effektene av bruddet.

Strukturelle endringer i sysselsettingen kan slå ut i endret sykefravær. At arbeidsstyrken stadig blir eldre, at andelen kvinner i arbeidslivet øker og at næringer med høyt sykefravær vokser sterkere enn andre næringer, fører isolert sett til økning i fraværet. Motsatt vil en arbeidsstyrke med økt utdanningsnivå, med flere arbeidsinnvandrere, med mange som mottar mer langvarige helserelevante ytelser, eller et arbeidsliv som utnytter den teknologiske utviklingen, føre til lavere sykefravær. Faggruppen har ikke laget en analyse om hva dette samlet betyr for utviklingen i det totale sykefraværet. Det vises til kapittel 4.3 for en omtale av betydningen av endringer i befolkningssammensetning og innvandring for de helserelevante ytelsene samlet.

Utviklingen i IA-perioden

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001.

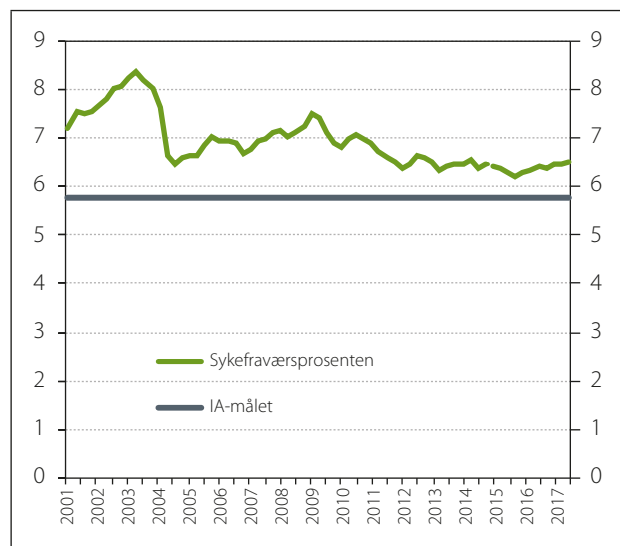
Sammenlignet med 2. kvartal 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har det sesongjusterte sykefraværet falt fra 7,2 prosent til 6,5 prosent i 4.

kvartal 2017. Dette er en nedgang på 9,7 prosent.¹¹

Når en vurderer endringen i *nivået* på sykefravær, kan det imidlertid være vel så relevant å se på det gjennomsnittlige nivået over en viss periode, for eksempel gjennom et helt år. For året 2017 var det kvartalsvise, sesongjusterte gjennomsnittet 6,4 prosent. Dette er blant de laveste årlige nivåene i IA-perioden, og tilsvarer en nedgang på 10,9 prosent sammenlignet med nivået i 2. kvartal 2001.

Figur 5.1 viser den kvartalsvise utviklingen for det totale sesongjusterte sykefraværet i IA-perioden. Det totale 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).

Figur 5.1 Totalt sykefravær og IA-målet. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kv. 2001 – 4. kv. 2017. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

¹¹ Merk at tallet for endringen fra 2. kvartal 2001 avviker noe fra tallet (9,1 prosent) som publiseres av Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette skyldes at Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har valgt å justere tallet for 2. kvartal 2001 med effektene av bruddet i statistikken fra 2015.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Hovedbildet de siste årene er at sykefraværet i hovedsak 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 vedlegg 1. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget relativt stabilt med noen mindre variasjoner opp og ned, men med en svak tendens til økende fravær de siste syv kvartalene.

Figur 5.1 illustrerer at fraværet i perioden fra 2012 til 2017 har ligget på det laveste nivået i IA-perioden. For å nå målet må den sesongjusterte sykefraværspersent ned til 5,8 prosent. Figur 5.2 viser den prosentvise endringen i sykefravær i forhold til nivået i 2. kvartal 2001, der målet er en nedgang på 20 prosent.

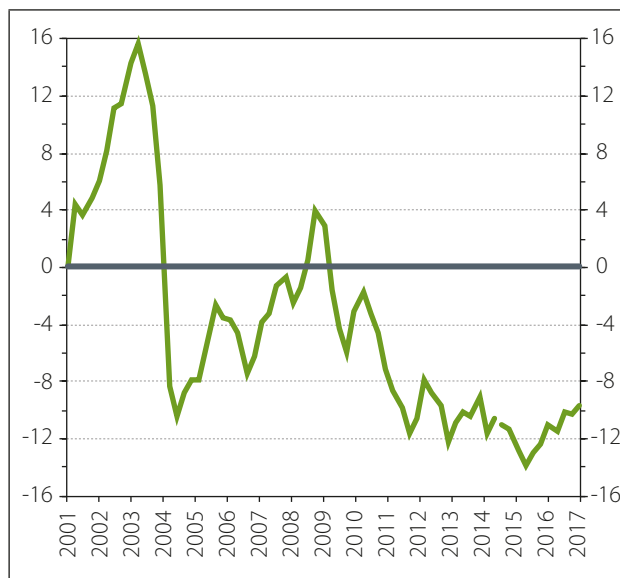
Tabell 5.1 nedenfor viser den prosentvise endringen i sykefraværet mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2017 for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær, samt totalt fravær etter kjønn. Tabellen viser at per 4. kvartal 2017 var det legemeldte fraværet redusert med 13,8 prosent, mens det egenmeldte fraværet er økt med 23,0 prosent. Økningen i det egenmeldte fraværet er stor målt i prosent, men målt i prosentpoeng er økningen 0,18.

Tabell 5.1 Endring i sykefraværet fra 2. kv. 2001 til 4. kv. 2017. Sesongjusterte tall.

	4. kv. 2017 vs. 2. kv. 2001	
Type fravær	Endring i prosent	Endring i prosentpoeng
Totalt fravær	-9,7	-0,70
Legemeldt fravær	-13,8	-0,88
Egenmeldt fravær	+23,0	+0,18
Totalt fravær, menn	-16,5	-0,98
Totalt fravær, kvinner	-5,7	-0,51

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 5.2 Totalt sykefravær – prosentvis endring i forhold til nivået i 2. kv. 2001. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kv. 2001 – 4. kv. 2017.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 10.2 i vedlegg 2 viser detaljerte årstall for utviklingen i egenmeldt fravær, og i totalt fravær fordelt på kjønn, for hele perioden fra 2001 til 2017. Økningen 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 elleve 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.

Per 4. kvartal 2017 var menns fravær redusert med 16,5 prosent, mens kvinners fravær var redusert med 5,7 prosent. Under avsnitt 5.3 omtales kjønnsforskjellene nærmere.

Utviklingen før IA-perioden

I perioden før IA-avtalen ble inngått, hadde det vært en kraftig økning i sykefraværet. Statistikken for sykefraværspersenten går imidlertid ikke lenger tilbake enn til 2. kvartal 2000. Som en indikator på utviklingen av sykefraværspersenten før år

2000, kan man i stedet benytte utviklingen i *antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode¹² per lønnstaker per år justert for sykepengegrad*. Denne størrelsen har en høy korrelasjon med sykefraværsprosenten i de årene man har data for begge¹³, og går tilbake til 1993. I figur 5.3 er begge størrelser lagt inn for å illustrere sammenfallet i utviklingen fra 2001.

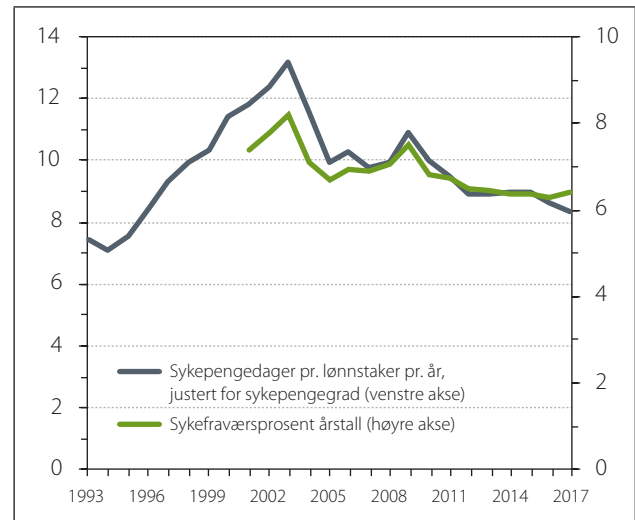
Antall sykepengedager per lønnstaker viser en langvarig økning i sykefraværet fra midten av 1990-tallet og fram til 2003, se figur 5.3. Fra bunivået i 1994 til toppnivået i 2003 økte indikatoren med 85 prosent. I likhet med sykefraværsprosenten, er det en nedgang i indikatoren etter 2003.

Konjunktorenes rolle for utviklingen i sykefraværet

Forholdet mellom konjunktursvingninger og sykefravær er sammensatt. Forskingen gir ikke entydige svar på i hvilken grad konjunkturer og arbeidsmarkedet påvirker sykefraværet, og hvordan sammenhengene eventuelt er. På 1990-tallet var det en negativ statistisk samvariasjon mellom sykefravær og arbeidsledighet i Norge. Etter årtusenskiftet var det vanskeligere å se noe systematisk sammenfall, og under lavkonjunktoren i 2008–2009 var det en motsatt samvariasjon – både arbeidsledigheten og sykefraværet økte (se også vedlegg 1 for nærmere omtale av disse forholdene, hentet fra faggruppens rapport 2/2011).

I en artikkel i *Arbeid og velferd* viser Nossen (2014) at utviklingen på arbeidsmarkedet påvirker det legemeldte 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 kan imidlertid også knyttes

Figur 5.3 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år 1993–2017* og utviklingen i årstall for sykefraværsprosenten 2001–2017.



* Sykepengedager per lønnstaker: tallene er korrigert for utvidelsen av arbeidsgiverperioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000.

Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

til sammensetningshypotesen¹⁴ 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. Nossen peker på at dette kan henge sammen med at sykepenger er en langt mer generøs ytelse enn dagpenger. Ved en opplevd risiko for permittering eller oppsigelse kan derfor sykmelding søkes oppnådd, og det kan bidra til et ønske om å forlenge pågående sykmeldinger i perioder med nedbemanning. I tillegg kan også arbeidsgivere ha økonomiske insentiver for å «overutnytte» sykepengeordningen framfor å permittere eller si opp ansatte (se f.eks. Godøy 2014). Når konjunktorene går oppover igjen, er det kostbart å rekruttere og lære opp nye ansatte som følge av oppsigelser i nedgangstider. Det koster også å permittere ansatte, slik at lange sykefravær kan være å foretrekke fordi det kan redusere omfanget av overtallig

¹⁴ 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 (se f.eks. Nossen 2008 og 2010). Hypotesen har fått begrenset empirisk støtte. Det er gjort få studier, og metodene som er brukt er usikre.

¹² Dvs. fravær som overstiger 16 dager.

¹³ Korrelasjonskoeffisienten mellom seriene var 95 prosent fra 2001 til 2017.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

arbeidskraft og dermed også behovet for permitteringer (Berg m.fl. 2015 og Godøy 2014). En annen mulighet – assosiert med økt belastning på arbeidsplassen – er at en del ansatte reelt sett blir syke eller får forverret helseplager som følge av usikkerhet knyttet til egen arbeidssituasjon, noe som isolert sett slår ut i økt sykefravær (Berg m.fl. 2015). I perioder med lav aktivitet eller nedbemanning på arbeidsplassen kan det også være vanskeligere for personer med helseplager å komme tilbake til arbeid, noe som vil bidra til en økning i det langvarige sykefraværet. Blant annet peker Godøy (2014) på at arbeidsgivere kan være mindre villige til å ta kostnader ved tilrettelegging for helseproblemer ved tilbakekomst etter sykmelding når det er lite å gjøre på jobb.

At flere av disse forholdene kan virke samtidig, og hver for seg trekke i sykefraværet i ulike retninger, bidrar til å komplisere bildet av sammenhengen mellom konjunkturer og utvikling i sykefraværet.

Slike spørsmål er utgangspunktet for to studier av den sterke, midlertidige økningen i sykefraværet i bygg- og anleggsnæringen under lavkonjunkturen i 2008–2009. På dette tidspunktet økte sykefraværet i alle næringer, men i svært ulik grad. Økningen var sterkest i konjunkturutsatte næringer, og blant menn. Bygg- og anleggsvirksomhet hadde den største økningen, med 15 prosent. Ved bruk av regresjonsmodellering basert på administrative registerdata på personnivå undersøker Godøy (2014) sammenhengen mellom bruken av permitteringer i næringen og endring i det folketrygdfinansierte sykefraværet. Undersøkelsen var avgrenset til menn ansatt i bygg- og anleggsnæringen i 2008 og 2009. Hun finner at høyere bruk av permitteringer i bedriftene var forbundet med økt sykefravær blant de øvrige ansatte, og at denne effekten var mer enn dobbelt så sterk for arbeidstakere med lav ansiennitet. Disse har høyere risiko for å bli permittert enn arbeidstakere med lengre ansiennitet. Også varigheten av sykefraværene ble påvirket. Godøy konkluderer med at det i en viss grad foregikk en substitusjon mellom sykepenger og dagpenger,

og at både arbeidstaker- og arbeidsgiverinteresser kan ligge bak dette.

Proba samfunnsanalyse (Berg m.fl. 2015) undersøker flere sider ved det økte sykefraværet i bygg- og anleggsbransjen i 2009. Også disse analysene er basert på registerdata på personnivå, og det benyttes ulike regresjonsmodeller avhengig av problemstilling og hypotese. Oppsummert er hovedkonklusjonene til Proba at de for arbeidstakere ikke fant noe stort omfang av overforbruk av sykepenger framfor dagpenger under lavkonjunkturen i bransjen, og at det ikke kan forklare økningen i sykefraværet. Dette er i hovedsak basert på utfallet av to forhold som ble nærmere undersøkt: Det ene forholdet var om overgangen til helserelaterte ytelser etter sykepengeperioden var spesielt lav som følge av at det var flere personer uten reelt nedsatt arbeidsevne som mottok sykepenger. Her fant Proba det motsatte utfallet – at risikoen for overgang til arbeidsavklaringspenger og uførepensjon økte i denne perioden. Det andre forholdet knyttet seg til at arbeidstakere uten rettigheter til dagpenger, og i mange tilfeller de med inntekt over 6 G¹⁵, vil ha sterkere insentiver for å benytte sykepengeordningen enn andre. Proba fant ikke tegn på at ordningen ble brukt mer av disse gruppene med sterkere insentiver. Derimot tyder analysen av overgang til helserelaterte ytelser på at den kan være egnet til å støtte en belastningshypotese: at flere kan ha blitt syke eller sykere knyttet til nedbemanning og risiko for arbeidsledighet.

Proba fant imidlertid også at sykefraværet steg mer i bedrifter som reduserte aktivitetsnivået midlertidig i 2009 og oppbemannet igjen året etter, enn blant bedrifter som i 2009 foretok en varig nedbemanning. Proba mener dette kan tyde på at noen bedrifter benyttet sykmelding som en strategi for å kunne beholde ansatte i påvente av en oppgang. Som en del av studien så Proba også nærmere på om endringer i sam-

15 Sykepenger etter folketrygden beregnes av inntekt opp til 6 G. Med mindre arbeidsgiver kompenserer for tapt inntekt over 6 G, vil de som tjener over 6 G ha et relativt større inntektstap ved å motta dagpenger i stedet for sykepenger enn de som tjener under 6 G.

mensetningen av arbeidsstokken med hensyn til alder, kjønn, landbakgrunn, botid, utdanningsnivå og yrke kunne forklare noe av økningen i sykefraværet. De fant at endringer i dette ikke forklarte noe av økningen, tvert imot besto en større andel av næringens arbeidsstokk i 2009 av grupper med relativt lavere sykefravær.

I en nyere artikkel undersøker Lima (2016) om den økte arbeidsledigheten som oppsto på Sør-Vestlandet mot slutten av 2014¹⁶, drevet av nedgangen i oljerelaterte næringer, hadde konsekvenser for bruken av andre ytelser – blant annet for bruken av sykepenger¹⁷. Av de fem fylkene¹⁸ med et stort innslag av slike arbeidsplasser, opplevde samtlige en betydelig i vekst i ledigheten i løpet av 2015. Det undersøkes om disse fylkene samtidig også hadde en annen utvikling i bruken av sykepenger enn de øvrige av landets fylker, som hadde en relativt stabil ledighetssituasjon. På tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført (høsten 2016) forelå ikke den ordinære sykefraværsstatistikken for perioden etter 2014, og utviklingen i antallet som brukte opp sykepengerrettighetene ble benyttet som indikator på utviklingen i sykefraværet og bruken av sykepenger. Basert på en forskjell-i-forskjell-metodikk der det foretas en sammenligning av utviklingen før og under den økte ledigheten i de fem fylkene, med tilsvarende utvikling i de øvrige fylkene, finner Lima at den økte ledigheten i seg selv medførte en vekst i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene i alle de fem fylkene. Han beregner effekten av økt ledighet til en økning på mellom 8 og 24 prosent i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene i de fem fylkene målt mellom første halvår 2013 og første halvår 2016. Sterkest var effekten i Aust-Agder. I Rogaland, der veksten i ledigheten var sterkest, var beregnet effekt 18 prosent endring. Generelt var effekten større for menn enn for kvinner, men

ikke i alle de fem fylkene. Usikkerheten ved beregningene er relativt store¹⁹, men undersøkelsen konkluderer likevel med at det er sannsynlig at veksten i ledigheten har hatt betydning for lengden av fraværene og dermed for nivået på sykefraværet.

Norge har et høyt sykefravær sammenlignet med andre land

Internasjonale sammenligninger 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 sammenligne oss med.

I faggruppens rapport fra 2012 omtales en rapport fra Statistisk sentralbyrå²⁰ 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 sykefravær. 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 samfunnsanalyse i 2014 to rapporter²¹ på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet.²² Hovedrapporten konkluderer med at Norges høye sykefravær i internasjonale sam-

16 NAVs tall for brutto ledighet, som i hovedsak benyttes i den omtalte undersøkelsen, viser en vekst fra november 2014, mens SSBs tall for ledigheten (AKU) viser en vekst fra mai 2014.

17 Analysen så på sykefravær av mer enn 16 dagers lengde.

18 Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal, Vest-Agder og Aust-Agder

19 Forfatteren peker selv på noen forhold, bl.a. at innføringen av strengere håndheving av aktivtetsplikten i omtrent samtlige fylker i løpet av 2015 gjør det vanskeligere å isolere effekten av den økte arbeidsledigheten.

20 Berge m.fl. (2012)

21 Gleinsvik m.fl. (2014a) og Gleinsvik m.fl. (2014b)

22 Landene som er studert i SSB og Proba-rapportene er de nordiske landene, Nederland og Storbritannia.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

menligninger 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 sier videre at «Forskning på betydningen av sykepengeordningen gir grunnlag for å anta at den sjenerøse ordningen vi har i Norge er en viktig årsak til forskjellene». Ulike institusjonelle særtrekk ved sykefraværsordningene i andre land, som i Danmark og Sverige, bør likevel ikke undervurderes, når en søker forklaringer på forskjeller i sykefravær.

5.3 Ulike dimensjoner ved sykefraværet

Karakteren på endringene i datagrunnlaget fra 2015 medfører at bruddet i statistikken vil kunne slå ulikt ut for ulike undergrupper. Dette gjelder for eksempel kjønn, ulike næringer og fylker. Dette redegjøres det nærmere for i vedlegg 1. Det er ikke gjort beregninger av den konkrete effekten av bruddet for ulike undergrupper, men i henhold til Statistisk sentralbyrås vurderinger vil det uansett ikke være av en slik størrelsesorden at det påvirker de langsiktige utviklingstrekkene for de ulike undergruppene.

Kjønnsforskjeller

Kvinner har høyere sykefravær enn menn for alle aldersgrupper

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. I 4. kvartal 2017 var kvinners fravær 68 prosent høyere enn blant menn (8,3 prosent vs. 5,0 prosent). Disse kjønnsforskjellene er illustrert i figur 5.4 A, B og D (neste side).

Kjønnsforskjellen gjelder for alle aldersgrupper, men den er størst i aldersgruppene 25–39 år. For disse aldersgruppene er det legemeldte fraværet dobbelt så høyt eller mer for kvinner sett i forhold til menn, se figur 5.4 B.

Sykefraværet for menn øker gradvis med økende alder, unntatt for den eldste aldersgruppen (65–

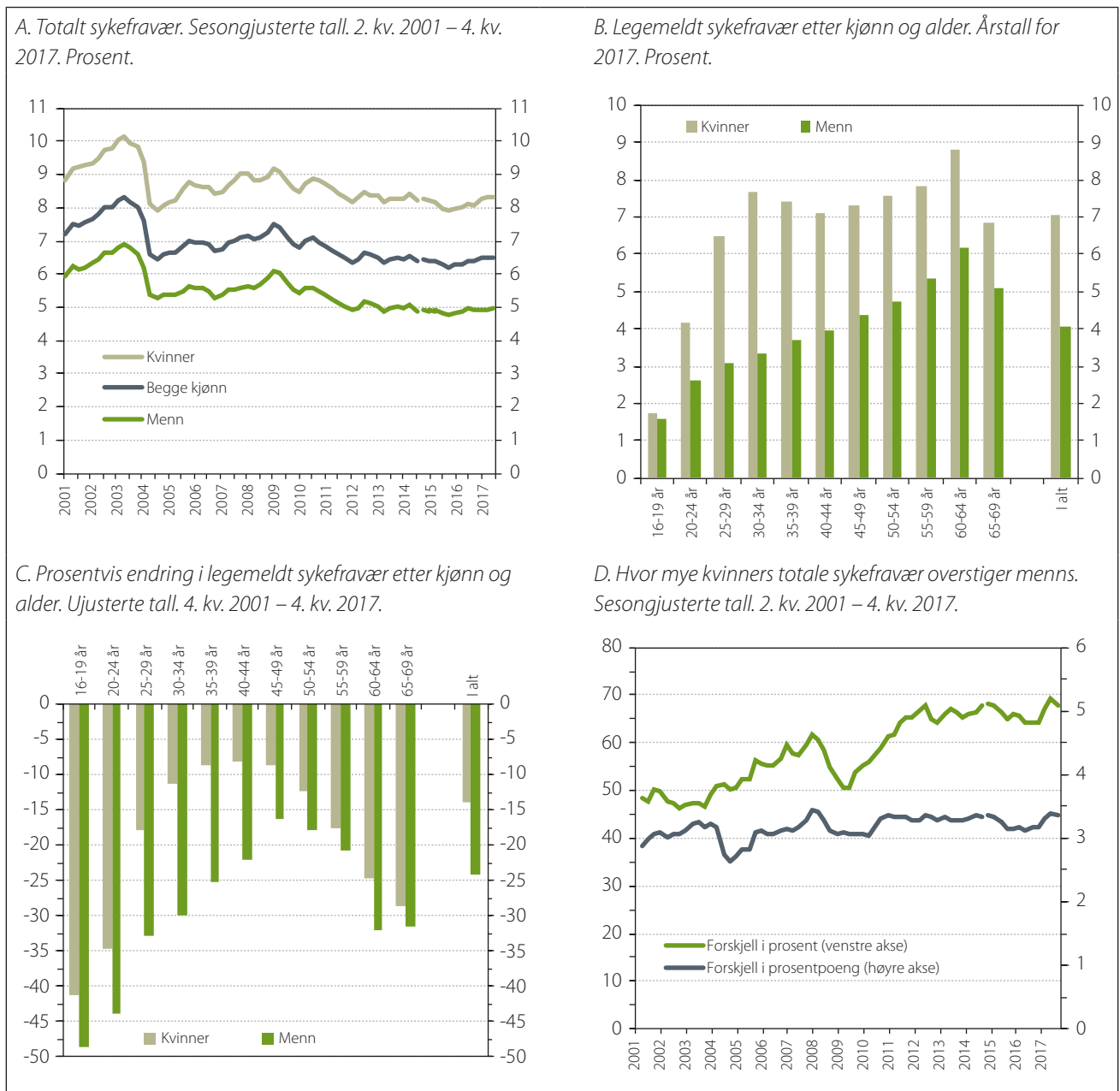
69 år) hvor sysselsettingen er lav og det er de friskeste i aldersgruppen som fortsetter å arbeide. Kvinners fravær har et noe annerledes aldersmønster. Blant kvinner er det kun de yngste (20–34 år) og de eldste (50–69 år) som følger et tilsvarende stigende mønster som menn. For kvinner øker fraværet 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 nyere analyse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet kan nær 40 prosent av 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

Figur 5.4 Sykefravær og kjønnsforskjeller.



Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet

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 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 syke-

fraværet 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

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

etter fødsel ikke er høyere enn før fødselen når de kontrollerer for flere åpenbare seleksjonsproblemer. Deres resultater gir dermed liten støtte til «dobbeltarbeidshypotesen». I en ny studie finner Lima (2018) støtte til at det å få barn medfører økt sykefravær for yrkesaktive menn og kvinner, og at sykefraværet øker mest for kvinnene. 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 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 2014a) og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse (se bl.a. Ose m.fl., 2014). Ose m.fl. konkluderer med at ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager, sannsynligvis forklarer det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre skriver de i rapporten at det generelt er godt samsvar mellom risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykmeldt for.

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

Kjønnsforskjellene har økt i løpet av IA-perioden

Mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2017 ble menns totale, sesongjusterte sykefravær redusert med 16,5 prosent, mens kvinners fravær ble redusert med 5,7 prosent. Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra nær 50 prosent til nær 68 prosent (fra 2,9 til 3,4 prosentpoeng) i samme tidsrom.

Figur 5.4 D illustrerer utviklingen i IA-perioden. Forskjellen mellom kvinners og menns sykefra-

vær økte fra 2001 til 2012, og var deretter om lag uendret fram til 2015. Gjennom siste halvdel av 2015 og fram til og med første kvartal i 2017 ble forskjellen mellom kvinners og menns fravær noe mindre. De siste tre kvartalene av 2017 har imidlertid forskjellene igjen økt, og som årsgjennomsnitt har forskjellene mellom kjønnene aldri vært høyere enn i 2017.

Utviklingen i fraværet har variert mye etter alder og kjønn, se figur 5.4 C. Likevel var det mellom 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2017 en nedgang i det legemeldte fraværet i alle aldersgrupper, for begge kjønn. Reduksjonen er størst blant de eldste og yngste aldersgruppene. Særlig gjelder dette for menn. Fraværet er redusert aller minst blant kvinner i alderen fra 35 til 49 år.

Per 4. kvartal 2017 var forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn størst for aldersgruppen 25–39 år, og det er også i denne aldersgruppen at kjønnsforskjellen har økt mest i løpet av IA-perioden.

Kjønnsforskjellen varierer betydelig mellom ulike næringsgrupper, og i om lag halvparten av næringsgruppene er forskjellen redusert fra 2001 til 2017. Videre har det innen ulike næringsgrupper også vært svingninger i kjønnsforskjellen gjennom perioden. Tabell 10.4 i vedlegg 2 viser utviklingen i kjønnsforskjellen i de ulike næringsgruppene i perioden 2001 til 2017.

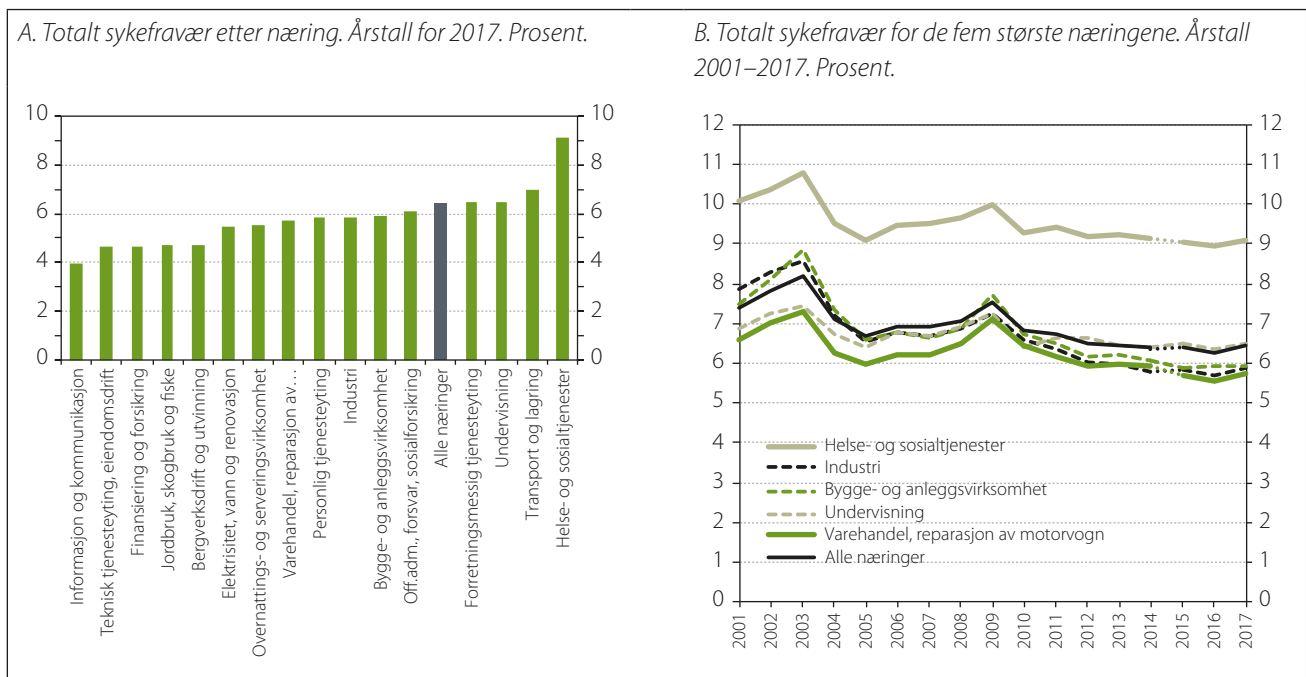
I sin kunnskapsoppsummering konkluderer Mastekaasa (2016) med at forskningen så langt ikke har gitt noen klare holdepunkter for å forklare den økende kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn.

Næringsvise forskjeller

Høyest fravær innen helse- og sosialtjenester

Sykefraværet varierer mye mellom de ulike næringene. Fraværet er lavest innen informasjon og kommunikasjon (4,0 prosent i 2017), og høyest innen helse- og sosialtjenester (9,1 prosent i 2017). Figur 5.5 A og B viser forskjellene mellom de ulike næringene.

Figur 5.5 Sykefravær og næringsvise forskjeller



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helse- og sosialtjenester er den klart største næringen i Norge og dekker bl.a. kommunal pleie- og omsorgssektor, spesialisthelsetjenesten og barnehagesektoren.²³ Hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker er sysselsatt innen helse- og sosialtjenester, se 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 kjønnsammensetning.

Det høye fraværet i næringen helse- og sosialtjenester kan skyldes både forhold i næringen og

kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mer enn 80 prosent av de sysselsatte i næringen er kvinner. Almild-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren, konkluderte med at den viktigste forklaringen er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenlignet med andre næringer. Utvalgets beregninger viste at dersom samme kjønnsammensetning 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 korrigeret for kjønnsforskjeller mellom næringene, er imidlertid sykefraværet i helse- og omsorgssektoren høyere enn gjennomsnittet for alle næringene, men sektoren ligger ikke lenger høyest blant alle næringene. Både næringene «Transport og lagring», «Forretningsmessig tjenesteyting» og «Overnattings- og serveringsvirksomhet» ligger da høyere enn helse- og omsorgssektoren.

Almild-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 arbeidsbelastninger. Deskriptive analyser av selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen (LKU) om arbeids-

²³ Ifølge Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse (LKU) arbeidsmiljø fra 2016, er de mest vanlige yrkesgruppene innen næringen pleie- og omsorgsarbeider (24 prosent), sykepleier (15 prosent) og barnehage-/skoleassistent (13 prosent). Deretter følger vernepleier/sosialarbeider (9 prosent), leger o.l. (7 prosent) og førskolelærere (6 prosent).

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

miljø i 2016²⁴, viser at til tross for en nedgang i den generelle andelen yrkesaktive som utsettes for noen fysiske og psykososiale arbeidsmiljøeksponeringer, oppgir både pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere høy eksponering for en rekke psykososiale og mekaniske risikofaktorer i arbeidsmiljøet. I disse yrkene oppgir 15 prosent at de er utsatt for seksuell trakassering på jobb en gang i måneden eller mer, og om lag 25 prosent oppgir at de i løpet av de siste tolv månedene har vært utsatt for vold eller trusler om vold på jobb (STAMI 2018). Vold og trusler om vold ble i en oppfølgingsstudie identifisert som risikofaktor for legemeldt sykefravær blant kvinner i helse- og sosialyrker (Aagestad m.fl. 2014a). Kvinner i helse- og sosialyrker har en høyere risiko for legemeldt sykefravær sammenlignet med kvinner i øvrig yrkespopulasjon, og i en studie fra 2016 rapporteres det at en betydelig del av denne økte risikoen kan forklares av arbeidsmiljøfaktorer som tunge løft, høye emosjonelle krav, vold og trusler om vold (Aagestad m.fl. 2016).

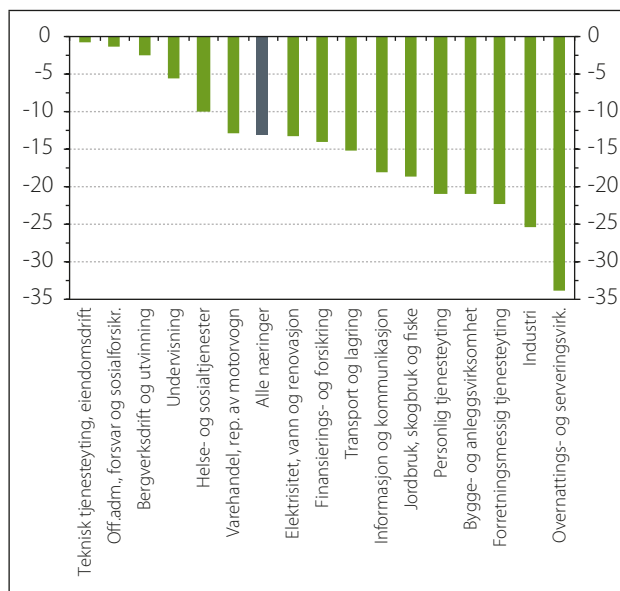
Store forskjeller i nedgangen mellom næringer i IA-perioden

Bruddet som følge av skiftet i registergrunnlaget mellom 2014 og 2015 gjør det vanskelig å gi precise tall for endringer over tid, særlig gjelder dette tall for enkelte næringer. Blant alle næringene er sykefraværet redusert fra 2001, men nedgangen varierer sterkt mellom næringene.

Den største nedgangen fra 2001 til 2017 har skjedd innen overnattings-/serveringsvirksomhet med 34 prosent, industrien (25 prosent) og forretningsmessig tjenesteyting (22 prosent). I tillegg har to andre næringer en nedgang på drøye 20 prosent. Det har knapt vært en nedgang innen teknisk tjenesteyting, offentlig administrasjon/forsvar/sosialforsikring og bergverksdrift og utvinning i perioden. Videre har nedgangen vært svak innen undervisning. Detaljerte tall for alle næringene framkommer i figur 5.6, samt i figur 10.1 og tabell 10.5 i vedlegg 2.

Bortsett fra industrien, er det i hovedsak mindre næringer som har hatt den største nedgangen, mens to av de tre største næringene er blant de med lavest nedgang.

Figur 5.6 Endring totalt sykefravær etter næring. Årstall 2001–2017. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tallene for 2017 indikerer om lag samme utvikling som tidligere år, men med noen unntak. Industrien har i flere år vært næringen med høyest nedgang i sykefraværet i IA-perioden, men de siste årene har næringen overnattings- og serveringsvirksomhet hatt den sterkeste nedgangen. Industrien har hatt en økning i fraværet fra 2016 til 2017, noe som betyr at nedgangen fra 2001 er mindre i 2017 enn den var i 2016. De fleste næringene har hatt en økning i sykefraværet fra 2016 til 2017. Det innebærer altså at nedgangen fra 2001 er noe mindre i 2017 enn den var i 2016 for de fleste næringene.

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 nest sterkest reduksjon siden 2001 – vært aktivt involvert i ulike typer tiltak med reduksjon i sykefraværet som målsetting. Det er

24 Gjennomført av Statistisk sentralbyrå – se <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/levekarsundersokelsen-om-arbeidsmiljo-2016#content>

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. Næringen overnattings- og serveringsvirksomhet har hatt den kraftigste nedgangen i sykefraværet i IA-perioden. Næringen skiller seg ut strukturmessig ved å ha en relativ høy andel unge arbeidstakere, arbeidstakere med innvandringsbakgrunn og midlertidig ansatte. Spesielt i perioden 2010–2017 har andelen norske arbeidstakere i denne næringen sunket samtidig som andelen arbeidstakere med landbakgrunn fra EU-land i Øst-Europa og Asia har økt.

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 på at nedgangen er ulik mellom næringene. 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 også 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 2009.²⁵

Også store forskjeller mellom yrker

Yrke er en annen dimensjon enn næring og går tildels på tvers av denne. Yrke sier vanligvis vel så mye om arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet som næring. Statistisk sentralbyrå har utviklet en norsk standard for yrkesklassifisering (STYRK-08) til statistikkformål, og som bygger på en internasjonal standard (ISCO 08). Yrkeskodene i den norske standarden bestemmes av arbeidsoppgaver, dvs. at yrkeskoden tilsvarer konkrete arbeidsoppgaver som utføres. Standarden er bygget opp hierarkisk ved hjelp av en firesifret kode. Det opereres med i alt 406 forskjellige yrker. For å få et mer overordnet bilde, kan man se på kun første siffer i yrkeskoden. Dette gir ti yrkesfelt. En mer detaljert presentasjon av sykefravær etter yrke er tilgjengelig i STAMIs Faktabok for 2018 (STAMI 2018).

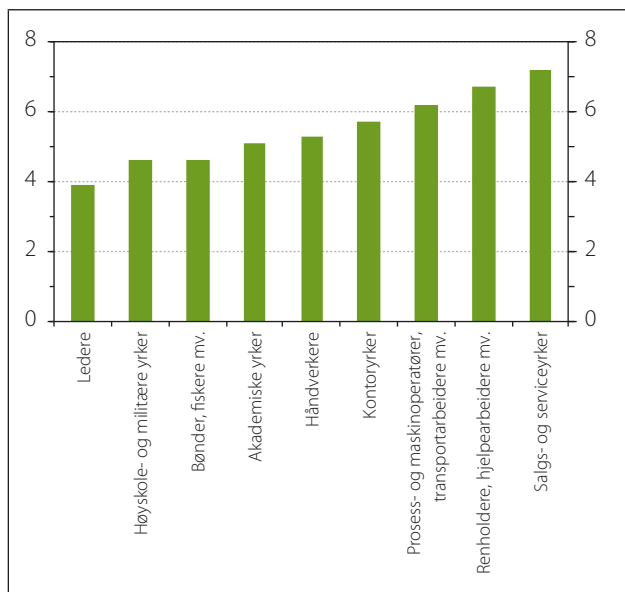
Figur 5.7 viser legemeldt sykefravær for arbeidstakere i 4. kvartal 2017, etter yrkesfelt. Det er stor forskjell i sykefraværet mellom de ulike yrkesfeltene. Det er salgs- og serviceyrker samt renholdere, hjelpearbeidere mv. (dvs ufaglærte) som har høyest fravær. Lavest sykefravær finner man blant ledere. Sykepleiere inngår i akademiske yrker, mens pleie- og omsorgsarbeidere inngår i salgs- og serviceyrker. Kvinner har høyere fravær enn menn innen alle yrkesfelt. I gjennomsnitt er det legemeldte fraværet blant kvinner 75 prosent høyere enn blant menn, men innen akademiske yrker er det legemeldte fraværet 2,5 ganger så høyt blant kvinner som blant menn. I hovedtrekk finner man det samme bildet når man ser på i hvilke yrker det er flest som går ut sykepengepe-

²⁵ Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

rioden årlig, jf. figur 10.4 i vedlegg 2, selv om det der er brukt en annen og mer detaljert yrkesinndeling.

Figur 5.7 Legemeldt sykefravær etter yrkesfelt, 4. kv. 2017.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Fylkesvise forskjeller

Sykefraværet er høyest i de nordligste fylkene

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. Blant fylkene er det Finnmark og Nordland som hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2017, mens Oslo hadde det klart laveste

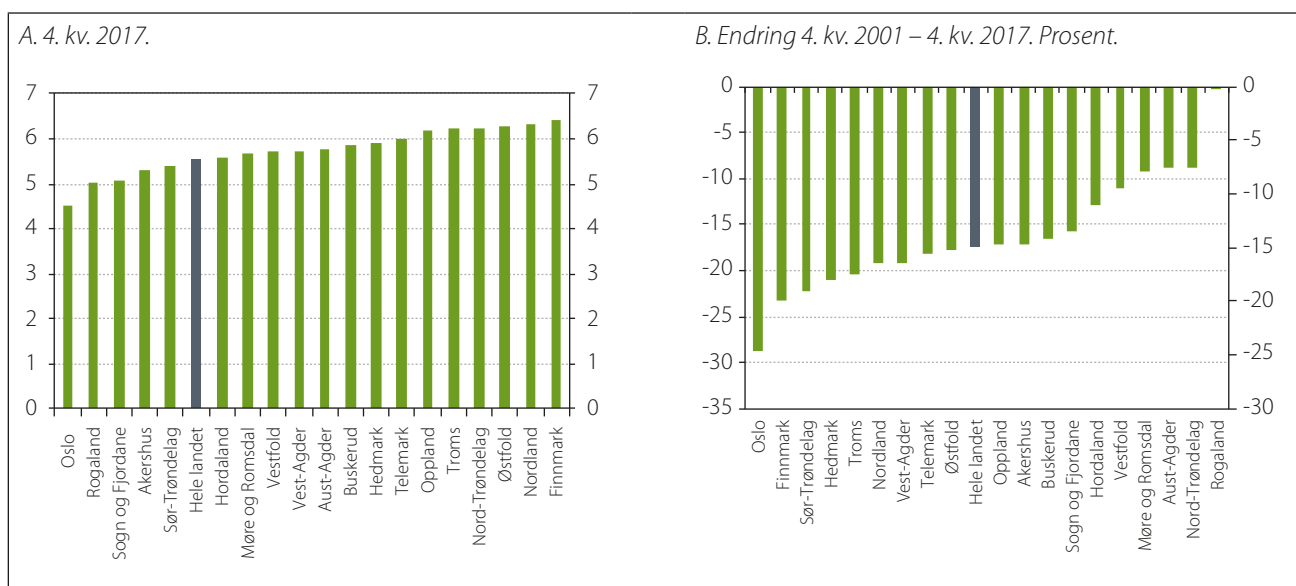
fraværet. Forskjellen i det legemeldte sykefraværet mellom fylket med høyest (Finnmark) og lavest sykefravær var da på 41 prosent. Figur 5.8 A viser forskjellene mellom fylkene.

Det er også stor variasjon mellom fylkene i lengden på sykefraværstilfellene. Av de legemeldte tilfellene som ble påbegynt i 4. kvartal 2016, hadde Oslo den korteste gjennomsnittlige varigheten med 29 dager, mens Aust-Agder hadde de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 54 dager, dvs. en forskjell på 25 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-Olsen m.fl. (2011) og NOU 2010: 13 (Almlid-utvalget), der det gis en oppsummering av kunnskap på dette området. Ulik næringsstruktur, sosiodemografiske forhold og utdanningsnivå kan også være

Figur 5.8 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte kvartalstall. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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 også 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 viser i tillegg 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 varighet for sykefraværet og sykefraværmønsteret 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 sykemeldingspraksis og NAVs og de andre aktørenes håndtering av stoppunktene i sykefraværsoppfølgingen. I 2015-rapporten beskrev 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 sykepengeregelverket i oppfølgingsarbeidet gir raskere tilbakevending til arbeid. Se nærmere omtale i kapittel 8.1 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 fortsatt å forklare hvorfor vi også finner store fylkesvise forskjeller 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, etterfulgt av Finnmark og Sør-Trøndelag. Rogaland er det eneste fylket som nesten ikke har hatt nedgang i fraværet i IA-perioden. Per 4. kvartal 2017 var største og minste nedgang på henholdsvis 29 prosent og 0,2 prosent – jf. figur 5.7 B. Rogaland er fylket som har blitt hardest rammet av nedgangen i aktiviteten i petroleumsnæringen og har i hvert av de siste tre årene, i likhet med Vest-Agder, hatt en økning i sykefraværet. I 2014 var fraværet i Rogaland sammenlignet med 2001 redusert med 10 prosent, mens tre år senere er det knapt en reduksjon sammenlignet med 2001-nivået.

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 2017. Oslo er eksempelvis fylket med den *sterkeste* nedgangen i perioden, mens Rogaland er fylket med den *svakeste* nedgangen i perioden. Begge disse fylkene var blant fylkene med lavest sykefravær i 2001.

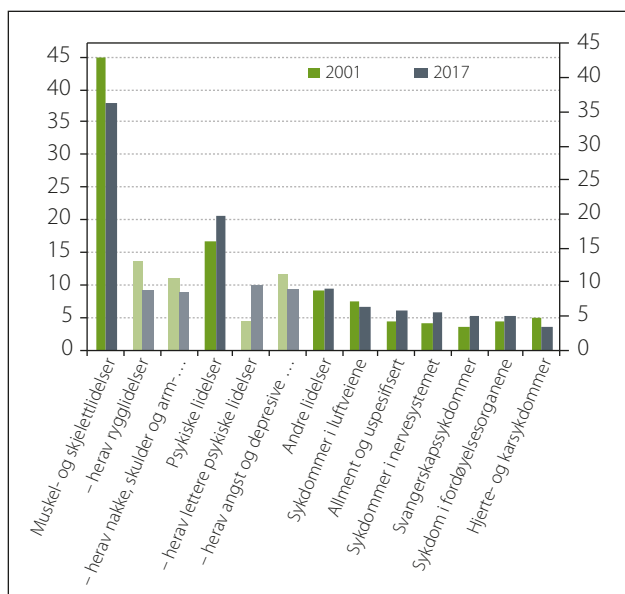
5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

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 to av ti sykefraværsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med psykiske lidelser. Til sammen utgjør disse to diagnosegruppene nærmere 60 prosent av fraværet. De øvrige diagnosegruppene utgjør hver mellom fire og syv prosent av fraværet. Figur 5.9 viser forholdet mellom diagnosegruppene.

Figur 5.9 Legemeldte sykefraværsdagsverk etter diagnose. Ujusterte tall, 4. kv. 2001 og 4. kv. 2017. Andel av alle legemeldte sykefraværsdagsverk. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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 2017

Boks 3: 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. Omvendt vil diagnoser som vanligvis fører til lengre sykefravær (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) utgjøre en større andel av dagsverkene enn av tilfellene. I rapporten omtaler faggruppen sykefraværsdagsverk. Det er kun for det legemeldte fraværet man har opplysning om diagnoser.

under ett, se figur 5.9. 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 2017 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser med mer enn 20 prosent. Ifølge en artikkel fra Arbeid og velferd (Brage m.fl. 2012) er det lite som tyder på at økningen skyldes endringer i befolkningens psykiske helse. Artikkelen ser på bruk av diagnoser ved sykefravær fra 2000 til 2011. I denne 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.

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.²⁶ Forslaget ble også begrunnet med at det bl.a. vil virke forebyggende mot varig utstøting fra arbeidslivet.

²⁶ Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

Økt bruk av gradering i løpet av IA-perioden

Utviklingen i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er illustrert i figur 5.10. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk er redusert fra 87,7 i 2. kvartal 2001 til 83,7 i 4. kvartal 2017. Dette tilsvarer en nedgang på 4,5 prosent.

Omfanget av gradering avtok i løpet av 2002, og det førte til at gjennomsnittlig sykmeldingsgrad økte og holdt seg høy gjennom 2003. I 2004 sank den kraftig da aktivitetskravet etter åtte ukers sykmelding ble innført, og legene ble pålagt alltid å vurdere gradert sykmelding. Deretter var nivået om lag uendret fram mot slutten av 2010, da den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden igjen sank fram til slutten av 2011. Fra 2012 har graderingen fluktuert rundt dette nivået, med noen litt kraftigere utslag opp og ned.

Dersom man ser på årsgjennomsnittet²⁷ for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad, var det laveste nivået i IA-perioden i 2015. De to siste årene har årsgjennomsnittet for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad økt noe, og man må tilbake til 2011 for å observere

²⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet beregner ikke årstall for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad. «Årsgjennomsnittet» det vises til i teksten er beregnet ved å ta gjennomsnittet av de fire kvartalene i et kalenderår. Dette «årsgjennomsnittet» vil kunne avvike noe fra et årstall for gjennomsnittlig sykmeldingsgrad som er beregnet på den statistisk riktige måten.

Boks 4: Hvordan måles gradert sykefravær?

Det er to alternative måter å måle gradering av sykefraværet på: andelen graderte sykefraværstilfeller¹, og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk er mindre påvirket av de normale svingningene i sykefraværet og endringer i antall sykefraværstilfeller enn det andelen graderte sykefraværstilfeller er. Den tar også hensyn til hvilken gradering som blir brukt, og indikatoren sesongjusteres. Dette er

¹ Se figur 10.2 i vedlegg 2 for utviklingen for andelen graderte legemeldte sykefraværstilfeller.

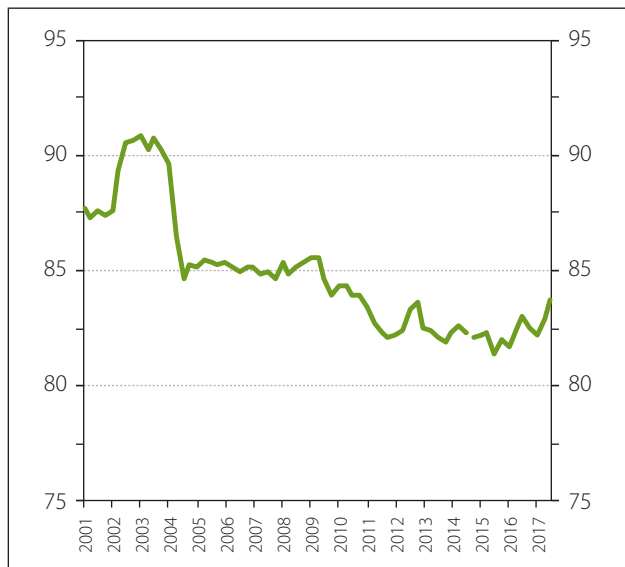
det beste målet på gradering, og i denne rapporten bruker faggruppen derfor denne indikatoren for å belyse gradering. Et nivå på 100 betyr at ingenting av fraværet er gradert, mens et nivå på 50 innebærer at alt fravær i gjennomsnitt er gradert med 50 prosent, altså: jo lavere, jo mer gradering.

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

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

mindre gradering på årlig basis enn det var i 2017. Selv om omfanget av gradert sykefravær de siste årene har ligget på de høyeste nivåene i IA-perioden, ser det ut som om tendensen til stadig økt gradering – som vi har sett de siste årene – har snudd.

Figur 5.10 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk. Legemeldt sykefravær, sesongjustert. 2. kv. 2001 – 4. kv. 2017. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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.

Varighet

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

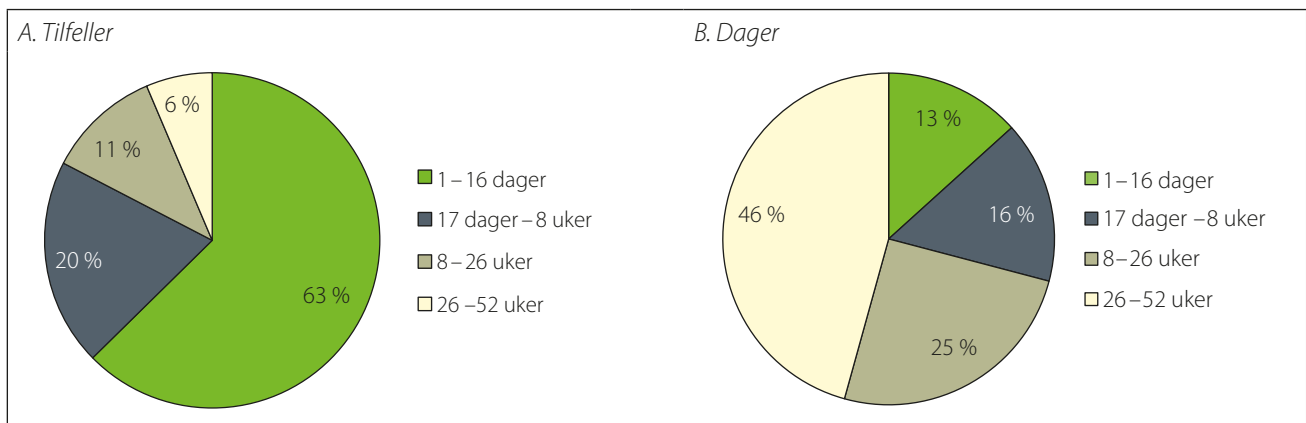
Til sammen var det 1,3 mill. legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2016²⁸. Mens sykefraværstilfeller inntil 16 dager sto for 63 prosent av alle påbegynte tilfeller, utgjorde de kun 13 prosent av de legemeldte sykefraværstidene som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2016. Når man regner i fraværstid er det altså de lengre tilfellene som veier tyngst, og de vil derfor også ha størst innvirkning på sykefraværprosenten. Kun seks prosent av tilfellene varte mer enn et halvt år, men de utgjorde 46 prosent av alle fraværstidene. Tilfeller over åtte uker utgjorde 17 prosent av tilfellene, men 71 prosent av sykefraværstidene.

63 prosent av alle legemeldte tilfeller påbegynt i 2016 ble avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager. Til sammen ble 83 prosent av alle tilfellene avsluttet innen åtte uker, dvs. tidspunktet hvor aktivitetskravet slår inn. Videre var det seks prosent av alle tilfellene som varte mer enn seks måneder, dvs. ved tidspunktet hvor dialogmøte 2 senest skal avholdes. Fire prosent av alle tilfellene varte mer enn ni måneder. Av disse var rundt 45 prosent gradert.

Figur 5.11 viser fordelingen av andelen av tilfeller og fraværstid for ulike sykefraværslengder. Merk at disse varighetene er regnet i kalenderdager fra start til slutt av sykefraværet, og tar ikke hensyn til forhold som stillingsandel eller sykmeldingsgrad. Siden en større andel av de lange fraværene er gradert enn de korte fraværene, overvurderer derfor figurene betydningen av det lange fraværet for det samlede sykefraværet (sykefraværprosenten). En annen faktor som også bidrar til å overvurdere betydningen av det lange fraværet er at det egenmeldte fraværet ikke er inkludert i tallene. Det egenmeldte fraværet utgjør om lag 15 prosent av det totale fraværet.

28 Tilsvarende tall for 2017 er klare om ett år, siden det først er da alle tilfellene påbegynt i 2017 vil være avsluttet og varigheten kan måles.

Figur 5.11 Varighet for legemeldt sykefravær påbegynt i 2016. Andel.*



* Merk at figurene overvurderer betydningen av de lange fraværene siden tallene ikke tar hensyn til gradering eller det egenmeldte fraværet.

Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Noe økning i varigheten i IA-perioden

Totalt var det en nedgang på 1,6 prosent i antall legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2016 sammenlignet med 2001. Antall legemeldte sykefraværst dager (tapte dagsverk) økte med 1,4 prosent.

Flere forhold påvirker dette. Gitt uendret fraværnivå, 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 som har en varighet på 1–16 dager har blitt redusert som følge av dette.

Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2016, var det en nedgang i antall legemeldte sykefraværstilfeller per lønnstaker²⁹ på om lag 19 prosent. Tilsvarende nedgang for legemeldte sykefraværst dager per lønnstaker var om lag 16 prosent³⁰. Både antall tilfeller og antall fraværst dager ble redusert for gruppene med varighet under åtte uker i perioden. For gruppene med

varighet over åtte uker økte både antall tilfeller og antall fraværst dager fra 2001 til 2016.

Antall som går ut sykepengeperioden årlig

Sykepenger kan mottas i tolv måneder sammenhengende. Kommer man ikke i arbeid i løpet av denne perioden, er sykepengerrettighetene brukt opp. Oppbrukte sykepengerrettigheter kan ofte være et varsel om at man er på vei ut av arbeidslivet. I perioden 2001 til 2004 var det årlig om lag 52 000 arbeidstakere som hadde brukt opp sykepengeretten når de avsluttet sykefraværet. I 2005 ble dette antallet betydelig redusert, til 41 000. Deretter steg det, og fikk et kraftig hopp i 2009 til 48 000 personer. Dette nivået holdt seg også i 2010, før det igjen sank betydelig. De siste syv årene har antallet arbeidstakere som går ut sykepengeperioden vært på et stabilt nivå på rundt 40 000 personer.

Også relativt sett har gruppen som bruker opp sykepengeretten blitt mindre. Andelen som bruker opp sykepengeretten sett i forhold til samtlige som avslutter et sykepengetilfelle i løpet av samme år, har sunket i løpet av IA-perioden. I perioden før 2004 lå denne andelen på om lag 13–14 prosent, mens den de siste syv årene er redusert til om lag 10 prosent.

Kann m.fl. (2013) har sett nærmere på utviklingen av denne gruppen i perioden fra 2000 til 2012. De finner at antallet som bruker opp sykepengeret-

²⁹ Nasjonalregnskapstall for lønnstakere – samme datagrunnlag som i figur 5.3

³⁰ Denne nedgangen i tilfeller og fraværst dager avviker fra nedgangen i sykefraværstprosenten. Dette skyldes at disse størrelsene måler ulike forhold – tilfeller og fraværst dager er andre størrelser enn sykmeldingsprosenten (tapte dagsverk vs. avtalte dagsverk) – jf. Boks 2.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

tighetene følger utviklingen i det samlede sykefraværet. Gruppen reduseres også noe mer enn antallet sykmeldte når dette antallet faller. Kann m.fl. finne at i slike perioder utgjør denne gruppen også en mindre andel av både befolkningen og av de sysselsatte. Reduksjonen skjer for alle diagnosegrupper og i alle aldersgrupper. De finner heller ingen tegn til at den reduserte gruppen som bruker opp rettighetene da gjennomgående er sykere enn tidligere. Det er heller ingen økning i overgangsraten til andre helserelaterte ytelser – tvert imot har det parallelt med fallet også vært en reduksjon i andelen som går over på slike ytelser.

Forfatterne mener at disse forholdene tyder på at det også for mange langtidssykmeldte er andre forhold enn helse som påvirker sjansen for å returnere til arbeid. De peker også på at jo færre som sykmeldes totalt, desto færre vil bruke opp sykepengere rettighetene – og færre vil dermed være potensielle mottakere av andre helserelaterte ytelser etter avsluttet sykefraværsløp. Det er heller ikke slik at alle som har brukt opp sykepengere rettighetene sine går ut av arbeidslivet. Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2015 viser at så mange som 59 prosent var i et arbeidsforhold seks måneder etter at sykepengere rettighetene var brukt opp.

Figur 10.4 i vedlegg 2 viser forekomst av oppbrukte sykepengere rettigheter per 1000 arbeidstakere i 2016 etter yrke. Her er det brukt en annen inndeling enn i figur 5.7 som viser sykefravær etter yrkesfelt. Basert på STYRK-08 har STAMI utviklet et sett av totalt 47 yrkesgrupper (se vedlegg 3 i STAMI 2018). Det er tilstrebet at yrkesgruppene skal ha så likt arbeidsmiljø som mulig. Gjennomsnittlig forekomst er 15 per 1000 arbeidstakere per år. Det er ulike manuelle yrker som ligger øverst på listen, med en blanding av kvinne- og mannsdominerte yrker. Dersom man ser hvert kjønn for seg finner man at forekomsten er spesielt høy blant kvinner i typiske mannsyrker. Man ser en analog blant menn, hvor forekomsten er høy i kvinne-dominerte yrker. Kvinner har generelt noe høyere forekomst enn menn

(hhv. 18 og 12 per 1000 arbeidstakere), og forekomsten er høyest blant kvinner i nesten alle yrker. Tallene er påvirket av bl.a. alderssammensetningen i yrkene, og bildet må derfor tolkes med varsomhet. Mønsteret er imidlertid nokså stabilt over tid. Flere av yrkesgruppene som toppe statistikken over oppbrukte sykepengere rettigheter, har også høyt legemeldt sykefravær (jf. figur 5.7). Dette er yrker som har en rekke kjente arbeidsmiljøutfordringer knyttet til særlig mekaniske (ergonomiske), fysiske og kjemiske faktorer (STAMI 2018). Slike faktorer er potensielt sett forebyggbare og viktige å ta hensyn til når det gjelder tilrettelegging i arbeidet i et forebyggings- og inkluderingsperspektiv.

5.4 Arbeidsmiljø og sykefravær

Sykefravær 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 2017 utgjorde muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser nær 60 prosent av det legemeldte fraværet. Disse diagnosegruppene utgjør ofte langvarige sykefravær. Basert på data fra levekårsundersøkelsen arbeidsmiljø (LKU) i 2016, oppgir om lag 15 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 35 prosent at fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben (STAMI 2018). Det har vært en jevn nedgang i disse tallene i LKU siden 2006. Den gangen var det 18 prosent som oppgav minst ett legemeldt fravær på minst 14 dager siste år, og om lag 42 prosent av dette fraværet var forårsaket av helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben. Dette kan indikere en reduksjon i jobbrelaterte helseplager. Selvrapporterte arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager og psykiske plager, som er de vanligste arbeidsrelaterte helseproblemene, er imidlertid

like utbredt nå som for 15–20 år siden (STAMI 2018).

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 per år i landbasert virksomhet.

En rekke prospektive studier³¹ dokumenterer at flere mekaniske (ergonomiske) og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet har betydning for muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager. Det foreligger en helt fersk rapport som oppsummerer dokumentasjonen bak sammenhengen mellom ulike mekaniske arbeidsmiljøfaktorer og spesifikke muskel- og skjelettplager (Veiersted m.fl. 2017). Gjennomgangen baserte seg på GRADE-metodikk³². Man fant bl.a. sterkest mulig holdepunkter for en sammenheng mellom manuell håndtering (spesielt løfting) og muskel- og skjelettplager i nakke/skulder/arm, rygg og hoftedesslitasje, mellom kraftkrevende manuell håndtering og muskel- og skjelettplager i underarm og hånd, mellom arbeid med nakken for overbøyd og nakkeplager og mellom arbeid med armene hevet og skulderplager.

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. Flere nyere studier fra STAMI har sett på betydningen av selvrapporterte mekaniske og psykososiale faktorer i jobbsammenheng for legemeldt sykefravær og selvrapportert avgang fra jobb grunnet helseproblemer. Studiene er representative for yrkesbefolkningen, og de er justert for en rekke faktorer (som alder, kjønn, røyking og andre livsstilsforhold, sivilstatus, kroniske helseproblemer osv.) for å isolere ut arbeidsmiljøets betydning.

³¹ Studier som følger deltakerne framover i tid

³² Et system for evaluering av forskning om effekter som graderer studier i fire evidensnivåer (fra 1 til 4), der nivå 4 er det høyeste. Nivået er blant annet avhengig av hvilken type forskningsdesign som er benyttet.

I en studie (Sterud 2014b) fant man at om lag 25 prosent av tilfellene med høyt sykefraværslnivå i løpet av ett år kunne forklares av mekanisk arbeidsmiljøeksponering. Høyt sykefraværslnivå defineres i studiene som legemeldt sykefravær 40 dager eller mer. Yrkesaktive med høy eksponering for ubekvem løft eller arbeid i framoverbøyd stilling hadde dobbelt så høy risiko for sykefravær sammenlignet med yrkesaktive med lav eksponering. Risikoen var 30–80 prosent høyere blant dem som mesteparten av tiden rapporterte om stående arbeid, knestående arbeid, hånd-/arm-repetisjon, og arbeid med bøyd nakke, sammenlignet med dem som i liten grad ble eksponert for dette.

I en annen studie (Aagestad m.fl. 2014b), ble det beregnet at om lag 15 prosent av tilfellene med høyt sykefraværslnivå 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 sykefraværslnivå var 30–60 prosent høyere blant dem som var høyt eksponert sammenlignet med de som var lavest eksponert for disse tre faktorene. I en helt fersk studie ble emosjonelt belastende arbeid og rollekonflikter (motstridende krav i arbeidet) identifisert som risikofaktorer for legemeldt sykefravær av minst en dags varighet blant arbeidstakere som arbeider med kunder, elever, klienter og pasienter (Indregard m.fl. 2017).

I 2016 ble det publisert en litteraturgjennomgang om arbeidsmiljø og sykefravær (Knardahl m.fl. 2016). 131 studier med prospektivt design fra perioden 1990–2015 ble inkludert i gjennomgangen; også denne gjennomgangen baserte seg på GRADE-metodikk (se over). Artikkelforfatterne påpeker at nesten alle studier i dette feltet er observasjonsstudier, og at de derfor på grunn av sitt forskningsdesign maksimalt vil kunne score til GRADE 3 som sterkeste evidens. Kort oppsummert viser denne litteraturen sterkest mulig evi-

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

dens (G3) for at mekanisk eksponering som repetitive bevegelser, bøyning av nakke/rygg og psykososiale faktorer som kombinasjonen av høye kvantitative krav og lav kontroll, og trakassering/mobbing øker risiko for sykefravær. Det er også sterkest mulig evidens (G3) for at kontroll (selvbestemmelse, variasjon og evneutnyttelse), kontroll over arbeidstid og positivt sosialt klima reduserer risikoen for sykefravær.

For en nærmere omtale av arbeidsmiljø og sykefravær, se Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018 fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI 2018).

5.5 Måloppnåelse

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i forhold til 2. kvartal 2001. De sesongjusterte tallene viser at fraværet i 4. kvartal 2017 var 9,7 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Fraværet har økt noe fra 2016 til 2017, men sykefraværet er fremdeles blant de laveste i IA-perioden. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget stabilt, med noen mindre variasjoner opp og ned.

Fra 2001 til 2017 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 redu-

sert mest for de yngste og de eldste aldersgruppene.

Det er også store variasjoner mellom næringer og fylker i perioden. Bortsett fra industrien, er det i store trekk mindre næringer som har hatt den største nedgangen i fraværet, mens større næringer som helse- og sosialtjenester og undervisning er blant de med minst nedgang. Blant fylkene har fraværet i IA-perioden avtatt klart mest i Oslo, etterfulgt av Finnmark og Sør-Trøndelag. Fraværet er redusert minst i Rogaland, hvor det knapt har vært en nedgang i IA-perioden.

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen. Siden 2001 har graderingen økt. Økningen i graderingen har flatet ut etter 2012 og har etter den tid fluktuert rundt det høyeste nivået i IA-perioden. I 2017 var det en liten nedgang i graderingen, og årsnivået for gradering er nå det laveste siden 2011.

Etter faggruppens vurdering viser utviklingen at sykefraværet ikke har endret seg vesentlig de siste årene, og siden 2012 har det vært liten bevegelse i forhold til IA-målet. Mens vi fra 2015 til 2016 så at sykefraværstallene beveget seg svakt i riktig retning, viser tallene at utviklingen det siste året har gått svakt i feil retning. Det påpekes at disse endringene er små, og at det ikke er grunnlag for å si at faggruppen nå ser noe skifte i det stabile sykefraværet vi har sett siden 2012.

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 for dette delmålet benytter faggruppen utviklingen i andelen sysselsatte blant de som oppgir å være funksjonshemmet i AKUs årlige tilleggsundersøkelse. I tillegg suppleres denne analysen med kartlegginger av utviklingen for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede i alderen 15–66 år utgjorde 43 prosent i 2017, mot 73 prosent for befolkningen i alt. AKUs årlige tilleggsundersøkelse viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg nokså stabil fra undersøkelsen ble etablert i 2006 og fram til i dag. Det har kun skjedd små endringer over tid, og disse ligger stort sett innenfor feilmarginen.

Etter en svak økning i perioden fra 2013–2015 har det vært en svak nedgang i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger de to siste årene. Samtidig har antall mottakere som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder gått ned i perioden fra 2010–2017. Antall mottakere er redusert for alle aldersgrupper. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeids erfaring økte sterkt etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, men har holdt seg stabil de siste par årene.

Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder har holdt seg nesten konstant i hele perioden 2010–2017. Imidlertid har tilstrømmingen av mottakere under 30 år økt fra 2013 og fram til i dag. Dette må ses i sammenheng med at mange har hatt avgang fra arbeidsavklaringspenger i løpet av denne perioden.

Etter faggruppens vurdering viser både utviklingen i antall sysselsatte funksjonshemmede, utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger og overganger til arbeid og uføretrygd, relativt små endringer de siste årene. Dette viser at vi fortsatt ikke har oppnådd avtalens delmål 2 om å hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne.

6.1 Grunnlaget for vurdering av måloppnåelse på delmål 2

Faggruppens vurdering av status og måloppnåelse innenfor delmål 2 bygger på anbefalinger fra rapporten «Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – kartlegging av måloppnåelse», utarbeidet av FAFO (Bråthen og Svalund 2015). Denne rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet etter at partene i avtalen for 2014–2018 etterlyste behov for å utarbeide et bedre grunnlag for å kartlegge situasjonen for denne gruppen. Sysselsettings-situasjonen for personer som oppgir å være funksjonshemmet i AKU er den eneste datakilden som kan sies å dekke hele målgruppen, dvs. både de funksjonshemmede som er sysselsatt og de som står utenfor arbeidsmarkedet. I tillegg blir målgruppen avgrenset til personer som vurderer egne helseproblemer knyttet til de begrensningene de møter i det daglige liv. En slik relasjonell forståelse av begrepet funksjonshemmet ble anbefalt og benyttet i St. meld 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer.

Som utvalgsundersøkelse har imidlertid AKU begrensninger når det gjelder å splitte opp statistikken for å analysere undergrupper. Analysen er derfor supplert med analyser av registerdata over mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. FAFOs begrunnelse for denne anbefalingen er at mottakere av disse to ytelsene i stor

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

grad faller sammen med gruppen; personer med nedsatt funksjonsevne på grunn av de medisinske vilkårene for å motta ytelsene. Ut fra anbefalingene i FAFOs rapport ser faggruppen nærmere på overgangene mellom ytelsene og overganger til og fra arbeid for de som mottar disse ytelsene. I tillegg ser vi nærmere på utviklingen i andel stønadsmottakere som supplerer disse ytelsene med noe arbeid, dvs. at de har noe arbeidsinntekt i kombinasjon med trygd.

6.2 Arbeidsmarkedstilknytningen blant funksjonshemmede

Ifølge SSBs tilleggsundersøkelse til AKU har funksjonshemmede langt større sannsynlighet for å være utenfor arbeidsstyrken enn befolkningen forøvrig. Både sysselsettingen og arbeidsledighe-

ten i gruppen er lav, og har holdt seg relativt stabil over tid. Undersøkelsen av arbeidsmarkedstilknytningen for funksjonshemmede har vært gjennomført årlig siden 2006. Resultatene som rapporteres må vurderes ut fra at undersøkelsen har nokså stor utvalgsusikkerhet.

Arbeidskraftundersøkelsen for 2017 viser at 17 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år, 605 000 personer, oppga å ha en funksjonshemming. Andelen i befolkningen som oppgir å ha en funksjonshemming har i perioden 2006–2017 svingt mellom 15 og 18 prosent uten noen klar trend. Andelen i 2017 avviker ikke mye fra gjennomsnittet for perioden. Andelen funksjonshemmede er høyere blant kvinner enn blant menn, og andelen funksjonshemmede øker med alderen.

Boks 5: Datagrunnlaget for delmål 2

Statistisk sentralbyrås 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 ev. funksjonshemming. Tallene gir et bilde av hvor mange som anser at de har en funksjonshemming, 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 ett år senere at de ikke oppfatter seg som funksjonshemmet. Usikkerheten i undersøkelsen gjør at den er bedre egnet til å rapportere om strukturer og nivå enn om endringer fra ett år til det neste.

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer på arbeidsavklaringspenger omfatter personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått arbeidsevnen nedsatt med minst halvparten. 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 arbeidsavklaringspenger.

Uføretrygd

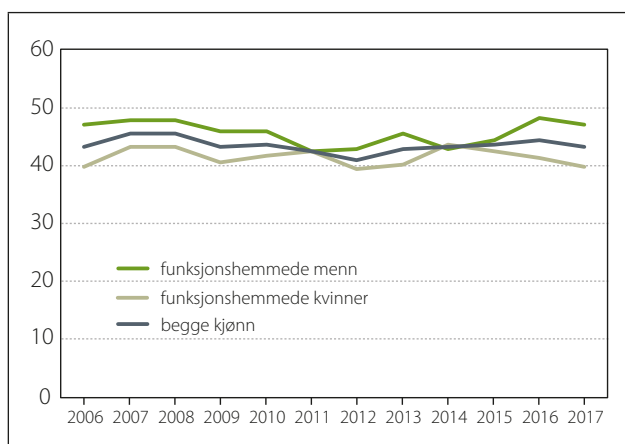
Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer som mottar uføretrygd omfatter personer som har fått sin inntektsevne varig nedsatt i hovedsak på grunn av sykdom, skade eller lyte.

Både arbeidsavklaringspenger og uføretrygd kan mottas av personer i alderen 18–67 år som har vært medlem av folketrygden i minst tre år.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede

Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede er langt lavere enn i befolkningen i alt. 43 prosent av de funksjonshemmede oppga i 2017 å være sysselsatt. Til sammenligning var sysselsettingsandelen i hele befolkningen 73 prosent. Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede viser ingen økende trend over tid. Figur 6.1 viser utviklingen i sysselsettingsandelen for funksjonshemmede etter 2006.

Figur 6.1 Andel sysselsatte blant funksjonshemmede menn og kvinner, 15–66 år. Prosent.



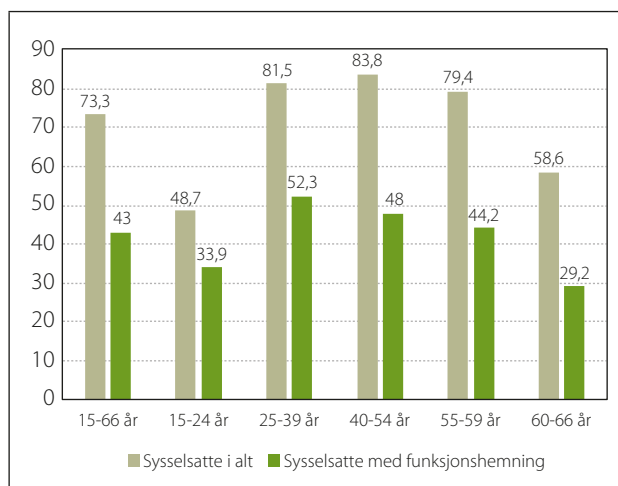
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Det siste året har sysselsettingsandelen gått ned med 1,3 prosentenheter. En slik endring er innenfor undersøkelsens feilmargin.

Undersøkelsens feilmargin består både av statistisk utvalgsusikkerhet og den usikkerheten som følger av at definisjonen av funksjonsnedsettelsen er basert på intervjuobjektene subjektive oppfatninger. Boks 5 sier mer om datagrunnlaget.

Både for funksjonshemmede og for befolkningen totalt er sammenhengen mellom alder og sysselsettingsandelen klokkeformet med hensyn til alder. Sysselsettingen er høyest blant personer midt i yrkesaktiv alder og lavere blant unge og eldre. Sammenlignet med befolkningen totalt, faller sysselsettingen blant funksjonshemmede raskere med økende alder, se figur 6.2.

Figur 6.2 Sysselsettingen etter alder. 2. kv. 2017. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Strengere definisjon gir sterk reduksjon i antallet funksjonshemmede

En strengere definisjon av begrepet funksjonshemmet gir reduksjon i antallet funksjonshemmede. I 2015-rapporten fra faggruppen ble det vist til en undersøkelse der kravet til å være funksjonshemmet ble gjort strengere. Om lag 1/3 av utvalget i denne undersøkelsen mottok spørsmål om de hadde en funksjonshemming to år på rad. 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 prosentenheter lavere dersom man bare ser på de som har svart at de er funksjonshemmet to år på rad. Dette medfører en nedgang fra 16–18 prosent til 11–13 prosent.

Dersom man bruker en slik strengere definisjon av begrepet funksjonshemmet, reduseres også andelen sysselsatte funksjonshemmede. Dersom man avgrenser målgruppen til de som har svart at de er funksjonshemmet to år på rad, reduseres sysselsettingsandelen med mellom 9 og 12 prosentenheter, fra 41–45 prosent til 31–36 prosent. Det er i hovedsak personer med ulike typer muskel- og skjelettplager som endrer svar fra et år til et annet. Dette er helseplager som typisk varierer mye over tid.

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

Faggruppens omtale av dette punktet fra 2015-rapporten er lagt i vedlegg 1.

Deltidssysselsetting blant funksjonshemmede

Funksjonshemmede er overrepresentert blant de som jobber deltid. Blant funksjonshemmede utgjør andelen deltidssysselsatte 41 prosent, mens tilsvarende andel blant alle sysselsatte utgjør 24 prosent.³³ Dette skyldes at mange innenfor denne gruppen har en begrenset restarbeidsevne.

Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede

Selv om sysselsettingen blant funksjonshemmede er betydelig lavere enn i befolkningen ellers, er ikke arbeidsledigheten blant funksjonshemmede vesentlig forskjellig fra den øvrige befolkningen. Tallene for 2017 viser en arbeidsledighetsrate blant funksjonshemmede på 3,9

³³ Arbeidstid på 37 timer eller over defineres som heltid, samt arbeidstid på 32–36 timer dersom dette regnes som heltid i vedkommendes yrke.

prosent, bare marginalt høyere enn i arbeidsstyrken i alt. Lav (formell) arbeidsledighet blant de funksjonshemmede skyldes *både* at en stor andel ikke ønsker jobb *og* at en stor andel ikke søker jobb eller ikke er tilgjengelige for arbeidsmarkedet. Nesten tre av fire ikke-sysselsatte funksjonshemmede (245 000 personer) oppgir i AKU-statistikken at de *ikke* ønsker arbeid. Andelen som ønsker arbeid avtar med alder. Av den resterende fjerdedelen, som oppgir at de ønsker arbeid, er det bare en liten andel (1/4) som *søker jobb aktivt* og som er *tilgjengelig* for arbeid på kort sikt.

Mottak av stønader blant funksjonshemmede

En stor andel av de funksjonshemmede (61 prosent) mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er *uføretrygd* og *arbeidsavklaringspenger*. Blant sysselsatte med funksjonshemminger er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men utgjør likevel en tredjedel. Mange av disse utnytter trolig sin restarbeidsevne gjennom å jobbe deltid.

Tabell 6.1 Funksjonshemmede i alt og sysselsatte funksjonshemmede etter mottak av stønader. Antall i tusen og prosentfordeling, 2. kv. 2017.

	Funksjonshemmede i alt	Sysselsatte funksjonshemmede
Antall personer	605 (100 %)	260 (100 %)
Mottar ingen stønad	232 (38 %)	172 (66 %)
Mottar én eller flere stønader	369 (61 %)	87 (33 %)
<i>Prosentvis fordeling av stønadsmottakere:</i>		
Uføretrygd	224 (60 %)	44 (50 %)
Arbeidsavklaringspenger	96 (26 %)	21 (24 %)
Sykepenger	18 (4 %)	13 (14 %)
Grunnstønad eller hjelpestønad	13 (3 %)	6 (6 %)
Økonomiske ytelser fra privat hold	9 (2 %)	2 (2 %)
Andre stønader*	17 (4 %)	5 (5 %)
Uoppgitt stønadssituasjon	4 (1 %)	1 (1 %)

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Tilpasninger på arbeidsplassen

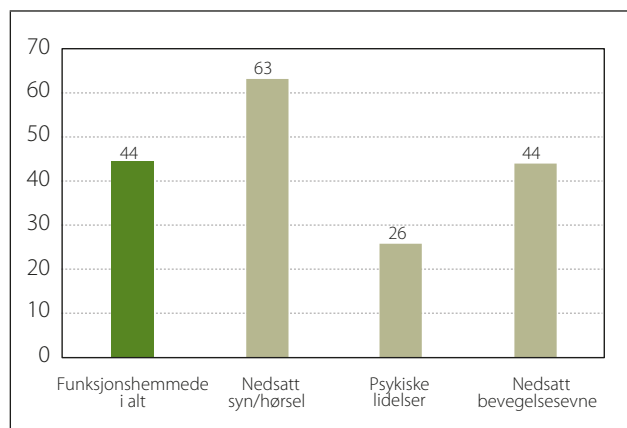
Nær halvparten av de sysselsatte med funksjonshemming (48 prosent) oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Denne andelen har ikke endret seg mye etter 2013, men er noe høyere enn nivået i perioden 2008–2012. Av de sysselsatte funksjonshemmede oppgir 14 prosent at de har behov for tilrettelegging (eller mer tilrettelegging) på arbeidsplassen. Det har ikke vært noen økning i antall sysselsatte funksjonshemmede som ønsker bedre tilrettelegging i denne tiårsperioden.

Diagnoser

Arbeidskraftundersøkelsen gir også informasjon om type funksjonshemming. I denne undersøkelsen kan én person oppgi å ha flere typer helseproblemer. Over halvparten av de funksjonshemmede oppgir å ha problemer knyttet til *muskel- og skjelett*. 17 prosent oppgir å ha *psykiske problemer*. Andelen med psykiske problemer har økt klart i perioden, fra 10 til 17 prosent, men denne trendmessige økningen ble ikke bekreftet i 2017.

Det er store forskjeller i sysselsettingsandelen etter ulike typer funksjonshemming. Andelen som er sysselsatt blant funksjonshemmede med *nedsatt syn eller hørsel* er 63 prosent, for *bevegelsehemmede* er andelen 44 prosent og blant de med *psykiske lidelser* er andelen 26 prosent.

Figur 6.3 Andel funksjonshemmede som er sysselsatt etter utvalgte diagnoser. Prosent. Gjennomsnitt over perioden 2002–2017.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Overganger til og fra arbeidsstyrken

Andelen som går fra *sysselsetting* og *ut av arbeidsstyrken* i løpet av ett år er mer enn tre ganger høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen. For funksjonshemmede som står *utenfor arbeidsstyrken*, er overgangsraten til arbeidsstyrken langt lavere enn blant befolkningen ellers. Den lave overgangen inn i arbeidsstyrken må ses i sammenheng med at en stor andel av de funksjonshemmede mottar uføretrygd.

Yrke og redusert funksjonsevne

I henhold til definisjonen i AKU er det om lag 260 000 sysselsatte med funksjonshemming. Dette utgjør 10 prosent av samtlige sysselsatte (tall fra 2. kvartal 2017). Denne andelen varierer imidlertid betydelig med yrkesfelt, se figur 6.4. Yrke er her kun oppgitt på overordnet nivå, dvs. ett siffer (se omtale i kapittel 5). Andelen er høyest blant renholdere, hjelpearbeidere mv. med 19 prosent, og lavest blant sysselsatte i lederyrker (7,3 prosent) (Bø og Håland 2017). Blant de sysselsatte med funksjonshemming har 30 prosent universitets- eller høyskoleutdanning, mot 41 prosent blant sysselsatte i alt.

Figur 6.4 Prosentandel som oppgir langvarig sykdom eller funksjonsbegrensning, etter yrkesfelt. 2017.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

6.3 Utviklingen i mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Som følge av de anbefalinger som ble gitt i FAFOs gjennomgang av utfordringene knyttet til vurdering av status og måloppnåelse for delmål 2, har faggruppen fokus på tilgang og omfanget av personer som mottar arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, jf. omtalen under avsnitt 6.1.

Det er ønskelig å redusere antall personer som faller ut av arbeidslivet av helserelaterte årsaker. Et mål på dette er å se på tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Denne tilgangen påvirkes bl.a. av hvor mange som går helt ut den maksimale sykmeldingsperioden på ett år. Av de som i løpet av 2015 brukte opp sykepengerrettighetene sine, var det 57 prosent som seks måneder etterpå mottok arbeidsavklaringspenger og 8 prosent som mottok uføretrygd.

Nedenfor presenteres tall for tilgangen og omfanget av de to ytelsene. Først vises utviklingen for arbeidsavklaringspenger, herunder utviklingen i overganger til arbeid og andre statuser fra ytelsen. Deretter vises utviklingen i tilgang og omfang for uføretrygd.

6.3.1 Arbeidsavklaringspenger – tilgang og omfang

Arbeidsavklaringspenger skal sikre inntekt til de som har fått arbeidsevnen nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte, og som trenger bistand fra NAV for å komme i arbeid. Innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 var en av flere endringer som skulle bidra til at flere kom i arbeid og færre ble varig uføretrygdet. Arbeidsavklaringspenger erstattet de tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Ytelsen kunne fram til 1. januar 2018 mottas i inntil fire år, men med mulighet for ytterligere forlengelse etter en særskilt vurdering. Fra 1. januar 2018 ble maksimal varighet for arbeidsavklaringspenger endret fra fire til tre år. Se boks 6 for nærmere informasjon om regelverksendringene.

Boks 6: Endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger

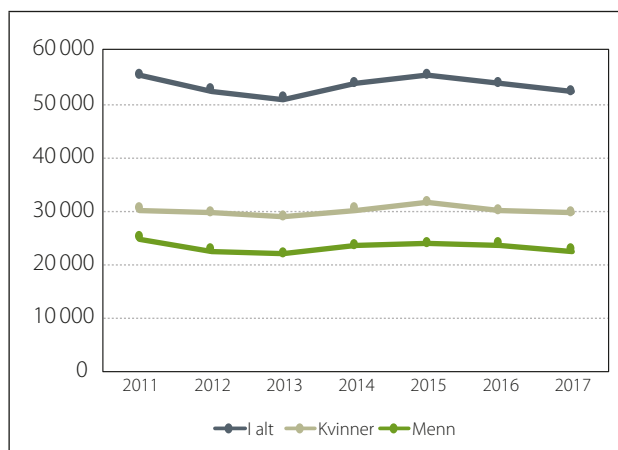
Regjeringen la i mars 2017 fram Prop. 74 L (2016–2017) om endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønader. Alle lovforslagene ble vedtatt av Stortinget, jf. Innst. 390 L (2016–2017). Endringene trådte i kraft 1. januar 2018, og innebærer:

- Sykdomskravet for ytelsen presiseres
- Maksimal stønadsperiode reduseres fra fire til tre år
- Vilkårene for forlengelse skjerpes og maksimal forlengelse begrenses til to år
- Innføring av karenperiode etter utløpet av maksimal stønadsperiode
- Innføring av ny og mildere reaksjon der arbeidsavklaringspengene reduseres tilsvarende én dags ytelse ved mindre alvorlige brudd på aktivitetspliktene
- Utvidelse av perioden mottaker kan arbeide inntil 80 prosent uten å miste ytelsen; fra seks til tolv måneder
- Utvidelse av perioden med arbeidsavklaringspenger mens mottaker søker arbeid; fra tre til seks måneder

Tilgang

Etter en nedgang fra 2011 til 2013, økte tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger fram til 2015. Fra 2015 til 2017 har tilgangen gått noe ned – se figur 6.5. Mens det i 2015 var i under-

Figur 6.5 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger 2011–2017. Totalt og fordelt på kjønn. Årstall.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

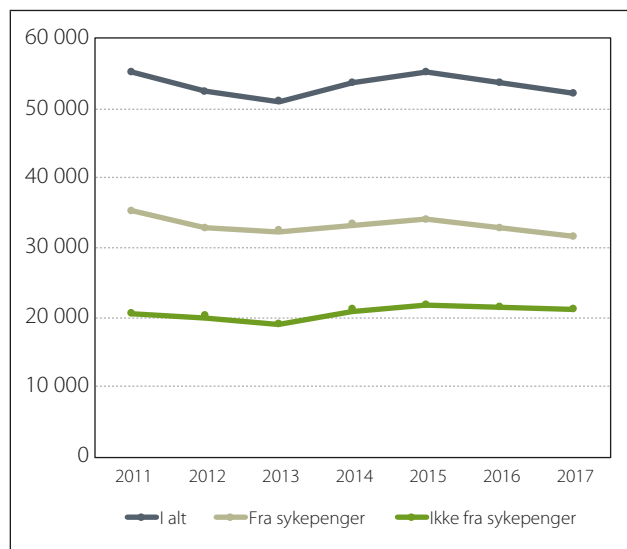
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

kant av 55 000 nye mottakere i løpet av året, var antallet redusert til i underkant av 52 300 i 2017. Tilgangen av nye mottakere er noe høyere for kvinner enn for menn, men begge kjønn viser det samme mønsteret i utviklingen.

Mange av de som begynner å motta arbeidsavklaringspenger har først vært i arbeidslivet. De har blitt sykmeldt, og deretter fått innvilget arbeidsavklaringspenger når sykepengeperioden er oppbrukt. Over tid har det vært en utvikling mot at flere av de som kommer inn på arbeidsavklaringspenger ikke kommer fra sykepenger, og mottakerne av arbeidsavklaringspenger har dermed sjeldnere vært i arbeidslivet før overgang til ytelsen. Dette gjelder særlig ungdom under 30 år.

Figur 6.6 nedenfor viser at gruppen som kommer fra sykepenger er den største. Andelen av de nye mottakerne av arbeidsavklaringspenger som kommer fra sykepenger har imidlertid sunket fra 63 prosent i 2013 til 60 prosent i 2017.

Figur 6.6 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger 2011–2017. Totalt og fordelt på status to måneder før tilgang. Årstall.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Den største undergruppen blant de som ikke kommer fra sykepenger, er personer som to måneder før tilgang til arbeidsavklaringspenger var registrert uten arbeid og uten tidligere arbeidstilknytning som gir rett til dagpenger. I

denne gruppen finner vi også personer som kom fra sosialhjelp, hadde vært under utdanning, var selvstendig næringsdrivende, var forsørget av andre m.m.

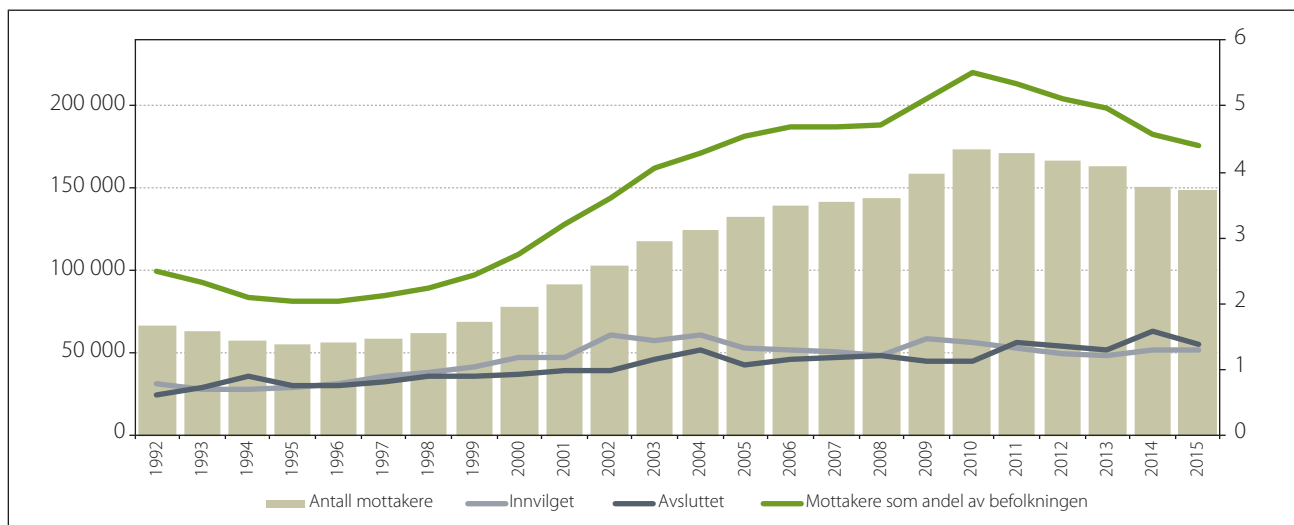
Kann m.fl. (2016a) finner at antallet som bruker opp sykepengerrettighetene og arbeidsledighet er viktige drivere bak utviklingen i antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. Analysen er basert på en enkel panelmodell hvor det er forsøkt å anslå hvor mye sannsynligheten for det enkelte individ påvirkes av sykefraværshraten og arbeidsledighetsprosenten i bostedskommunen og endringer i disse. Beregningene viser at når sykefraværet i en kommune øker med ett prosentpoeng, øker antallet nye mottakere av arbeidsavklaringspenger med 17 prosent. De finner også at når arbeidsledigheten i en kommune øker med ett prosentpoeng, kommer det 6 prosent flere inn i ordningen. Utviklingen i nye mottakere kan således ha sammenheng med den generelle økonomiske utviklingen, konjunktursituasjonen mv.

Omfang

Etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 finner vi at det totale antallet mottakere har gått nedover år for år. Mens det ved utgangen av 2010 var 174 300 mottakere, var det 140 600 mottakere av ordningen ved utgangen av 2017. Andelen mottakere av befolkningen i aldersgruppen 18–66 år er også tilsvarende redusert – fra 5,5 prosent til 4,2 prosent. Denne utviklingen kan ha sammenheng med flere forhold. Veksten før 2010 har trolig sammenheng med at NAV hadde gjennomgått store omstillinger gjennom etablering av ny organisasjon og nye arbeidsprosesser for oppfølgingsarbeidet. Etter 2010 har gjennomstrømmingen økt i denne brukergruppen som følge av at det nå var innført klarere regler for hvor lenge man kunne motta stønaden og fordi man da startet arbeidet med å avklare mottakere som hadde gått lang tid på midlertidig ytelse. Forut for innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 hadde det vært en betydelig vekst i antallet mottakere av de tre forutgående ytelsene (rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset

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

Figur 6.7 Mottakere av arbeidsavklaringspenger og forløperne* i perioden 1992–2015. Antall mottakere ved utgangen av året. Tilgang og avgang av mottakere i løpet av året (venstre akse). Mottakere som andel av befolkningen (høyre akse).



* Rehabiliteringspenger, atferdingspenger og tidsbegrenset uførestønad før 1. mars 2010, arbeidsavklaringspenger etter denne datoen.

Kilde: Kann m.fl. (2015)

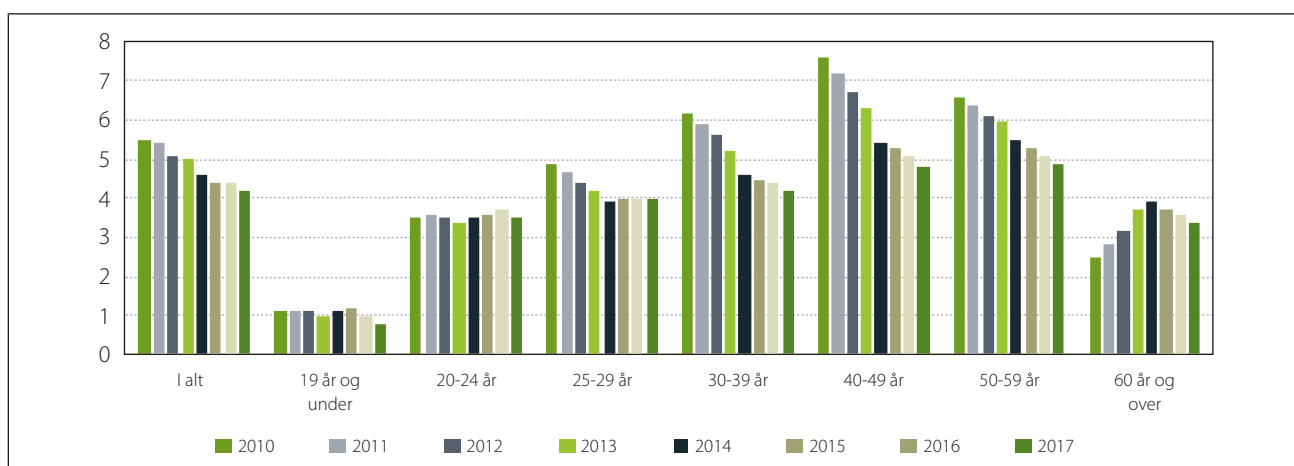
uførestønad). Figur 6.7 viser utviklingen, der de tre forutgående ytelsene er slått sammen til én ytelse i perioden før 2010. Årsakene til endringene i bruken av ytelsene i denne perioden er sammensatte. I tillegg til utviklingen i arbeidsledighet og sykefravær må utviklingen etter 2004 ses i lys av innføringen av tidsbegrenset uførestønad, som medførte en opphopning av personer på en midlertidig helseytelse i stedet for at de gikk over på varig uførepensjon.

Med unntak av aldersgruppen 60 år og eldre, er det betydelig større andeler av befolkningen som mot-

tar arbeidsavklaringspenger 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. Figur 6.8 nedenfor viser mottakerandelen i ulike aldersgrupper over tid.

Figuren viser også at nedgangen i antall mottakere i forhold til befolkningen har vært størst i aldersgruppene 30–59 år. For alle grupper med nedgang avtar denne etter 2014. Den spesielt sterke nedgangen for flere av aldersgruppene i 2014, skyldes at et betydelig antall av de som i

Figur 6.8 Mottakere av arbeidsavklaringspenger som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Utgangen av året, 2010–2017. Prosent.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

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

2010 ble overført til arbeidsavklaringspenger fra de tre forutgående ytelsene da nådde maksimalgrensen på fire år og gikk ut av ordningen.

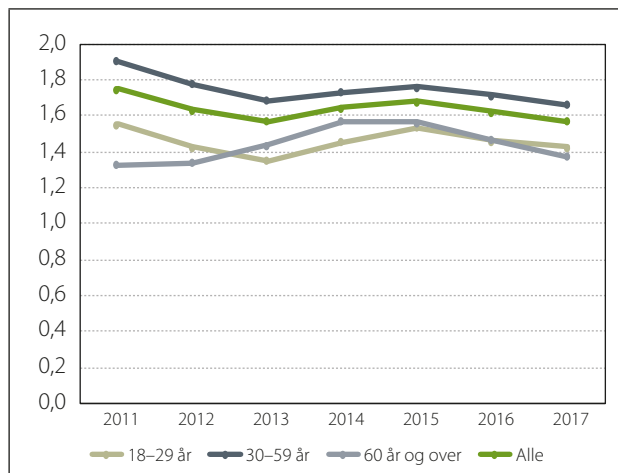
Aldersgruppene 18–29 år og 60 år og over skiller seg ut fra den generelle utviklingen. For aldersgruppen under 25 år har antall mottakere vært relativt stabil over tid. For gruppen 25–29 år har andelen mottakere i prosent av befolkningen gått ned siden innføringen av ordningen i 2010.

Unge og unge voksne på arbeidsavklaringspenger

Innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 medførte en betydelig økning i antallet unge som kommer inn på en midlertidig helserelatert ytelse uten å ha vært i jobb. I IA-avtalen for 2014–2018 står det i omtalen av delmål 2 at «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 2017 mottok 28 000 personer under 30 år arbeidsavklaringspenger. Tilsvarende antall i 2014 var 27 300, dvs. en økning på 700 personer i løpet av de siste tre årene. Utviklingen i tilgangen er imidlertid ikke ensartet innenfor denne aldersgruppen. Figur 6.9 viser tilgangen fordelt på tre undergrupper etter alder. Tilgangen vises som nye mottakere per år som andel av befolkningen i de aktuelle aldergruppene. Figuren viser at det var en økning i tilgangen for alle aldersgrupper mellom 2013 og 2015. Økningen var relativt størst i gruppen 18–19 år. I perioden 2015 til 2017 har det vært en nedgang i antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger for aldersgruppen 18–19 år, mens for de over 20 år har antallet og andelen nye mottakere i aldersgruppen holdt seg relativt stabilt.

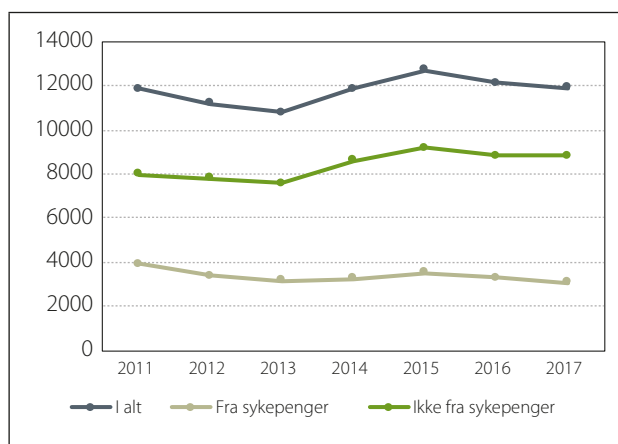
Figur 6.9 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger (årstall) som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper ved utgangen av året. 2011–2017. Prosent.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Fra 2013 til 2015 var det særlig i gruppen som ikke kommer fra sykepenger at antallet nye mottakere under 30 år økte, mens det kun var mindre endringer i gruppen som kommer fra sykepenger. Tilstrømmingen av unge mottakere som ikke kommer fra sykepenger har avtatt noe siden 2015. Figur 6.10 nedenfor illustrerer utviklingen.

Figur 6.10 Nye mottakere 18–29 år av arbeidsavklaringspenger 2011–2017. Totalt og fordelt på status to måneder før tilgang. Årstall.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Tilgangen av yngre mottakere uten rett til sykepenger må ses på bakgrunn av at denne gruppen ikke var så sterkt representert i de tre tidligere ordningene, dvs. før 2010. I Kann og Kristoffersen (2015) er det gjort en registeranalyse som avdekker at innføringen av arbeidsavklaringspenger i

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

2010 medførte en betydelig økning i antallet som kommer inn på en midlertidig helserelatert ytelse uten å ha vært i jobb. De peker på flere mulige årsaker til denne utviklingen: Tidligere kunne rehabiliteringspenger først gis etter at vedkommende hadde vært kontinuerlig arbeidsufør sammenhengende i 52 uker (karenstid). For å motta rehabiliteringspenger var det også et vilkår at helseproblemene var hovedårsaken til at arbeidsevnen var nedsatt. Ved innføringen av arbeidsavklaringspenger ble det innført et noe mindre strengt krav i loven – i det helseproblemene nå skulle være en vesentlig medvirkende årsak,³⁴ noe som kan ha medført at det i praksis har blitt lagt mindre vekt på rent helsemessige årsaker til at arbeidsevnen er nedsatt sammenlignet med tidligere. Arbeidsavklaringspenger kan også tilstås personer fra fylte 18 år, mens attføringspengene hadde en aldersgrense på 19 år. Disse forholdene kan ha bidratt til å åpne opp for nye grupper mottakere sammenlignet med de tidligere ytelsene, noe som særlig har gitt seg utslag innenfor de yngre aldersgruppene. Vi viser til nærmere omtale av denne analysen i vedlegget. Figur 6.10 viser at utviklingen i tilgangen på personer uten arbeidserfaring til ordningen med arbeidsavklaringspenger blant unge fortsatt holder seg høyt, men har holdt seg stabil de to siste årene.

Øvrig forskning

Det foreligger utover dette relativt lite forskning som kan belyse årsakene til utviklingen i tilgangen på ungdom som mottar arbeidsavklaringspenger. Imidlertid har Institutt for samfunnsforskning (ISF) nylig gjennomført en analyse av unge med nedsatt arbeidsevne. Denne gruppen overlapper i stor grad med gruppen som mottar arbeidsavklaringspenger og de tidligere midlertidige ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad (Cools, Hardoy og von Simson 2018). Forskjellen er at personer med nedsatt arbeidsevne, i tillegg til de med arbeidsavklaringspenger, også omfatter personer uten en helserelatert ytelse, men som har behov for spesielt tilrettelagt bistand som følge

av sosiale forhold, lese- og skrivevansker, mer begrensede helseutfordringer mv. De kan imidlertid motta annen stønad som økonomisk sosialhjelp, tiltakspenger, kvalifiseringsstønad o.l.

ISF har studert unge (18–29 år) som er registrert i NAV med statusen nedsatt arbeidsevne i perioden 2002–2016. De har for det første sett på hvilke faktorer som kjennetegner gruppen som blir registrert med nedsatt arbeidsevne og deretter fulgt gruppen over tid og sett hvordan det går med dem.

Analysen er basert på registerbaserte individdata fra SSB. Hver enkelt er fulgt over tid (paneldata). I tillegg er det benyttet data fra NAV og andre administrative datakilder. Unge med nedsatt arbeidsevne sammenlignes med unge som ikke har nedsatt arbeidsevne. Forskerne har benyttet regresjoner for å avdekke betydningen av enkelte variable når det kontrolleres for andre. Analysen har med utdanningsopplysninger, men mangler helseopplysninger.

Forskerne finner at overgangen til statusen nedsatt arbeidsevne blant unge ikke oppstår tilfeldig, men at gruppen skiller seg fra andre unge langs en rekke kjennetegn. Unge med nedsatt arbeidsevne er en klart negativt selektert gruppe:

- *Utdanning betyr mye:* Ikke-fullført videregående skole betyr stor økning i sannsynligheten for å få statusen. Det samme gjør NEET-status³⁵: Unge som har vært registrert med NEET har økt sannsynlighet for å bli registrert med nedsatt arbeidsevne. Ikke fullført videregående skole på normert tid øker sannsynligheten for utfallet fem ganger. NEET-erfaring øker utfallet seks ganger.
- *Inntekt betyr noe:* Tidligere inntekt og tidligere mottak av overføringer forklarer noe av sannsynligheten. Lav inntekt og mottak av overføringer gir økt sannsynlighet.
- *Ledighet:* Fra før vet vi at det kan være en gråsoner mellom ledighet og nedsatt arbeids-

³⁴ Dette er det samme årsakskravet som gjaldt for attføringspenger.

³⁵ NEET: Not in Education, Employment or Training

evne. Det som starter som et ledighetsproblem, kan også i noen grad medføre et helseproblem. Denne substitusjonen mellom arbeidsledighet og nedsatt arbeidsevne bekreftes også i denne analysen, men bare for de eldste i gruppen. Rapporten viser at for både kvinner og menn i siste halvdel av 20-årene er ungdomsledigheten i bostedskommunen sterkt korrelert med sannsynligheten for å bli registrert med nedsatt arbeidsevne.

- *Landbakgrunn:* Innvandringsbakgrunn betyr lavere sannsynlighet for å bli registrert med nedsatt arbeidsevne. Vi kan legge til at dette står i kontrast til registrert ledighet: Innvandrere er kraftig overrepresentert blant registrert ledige.
- *Foreldrenes situasjon og bakgrunn:* Foreldrenes situasjon og bakgrunn betyr mye for barnas sannsynlighet for å bli registret med nedsatt arbeidsevne. Unge med foreldre med *lav utdanning* har større sannsynlighet for å få statusen. Denne effekten er meget stor i dette materialet. *Lav inntekt* for foreldrene betyr økt sannsynlighet for å få statusen. Også denne effekten er stor. Dersom foreldrene mottar *overføringer*, framkommer samme samvariasjon.

Forskerne har også sett på hvilken aktivitet gruppen har mens de er registrert med nedsatt arbeidsevne. Det framkommer at om lag halvparten deltar på et arbeidsrettet tiltak én eller flere ganger. De øvrige mottar trolig medisinsk behandling og oppfølging, men dette er ikke kartlagt. Mange blir gående lenge med statusen *nedsatt arbeidsevne*. I gjennomsnitt går det 18 måneder fra personer blir registrert med nedsatt arbeidsevne til de starter opp på et arbeidsrettet tiltak. Det er små statistiske, observerbare forskjeller (personkjennetegn) mellom de som deltar på tiltak og de som ikke deltar på tiltak. Forskjellene er større mellom deltakere på ulike typer av tiltak. For eksempel er kvinner underrepresentert på tiltaket *lønnstilskudd*.

6.3.2 Overgang til arbeid fra arbeidsavklaringspenger

Veien fra mottak av ytelse til å bli selvforsørget gjennom arbeid, er en viktig del av delmål 2. For å måle utviklingen over tid 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 og ser på hvilken status vedkommende har et halvt år etterpå.

Innføringen av A-ordningen 1. januar 2015 medførte et brudd i statistikken for arbeidstakere, og kan ha ført til at man nå får registrert flere arbeidsforhold. 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 knytter seg derfor noe usikkerhet til effekten av dette statistikkbruddet.

Tabell 6.2 viser at den samlede overgangen til arbeid i perioden 2011–2017 har holdt seg på et relativt stabilt nivå. I 2014 falt andelen noe, samtidig som overgangen til uføretrygd økte. Dette skyldes at det i mars 2014 var fire år siden arbeidsavklaringspenger ble innført og at det var mange som passerte maksimalgrensen på fire år som mottakere av ordningen. Det ble derfor iverksatt en omfattende innsats ved NAV-kontorene for å få avklart denne gruppen. Dette var en spesielt stor gruppe fordi de var blitt konvertert fra de tre tidligere ytelsene til arbeidsavklaringspenger ved innføring av ordningen i 2010. Mange av disse mottok fortsatt ytelsen fire år senere. 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 helsesrelatert ytelse i lang tid, ble avklart til uføretrygd slik at avgangen var spesielt høy dette året.

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

Tabell 6.2 Status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføretrygd og annet. 2011 til 1. halvår 2017. Prosent.*

År	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Sum totalt til «arbeidsstyrken»	Nedsatt arbeidsevne	Avgang til uføretrygd	Annet	Samlet avgang fra AAP – antall personer
2011	22,8	21,2	2,6	46,6	12,8	29,5	11,0	59 060
2012	21,8	20,3	2,8	44,9	13,5	28,1	13,3	56 575
2013	24,7	19,6	3,1	47,4	13,0	26,7	12,9	54 474
2014	20,4	19,2	2,9	42,5	13,4	31,8	12,2	65 879
2015	20,6	22,5	2,2	45,3	11,3	32,6	11,0	57 942
2016	21,0	22,7	2,1	45,8	11,2	32,0	10,9	55 553
2017 ¹	20,8	23,6	2,0	46,4	10,8	33,5	9,3	27 989

* Registrering av overgang til arbeid er basert på koblinger mellom NAVs stønadsregistre og AA-registret og A-ordningen. NAVs versjon av registret fra A-ordningen er basert på samme datagrunnlag som benyttes til NAVs analyser av sykefraværutviklingen. Dette registret er ikke vasket mot inntektsdata. Dette innebærer at dataene omfatter noen flere arbeidstakere som bedrifter unnlater å rapportere om når de har sluttet. Samtidig får vi med færre som ifølge inntektsregisteret har vært i kortvarig arbeid i den aktuelle perioden. Trolig har dette begrenset effekt på nivåtallene over personer i arbeid.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Kann og Kristoffersen (2015) finner at overgangen til jobb blant de som avslutter en periode på midlertidige helserelaterte ytelser varierer med situasjonen på arbeidsmarkedet. Under 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.

I Cools, Hardoy og von Simson (2018) følger forskerne unge med nedsatt arbeidsevne i perioden 2002–2016, og finner følgende: 33 prosent kommer over i jobb, 15 prosent av gruppen går over til andre trygdeytelser, særlig uføretrygd, 12 prosent blir registrert ledige og 10 prosent går over til utdanning. Den resterende tredjedelen har ikke overganger ut av statusen eller er sensurert.

Dataene viser at den halvparten av gruppen som ikke deltar på et arbeidsrettet tiltak får raskere overganger til alle statuser, også jobb. Tilsvarende viser foreløpige data at den halvparten som ikke deltar på et arbeidsrettet tiltak har større overgang til jobb sammenlignet med den halvdelen som deltar på tiltak. Seleksjon er en viktig forklaring på ovennevnte.

Forskerne har også studert *effekter* av deltakelse på et arbeidsrettet tiltak. De har her forsøkt å korrigere for observerbar heterogenitet. Tiltaket *lønnstilskudd* har særlig stor overgang til jobb. Også tiltaket *opplæring* synes å virke etter hensikten. Den viktigste prediksjonen for overgang til jobb er å ha fullført videregående opplæring. Motsatt finner forskerne at deltakere på tiltakene *oppfølging* og *arbeidspraksis* får økt sannsynlighet for overgang til trygd etter tiltaksdeltakelse.

Tabell 6.3 viser fordeling av status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger i 2016 etter aldersgrupper.

Tabellen viser at avgangen til uføretrygd ligger høyest for de eldste aldersgruppene. Dette er naturlig fordi helseproblemene gjerne øker med alderen samtidig som mange av de eldste ofte har prøvd tilbakeføring til arbeid over lenger tid. Vi ser også at de yngste (18–29 år) har noe lavere overgang til arbeid og arbeidsstyrken enn gruppene fra 30–50 år. Dette motsvares av at mange av de yngre etter seks måneder fortsatt står registrert hos NAV med nedsatt arbeidsevne. Denne gruppen vet vi lite om.

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

Tabell 6.3 Status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger i 2016 etter aldersgrupper. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføretrygd og annet. Prosent.*

Alder	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Sum totalt til «arbeidsstyrken»	Nedsatt arbeidsevne	Avgang til uføretrygd	Annet	Samlet avgang fra AAP – antall personer
18-29	22,7	15,6	3,1	41,4	22,8	18,9	16,9	8 923
30-39	28,0	18,9	3,0	49,9	15,1	24,1	10,9	10 876
40-49	27,1	22,6	2,4	52,1	9,4	31,6	6,9	13 081
50-59	18,2	27,2	1,6	47,0	7,0	40,7	5,3	13 818
60-66	5,6	27,9	0,5	34,0	4,3	42,0	19,7	8 855
I alt	21,0	22,7	2,1	45,8	11,2	32,0	10,9	55 553

* Registrering av overgang til arbeid er basert på koblinger mellom NAVs stønadsregistre og AA-registret og A-ordningen. NAVs versjon av registret fra A-ordningen er basert på samme datagrunnlag som benyttes til NAVs analyser av sykefraværsutviklingen. Dette registret er ikke vasket mot inntektsdata. Dette innebærer at dataene omfatter noen flere arbeidstakere som bedrifter unnlater å rapportere om når de har sluttet. Samtidig får vi med færre som ifølge inntektsregisteret har vært i kortvarig arbeid i den aktuelle perioden. Trolig har dette begrenset effekt på nivåtallene over personer i arbeid.

Sutterud og Sørbø (2018) ser nærmere på gruppen som er registrert med nedsatt arbeidsevne hos NAV uten å motta arbeidsavklaringspenger. De finner at de som ikke mottar arbeidsavklaringspenger i større grad er under 30 år eller har passert 60 år enn de som mottar arbeidsavklaringspenger, og at andelen innvandrere er betydelig høyere. Videre finner de at fire av ti hadde mottatt arbeidsavklaringspenger tidligere, mens 17 prosent begynte å motta ytelsen i løpet av en 12-månedersperiode i etterkant. Dette indikerer at det er betydelige overganger (bevegelser) fra og til arbeidsavklaringspenger for gruppen som står registrert uten arbeidsavklaringspenger, men med nedsatt arbeidsevne.

De som blir stående uten stønad fra NAV vil fortsatt ha mulighet for å komme inn på arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne.³⁶ I Sørbø og Ytterborg (2015) fant man at ungdom under 30 år var overrepresentert blant de som fortsatt var på arbeidsavklaringspenger etter å ha mottatt ytelsen i fire år. En mulig forklaring på at unge ser ut til å motta arbeidsavkla-

ringspenger lenger enn andre grupper, kan henge sammen med at NAV i det lengste søker å unngå overgang til uføretrygd, og i stedet forlenger perioden på stønad for å prøve om det fortsatt er mulig at vedkommende kan komme i arbeid.

Når vi ser nærmere på den yngste gruppen, viser tabell 6.4 at overganger til «arbeidsstyrken» fortsatt holder seg på et relativt høyt nivå, men det er også mange som går ut av ytelsen samtidig som de blir stående registrert med nedsatt arbeidsevne. Samtidig har andelen med overgang til uføretrygd økt jevnt fra 2014. Dette skyldes at også mange blant de yngre gruppene fikk tilstått uføretrygd blant personer som gikk ut sin fireårsperiode fra 2014.

Hva påvirker overgangene?

Det foreligger en del forskning hvor man har forsøkt å forklare hvilke forhold som bidrar til økningen i andelen uten arbeidserfaring som kommer tidlig inn på arbeidsavklaringspenger og hvilke forhold som påvirker overganger fra arbeidsavklaringspenger til andre statuser. I Kann m.fl. (2016 b) vises det at overgangen til arbeid øker rett før varigheten for ytelsen går ut og at det trolig er store fylkesvise forskjeller i tidspunktene for disse overgangene. Dette kan ha sammenheng

³⁶ Ifølge NAVs registerbaserte statistikk er tilsammen 42 900 personer under 30 år registrert med nedsatt arbeidsevne ved utgangen av mars 2017. Av disse mottok 28 600 arbeidsavklaringspenger. Økningen i totalt antall med nedsatt arbeidsevne i denne aldersgruppen var på 600 personer siden mars i fjor.

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

Tabell 6.4 Status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger i 2017 for aldersgruppen 18-29 år. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføretrygd og annet. Prosent.*

Alder	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Sum totalt til «arbeidsstyrken»	Nedsatt arbeidsevne	Avgang til uføretrygd	Annet	Samlet avgang fra AAP – antall personer
2011	26,9	14,0	4,4	45,3	23,5	9,2	22,0	7 936
2012	23,3	11,7	4,6	39,6	25,7	9,5	25,1	8 273
2013	25,1	12,7	4,6	42,4	25,4	9,5	22,8	8 290
2014	21,6	12,6	3,8	38,0	26,0	15,4	20,6	9 098
2015	22,6	13,8	3,4	39,8	24,0	17,2	19,0	8 716
2016	22,7	15,6	3,1	41,4	22,8	18,9	16,9	8 923
2017**	23,2	17,8	3,1	44,1	21,4	21,9	12,6	4 344

* Registrering av overgang til arbeid er basert på koblinger mellom NAVs stønadsregistre og AA-registret og A-ordningen. NAVs versjon av registret fra A-ordningen er basert på samme datagrunnlag som benyttes til NAVs analyser av sykefraværsutviklingen. Dette registret er ikke vasket mot inntektsdata. Dette innebærer at dataene omfatter noen flere arbeidstakere som bedrifter unnlater å rapportere om når de har sluttet. Samtidig får vi med færre som ifølge inntektsregisteret har vært i kortvarig arbeid i den aktuelle perioden. Trolig har dette begrenset effekt på nivåtallene over personer i arbeid.

** Avgang i løpet av 1. halvår.

med at praktiseringen av oppfølgingsarbeidet varierer lokalt ved ulik bruk av intervensjoner som innkalling, gjennomføring av oppfølgingssamtaler, krav om deltakelse i tiltak etc. Analysen viser også at det er klare 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 og mottar ytelsene over lenger tid enn de som kommer fra sykepengene. Denne gruppen omfatter både yngre, men også andre grupper med svak tilknytning til arbeidsmarkedet.³⁷ Det er behov for å vite mer om forhold som påvirker disse overgangene, særlig knyttet til de unge. Analysene vi her viser til omfatter bl.a. ikke overganger fra ytelsesmottak til utdanning. Faggruppen har derfor foreslått at det gjennomføres et forskningsprosjekt som benytter et mer komplett sett med registerdata for å få belyst hvilke forhold og kjennetegn med individene det er som fører til mer varig utenforskap for ungdomsgruppen (Ungdom, NEET og utenforskap)³⁸.

37 I analysen er det er benyttet en konkurrerende-risikomodel med arbeid, uføretrygd og overganger til annet, som konkurrerende utfall.

38 SSB vil starte opp dette forskningsprosjektet i løpet av inneværende år.

Medikaliseringseffekten

I Kann og Sutterud (2017) er det foretatt en nærmere kartlegging av den historiske utviklingen i mottak av ulike ytelser under folketrygden fra tidlig på 90-tallet og fram til i dag. Denne viser at befolkningen under 30 år har hatt en større vekst i mottak av helserelaterte ytelser enn befolkningen for øvrig fra 2003 og fram til i dag. Denne utviklingen har eskalert i perioden 2013 til 2016. De peker på at dette enten kan skyldes at helsen er dårligere blant de unge, eller at ytelser med medisinske vilkår benyttes til å løse problemer som ikke nødvendigvis er medisinske, og heller ikke kan løses gjennom medisinsk behandling. Disse problemstillingene gis ulike forklaringer innenfor forskningen. Det blir bl.a. pekt på at lovverket er basert på medisinske diagnoser som inngangskriterium og at dette kan bidra til at sosiale problemer og arbeidsledighet lett blir «medikalisert». Med dette menes at både den enkelte og den enkeltes omgivelser i større grad får en forståelse av at den enkeltes situasjon og problemer innenfor flere livsområder har medisinske (individuelle) årsaksforhold som forventes å bli behandlet av helsevesenet. En diagnose og en langvarig helseytelse kan påvirke brukerens selvforståelse og omgivelsenes oppfatning av personen; «problemer på arbeidsmarkedet kan da lett

oversettes til å bli helseproblemer hos den enkelte» (Grødem, Nielsen og Strand 2014: 37).

Ved innføringen av arbeidsavklaringspenger ble det dessuten innført såkalte arbeidsevnevurderinger og at de som ønsker eller trenger bistand fra NAV fikk rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Dette kan ha påvirket både hvem som søker og hvem som får innvilget arbeidsavklaringspenger sett i forhold til de tidligere ordningene.

Frisch-senteret har gjennomført en effektundersøkelse som tyder på at det er lokale variasjoner i praktisering av ordningen, og at det også kan finne sted en «medikalisering» av sosiale problemer og arbeidsledighet, som kan svekke den enkeltes tilknytning til arbeidslivet (Schreiner 2016). Med utgangspunkt i registerdata for perioden 1990–2010 analyseres det om variasjon i strenghet mellom kommuner i forbindelse med vurdering av de medisinske vilkårene for tildeling av arbeidsavklaringspenger, har betydning for unge brukeres tilknytning til arbeidsmarkedet på et senere tidspunkt.

I analysen finner de at praktisering av lav inngangsterskel til ordningen (i mindre strenge kommuner) gir klare negative effekter på senere arbeidsmarkedstilknytning for mottakerne, sammenlignet med de som får dagpenger eller sosialhjelp (i strenge kommuner). Funnene tyder på at tildeling av arbeidsavklaringspenger i stedet for dagpenger og sosialhjelp generelt øker sannsynligheten for en svakere arbeidsmarkedstilknytning etter fem år. Dette avdekkes i form av en substansiell reduksjon i arbeidsinntekt og sysselsetting og en tilsvarende økning i mottak av trygdeytelser.³⁹ Disse funnene gjelder blant unge som befinner seg i gråsonen mellom problemer med arbeidsledighet og helseutfordringer, dvs. unge som ikke vil bli innvilget en helserelatert ytelse dersom inngangskriteriene praktiseres strengere.

³⁹ Å bli innvilget en midlertidig helserelatert ytelse, istedenfor dagpenger eller sosialhjelp, reduserer inntekten (utenom overføringer) tre år etter at man ble innvilget ytelsen. Sannsynligheten for å komme inn under NEET-gruppen, dvs. verken i utdanning eller arbeid, øker med rundt 30 prosentpoeng.

Analysen viser også at graden av strenghet i kommunene totalt sett er redusert i løpet av denne 20-årsperioden.

Denne typen analyser er imidlertid metodisk krevende. Det vil ofte være knyttet betydelige utfordringer ved å kombinere tverrsnitts- og tidsrekke-data over en så lang periode som er gjort i denne analysen. Det kan bl.a. være uobserverte endringer over tid i arbeidsmarkedet, folkehelsen, mv. som det ikke vil være mulig å kontrollere for.

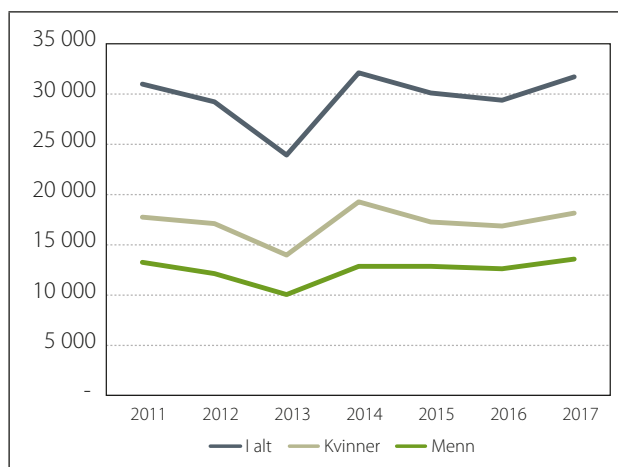
6.3.3 Uføretrygd – tilgang og omfang

Tilgang

Tilgangen av nye mottakere av uføretrygd sank fra 31 000 i 2011 til 23 900 i 2013, jf. figur 6.11. Den steg forholdsvis raskt slik at den var oppe i 32 000 allerede i 2014. Etter en nedgang i mot 2016, er tilgangen på nye mottakere i 2017 nesten oppe på nivået i 2014.

Tilgangen av nye mottakere av uføretrygd er høyere for kvinner enn for menn, men begge kjønn viser det samme mønsteret med redusert tilgang fra 2011 til 2013 med påfølgende økning i 2014 for så å avta noe videre frem til 2016. Tilgangen øker i 2017 for både kvinner og menn.

Figur 6.11 Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn. Antall personer per år. 2011–2017.

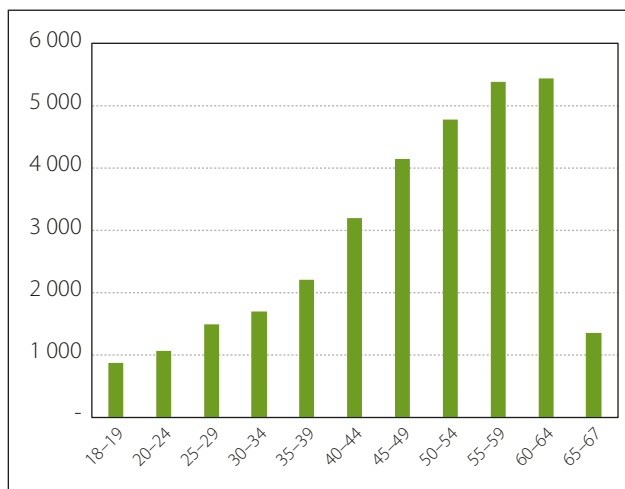


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tilgangen av nye mottakere av uføretrygd er høyere blant de eldre alderskategoriene enn blant de yngre, jf. figur 6.12. Den absolutte tilgangen er

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

Figur 6.12 Nye mottakere av uføretrygd etter aldersgrupper. Personer i løpet av 2017.

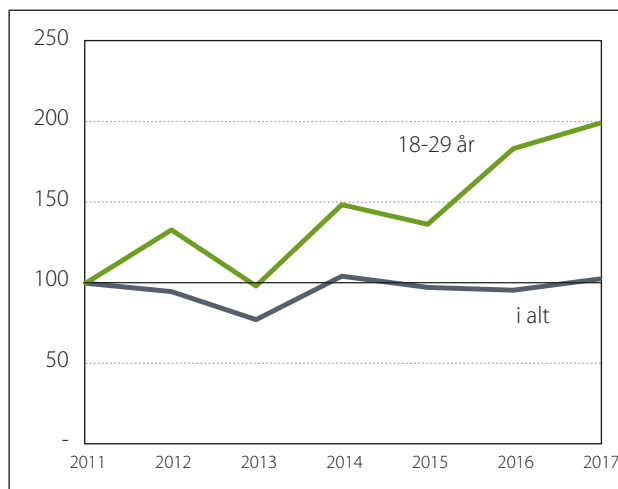


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

høyest for aldersgruppen 55–65 år og lavest for de under 40. Tilstrømmingen til uføretrygd, målt som andel av befolkningen i hver aldersgruppe, er også høyere blant eldre enn yngre aldersgrupper. Om lag 1,5 prosent av befolkningen i gruppen 60–67 år fikk innvilget uføretrygd hvert år i perioden 2011–2017, mens den tilsvarende andelen er om lag 0,3 prosent for aldersgruppen 18–29 år. At tilstrømmingen er høyere blant eldre kan skyldes at det er grunn til å anta at tilbøyeligheten til å søke uføretrygd øker med alderen, siden flere får svekket helse når de blir eldre.

Selv om tilgangen av nye mottakere av uføretrygd er høyere blant eldre alderskategorier enn blant yngre, er veksten i tilgangen betydelig høyere i aldersgruppen 18–29 år, jf. figur 6.13. Figuren viser at tilgangen av nye mottakere i denne aldersgruppen er 90 prosent høyere i 2017 enn den var i 2013. Den sterke veksten må ses i sam-

Figur 6.13 Nye mottakere av uføretrygd, indeksert utvikling for aldersgruppen 18-29 og alle aldersgrupper. 2011 lik 100.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

menheng med at det var mange som gikk ut av ordningen med arbeidsavklaringspenger i denne perioden. Totalt, for alle aldersgrupper, har det i samme periode vært en tilnærmet konstant årlig tilgang av nye mottakere av uføretrygd.

Hvor kommer de nye uføretrygdede fra?

Utviklingen i uføretrygd henger sammen med utviklingen i andre helserelaterte ytelser, spesielt arbeidsavklaringspenger, men også utviklingen i sykepenger. Tabell 6.5 gir en oversikt over hvilken status de nye mottakerne av uføretrygd i 2017 hadde i NAVs registre to måneder forut for innvilgelse av uføretrygd. De fleste nye uføretrygdede hadde en periode som mottaker av arbeidsavklaringspenger før de fikk innvilget uføretrygd (76,5 prosent). Den høye andelen som kom fra arbeidsavklaringspenger er i tråd med intensjonene om å avklare arbeidsevnen så godt som mulig før en uføretrygd innvilges. Andelen med overgang fra

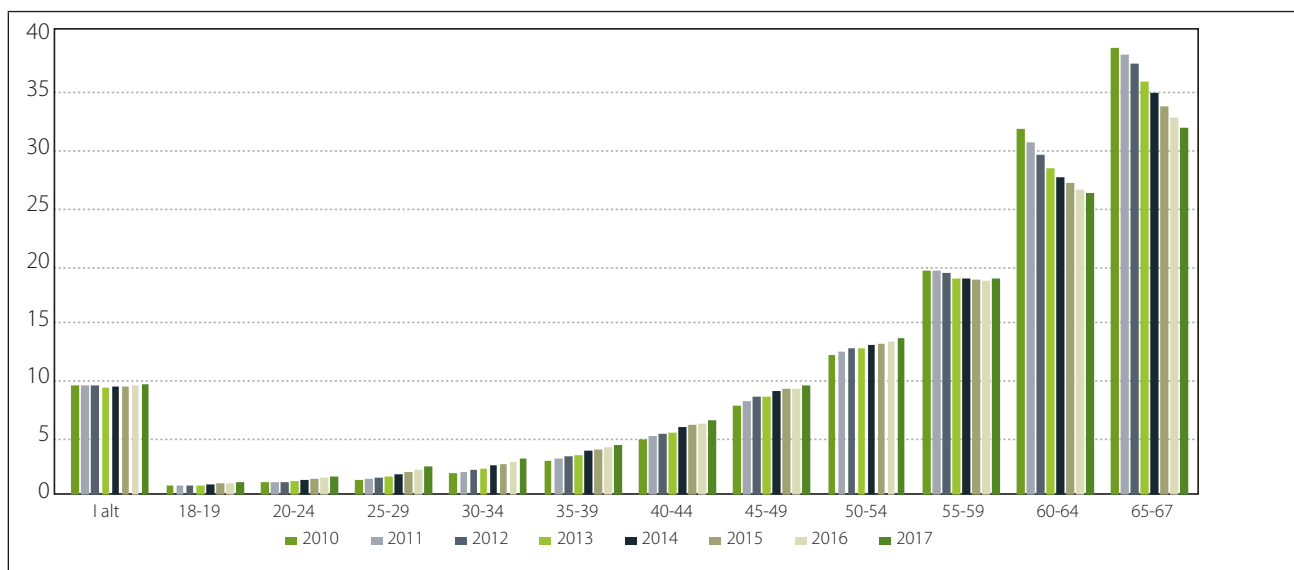
Tabell 6.5 Status forut for uføretrygd blant nye mottakere av uføretrygd i 2017 (18–67 år). Prosent.

	I alt	18–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65–66
Sykepenger	7,5	0,4	1,3	2,6	4,4	8,5	14,9	18,0
AAP	76,5	46,3	87,1	85,1	82,5	78,0	72,3	55,8
Arbeidssøker/nedsatt arbeidsevne	5,4	9,9	8,2	6,4	4,8	4,7	4,6	4,6
Uoppgitt	8,5	43,2	2,6	4,4	6,0	5,9	6,3	19,0

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

Figur 6.14 Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Utgangen av året, 2010-2017. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

arbeidsavklaringspenger avtar med økende alder. For de yngste (18–24 år) kan den lavere andelen som kom fra arbeidsavklaringspenger skyldes at denne gruppen i stor grad består av personer med alvorlige funksjonsnedsettelse og andre alvorlige sykdommer. For mange av disse er helseproblemene antagelig så alvorlige at arbeidsavklaring er lite aktuelt. Mange av disse kommer fra statusen uoppgitt i tabellen (43,2 prosent). Det er ikke vanlig for de yngste mottakere med overgang fra sykepenger (0,4 prosent).

7,5 prosent av de nye uføretrygdene kom rett fra sykepenger og vi ser at andelen øker relativt kraftig med høyere alder.

Omfang

I hele perioden 2010 til 2017 var det i underkant av 10 prosent av befolkningen som mottok uføretrygd, jf. figur 6.14. Det betyr at avgangen fra ordningen er om lag like stor som tilgangen. Det er betydelig større andeler blant eldre aldersgrupper enn blant de yngre som er mottakere av uføretrygd. Samtidig viser figuren at det i hele perioden 2010–2017 har vært en økning i andelen blant de unge, unge voksne og aldersgrupper helt opp til 55 år og at det har vært en nedgang i andelen som mottar uføretrygd for aldersgruppene over 55 år. Brage og Thune (2015) så på

utviklingen i antallet unge uføretrygdene 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 for denne gruppen er psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Forfatterne peker også på lavere spedbarnsdødelighet ved alvorlige medfødte sykdommer, lavere dødelighet blant for tidlig fødte og antagelig også framveksten av bedre velferdsordninger som viktige forklaringer. I aldersgruppen 25–29 år ser vi imidlertid et annet bilde med en sterk økning i psykiske lidelser.⁴⁰

Uføretrygd og arbeidsmiljø

Årsakene til uføretrygding er sammensatte, og påvirkes av sosiale, økonomiske, jobberelaterte og individuelle forhold, i tillegg til helsemessige faktorer. Mange forhold på arbeidsplassen er vist å ha betydning for utvikling av helseplager og kan ha betydning for om helseproblemene fører til uførhet. Det er ikke enkelt å anslå hvor stor andel av uføretrygdingen som er arbeidsrelatert. For det første er årsaksbildet ofte meget sammensatt. I tillegg finnes det fortsatt få undersøkelser som omhandler dette temaet. I en prospektiv norsk studie basert på Levekårsundersøkelsen (Sterud

40 Se nærmere beskrivelse av denne analysen i vedlegg 1.

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

2013) ble det imidlertid anslått at mekaniske og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet hadde en betydning for nærmere 45 prosent av dem som sluttet å jobbe på grunn av egne helseproblemer eller sykdom (arbeidsuførhet) i løpet av treårsperioden fra 2006 til 2009.

Avgang fra yrket grunnet helseproblemer kan være arbeidsrelatert enten fordi personen har problemer med å utføre arbeidet på grunn av sykdom, det vil si at vedkommende har «helse-relaterte arbeidsproblemer», eller fordi eksponeringer på jobb fører til sykdom, skade eller plager som innebærer at personen ikke kan arbeide. Også personens (og helsevesenets) oppfatning av arbeidsevne og jobbkrav kan ha betydning for den arbeidsrelaterte uføretrygdingen.

I et nylig gjennomført nordisk prosjekt er det foretatt en systematisk og kritisk gjennomgang av all litteratur på hvilke organisatoriske og psykologiske faktorer som påvirker risiko for frafall fra arbeidslivet (Knardahl m.fl. 2017). 39 studier med prospektivt design fra perioden 1996–2014 ble inkludert i gjennomgangen, som baserte seg på GRADE-metodikk. Nesten alle studier i dette feltet er observasjonsstudier, som på grunn av sitt forskningsdesign maksimalt vil kunne score til GRADE 3 som sterkeste evidens. Litteraturgjennomgangen gir sterk støtte til at arbeidsinnhold og arbeidsmiljø har betydning for risiko for uføretrygd. Man fant sterkest mulig evidens for at ansatte med lite kontroll over egen arbeidssituasjon, dvs. liten mulighet for å velge og styre sin egen arbeidshverdag, har økt risiko for å bli uføretrygdet. Man fant også at kombinasjonen av krevende arbeid og lite kontroll over arbeidssituasjonen øker risiko for uføretrygd, noe som styrker oppfatningen om at kontroll over eget arbeid er en faktor som har stor betydning for arbeidsevnen. I et arbeidsliv med høy endringstakt er det spesielt viktig å sørge for ansattes opplevelse av å ha kontroll. Kontroll over arbeidssituasjonen har vist seg meget viktig for helse, fravær og deltakelse i arbeidslivet. Litteraturgjennomgangen viser også at det er mye som tyder på («begrenset

evidens for») at nedbemanning, organisasjonsendringer, manglende kompetanseutvikling, ensidig repeterte arbeidsoppgaver, og manglende samsvar mellom belønning i forhold til innsatsen, øker risiko for uføretrygding.

6.4 Tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

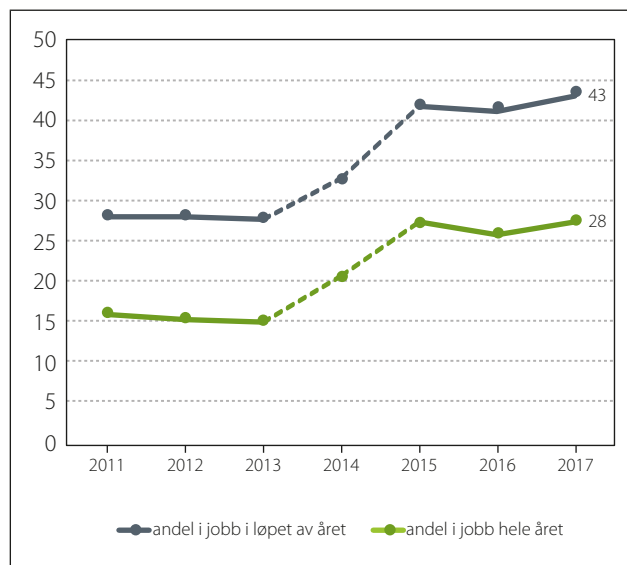
En del personer som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd har noe arbeid som supplement til trygden/ytelsen. Selv om overgang til arbeid uten supplerende trygd, ideelt sett, er det beste, så vil en økning av andelen personer som går fra yrkespassivitet til arbeid i kombinasjon med trygd også 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. Innføringen av A-ordningen i 2015 førte til et brudd i denne statistikken. Dette bidro til at flere arbeidsforhold ble registrert og dro dermed andelen i jobb opp både for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Man kan derfor ikke sammenligne tallene etter 2015 med årene før, men må heller se på utviklingen i årene før og årene etter hver for seg.

6.4.1 Arbeidsavklaringspenger kombinert med arbeid

Andelen mottakere som kombinerer arbeidsavklaringspenger med noe arbeid holdt seg stabil på rundt 28 prosent i årene 2011–2013. Andelen som hadde arbeid gjennom hele året var også relativt stabil (rundt 15 prosent) i årene 2011–2013. I 2015 ble A-ordningen innført, og vi får altså et brudd i statistikken. Bruddet påvirker også sysselsettingstallene i 4. kvartal 2014 og bidrar til å dra opp andelen i jobb også dette året. Fra 2015 til 2017 ser vi at andelen i jobb ligger stabilt på et høyere nivå enn før innføringen av A-ordningen. Vi ser dermed at andelen i jobb holdt seg stabil både i årene 2011–2013, og i årene 2015–2017 (figur 6.15).

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

Figur 6.15 Andel som kombinerer arbeidsavklaringspenger og arbeid. 2011–2017. Prosent.*



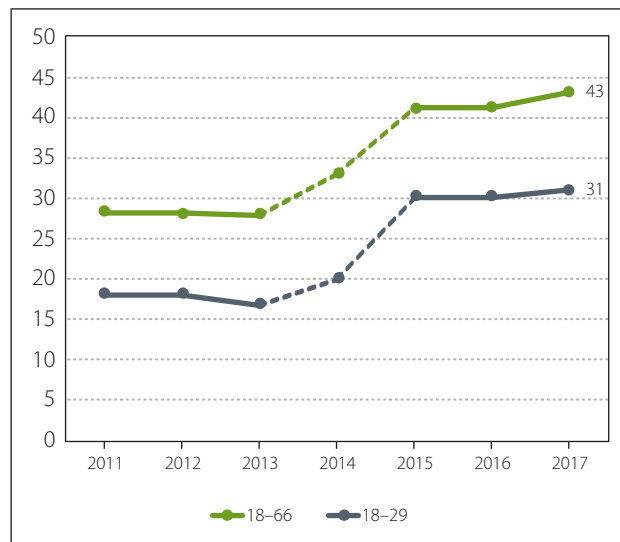
* På grunn av statistikkbruddet er kurvene stiplet for perioden 2013–2015.
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Det er flere kvinner enn menn som kombinerer arbeidsavklaringspenger med noe arbeidsinntekt. I 2017 var 48 prosent av kvinnene som mottok arbeidsavklaringspenger i arbeid i løpet av året, og 31,5 prosent i jobb hele året. For menn var tilsvarende andeler 36,4 og 22 prosent. Andelen som er i jobb i løpet av året har økt med to prosentpoeng fra 2015 til 2017 for både menn og kvinner. Dette skjedde etter et fall på ett prosentpoeng fra 2015 til 2016.

Unge 18–29 år

Ungdomsgruppen (18–29 år) har en lavere andel som kombinerer arbeidsavklaringspenger med arbeid enn andre i hele perioden. Drøyt 30 prosent av ungdommene med ytelsen kombinerte den med jobb i 2015–2017, mot 43 prosent for alle i alderen 18–66 år. Blant personer over 30 år mottok rundt 70 prosent sykepenger før de begynte 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 26 prosent fra sykepenger, mens mange kommer rett fra skole, arbeidsledighet eller sosialhjelp og har dermed mindre tilknytning til arbeidslivet.

Figur 6.16 Andelen som kombinerer arbeidsavklaringspenger og arbeid. Aldersgruppe 18–29 år og alle mottakere av arbeidsavklaringspenger. 2011–2017. Prosent*



* På grunn av statistikkbruddet er kurvene stiplet for perioden 2013–2015.
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

6.4.2 Uføretrygd kombinert med arbeid

Figur 6.17 viser andelen uføretrygdede som er i arbeid i årene 2011 til 2017. Figuren presenterer andelen uføretrygdede som er i arbeid på ett eller flere tidspunkter i løpet av året og andelen som er i arbeid gjennom hele året.

Andelen som kombinerer uføretrygd med arbeid ligger noe lavere enn for mottakerne av arbeidsavklaringspenger. Også for uføretrygdede ser vi at innføringen av A-ordningen ga et brudd i statistikken, og fører til at en høyere andel er registrert i jobb. I 2017 kombinerte 24 prosent uføretrygd med arbeid, og 18 prosent var i arbeid hele året. Det er vesentlig flere kvinner enn menn som kombinerer uføretrygd og arbeid. I 2017 var 20,3 prosent av uføretrygdede menn i arbeid deler av året, og 14,8 prosent i arbeid gjennom hele året. For kvinner var yrkesaktiviteten 26,5 for deler av året og 20,7 prosent for hele året. For begge kjønn var det en marginal økning i yrkesaktivitet fra 2016 til 2017.

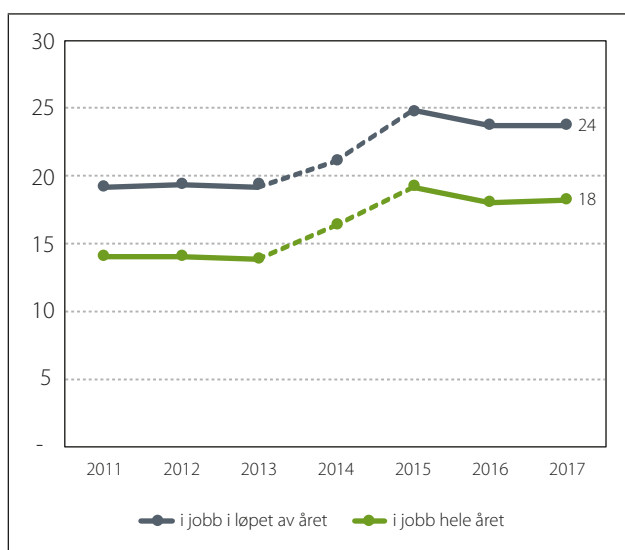
Det har skjedd store regelverksendringer for denne gruppen i perioden vi her ser på. I januar 2015 trådte ny uføretrygd i kraft. Denne innebar flere

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

endringer som vil kunne påvirke uføretrygdedes tilpasninger på arbeidsmarkedet. Det er ikke lenger et inntektstak på 1 G slik det var før reformen, og uføre kan nå jobbe så mye de ønsker uten å få satt ned uføregraden. Samtidig fikk de beholde en god del av trygden når de begynte å arbeide med en gradvis utfasing når arbeidsinntekten økte.

Vi viser til nærmere omtale av to forskningsprosjekter som har sett nærmere på effekter av uføre-reformen i kapittel 8.1.

Figur 6.17 Andel uføretrygdede i arbeid, 2011–2017. Prosent.



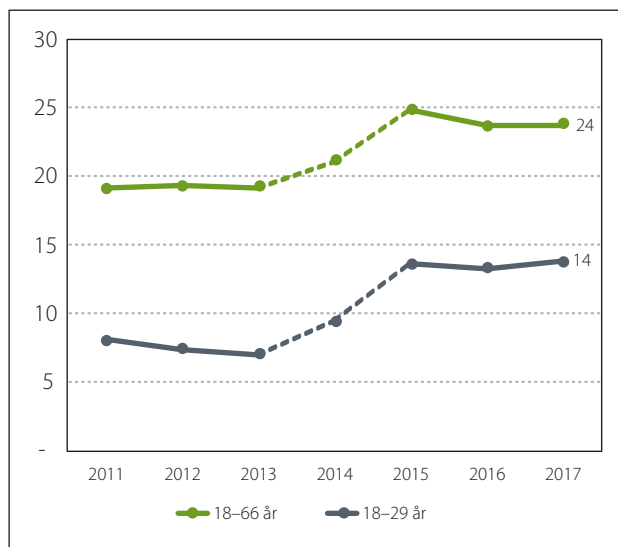
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Unge 18–29 år

I ungdomsgruppen er det ganske få som er i arbeid, sammenlignet med uføretrygdede generelt (se figur 6.18). 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 (Brage og Thune 2008).

I 2017 kombinerte 14 prosent av de uføre under 30 år uføretrygden med arbeid, mot 13 prosent i 2016 og 14 prosent i 2015. Også for denne gruppen har innføringen av A-ordningen gjort at flere arbeidsforhold fanges opp, men utviklingen fra 2015 til 2017 er stabil.

Figur 6.18 Andel uføretrygdede i arbeid 2011–2017 i aldersgruppen 18–29 år. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Som nevnt i fjorårets rapport fra faggruppen har innføring av A-ordningen bidratt til å avdekke betydelig høyere andel som kombinerer arbeidsavklaringspenger og uføretrygd med arbeid, enn det som tidligere ble kartlagt gjennom AA-registret. Faggruppen har imidlertid ikke holdepunkter for å vurdere om andelen mottakere med kombinasjon arbeid og trygd har endret seg over perioden. Det at nivået har ligget tilnærmet flatt i perioden 2015–2017, kan tyde på at den tilsynelatende økningen fra 2013 til 2015 skyldes omleggingen av datainnsamling.

6.5 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. Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør 43 prosent av befolkningen 15–66 år i 2016, mot 73 prosent for hele befolkningen. Når vi ser på utviklingen innenfor perioden, har det kun skjedd små endringer over tid og disse ligger stort sett innenfor feilmarginen.

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

Undersøkelsen viser også at sysselsettingsforskjellene mellom funksjonshemmede og den øvrige delen av befolkningen øker med økende alder. Allerede fra 40-års alder ser vi at sysselsettingen faller raskere blant funksjonshemmede sammenlignet med befolkningen forøvrig. Det er store forskjeller i andelen sysselsatte etter hvilken type funksjonshemming de har. Blant personer med sansetap (synshemming, hørselshemming) er 63 prosent sysselsatt, mot 26 prosent for de med psykiske lidelser.

Etter en svak økning i perioden fra 2013–2015 har det vært en svak nedgang i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger de to siste årene. Samtidig har totalt antall mottakere i forhold til befolkningen gått ned i perioden fra 2010–2017. Antall mottakere har gått ned for alle aldersgrupper. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring økte sterkt etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, men har holdt seg stabil og de siste par årene.

Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder har holdt seg nesten konstant i hele perioden 2010–2017.

Tilgangen til uføretrygd har variert betydelig over tid bl.a. som følge av endringer i regelverket for de midlertidige ytelsene. 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. Imidlertid har beholdningen av mottakere holdt seg relativt konstant i hele perioden 2010–2016. For mottakere under 30 år har imidlertid tilstrømmingen økt fra 2013 og fram til i dag. Dette må ses i sammenheng med at mange har gått ut av ordningen med arbeidsavklaringspenger i løpet av denne perioden.

Etter faggruppens vurdering viser både utviklingen i antall sysselsatte funksjonshemmede og utviklingen for ordningen med arbeidsavklaringspenger og overganger til arbeid og uføretrygd, samt andelen som kombinerer arbeid med mottak av en helsesrelatert ytelse, relativt små endringer de siste årene. Dette indikerer at vi fortsatt ikke har oppnådd avtalens delmål 2 om å hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne.

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 belyser vi 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 2017 viser at indikatoren «forventet yrkesaktivitet etter 50 år» økte med 0,2 årsverk fra 2016 til 2017. Samtidig viser endelige tall for 2016 at indikatoren endte 0,1 årsverk lavere enn tidligere beregnet. Indikatoren har økt med ett årsverk fra 2009, og delmål 3 i IA-avtalen er nådd ett år før avtaleperioden utløper.

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 bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, økt utdanningsnivå og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet. At andelen seniorer i befolkningen har økt mer enn for andre aldersgrupper, har også bidratt til at vi finner flere eldre i arbeidslivet enn tidligere. 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.

Seniorpolitiske tiltak som iverksettes i bedriftene 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 blant annet endringer i næringsstruktur og alderssammensetning. Endringer i tidlig frafall fra arbeidsstyrken vil også påvirke indikatoren for dette IA-målet.

7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år

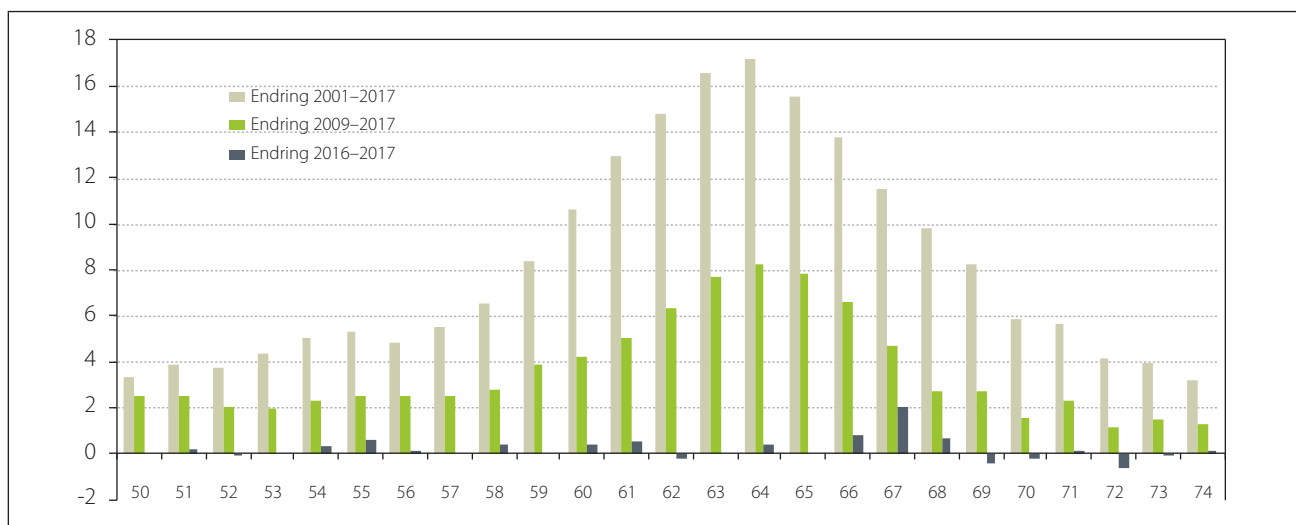
Økt sysselsetting blant personer over 50 år

Som vi har redegjort for i overordnet mål (kapittel 4) har sysselsettingsandelen blant seniorer økt markert gjennom hele IA-perioden, og utviklingen skiller seg positivt ut fra resten av befolkningen, jf. figur 4.1 B. Økningen har utslag i store deler av arbeidslivet, men er størst for de som har avtalefestet pensjon (AFP) i privat sektor.

For å belyse nærmere hvordan veksten er fordelt innenfor ulike aldersgrupper, har vi i figur 7.1 kartlagt sysselsettingsendringene innenfor ettårs aldersgrupper blant arbeidstakere innenfor hele IA-perioden, inneværende avtaleperiode og det siste året. Sysselsettingsveksten har vært sterkest i aldersgruppen 62–66 år. Blant 63- og 64-åringene er andelen i registrert arbeid hele 17 prosentpoeng høyere nå enn i 2001. Også i perioden etter 2009 observerer vi sterk vekst, særlig 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 (2017).

Fra 2016 til 2017 ser vi et mer blandet bilde med nedgang for noen alderstrinn og økning for andre, men samlet sett har det vært en svak økning i sysselsettingen i aldersgruppen 50–74 år. Den oljedrevne nedgangskonjunkturen fra slutten av 2014 bidro til at ledigheten økte vesentlig og klart mer for aldersgruppene 50–59 år og 60 år og over enn for yngre grupper. Mens ledigheten totalt sett begynte å falle tidlig i 2016, ble vendepunktet for de eldste gruppene først nådd mot slutten av året. For alle aldersgrupper har vi sett et bortimot kontinuerlig fall i ledigheten gjennom 2017 og så langt i 2018. Fra utgangen

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



* For perioden 2001–2014 gjelder endringstallene ved utgangen av året sammenlignet med samme periode året før. For 2015–2016 er brukt tall for 2. kvartal sammenlignet med samme periode året før.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

av 2016 til 2017 har antall helt arbeidsledige over 50 år gått ned med 12 prosent. NAVs tall viser imidlertid at langtidsledigheten fortsatt holder seg høy for eldre aldersgrupper, særlig de over 60 år.

Pensjonsreformen har gitt et skift oppover i sysselsettingsratene ved 62 år og over, med særlig store endringer fra årskullene 1947–1949. 1949-årskullet var 62 år i 2011 og det første kullet som fullt ut ble omfattet av pensjonsreformen. Utviklingen i 2017 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 ville bli gradvis uttømt for aldersgruppen 62–66 år, nå som 1949-kullet har passert 67 år. Til gjengjeld økte sysselsettingsraten for 67-åringene spesielt mye både i 2016 og 2017 og det har trolig sammenheng med reformen. Det gjenstår å se de nærmeste årene i hvilken grad effektene av reformen også vil forplante seg oppover til aldersgruppene over 67 år.

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. Endringene har så langt ikke blitt evaluert, og det

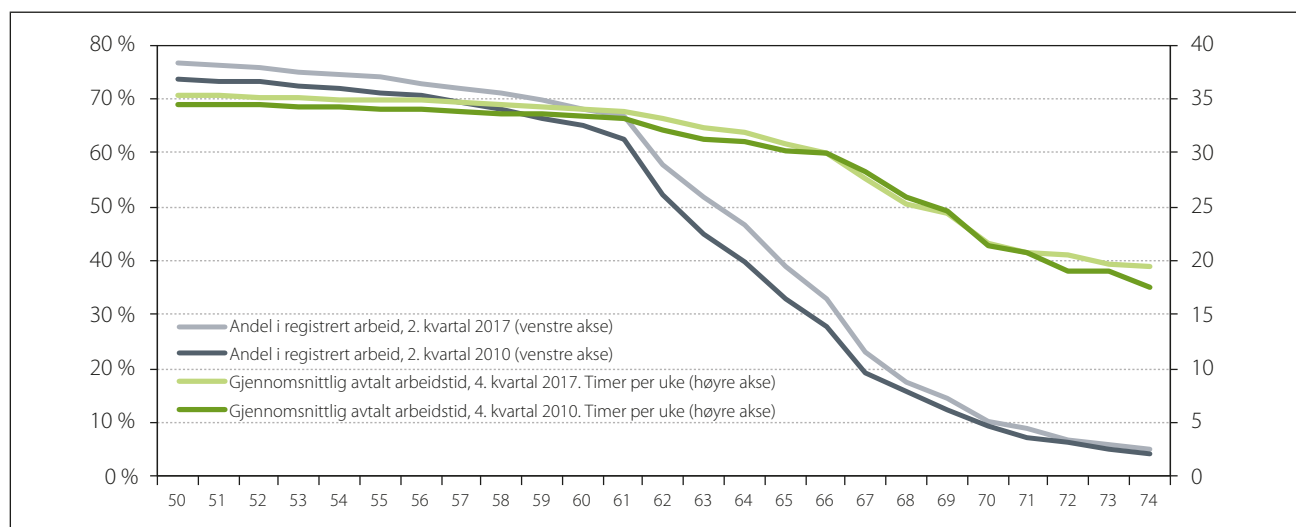
har ikke vært vesentlige endringer i sysselsettingsratene over 70 år etter 2015. Økningen til 72 år gjelder for øvrig bare privat sektor, og kun i bedrifter som ikke har fastsatt bedriftsintern aldersgrense. Som følge av overgangsordninger det første året etter innføringen er det trolig noe tidlig å vurdere effektene av disse endringene.

Til tross for den positive utviklingen for denne gruppen etter pensjonsreformen, både i arbeidstid og sysselsetting, viser tall for 2017 at andelen i arbeid fortsatt faller raskere med alderen i aldersgruppen 62–66 år enn for yngre aldersgrupper (figur 7.2). Det er fortsatt om lag én av fem yrkesaktive 61-åringene som trekker seg ut av arbeidslivet før de fyller 63 år. Nordby og Næsheim (2017) viser tidligavgang ved 62 år i 2016 etter næring, og sortert på høyt og lavt utdanningsnivå. Ser man på alle utdanningsnivåer samlet var tidligavgang mest vanlig innen bergverksdrift og utvinning, finansiering og forsikring samt informasjon og kommunikasjon. Lavest andel med avgang fra arbeidslivet ved 62 år finner vi i personlig tjenesteyting, eiendomsdrift/teknisk tjenesteyting samt jordbruk, skogbruk og fiske.

Sysselsettingen i aldersgruppen 50–74 år har økt både for menn og kvinner siden gjennomførin-

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

Figur 7.2 Andel av befolkningen i registrert arbeid, etter alder (venstre akse) og gjennomsnittlig avtalt arbeidstid i timer per uke (høyre akse). 2010 og 2017.*



* Figuren er basert på data fra AA-registeret/A-ordningen, dvs. at den kun omfatter arbeidstakere.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

gen av pensjonsreformen, men noe mer for menn i aldersgruppene 62–66 år og 67–74 år. For aldersgruppen 62–66 år er dette forventet ettersom det jobber flest menn i private AFP-bedrifter der økningen er sterkest.

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 pensjoneringstidspunktene, og at det er lettere for menn å jobbe utover 67 år ettersom mange har en ektefelle som er et par år yngre.

Forventet yrkesaktivitet etter 50 år

Målet i den forrige IA-avtalen for perioden 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.

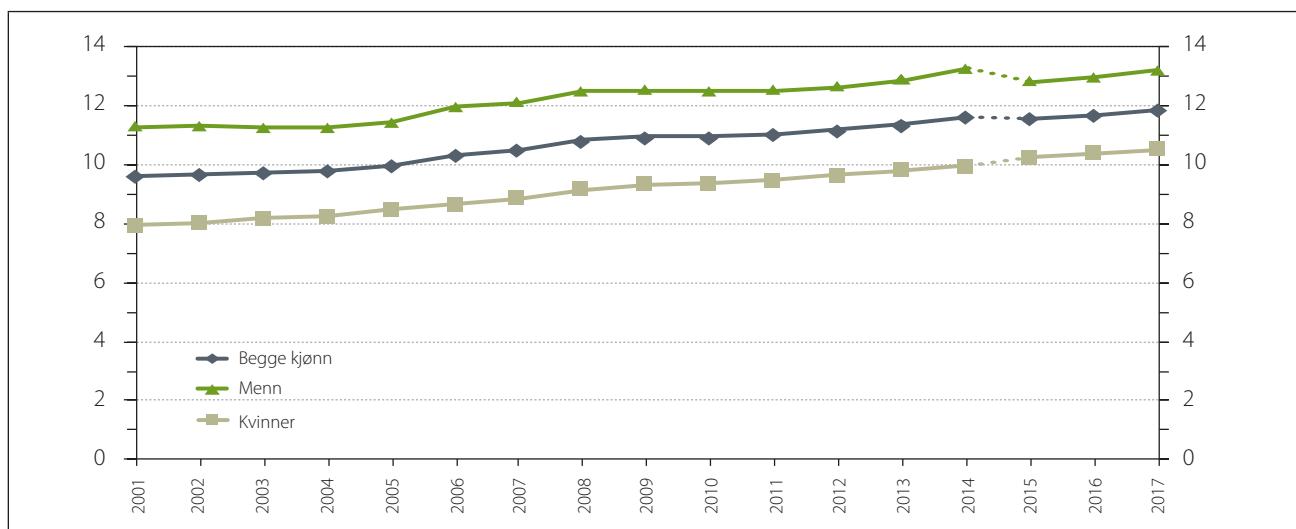
Utviklingen i måleindikatoren «forventet yrkesaktivitet etter 50 år» er vist i figur 7.3. Grunnlaget for beregningen av indikatoren er vist i faktaboks 7 under. I 2017 kunne en 50-åring forvente å ha 11,8 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Det er en økning på 2,3 årsverk fra 2001, en økning på ett årsverk fra 2009 og en økning på 0,2 årsverk fra 2016.⁴¹ Målet i den forrige IA-avtalen ble ikke fullt ut oppnådd i løpet av avtaleperioden, men først i 2014. De foreløpige tallene for 2017 innebærer at målet for inneværende avtaleperiode om å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med 12 måneder sammenliknet med nivået i 2009 innen 2018 er nådd ett år før avtaleperiodens utløp. En videre nedgang i arbeidsledigheten fra 2017 til 2018⁴² kan trekke i retning av en ytterligere økning i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet etter 50 år.

Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at en 50-åring i 2017 kunne forvente å tilbringe ytterligere 11,9 årsverk i heltidsarbeid. Dette gjelder som et gjennomsnitt for hele befolkningen –

41 Siden fjorårets rapport er indikatoren for 2016 nedjustert med 0,1 årsverk.

42 Statistisk sentralbyrå, Økonomisk utsyn over året 2017. Rapporter 2018/9.

Figur 7.3 Forventet gjenstående yrkesaktivitet etter 50 år. 2001–2017.. Foreløpige tall for 2017*. Årsverk



* Data om yrkesaktiviteten blant selvstendig næringsdrivende går bare til 2015, og det er for 2016 lagt til grunn at endringen i yrkesaktivitet er den samme for selvstendig næringsdrivende som for arbeidstakere.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

indikatoren er med andre ord ikke betinget på 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 arbeidsuførhet eller andre årsaker.

Nytt datagrunnlag om arbeidsforhold fra 2015 gir et brudd i tidsserien fra 2014 til 2015. Det er usikkert i hvilken retning dette bruddet trekker. Vi ser at forventet gjenstående yrkesaktivitet gikk ned for menn og økte for kvinner i 2015. Dette kan virke rimelig ettersom økt arbeidsledighet og langtidsledigheten spesielt, i større grad har rammet menn. Samtidig kan det tenkes at omleggingen av statistikken slår ut ulikt for kvinner og menn via for eksempel forskjeller i sektor- og næringssammensetning.

Figur 7.3 viser at forventet yrkesaktivitet etter 50 år er høyere for menn enn for kvinner. Kjønnforskjellen har variert noe over tid, blant annet fordi yrkesaktiviteten blant menn svinger mer med konjunktorene. Alt i alt har kjønnforskjellene i yrkesaktivitet etter 50 år blitt noe redusert fra 2001 til 2017. Den viktigste årsaken bak kjønnforskjellene er at kvinner i større grad enn menn jobber deltid. Samtidig er sysselsettingen fortsatt lavere for kvinner enn for menn.

Årsaker til veksten i sysselsettingen blant eldre

Det flere forklaringer til økningen i sysselsettingsandelen blant eldre de siste årene. Særlig viktig er at pensjonsreformen fra 2011 har gjort det mer gunstig å stå lenger i jobb. Jobbinsentivene har i størst grad blitt forbedret for arbeidstakere i privat sektor med rett til AFP. Hernæs m.fl. (2016) finner at fjerningen av avkorting av pensjonene mot arbeidsinntekt har ført til en sterk vekst i arbeidstilbudet for disse arbeidstakerne. Se nærmere drøfting under i avsnittet om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen.

En annen viktig forklaring er den langsiktige trenden hvor levealderen øker. Forskingen er ikke entydig når det gjelder sammenhengen mellom levealder og helse, men en litteraturgjennomgang referert til i Meld. St. 29 (2016–2017) tyder på at økt levealder både vil bety flere friske og flere syke leveår, og at tidspunktet for når funksjonelle begrensninger inntreffer vil bli utsatt.⁴³ Forventet levealder har i perioden 2001–2017 økt med 3,7 år, fra 78,9 til 82,6 år.

En tredje forklaring er en generasjonseffekt blant kvinner, der kvinner generelt sett er mer yrkesak-

43 Se Meld. St. 29 (2016-2017) boks nr. 11.4.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

tive enn for noen tiår siden, og at nye kohorter som passerer 50 år gradvis bidrar til økt andel sysselsatte for eldre. Denne effekten er trolig i ferd med å avta, men gjelder fortsatt for de eldste kvinnene.

Sysselsettingen blant seniorer øker med utdanningsnivået. Dette er nærmere kartlagt i Nordby

og Næsheim (2017). En fjerde forklaring til sysselsettingsøkingen 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 konjunktuelle

Boks 7: Indikatorer delmål 3

Forventet yrkesaktivitet

Med begrepet *forventet yrkesaktivitet* menes antall årsverk en person i en gitt alder kan regne med å bidra i arbeidslivet dersom sysselsettingsratene og levealderen i befolkningen holder seg konstant framover. Fra og med 2009 har delmål 3 i IA-avtalen vært å forlenge forventet yrkesaktivitet for personer som er 50 år og eldre.

Grunnlaget for beregningen:

Beregningen av denne indikatoren tar utgangspunkt i sysselsettingsdata for befolkningen (både sysselsatte og ikke-sysselsatte). Det benyttes data om registrerte arbeidstakere fra Aa-registeret (til og med 2014) og A-ordningen (fra og med 2015) og skattedata om inntekter blant selvstendig næringsdrivende. Det foreligger ikke data om antall arbeidede timer blant selvstendig næringsdrivende, men dette er anslått ut fra aggregerte data fra Arbeidskraftundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå.

Forventet tid i arbeid regnes i hele årsverk. Beregningene tar utgangspunkt i observerte stillingsandeler for hver person slik at stillingsandelen for personer som ikke er i arbeid settes lik null, mens personer som f.eks. jobber 50 prosent i et år bidrar med et halvt årsverk.

Indikatoren omfatter med andre ord hele befolkningen som er 50 år og eldre, både de som er sysselsatt og de som ikke er sysselsatt, inklusive de som ikke har vært i arbeid etter at de fylte 50 år.

Beregningen:

For hver 1-årig aldersgruppe beregnes sannsynligheten for å overleve fra 50 år til den gitte alderen, basert på dødelighetsstatistikk for året. Forventet tid i arbeid for hver 1-årig alder blir deretter bereg-

net ved å multiplisere overlevelsessannsynligheten ved gitt alder med den gjennomsnittlige stillingsandelen ved samme alder. Gjennomsnittlig stillingsandel beregnes da for hele befolkningen, inklusiv de som er utenfor arbeid. Gjennomsnittlig sannsynlighet for å være i live det året man er 50 år, gitt at man var i live akkurat ved fylte 50 år, var for eksempel 99,91 prosent i 2017. Gjennomsnittlig stillingsandel i befolkningen ved 50 år var 78,6 prosent. Forventet tid i arbeid akkurat i det 50. året er da 0,779 årsverk. Tilsvarende beregning gjøres for alle 1-årige aldre over 50 år.

Indikatoren *forventet yrkesaktivitet ved 50 år i 2017* beregnes deretter ved å summere forventet tid i arbeid – for hver 1-årige aldersgruppe i befolkningen som er 50 år og eldre¹.

Beregningen tilsvarende metodikken som benyttes ved beregning av forventet levealder.

Betydningen av innføring av nye sysselsettingsdata fra A-ordningen:

Før 2014 skulle bare arbeidsforhold med forventet varighet over 7 dager og/eller avtalt arbeidstid på over 4 timer per uke registreres. Fra 2015, etter innføringen av A-ordningen, er det i praksis ingen slik grense. Samtidig har rutineene for å rapportere inn arbeidsforhold endret seg fra at bedrifter bare skulle rapportere om endringer til at de skal innrapportere alle ansatte hver måned. Disse endringene har ført til at det sjeldnere forekommer at bedrifter unnlater å rapportere om ansatte som slutter. Endringene medfører at tall før og etter 2015 ikke er helt sammenlignbare.

¹ Summeringen foretas i praksis bare opp til 95 år, men det er uansett knapt noen som er i arbeid over denne alderen.

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 og at dette kan ha bidratt til å avdemppe denne effekten.

Dahl og Lien (2013) viser at i de private AFP-virk-somhetene, der reformen har hatt størst effekt, er det de med kortest utdanning som i størst grad har økt sin avgangsalder etter reformen. Fortsatt er det likevel de med lengst utdanning som står lengst i jobb også i disse virksomhetene. Nordby og Næsheim (2017) konkluderer også med at seniorsyssetningen har økt mest fra 2008–2016 for grunnskoleutdannede og minst for høyt utdannede. Dette viser at arbeidsinsentivene i reformen har virket, og at effektene har vært størst for grupper som har hatt lavt sysselsetningsnivå 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).⁴⁴

En femte forklaring kan være holdningsendringer 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. Ifølge Midtsundstad (2015) har omfanget av seniortiltak økt betydelig fra at 27 prosent av arbeidstakerne i 2005 var omfattet til 60 prosent i

2013.⁴⁵ Det må ses i sammenheng med IA-avtalen, og ikke minst kravet som kom i 2006, om at alle IA-virksomheter skulle ha en seniorpolitikk. Seniorpolitisk barometer (Senter for seniorpolitikk) tyder på at utviklingen kan ha flatet ut de siste årene.⁴⁶ Det finnes få robuste effektanalyser av enkelttiltak innenfor seniorpolitikk, og det som finnes av forskning viser noe sprikende funn.

I tillegg er det grunn til å anta at den økende andelen 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.

7.2 Nærmere om sysselsetningsvirkninger 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. 2016, Nordby og Næsheim 2017 og Pensjonspolitisk arbeidsgruppe 2017).

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

- Nøytrale uttaksregler⁴⁷ gir høyere alderspensjon ved utsatt pensjonering.
- Alderspensjonen kan fritt kombineres med arbeid fra 62 år uten at pensjonen blir redusert.

⁴⁵ Dette er basert på en spørreundersøkelse gjennomført i 2005, 2010 og 2013 der virksomhetene ble spurt om de hadde særskilte tiltak/ordninger for å få eldre arbeidstakere (62+) til å stå lenger i arbeid. Seniorpolitiske tiltak er ofte knyttet til bedriftenes HMS-arbeid og omfatter bl.a. tilrettelegging/ending av oppgaver, endring av arbeidstidsordninger (bl.a. skift-ordninger) økonomiske insentiver/avlønning etc. som kan fremme sysselsetting av eldre arbeidstakere.

⁴⁶ Dette er basert på en spørreundersøkelse i perioden 2008 – 2017 der bedriftsledere er spurt om hvorvidt virksomheten har lagt til rette for seniorer til å stå lenger i jobben.

⁴⁷ Nøytrale uttaksregler innebærer at den enkelte kan forvente om lag samme samlede pensjonsutbetaling over livsløpet uansett valg av uttakstidspunkt.

⁴⁴ 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.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

- Nye skatteregler fra 2011 gjør det gunstigere enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

Syssetningen 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 (2018) viser at yrkesinntekten blant 64-åringene i private AFP-virksomheter som andel av yrkesinntekten de hadde ved 61 år, har økt fra 50 prosent for 1944-kullet til 64 prosent for 1952-kullet. Økningen utgjør hele 14 prosentpoeng og indikerer at sysselsettingen blant 64-åringene i privat sektor har økt betydelig etter reformen. I offentlig sektor er økningen på 5 prosent, mens private virksomheter uten AFP-avtale har hatt en reduksjon på 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. (2016) bekrefter at det er en sterk økning i sysselsettingen for ansatte i private AFP-virksomheter pga. pensjonsreformen. For arbeidstakerne i private bedrifter uten AFP-ordning finner Hernæs m.fl. (2016) en svak negativ virkning av pensjonsreformen på andelen i jobb ved 63 år.

Hernæs m.fl. (2016) 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 trådte gradvis i kraft fra 2016, da de første som ble omfattet av reglene kunne 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 effekt 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 rundt 57 prosent i perioden 2008–2010 til om lag 71 prosent i desember 2017. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

57 prosent av de under 67 år som hadde tatt ut alderspensjon, jobbet ved siden av pensjonen i desember 2017. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte fra 40 prosent ved utgangen av

2010 til 46 prosent ved utgangen av 2017 (selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert i disse tallene). Dette var en klart sterkere sysselsettingsvekst enn for befolkningen mellom 18 og 66 år.

Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2018) 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. Yrkesinntekten ved 65 år som andel av yrkesinntekten ved 61 år har økt mest for yrkesgruppene håndverkere og prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere m.v. når vi sammenligner årskullene 1947 og 1951.

7.3 Arbeidsmiljø og frafall fra arbeidslivet

Tidlig pensjonering er for noen et frivillig valg, mens det for andre er en beslutning som tas fordi svekket helse i form av økte plager og sykdommer, redusert muskelstyrke m.v. gjør at man ikke kan fortsette å være i arbeid. Tidlig frafall av eldre arbeidstakere fra ulike yrker kan si noe om hvor behovet for tilrettelegging og potensialet for forebygging er størst for å bidra til økt 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 de ulike yrkene, og høyest avgang er det fra yrker uten krav til utdanning, deretter følger operatører, bønder/fiskere o.l., salgs- og serviceyrker og kontoryrker. (STAMI 2018).

For eldre arbeidstakere med aldersbetingede helseplager kan dårlige arbeidsforhold føre til økt nivå av helseplager som kan 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 risikoen for tidlig pensjonering og uførhet (Blekesaune og Solem 2005). 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. 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 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 på grunn 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).

Et nytt nordisk samarbeidsprosjekt, representert i Norge av STAMI og FAFO, har studert arbeidsmiljøets betydning for arbeidsdeltakelse blant eldre arbeidstakere (Midtsundstad m.fl. 2017, Poulsen m.fl. 2017). I de fleste tilfeller er avgjørelsen om å pensjonere seg eller fortsette å arbeide resultat av et samspill mellom arbeidsmiljøet og en rekke andre faktorer på ulike nivåer, slik som blant annet individuell helse, privatøkonomi, arbeidsmarkedsforhold og hvordan pensjons- og trygdesystemet ser ut. Arbeidsmiljøet er sjelden den eneste årsaken til tidligpensjonering. Det etter-

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

lyses mer kunnskap om effekten av andre arbeidsrelaterte faktorer for frivillig førtidspensjonering (for eksempel lav jobbtilfredshet og motivasjon).

7.4 Endrede holdninger til eldre i arbeidslivet

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 ca. 1 000 personer over 15 år samt 600 bedrifter og 150 statlige og kommunale virksomheter. Det er Ipsos MMI som gjennomfører undersøkelsen på oppdrag av Senter for seniorpolitikk. Siste undersøkelse ble gjennomført høsten 2016, Senter for seniorpolitikk (2017).

Resultatene fra undersøkelsen viser at holdningene til eldre i arbeidslivet over mange år, har endret seg i positiv retning, både blant arbeidstakere og ledere. Dette har bl.a. gitt seg utslag i følgende utvikling:

- Andelen eldre arbeidstakere som svarer at de mestrer sine arbeidsoppgaver har økt over tid, og andelen som svarer positivt er også høyere enn blant yngre arbeidstakere. Nær 2 av 3 arbeidstakere over 60 år svarer de mestrer arbeidsoppgavene sine meget godt. I siste undersøkelse har også aldersgruppen 50–59 år nådd samme nivå.
- Andelen eldre arbeidstakere som i liten eller ingen grad gis muligheten til å lære nye ting eller få nye oppgaver, har vært fallende over tid. Kun 1 av 10 arbeidstakere over 60 år svarer at de i liten grad eller slett ikke gis muligheten til å lære nye ting. Det samme gjelder arbeidstakere i aldersgruppen 50–59 år.
- Et stort flertall av arbeidsgiverne (8 av 10) svarer at eldre over 60 år har arbeidsprestasjo-

ner på linje med yngre grupper. Her er det ikke mulig å vurdere utviklingen over tid ettersom samme spørsmål ikke er stilt tidligere.

- Ønsket alder for arbeidstakernes fratredelse har økt over tid. Arbeidstakerne oppgir en ønsket avgangsalder på 66,1 år i 2016, mot 61,0 år i 2003. Arbeidsgivernes oppfatning av ved hvilken alder ansatte regnes som «eldre i arbeidslivet», har økt fra 52 år i 2003 til ca. 56 år i 2016.

Imidlertid viser undersøkelsen de siste årene at arbeidsgiverne er noe mer forbeholdne enn tidligere til å ansette eldre og seniorer. Selv om vi ikke har observert noen bedring i resultatene i 2017-undersøkelsen, kan dette 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 «... nedgangskonjunkturen 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.

Resultatene må ses på bakgrunn av at det er knyttet visse metodiske svakheter til denne typen undersøkelser. Undersøkelsen rettet mot ledere er ikke vektet med antall ansatte hver leder har; store og små bedrifter vektlegges altså likt. Lederne er derfor skjevt representert i forhold til størrelsen på arbeidsmarkedet/sysselsettingen. I tillegg har populasjonen av ansatte endret seg over tid ved at andelen eldre som svarer på spørsmålene har økt, og at en større andel av disse har jobber med mindre fysiske belastninger og mekaniske eksponeringer, dvs. at endret seleksjon kan gjøre at flere reelt opplever at muligheten for å stå lenge i arbeid er bedre enn det var i 2003.

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Det foreligger lite forskning som dokumenterer eventuelle kausale effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen på en pålitelig måte. Sentrale forskere som har oppsummert kunnskapsstatusen på feltet, har konkludert med at de fleste beslutninger om IA-tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om hvorvidt tiltakene faktisk virker. Selv om det foreligger en rekke evalueringer, er det også faggruppens vurdering at politikktiltakene på feltet i langt større grad bør baseres på en mer skrittvis innføring av nye tiltak basert på randomiserte kontrollerte studier. Dette vil kreve en styrket kultur for systematisk utprøving av tiltak gjennom bruk av kontrollerte forsøk når tiltak skal initieres og senere implementeres. Gevinstene av å iverksette tiltak som faktisk virker, vil imidlertid kunne bli betydelige for den yrkesaktive befolkningens helse og sykefravær, og dermed for den norske økonomien.

Flere forskere mener at gradering reduserer sykefraværet, og andre forskningsprosjekter viser at tettere oppfølging og mer konsekvent praktisering av lovkravene kan føre til at flere raskere vender tilbake til arbeid. Vi vet ellers lite om effekter av ulike tiltak knyttet til delmål 1. Vi vet også lite om effekter for delmål 2. En studie finner at det ligger en arbeidskraftreserve hos mange uføretrygdede som kan utløses ved gode insentivordninger. Når det gjelder delmål 3 viser flere studier at endringene som følge av pensjonsreformen har vært viktig for sysselsettingen blant de eldre. Effekter av andre IA-tiltak mot eldre vet vi svært lite om. Det mangler også kunnskap om hvordan IA-virksomheter konkret prioriterer det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og likeledes om hvordan arbeidsmiljøutviklingen i slike virksomheter har vært over tid. Dette er en alvorlig kunnskapsmangel, gitt det tiltagende økte fokuset som arbeidsmiljøforhold er gitt i IA-avtalene over tid.

I tråd med et tilleggsoppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet oppsummerer faggruppen i dette

kapittelet tilgjengelig kunnskap om bruk og effekt av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. I 2018 er det bevilget om lag 390 millioner kroner til driften av arbeidslivssentrene og om lag 330 millioner til forbyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Ved utgangen av 2017 er det registrert nær 60 000 IA-virksomheter med til sammen nær 1 600 000 sysselsatte, noe som utgjør nær 30 prosent av norske virksomheter og nær 60 prosent av alle sysselsatte.

Så å si alle evalueringene av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet er basert på innhenting av data gjennom ulike intervjuundersøkelser, og det eksisterer i svært liten grad evidensbasert forskning på effekter av disse tiltakene. Etter faggruppens oppfatning er det svært viktig at det framskaffes bedre dokumentasjon på bruken og effekten av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet.

8.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Faggruppen har gjennom sitt arbeid siden 2010 sett på mulige effekter av tiltak knyttet til de tre delmålene. Kapittel 8.1 oppsummerer kunnskapen om de økonomiske og administrative konsekvensene av virkemiddelbruken i IA-avtalen som faggruppen har ervervet.

Det foreligger lite forskning om effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen. I 2013 ble det avholdt et forskermøte som bl.a. skulle oppsummere kunnskap på feltet i Norge og internasjonalt, samt peke på alternativer for å frambringe mer kunnskap. Forskermøtet skulle vurdere effekter av de ulike tiltakene som var iverksatt gjennom hele IA-perioden fra 2001 til 2012. Temaene for møtet ble avgrenset til noen av de mest konkrete og målbare tilta-

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

kene som var gjennomført⁴⁸, i hovedsak knyttet til å redusere sykefraværet. Folkehelseinstituttet ved Arnstein Mykletun var ansvarlig for å gjennomføre og oppsummere møtet i en rapport (Brinchmann og Mykletun 2013). Nedenfor følger noen hovedkonklusjoner fra oppsummeringen:

- Møtet konkluderte med at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert sykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet. Det var imidlertid mer usikkerhet i møtet om hvor sterk denne effekten av gradert sykefravær på det totale sykefraværet er.
- Det er generelt lite kunnskap om uønskede effekter av gradert sykmelding. Kostnader og gevinster for bedriftene er generelt ukjente, men må ses i sammenheng med kostnader og gevinster for samfunnet og for den enkelte sykmeldte.
- 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) finnes det lite kunnskap om effekter.
- Det er gode forutsetninger for effektevaluering av tiltak i IA-avtalen i Norge. Det finnes gode registerdata, disse kan kobles, og det finnes kompetente forskningsmiljø og relevante forskningsprogram. Likevel er det påfallende lite kunnskap om effekter av tiltakene i IA-avtalen.
- 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. Dette vil kunne

gi kunnskap om tiltakets effekt før dette implementeres nasjonalt.

Etter dette møtet er det publisert noen rapporter som belyser effekter av virkemiddelbruken i IA-avtalen. Nedenfor omtales disse.

Delmål 1: Effekter av tiltak, endringer i regelverk og praksis

Effekter av skjerpede aktivitetskrav og tettere oppfølging

Markussen m.fl. (2014) foretok en effektanalyse av det såkalte dialogmøte 2 som NAV gjennomfører med den sykmeldte og arbeidsgiver etter et halvt års sykmeldingsperiode. Analysen konkluderer med at møtet har en positiv effekt på retur til arbeid. Kann m.fl. (2014) foretok en effektanalyse av Hedmarksprosjektet hvor det ble 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 klarere rutiner overfor leger, arbeidsgivere og befolkningen om NAVs forsterkede håndheving av aktivitetskravet. En oppfølgende analyse av Nossen og Brage (2015) peker på at nettopp denne samlede satsingen på å styrke sykefraværsoppfølgingen var viktig, 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 gitt NAV-kontorene i Hedmark bedre kunnskap om de langtidssykmeldte, og dermed bidratt til bedre kvalitet på oppfølgingen i det videre sykefraværsforløpet.

Disse forskningsprosjektene viser at tettere oppfølging og mer konsekvent praktisering av lovkravene kan føre til at flere raskere vender tilbake til arbeid. I tillegg viser en analyse av Kann m.fl. (2015) at tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger falt etter tiltaket i Hedmark.

Disse prosjektene er gitt en bredere omtale i tidligere rapporter, som gjengis i vedlegg 1.

48 Disse tiltakene var: 1) Endret oppfølgingsregime, herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner, 2) Økt vektlegging av gradert sykmelding, 3) Endring av sykmelders rolle, herunder opplæring, tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis og faglige veiledere, 4) Tilretteleggingstilskuddet, herunder tilskudd til bedriftshelsetjenesten og 5) Raskere tilbake.

For å belyse kausale effekter utnytter disse studiene 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.

På bakgrunn av erfaringene fra disse prosjektene, iverksatte Arbeids- og velferdsdirektoratet kompetansetiltak og implementeringsaktiviteter for at rutineene 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.

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 har gjennomført en systematisk implementering av modellen i tre andre fylker (Rogaland, Aust-Agder og Buskerud). Her ble enkeltsaker behandlet etter Hedmarksmodellen i perioden fra september 2015 til august 2016. Formålet var å teste ut modellen i flere fylker, for å se om en kan gjenskape resultatene fra Hedmark og høste erfaringer som bidrar til etatens tjenesteutvikling.

Sluttevalueringen av forsøket er ferdigstilt. Proba hadde ansvaret for en kvalitativ følgeevaluering, der fokuset var å undersøke om modellen fører til endringer i praksis blant aktørene i sykefraværsarbeidet. Arbeids- og velferdsdirektoratet hadde ansvaret for en kvantitativ analyse av effekten av innføringen av modellen, dvs. om det førte til redusert sykefravær i forsøksfylkene.

Den kvalitative evalueringen (Becken m.fl. 2016) konkluderer med at modellen ble godt imple-

mentert, og at tiltakene i modellen, der saksdrøftingsverksteder er et sentralt element, har bidratt til kompetansutvikling blant veilederne på NAV-kontorene. De er en god arena for drøfting av enkeltsaker, og sikrer kompetanseoverføring mellom veilederne. Et klart flertall av de spurte mener også kvaliteten på saksbehandlingen av aktivitetskravet ved åtte uker har blitt bedre gjennom denne arbeidsformen. Håndhevingen av aktivitetskravet bidrar også til at flere sykmeldte fanges opp på et tidligere tidspunkt. Evalueringen viser imidlertid også at det er utfordringer knyttet til forankring av modellen blant eksterne aktører som arbeidsgivere og leger/andre sykmeldere. Underveisrapporten fra evalueringen pekte på uhensiktsmessige sider ved rutineene rundt midlertidig stans av sykepengene ved manglende aktivitet. Som følge av dette endret Arbeids- og velferdsdirektoratet disse rutineene, slik at informasjonen om mulig stans av sykepengene ved manglende aktivitet nå kommer på mer relevante tidspunkter, og slik at det i de aktuelle tilfellene ikke lenger praktiseres automatisk stans av sykepengene ved uke 8.

I den kvantitative evalueringen (Kann m.fl. 2017) ble utviklingen i det legemeldte sykefraværet i forsøksfylkene i perioden fra september 2015 til oktober 2016 (forsøksperioden) sammenlignet med de samme forsøksfylkenes sykefravær i de samme kalendermånedene i 2013–2014 (kontrollperioden). For å undersøke om endringene i sykefraværet mellom kontroll- og forsøksperioden var en effekt av tiltaket, ble det benyttet en «forskjell-i-forskjell»-tilnærming med Hedmark som kontrollfylke. Utviklingen for forsøksfylkene ble sammenlignet med utviklingen for Hedmark i samme periode. Hedmark ble benyttet som kontrollfylke fordi fylket først innførte modellen i 2013, og før dette hadde hatt en ganske parallell utvikling i sykefraværet sett i forhold til forsøksfylkene. Resten av landet ble ikke benyttet som kontrollgruppe, med den begrunnelse at de fleste andre fylker også i større eller mindre grad begynte å jobbe etter metodikken fra Hedmarksmodellen i løpet av 2015 og således innførte strengere håndheving av aktivitetsplikten omtrent samtidig som

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

forsøksfylkene. Dette gir en metodisk utfordring ved vurderingen av tiltakets effekt. At tiltaket ble innført i en periode med økende arbeidsledighet i deler av landet er også en metodisk utfordring.

Analysene viser at sykefraværsprosenten for det legemeldte fraværet i Aust-Agder og Buskerud ble redusert med hhv. 5 og 6 prosent i forsøksperioden sammenlignet med kontrollperioden. Analysene viser en klar reduksjon i de to forsøksfylkene sammenlignet med Hedmark. Ettersom reduksjonen i sykefraværet i Aust-Agder og Buskerud inntreffer omtrent samtidig med innføringen av modellen, og kontrollfylket Hedmark hadde en ganske stabil sykefraværsutvikling i den samme perioden, oppsummerer forfatterne med at nedgangen i sykefraværet i stor grad kan tilskrives innføring av tiltaket. For Aust-Agders del skjedde dette til tross for en økning i arbeidsledigheten i forsøksperioden, men det faktum at ledigheten rammet fylkene ulikt innebærer at det er vanskelig å trekke klare konklusjoner.

I motsetning til de to andre forsøksfylkene, var det derimot en økning i sykefraværet i Rogaland i forsøksperioden på nær 6 prosent sammenlignet med kontrollperioden. Sykefraværet i Rogaland begynte imidlertid å øke før innføringen av Hedmarksmodellen. Forfatterne konkluderer med at økningen nok hadde en sammenheng med den sterke veksten i arbeidsledigheten i fylket, og mener dette understøttes av at antallet nye sykefravær gikk ned, at varigheten gikk opp og at bruken av gradering samtidig gikk ned. Veksten i arbeidsledigheten hadde betydning for hvor høyt Rogaland prioriterte innføringen av Hedmarksmodellen. De hadde også i betydelig grad håndhevet aktivitetskravet forut for forsøket med selve modellen. Det er ikke mulig å skille mellom effekter av Hedmarksmodellen og effekter av økt arbeidsledighet, og analysen konkluderer med at det ikke er mulig å anslå hvordan fraværet hadde utviklet seg hvis ikke ledigheten hadde økt.

Analysen omfatter også tall for utviklingen i sykefraværet mellom de to periodene i de øvrige fylkene, ettersom nær sagt alle fylker begynte å

håndheve aktivitetskravet strengere i løpet av forsøksperioden. Tallene for resten av landet støtter langt på vei hovedfunnene i evalueringsfylkene. I analysen foretas det også en dekomponering av sykefraværet. Dekomponeringen konkluderer med at det mellom de to periodene var en nedgang i antall nye sykmeldinger og en økning i bruk av gradering i omtrent samtlige fylker – herunder i de to forsøksfylkene med nedgang i fraværet. Den peker også på en liten nedgang i varigheten og en nedgang i antallet med oppbrukte sykepengerettigheter i flere av fylkene – men dette er ikke entydig mellom forsøksfylkene.

Effekter av gradert sykefravær

Gradert sykmelding skal være primæralternativet ved sykmelding. Etter åtte uker er det krav til aktivitet, med unntak hvis sterke medisinske grunner tilsier noe annet. Av de som hadde vært sykmeldt i tolv uker hadde om lag 45 prosent av de sykmeldte gradert sykmelding i 2017.

På forskermøtet i 2013 som er omtalt tidligere, konkluderte forskerne med at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert sykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet. Det var imidlertid mer usikkerhet i møtet om hvor sterk denne effekten av gradert sykefravær er på det totale sykefraværet.

Gradering påvirker sykefraværet direkte gjennom at færre dagsverk går tapt når restarbeidsevnen i større grad utnyttes. Ifølge Grødem og Orupabo (2015) foreligger det imidlertid ingen klar konsensus blant forskere om i hvilken grad gradering i seg selv bidrar til å forkorte sykefraværsperioder og hindre utstøting. Mens f.eks. Markussen m.fl. (2012) i en analyse på individnivå fant at gradering ga en kraftig reduksjon i både varighet på sykefravær og senere bruk av trygdeytelser, fant f.eks. Lie (2014) ikke slike effekter av betydning. Det har også vært en debatt om hvordan ulike avgrensninger av gradert sykefravær som studieobjekt og valg av metode påvirker resultatene – se Nossen og Brage (2013), med tilsvar fra Markussen m.fl. (2013). Nossen og Brage (2016) finner

at personer som starter sykefraværet med full sykmelding blir raskere friskmeldt enn personer som starter med gradert sykmelding. Først etter omkring 30 ukers sykefravær snur dette. Det er ulike grunner til at det er vanskelig å trekke klare og entydige konklusjoner om sammenhengen mellom gradering og lengde på fraværet. Blant annet er det sannsynlig at mye av forskjellen i hvor raskt en blir friskmeldt skyldes at kortere fravær sjeldnere graderes. Ask m.fl. (2015) fant i en studie i helse- og omsorgssektoren at kvinner med gradert sykmelding hadde bedre funksjonsnivå enn kvinner med full sykmelding. Samtidig kan muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser føre til langvarig nedsettelse av funksjonsnivå uten at vedkommende trenger å være fullt arbeidsufør. Flere studier har vist at tilknytning til arbeidslivet i slike tilfeller kan være en del av et godt behandlingsopplegg.

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet arbeider nå med å kartlegge forskning knyttet til effektene av gradert sykemelding på sykefravær og arbeidstilknytning, se nærmere omtale av prosjektet nedenfor.

Effekter av muligheter for å bruke egenmelding i hele sykefraværsperioden

Fra 2013 til 2016 pågikk det et forsøk der ansatte i noen virksomheter kunne bruke egenmelding ved sykdom i inntil 365 dager. Et av målene for forsøket var å se på mulige effekter ved å flytte ansvar for sykefraværarbeidet fra sykmelder til arbeidsplassen, og da spesielt til relasjonen ansatt – leder.

Proba og AFI (Berg og Staalelsen 2016) evaluerte forsøket. De konkluderer med at innføring av fri bruk av egenmelding blant ansatte i disse forsøksvirksomhetene ikke bidro til å redusere sykefraværet. Evalueringen finner at egenmeldingsordningen førte til tettere oppfølging av og dialog med ansatte med sykefravær, og med mer vekt på tilrettelegging og gradering av sykefravær. Samtidig konkluderer Proba med at det var en viss negativ utvikling i samarbeid og tillit. Noen

opplevde at oppfølgingen ble *for* tett og at en del spørsmål kunne oppleves som ubehagelige.

Effekter av ny medisinsk vurdering etter seks måneders sykmelding

I 2015 ble det iverksatt et forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV), som går ut på at personer som har vært sykmeldt i seks måneder får en ny medisinsk vurdering av en annen lege enn den sykmeldtes fastlege. Formålet med forsøket var bl.a. å undersøke om ny medisinsk vurdering av en ny lege etter seks måneders sykmelding kan øke tilbakeføringen til arbeid.

Tiltaket ble gjennomført innenfor et meget pålitelig metodisk rammeverk i Hordaland. Uni Research har evaluert ordningen ved å utføre et randomisert kontrollert forsøk (RCT), gjennomføre kvantitative effektanalyser, kvalitative undersøkelser og en kost/nytteanalyse.

Sluttrapporten (Mæland 2018) viser at tiltaket ikke hadde noen effekt verken på antall dager sykmeldt, på gradering av sykmelding, på sannsynligheten for å gå ut av sykmelding før sykmeldingsretten var oppbrukt, eller på overgang til arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder for alle som ble innkalt til ny medisinsk vurdering, uavhengig av om de møtte eller ikke til den nye konsultasjonen. Evalueringen viste heller ingen effekt for undergrupper definert ut fra kjønn, alder og sykmeldingsdiagnose. Dette gjenspeiles i intervjuene med pasienter og fastleger som uttrykte at de ikke hadde opplevd at ny medisinsk vurdering hadde ført til endring i oppfølgingen eller mindre sykefravær.

Undersøkelsen viser at det er en klar tendens til at NMV-legene har en mer positiv vurdering av pasientens arbeidsevne enn fastlegene, og dermed at sykmeldingsgraden burde vært lavere. Disse funnene kan imidlertid være påvirket av at NMV-legenes vurdering er foretatt noen uker senere enn fastlegenes vurderinger. Fastlegene mente at det ville være mer hensiktsmessig å håndplukke krevende pasienter til obligatorisk NMV-konsultasjon, fremfor at alle pasienter ble

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

kalt inn. Det var bare 55 prosent av de innkalte som møtte til konsultasjon. Flere av NMV-legene mente at oppmøte burde blitt gjort obligatorisk og utløse sanksjoner dersom dette ikke ble gjort. Noen få mente også at NMV-legenes anbefalinger burde være mer førende for fastlegene. Disse svakhetene ved tiltaket gjør det vanskelig å si om de sykmeldte som møtte til konsultasjon hadde en annen helsetilstand enn de som ikke møtte. Dersom de som valgte å møte hadde en relativt lavere arbeidsevne enn de som møtte, vil studien ikke gi noe representativt og pålitelig bilde av effekten av å innføre et obligatorisk tiltak med NMV.

I motsetning til de øvrige prosjektene som omtales i dette avsnittet, sier ikke de to siste forsøkene noe om effekter av *virkemidler* i IA-avtalen. Omtalen av disse forsøkene er likevel inkludert siden legens rolle i sykefraværsarbeidet har vært diskutert i IA-arbeidet. Det samme har egenmeldingens lengde og relasjonen mellom arbeidsgiver og den sykmeldte.

Pågående prosjekter med relevans for IA-arbeidet

Det er også andre, pågående utviklingsprosjekter som har relevans for IA-arbeidet. Nedenfor omtales de mest sentrale prosjektene som faggruppen er kjent med.

Virkinger av dialogmøte 2

I forbindelse med utviklingen av digitale tjenester i Arbeids- og velferdsdirektoratet på sykefraværsområdet utvikles det nå en digital samhandlingsløsning for å sikre raskere avklaring av møte-tidspunkt for dialogmøte 2. Frischsenteret gjennomfører samtidig en RCT-studie på virkningen av dialogmøte 2 (finansiert av Norges forskningsråd). De ser på ulike parametere som tidspunkt for innkalling, alder, kjønn, diagnose osv. for å finne ut hvilke møter som gir effekt.

Prosjektet er forventet å komme med de første resultatene i løpet av høsten 2018.

Systematisk gjennomgang av effekter av gradert sykmelding

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet å kartlegge forskning knyttet til effektene av gradert sykmelding på sykefravær og arbeidstillknytning. Kunnskapssenteret arbeider med en internasjonal systematisk kartleggingsoversikt av studier om gradert sykefravær som er publisert i perioden mellom 1990 og 2018 i høyinntektsland. I gjennomgangen skal de inkludere all kvantitativ forskning knyttet til effekter av gradert sykmelding.

Det tas sikte på at prosjektet skal ferdigstilles innen utgangen av 2018.

IA – Kunnskapssammenstilling

Som et ledd i satsingen på kunnskapsutvikling i inneværende avtaleperiode ønsket IA-partene en sammenstilling og oppsummering av relevant kunnskap om betydningen, herunder effekter, av ulike tiltak og virkemidler for å nå IA-avtalens mål og for et godt IA-arbeid. OsloMet arbeider nå med dette oppdraget, og skal foreta en kritisk vurdering av foreliggende kunnskap om betydningen av ulike tiltak og virkemidler. OsloMet er særlig bedt om å vurdere den forskningsmessige kvaliteten på kunnskapen som presenteres og belyse styrker og svakheter ved de ulike studiene, evalueringene og analysene som inkluderes i sammenstillingen. De er videre bedt om å foreta en samlet drøfting av om enkelte tiltak og virkemidler og/eller innretning på tiltak og virkemidler framstår som særlig virkningsfulle, ev. lite virkningsfulle.

I forbindelse med gjennomgang og sammenstilling av foreliggende, relevant kunnskap, skal det også identifiseres kritiske kunnskapshull på IA-avtalens områder.

Prosjektet skal ferdigstilles innen utgangen av 2018.

Delmål 2: Effekter av tiltak, endringer i regelverk og praksis

Det foreligger forholdsvis få rene effektevalueringer av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, og de effektevalueringer som er gjort på norsk empiri bygger på relativt gamle tall. Noe av årsaken er at datatilgangen har vært utilstrekkelig siden administrative registre ikke har vært tilpasset forskningsformål. Det har imidlertid vært jobbet mye med å bedre denne situasjonen.

Det er videre heftet betydelig usikkerhet til resultatene fra effektevalueringene. Det må bl.a. ses i sammenheng med at det metodemessig er svært vanskelig å korrigere for ulik seleksjon inn i tiltakene, at evalueringene påvirkes av at personer kan være plassert på «feil» tiltak og at kvalitet i gjennomføringen varierer. Det er store forskjeller i resultatene mellom ulike studier av samme typer tiltak. Resultater fra internasjonale undersøkelser har begrenset overføringsverdi. Variasjon i arbeidsmarkedssituasjon, velferdspolitisk system, ulik utforming av tiltak og avgrensing av deltakergrupper er noen årsaker til det.

Evalueringer av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne

I forbindelse med arbeidet med NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak, laget Proba samfunnsanalyse (Proba 2011) en litteraturstudie av evalueringer av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. Studien er avgrenset til effektevalueringer. Proba trakk bl.a. fram utfordringer knyttet til seleksjonsprosessene og at tiltakene ville gitt bedre effekt hvis man hadde valgt ut de deltakere som ville hatt størst nytte av tiltaket. Det var også en tendens til at rask utplassering til tiltak i ordinære bedrifter hadde bedre effekt enn å gå veien om skjermede tiltak før utplassering. Flere av evalueringene tyder også på at det er en fordel å bruke team med både medisinsk og yrkesfaglig kompetanse for å følge opp tiltaksdeltakere med nedsatt arbeidsevne.

Evaluering av NAV-kontorenes utførelsesstrategier for personer med nedsatt arbeidsevne

Arbeids- og sosialdepartementet har finansiert en evaluering av effektene av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, herunder effekt på ulike målgrupper, effekten av tiltakskjeder mv. Prosjektet er gjennomført av Frischsenteret (Markussen og Røed 2014). Studien bygger på en analyse av 350 000 personer med nedsatt arbeidsevne som har vært brukere av arbeidsrettede tiltak og der disse personene er fulgt over minimum fem år.

I motsetning til de fleste effektevalueringer, ser denne evalueringen ikke på effekten av den enkelte brukers deltakelse i ulike tiltak. Forfatterne identifiserer isteden fire ulike hovedstrategier brukt av NAV-kontorene, ut fra lokalkontorenes tilbøyelighet til å starte tiltaksløpet med den ene eller andre typen tiltak.

1. Tiltak i ordinære virksomheter, lønnstilskudd, oppfølgingstiltak mv.
2. Tiltak i skjermede virksomheter
3. Kvalifisering i det ordinære utdannings-systemet
4. Relativt kortvarige/målrettede kurs (AMO-kurs)

Forskerne finner at strategien basert på tiltak i ordinær virksomhet (strategi 1) har god effekt. NAV-kontor som bruker dette som hovedtilnærming opplever betydelig høyere overgang til arbeid enn sammenlignbare brukere som ikke deltar i tiltak. I tillegg har brukerne betydelig høyere inntekt under tiltaksløpet enn sammenlignbare brukere som ikke deltar på tiltak.

Også strategien basert på kvalifisering gjennom det ordinære utdanningsystemet (strategi 3) fungerer godt. Ifølge forskerne gir dette vesentlig effekt på overgang til arbeid etter tiltaksløpets slutt. Samtidig må dette veies opp mot at denne tilnærmingen innebærer nokså lange tiltaksløp og er relativt kostbar.

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Tiltaksstrategier med fokus på tiltak i skjermede virksomheter eller arbeidsmarkedskurs karakteriseres som mindre vellykkede. Dette innebærer ikke at det ikke er noen plass for bruk av denne typen tiltak. Forskerne mener imidlertid det vil være mye å hente på å legge større vekt på bruk av lønnstilskudd og andre typer tiltak i ordinært arbeidsliv og mindre vekt på tiltak i skjermede virksomheter og korte arbeidsmarkedskurs (AMO).

Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne

SINTEF har på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet evaluert iverksettingen (ikke effektene) av *Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne* (Dyrstad m.fl. 2014). I evalueringen framkommer det at uklarhet om hvem målgruppen omfatter, har komplisert gjennomføringen av jobbstrategien. Målgruppen for jobbstrategien ble av regjeringen definert til å omfatte personer under 30 år som har mottatt arbeidsavklaringspenger i ett år eller mer. Det står eksplisitt at strategien omfatter både psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse. Det festet seg likevel ifølge evalueringen en oppfatning hos NAV-kontorene om at jobbstrategien kun omfattet personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Denne oppfatningen førte til at man ved mange NAV-kontor ikke fant kandidater fordi man hadde få eller ingen brukere med fysiske funksjonsnedsettelse.

Rapporten peker på at mange satsinger i arbeids- og velferdsforvaltningen skaper problemer med å prioritere eller skille mellom ulike satsinger og målgrupper. Det pekes også på mangel på tid, stort arbeidspress, mangel på lederforankring av strategien og problemer med å finne egnede brukere ved tilbud om praksisplasser fra arbeidsgivere. Det sies også at det finnes lite relevant styringsinformasjon og at det mangler statistikk som kan måle innsats og resultater av jobbstrategien.

Flere informanter tar til orde for at Arbeids- og velferdsetatens tiltaksapparat burde forenkles og tiltak slås sammen.

Arbeidskraftreserve blant uføretrygdede

Kostøl og Mogstad (2012) studerer hvordan arbeidstilbudet blant uføretrygdede endres når inntekten økte som følge av endringer i avkortingsreglene (innføring av reaktiviseringsforskriften). Forsøket besto i at mottakerne fikk en betydelig reduksjon i avkortningen av trygden, når inntekten økte sammenlignet med det gamle regelverket. Da man fra 1. januar 2005 gikk tilbake til det opprinnelige regelverket, ble det bestemt at de som hadde fått innvilget trygden før 1. januar 2004, skulle beholde den lave avkortningen, mens de som hadde fått innvilget trygden fra 1. januar 2004 skulle ha den opprinnelige (og høyere) avkortningen.

Siden de to ulike avkortningsreglene ble gjort gjeldende for personer som allerede hadde fått innvilget uføretrygd, kan man legge til grunn at personer som hadde fått innvilget trygd rett før og rett etter 1. januar 2004, ikke er systematisk forskjellig når det gjelder arbeidsevne. Forfatterne underbygger dette, og bruker denne pålitelige kvasi-eksperimentelle metoden til å studere effekter av avkortning. Forskerne fant en betydelig høyere sysselsetting blant uføretrygdede som var omfattet av reglene for liten avkortning, og de konkluderer med at en andel av de uføretrygdede har en restarbeidsevne som kan utløses ved økonomiske insentiver.

Resultatene fra forsøket viser at denne effekten er størst blant unge uføretrygdede, mens den ikke har noen effekt for personer over 50 år. De finner også at effekten er sterkere blant menn enn kvinner og sterkere blant dem med høy utdanning sammenlignet med lavere utdanning. Effektene er også sterkere blant dem som bor i kommuner med lav arbeidsledighet. Forskerne peker på at tiltak rettet mot yngre uføretrygdede vil være særlig effektive for å øke arbeidsdeltakelsen.

Alne (2018) kommer fram til lignende resultater når han studerer uførereformen i 2015. Han finner at reformen totalt sett i liten grad påvirker sannsynligheten for å være i arbeid, men blant unge uføretrygdede menn har arbeidsdeltakelsen økt

markant. For mannlige uføremottakere mellom 18 til 29 år har arbeidsmarkedsdeltakelsen økt med 3 prosentpoeng. Denne økningen er hovedsakelig drevet av de som er 100 prosent uføretrygdet. I de eldre aldersgruppene og for kvinner er endringene i arbeidsmarkedsdeltakelsen små.

Delmål 1 og 2

Effekter av å bli IA-virksomhet?

Et naturlig utgangspunkt for å evaluere IA-arbeidet ville være å sammenligne kjennetegn ved bedrifter som er og ikke er IA-virksomheter, og særlig å studere utviklingen over tid i bruk av ordninger, sykefravær, frafall og inkludering for ansatte i bedrifter som blir IA-virksomheter (eller motsatt). Med unntak av interessante deskriptive funn i Lippestad og Ose (2013) om bruk av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet, som vi kommer tilbake til i kapittel 8.2, er vi kun kjent med en masteroppgave (Killi 2017) som bruker registerdata til å koble bedriftenes IA-status til f.eks. sykefravær.

Killi (2017) benytter opplysninger om bedrifter, og deres IA-status i perioden 2003–2007. Hun mangler dessverre data for endringer i IA-status i årene før 2003 og etter 2007. Ansatte i IA-virksomheter følges før og etter at bedriften blir en IA-virksomhet, og sammenlignes med ansatte i bedrifter som ikke blir IA-medlemmer i den perioden hun har data for. For eksempel sammenlignes forskjellen i sykefravær før og etter at man er blitt IA-virksomhet, med den tilsvarende forskjellen over tid blant dem som ikke ble IA-virksomhet.

Dette er et egnet design for å estimere effekter av å bli IA-virksomhet dersom vi tror at sykefraværet i bedriftene som ble IA-virksomhet ville utviklet seg på samme måte som sykefraværet i de bedrif-

tene som aldri ble det. Dette drøftes godt i oppgaven, og det framgår også at det særlig er under finanskrisen (2009) at sykefraværet i de bedriftene som har IA-avtale er lavere enn sykefraværet i sammenligningsbedriftene. Sykefraværet er lavere både ved at lengden på sykefraværstilfellene er kortere og ved at hyppigheten av fravær er lavere. Hun finner også at andelen arbeidstakere som går over på arbeidsavklaringspenger er lavere i IA-virksomhetene. Det lavere sykefraværet i bedrifter som har IA-avtale gjelder særlig for bedrifter som ble IA-virksomheter mange år før finanskrisen, og i mindre grad for bedrifter som ble IA-virksomheter rett før finanskrisen. For den siste gruppen finner forfatteren få eller ingen klare tegn til at bedrifter som ble IA-virksomheter, har annerledes utvikling i sykefraværet enn bedrifter som aldri ble det. Selv om forfatteren finner tegn til bedre måloppnåelse for bedrifter som ble IA-virksomheter tidlig, er det vanskelig å tolke dette som pålitelige kausale effekter gitt resultatenes avhengighet av de spesielle forholdene under finanskrisen og vår kjennskap til at sammensetningen av IA- og ikke-IA-virksomheter er svært ulik.

Killi tar for seg en svært relevant problemstilling med en egnet metode, og i evalueringer av IA-arbeidet burde det vært framskaffet langt flere analyser av denne typen. Med data som omfatter alle bedrifter som blir (eller går bort fra å være) IA-bedrifter i hele avtaleperioden, og mer omfattende analyser av undergrupper av ansatte og bedrifter, samt et enda større batteri av robusthets- og placebo-tester enn det er rom for i en masteroppgave, burde det være mulig å framskaffe ny og nyttig kunnskap om effekter av IA-arbeidet ved å følge Killis eksempel. For å få til dette er det viktig at det er enkelt å hente ut registerdata for aktuelle IA-tiltak, noe vi omtaler senere i kapitlet.

Delmål 3: Effekter av tiltak, endringer i regelverk og praksis

Mens flere studier viser at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsyssetningen siden 2011 (f.eks. se Bakken og Bråthen 2012, Dahl og Lien 2013, Hernæs m.fl. 2016, Nordby og Næshheim 2017) har vi 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 holdningsendringene som er registrert i Norsk seniorpolitisk barometer.

De vanligste seniortiltakene er å tilby redusert arbeidstid med full lønnskompensasjon, ekstra ferie og fridager eller bonuser og høyere lønn (Midtsundstad 2011). Hermansen (2014), Hermansen (2015) og Hermansen og Midtsundstad (2016) har gjennomført effektanalyser av tre typer tiltak blant AFP-bedrifter – hhv. ekstra ferie/fridager, redusert arbeidstid og bonuser. Undersøkelsene er basert på data for perioden 2000–2010. Forfatterne sammenligner bedrifter som iverksetter og ikke iverksetter disse tiltakene en periode før og etter iverksettelse. Det er uttak av AFP som er utfallsvariabelen i analysene. Ettersom analysen gjelder en tidsperiode før pensjonsreformen, vil uttak av AFP være ensbetydende med å slutte helt eller delvis i arbeid. Analysen viste at personer som får ekstra ferie/fridager og bonus reduserer sin sannsynlighet for å ta ut AFP med om lag 5–6 prosentpoeng mer ved alderen 62–64 år enn personer i sammenligningsgruppa.

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.

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø er et av de viktige målene i IA-avtalen, selv om det kun presiseres i hovedmålet og ikke i delmålene. Det er blitt presisert etter evalueringen av den forrige IA-avtalen, og ikke minst i midtveiseevalueringene av den løpende avtalen, at det er behov for et enda tydeligere fokus på det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Like fullt mangler det kunnskap om hvordan IA-virksomheter konkret prioriterer det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og likeledes om hvordan arbeidsmiljøutviklingen i slike virksomheter har vært over tid. Det er en alvorlig kunnskapsmangel, gitt det tiltagende økte fokus som arbeidsmiljøforhold er gitt i IA-avtalene over tid.

8.2 Arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

Arbeids- og sosialdepartementet har bedt faggruppen om oppsummering av tilgjengelig kunnskap om bruk og effekt av arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Departementet legger til grunn at vurderingen bl.a. kan bygge på tidligere evalueringer av tiltakene, tidligere evalueringer av IA-arbeidet og underveisvurderingen av IA-avtalen.

Boks 8: Om arbeidslivssentrene

NAV Arbeidslivssenter ble opprettet som følge av inngåelsen av IA-avtalen i 2001. Bakgrunnen var Sandmannutvalgets utredning (NOU 2000: 27) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2001-2002). Det ble foreslått å etablere «...en ordning med kontaktpersoner i trygdeetaten, slik at arbeidsgiver får én instans å forholde seg til for å få råd, veiledning og ev. økonomisk støtte i oppfølgingsarbeidet. Det offentliges ansvar er å støtte opp under virksomhetenes innsats.»

Som følge av dette ble NAV Arbeidslivssenter opprettet fra 1. januar 2002. Det ble opprettet ett Arbeidslivssenter i hvert fylke underlagt fylkesdirektøren.

Arbeidslivssentrenes hovedansvar er å bistå IA-virksomhetene i deres langsiktige, systematiske og forebyggende HMS- og IA-arbeid. Helt siden etableringen har sentrenes hovedoppgave vært å understøtte virksomhetene i deres eget arbeid med å nå sine delmål for IA-arbeidet. De bedrifter og virksomheter som ønsker det, kan inngå en egen samarbeidsavtale (IA-avtale) med sitt lokale arbeidslivssenter.

Ved å inngå samarbeidsavtale stiller den enkelte virksomhet seg bak målene i IA-avtalen. Dette inne-

bærer at arbeidsgiver, tillitsvalgte, verneombud og øvrige ansatte i virksomheten skal samarbeide målrettet for å oppnå en mer inkluderende arbeidsplass. Til gjengjeld får de rettigheter som er forbeholdt disse virksomhetene:

- Egen kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter
- Forebyggings- og tilretteleggingstilskudd
- Utvidet bruk av egenmelding

Arbeidslivssentrene har hatt som hovedmål å levere systemrettede tjenester, dvs. gitt veiledning og støtte overfor arbeidsgivere og tillitsvalgte med utgangspunkt i virksomhetens IA-avtale, men de har også bistått virksomhetene knyttet til enkeltansatte.

Arbeidslivssentrenes målsetning har vært å bidra til IA-virksomhetenes egen måloppnåelse på delmålene. Arbeidet med reduksjon av sykefravær har vært gitt prioritet gjennom avtaleperiodene. I løpet av inneværende avtaleperiode har styringsdokumentene tillagt arbeidet med inkludering av unge med nedsatt funksjonsevne stadig større oppmerksomhet. Etterspørselen etter tjenester rundt delmål 3 har vært relativt begrenset.

Arbeidslivssentrene

Bruk av arbeidslivssentrene

I 2018 er det bevilget ca. 390 millioner til driften av arbeidslivssentrene, og antall årsverk ved sentrene utgjør ca. 500.

Ved utgangen av 2017 er det registrert 59 750 IA-virksomheter med til sammen 1 563 255 sysselsatte. Dette utgjør 28,9 prosent av norske virksomheter og 58 prosent av alle sysselsatte totalt, se tabell 8.1. IA-avtalen omfatter derfor en betydelig del av det organiserte arbeidslivet i Norge. Alle virksomheter som inngår IA-avtale får en egen kontaktperson i arbeidslivssenteret. Arbeidslivssentrene kan gjennom samarbeidsavtalene opparbeide relasjoner til ledelse og tillitsvalgte i virksomhetene.

I offentlig sektor har tilnærmet alle virksomheter knyttet seg til IA-avtalen. De høyeste andelene av virksomheter som har inngått IA-avtale, finner vi derfor innenfor offentlig administrasjon, helse- og sosialsektoren og undervisning.

Samarbeidet mellom arbeidslivssentrene og NAV-kontor

Spørsmålet om utvikling av samarbeidet mellom arbeidslivssentrene og NAV-kontor har stått på dagsorden gjennom flere år (se bl.a. Ose m.fl. 2013, s. 286 og 312).

Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2016 fra Arbeids- og sosialdepartementet i oppdrag å vurdere «en helhetlig og effektiv organisering av Arbeids- og velferdsetatens bistand til arbeidsgivere inkludert arbeids-

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Tabell 8.1 Antall virksomheter i Norge med IA-avtale og sysselsatte i disse virksomhetene. Antall og prosent av alle virksomheter og sysselsatte i Norge. Utgangen av 2017.

	Antall virksomheter	% IA-virksomheter	Sysselsatte	% IA-sysselsatte
I alt	59 750	29	1 563 255	58
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	4 611	95	165 676	98
Helse- og sosiale tjenester	17 543	67	548 498	90
Undervisning	4 609	66	216 935	89
Olje-, gassutvinning	34	42	14 350	85
Elektrisitet, vann og renovasjon	1 024	53	22 301	70
Finansiering og forsikringsvirksomhet	1 019	45	32 033	70
Bergverksdrift og utvinning	180	29	13 472	59
Industri	2 218	23	114 081	56
Transport og lagring	2 029	19	66 883	50
Forretningsmessig tjenesteyting	2 625	29	61 562	44
Private tjenester ellers	3 605	24	37 943	36
Informasjon og kommunikasjon	1 548	21	31 618	36
Bygge- og anleggsvirksomhet	4 499	19	67 139	32
Overnattings- og serveringsvirksomhet	2 497	26	33 280	32
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	4 139	15	43 451	28
Varehandel, reparasjon av motorvogner	7 034	17	87 811	24
Jordbruk, skogbruk fiske	504	6	6 155	17

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

livssentrene rolle». Bakgrunnen for dette var at mange arbeidsgivere har etterlyst mer koordinerte tjenester fra NAV. Dette ble også presisert i Meld. St. 33 (2105–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet. På bakgrunn av dette gjennomførte Arbeids- og velferdsdirektoratet «Kartlegging og organisering av tjenester til arbeidsgivere» (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016). Denne viser at samhandlingen mellom arbeidslivssentrene og NAV-kontor foregår både på individ- og systemnivå. Arbeidslivssentrene deltar i fylkenes markeds- og/eller virksomhetsteam sammen med NAV-kontorene.

Mange fylker opplever at de har gjort gode erfaringer med felles innsatsteam i sykefraværsoppfølgingen overfor utvalgte IA-virksomheter. Gjennom samarbeid mellom arbeidslivssentrene og NAV-kontorene blir det også utvekslet informasjon om rekrutteringsbehov, inngåelse av samarbeidsavtaler om inkluderende arbeidsliv og om etablering av tiltaksplasser for kvalifisering og arbeidstrening i IA-bedrifter for unge under 30 år. I kartleggingen gir mange av arbeidsgiverne uttrykk for tilfredshet med IA-rådgivernes rolle som koordinerende funksjon og at de er godt samkjørt med NAV-kontorene. Imidlertid gir flere av fylkene selv uttrykk for at «...koordinering av tjenester til arbeidsgivere er utfordrende og at samhandlingen mellom NAV-kontor og NAV

Boks 9: Arbeidslivssentrenes oppgaver

Arbeidslivssentrene skal veilede ledere og tillitsvalgte i IA-arbeidet. Dette er en prosess som foregår over tid og som tilpasses virksomhetens behov og ståsted. Noe foregår under innledende kontakt med virksomheten, noe i forbindelse med virksomhetens planleggingsarbeid og ved oppfølging og evaluering av avtalene. Målet er å styrke virksomhetens forutsetninger for å nå egne mål for IA-arbeidet sammen med ledelsen og de tillitsvalgte som gjennom avtalen har forpliktet seg til å jobbe for å redusere sykefraværet og frafallet i bedriften.

Kontaktpersonen fra arbeidslivssenteret skal være godt kjent med virksomheten, de personalpolitiske strategier og deres mål- og handlingsplan for IA-arbeidet. De har også ansvaret for å informere om og samordne etatens øvrige tjenester til virksomheten. At det er etablert en fast relasjon til virksomheten er også viktig i inkluderingsarbeidet.

Det er iverksatt omfattende informasjonstiltak om tjenestetilbudet. I tillegg er ulike former for kurs og opplæring viktige strategiske virkemidler som er ment å frigjøre ressurser til å jobbe mer målrettet

gjennom personlig kontakt med virksomhetene. I tillegg til tradisjonelle kurs har arbeidslivssentrene også etablert tilbud om internettbaserte kurs (webinar) og aktuelle tema på digitale lydfiler (podcast). Risiko og vesentlighet er avgjørende både for utforming av tjenestene og hvordan virksomheten følges opp.

Et viktig grunnlag for oppfølging av IA-bedriftene er «IA-weben» hvor både bedriftene og NAV kan følge opp sykefraværet i den enkelte virksomheten. Det er også en egen rutine for løpende registrering av møter/konsultasjoner og tjenesteleveranser hvor man kan hente ut informasjon og statistikk om status for IA-avtalene og de aktiviteter som gjennomføres.

Tjenestene omfatter både møter og kontakter mellom arbeidslivssentrene og virksomhetene samt gjennomføring av kurs og opplæringsaktiviteter. For 2017 ble det registrert 75 600 leverte tjenester til IA-virksomheter fordelt på seks IA-tjenester. Disse omfatter følgende tjenesteleveranser:

<i>IA-veiledning:</i>	Støtte til målrettet systematisk IA-arbeid rettet mot ledere og tillitsvalgte. Denne tjenesten gir tilbud om veiledning og opplæring av de grunnleggende forutsetningene for å kunne drive et systematisk forebyggende arbeid i den enkelte virksomhet.
<i>Mål og handlingsplan:</i>	Støtte til utarbeiding av plan.
<i>Forebygge og redusere sykefravær:</i>	Systemrettet bistand for å beholde ansatte og bidra til måloppnåelse på delmål 1 og 2.
<i>Rekruttere nye medarbeidere:</i>	Gi rekrutteringsbistand ved ansettelse av medarbeidere, sikre ressurser, rutiner og kompetanse for utprøving og ansettelse (delmål 2).
<i>Senior- og livsfasearbeid:</i>	Identifisere risikogrupper og gi hjelp til å sette i verk tiltak med bakgrunn i kunnskap om livsfaser og andre risikofaktorer som virksomheten har identifisert (delmål 3).
<i>Måle og evaluere:</i>	Informasjon og veiledning om hvordan måle og evaluere eget IA-arbeid.

Ifølge NAVs virksomhetsstatistikk benyttes en meget stor andel av de samlede ressursene ved arbeidslivssentrene til det grunnleggende fraværsforebyggende arbeidet i virksomhetene samt at hovedfokuset er rettet mot delmål 1.

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Arbeidslivssenter har et forbedringspotensial» (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016).

Evalueringer av arbeidslivssentrene

Som for de øvrige IA-virkemidlene finnes det lite evidensbasert forskning om effektene av arbeidslivssentrenes tjenestetilbud. Tidligere forskning som har sett på måloppnåelsen til virkemidlene i IA-avtalen har hovedsakelig basert seg på kvalitative metoder. Evalueringene har i stor grad sett på brukernes oppfatning og tilfredshet med tjenestene gjennom bruk av spørreundersøkelser og intervjuer. Ut fra dette ble det også gjort kvalitative vurderinger av om tilbudene bidrar til å oppfylle målene i IA-avtalen.

Ose m.fl. (2013) drøfter arbeidslivssentrenes rolle og oppgaver og foretar en vurdering av IA-arbeidet på bakgrunn av de tidligste undersøkelsene av sentrenes virksomhet. De omtalte bl.a. brukerundersøkelser fra Econ i 2003 og 2005 som viste at virksomhetene gjennomgående var fornøyd med bistanden både gitt i enkeltsaker til mer generell kompetanseheving og kursvirksomhet. De scoret imidlertid noe dårligere hos bedriftene både når det gjaldt bransjekunnskap og nettverksbygging.

SINTEF gjennomførte også en undersøkelse blant ledere og rådgivere ved arbeidslivssentrene i 2008/2009 hvor sentrenes vektlegging av innsatsen innenfor de ulike målområdene ble kartlagt (Ose m.fl. 2009). Rapporten konkluderte med at sentrene jobbet ulikt og at det var behov for en mer sentral organisering av sentrene for å sikre at de utviklet seg mer i samme retning i IA-arbeidet.

Ose m. fl. (2013) viser også til en rapport av FAFO fra 2011 som kartla omfanget av tilrettelegging på arbeidsplassene (Trygstad og Bråten 2011). Rapporten bygde bl.a. på en webbasert spørreundersøkelse blant 6000 norske arbeidstakere i ulike bransjer og sektorer som ble gjennomført i 2011. De finner at norske virksomheter i stor grad oppgir at de gjør tilpasninger på arbeidsplassen. Etter forskernes vurdering finner de en klar forskjell mellom IA-virksomheter og andre, der 62

prosent av de ansatte i IA-virksomheter rapporterer om at det gjøres tilrettelegging i virksomheten, mot 46 prosent i virksomheter uten IA-avtale. De finner også at dette har sammenheng med IA-virksomhetenes tilgang på virkemidler. Det er imidlertid ikke korrigert for ulik sammensetning etter næring og virksomhetsstørrelse mellom virksomheter med og uten IA-avtale. Det er derfor vanskelig å anvende disse resultatene for å vurdere hvordan situasjonen hadde vært dersom vi ikke hadde hatt IA-avtalen.

Kartleggingen av arbeidslivssentrenes rolle og oppgaver i Ose m.fl. (2013) var også basert på omfattende intervjuer både med arbeidslivssentrene, NAV lokalt og sentralt, Arbeidstilsynet, partene sentralt, mange virksomheter og mange bedriftshelsetjenester. Undersøkelsen konkluderer bl.a. med at fylkene i Norge er forskjellige og at det er utenkelig at det finnes én organisering av sentrene som vil passe for alle. De viser til at arbeidslivssentrene har oppnådd et godt rykte i mange områder i landet, og at de bør få rom for å drive med faglig utvikling og ikke bruke mer tid på organiseringsdebatten. Forskerne viser til at når de intervjuer IA-virksomheter som har hatt kontakt med sentrene «... nesten alltid har en helt annen forståelse og dedikasjon til IA-arbeidet enn de som ikke har snakket med dem» (Ose mfl. 2013, s. 313). De pekte imidlertid på at både NAV-kontorene og arbeidslivssentrene slet med å finne gode samarbeidsformer, og at rådgiverne ved sentrene mente at nøkkelen for å få til inkluderingsarbeidet ligger i samarbeidet med NAV-kontorene.

Forskerne understreket også at partene lokalt sammen med sentrene er viktige bidragsytere for å sikre et godt forebyggende arbeid. Trygstad og Bråten (2011) viser at det forebyggende arbeidet har betydelig høyere prioritet i bedrifter med IA-avtale enn de uten avtale. Det er imidlertid vanskelig å vurdere om dette er en effekt av arbeidslivssentrene. Det kan i noen grad være en effekt av at det er inngått IA-avtale, men det kan også være en seleksjonseffekt. Bedrifter som prio-

riterer forebyggende arbeid, vil trolig være mer tilbøyelige til å inngå IA-avtale enn andre.

Forskerne reiste også spørsmål om den store og ressurskrevende kursporteføljen til sentrene var en riktig satsing, om det er mulig å effektivisere den innsatsen som settes inn, bl.a. ved å etablere mer standardiserte kurstilbud nasjonalt og ved å erstatte lokale databaser med landsdekkende systemer.

Fra partenes side understrekes det at avtalen i seg selv også bidrar til langsiktige samarbeidsrelasjoner mellom ledelse og tillitsvalgte. Sammen med bruk av de offentlige virkemidlene bidrar partene lokalt til å sikre et godt fraværsforebyggende arbeid. Det er imidlertid vanskelig å belyse effekten av de ulike bidragene.

NTNU og Trøndelagsforskning fikk i 2015 i oppdrag av NAV å gjennomføre en evaluering av arbeidslivssentrenes bidrag til måloppnåelse innen delmål 2 og 3 (Ingebrigtsen og Moe 2015). Undersøkelsen var rettet mot kontaktpersoner i arbeidslivssentrene og kontaktpersoner hos arbeidsgiverne. Evalueringen er basert på to spørreundersøkelser som belyser sentrenes bidrag til bedriftenes arbeid med delmål 2 og 3 sett opp mot delmål 1.

Begge undersøkelsene viser at arbeidsgiverne oppfatter at arbeidslivssentrene lykkes best med tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne som allerede er ansatt, og i mindre grad med å rekruttere inn personer med nedsatt funksjonsevne.

Når det gjelder delmål 3 oppfattes sentrene i mindre grad å lykkes med å få senioransatte til å stå lengre i jobb. 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 i arbeidet med seniorpolitikk.

Resultatene samsvarer i stor grad 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.

Evalueringen har også gjort en nærmere kartlegging av organisering og arbeidsformer ved sentrene. Dette er gjort gjennom gruppeintervjuer av rådgivere ved de arbeidslivssentrene som ifølge virksomhetene oppnår best resultater⁴⁹. Temaene var bl.a. samarbeidsformer mellom arbeidslivssenter og NAV-kontor og innretning av tjenestetilbudene til virksomhetene.

Innenfor begge disse områdene ble det avdekket betydelige forskjeller i hvordan sentrene hadde valgt å løse sine oppgaver. Flere av sentrene har prøvd ut nye arbeidsformer inn mot NAV-kontorene både knyttet til arbeidsformidling og bruk av individuelle tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. På bakgrunn av at det over tid hadde utviklet seg mange ulike arbeidsformer, anbefalte forfatterne at det ble foretatt en samlet gjennomgang for å sette metodearbeidet og samarbeidsløsningene mot NAV-kontorene i system. Dette er delvis blitt fulgt opp i rapporten «Kartlegging av organisering av tjenester til arbeidsgivere» (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2016, s. 31). Rapporten er nærmere omtalt over.

Evalueringen viser også at sentrene benytter svært varierende metoder og arbeidsformer inn mot virksomhetene. Ifølge rapporten kan det etableres bedre systemer og rutiner for mer kontinuerlig oppfølging og mer formalisering av arbeidsprosessene inn mot virksomhetene. Etter forskernes oppfatning kan arbeidslivssentrene øke sin samlede effekt dersom de sentrene som oppnår best resultater, deler sine strategier og metoder med de andre sentrene.

⁴⁹ Rapporten peker på at det er vanskelig å etablere konkrete evalueringskriterier for forskjeller mellom sentrene, men sier at det innsamlede datamaterialet avdekker betydelige forskjeller som gir klare signaler om i hvilke fylker sentrene og IA-virksomhetene lykkes godt, samt hvor utfordringene er størst.

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

Bruk av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

Den samlede rammen for forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet utgjør ca. 330 mill. kroner for 2018.

NAV har gjennom økonomiregnskapet oversikt over forbruk av tilskuddsmidlene fordelt på seks ulike formål:

- tiltak på individnivå
- gruppetiltak
- gjenstander til enkeltpersoner
- gjenstander til grupper av ansatte
- bruk av bedriftshelsetjenesten til tilretteleggingstiltak
- bruk av bedriftshelsetjenesten til deltagelse i dialogmøter

Tabell 8.2 viser hvordan forbruket av tilskuddet fordeler seg mellom de ulike formålene.

Boks 10: Om forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

Dagens ordning med forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for IA-virksomheter bygger på ordningen med tilretteleggingstilskudd som ble innført i forbindelse med etablering av den første IA-avtalen. Regjeringen og partene i arbeidslivet ble enige om at en tiltakspakke skulle legges til grunn i trepartssamarbeidet for å skape et mer inkluderende arbeidsliv. Formålet med ordningen var å stimulere virksomhetene til å legge til rette for at arbeidstakere som har redusert arbeidsevne, skal kunne fortsette å arbeide. For å motivere virksomhetene ytterligere til å arbeide systematisk for et inkluderende arbeidsliv ved å bli IA-virksomheter, ble regjeringen og partene enige om at ordningen skulle forbeholdes IA-virksomheter fra 1. januar 2004¹.

Tilskuddsordningen skal gi økonomisk kompensasjon til virksomheter som gjennomfører tiltak for å redusere og forebygge sykefraværet blant egne ansatte. Tilskuddet skal gi en tidsbegrenset kompensasjon for å dekke de merutgifter og merinnsats bedriften påtar seg ved gjennomføring av tiltak. Formålet med tiltaket kan enten være å forebygge eller tilrettelegge, eller være rettet mot begge formålene samtidig. Det gis tilskudd med faste satser per dag det gjennomføres et tiltak og/eller med faste timesatser når virksomheten benytter tilbud fra bedriftshelsetjenesten.

Tilskudd kan ytes til tiltak for én arbeidstaker og til grupper av arbeidstakere som har det samme behovet for forebyggende og tilretteleggende tiltak. Målgruppen er personer som står i fare for å bli sykmeldt, er sykmeldt og mottar sykepenger, eller som mottar arbeidsavklaringspenger.

Ved etablering av ny IA-avtale fra 2014 ble det gjort en forskriftsendring, hvor det ble lagt økt vekt på at tilskuddet skulle benyttes med sikte på å forebygge sykefravær.

Det kan ytes tilskudd til følgende tiltak ifølge forskriftens § 3 ledd a.–g.:

- a. Opplæring i nye arbeidsoppgaver eller annen form for tilrettelegging
- b. Transport til og fra arbeidsplassen, dersom arbeidet er tilrettelagt annet sted enn den daglige arbeidsplassen (innenfor virksomheten)
- c. Bruk av ekstrapersonell når arbeidstaker må avlastes eller endre oppgaver
- d. Kjøp eller leie av gjenstander og arbeidshjelpemidler for fysisk tilrettelegging
- e. Annet fysisk utstyr og tiltak som kan virke tilretteleggende og forebyggende
- f. Bistand fra godkjent bedriftshelsetjeneste (BHT)
- g. Opplæring av ansatte, tillitsvalgte og ledere i tema som risikovurdering, konflikthåndtering, kommunikasjonstrening, jobbmestring eller arbeidsstillinger

¹ Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) Om lov om endringer i folketrygdloven (nye regler om sykmling mv.)

Tabell 8.2 Forbruk av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet etter tiltak, 2017.

	Tiltak på individnivå	Gjenstander til enkeltpersoner	Gruppe-tiltak	Gjenstander til grupper	BHT honorar til tilrettelegging	BHT honorar til dialogmøter	Sum
I mill. kroner	213	13	66	8	23	9	332
I prosent	64	4	20	3	7	3	100

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Regnskapstallene viser ikke fordeling mellom tilskudd til forebyggende tiltak og tilskudd til tiltak for å redusere sykefravær. Erfaringsmessig har gruppetiltakene et større preg av å være forebyggende tiltak enn de individrettede tiltakene. Arbeids- og velferdsetaten har ikke statistikk eller regnskapstall som viser fordelingen av tilskuddsmidler mellom de ulike formålene for ordningen slik disse er fastsatt i forskrift for tiltaket, jf. boks 10.

Arbeids- og velferdsdirektoratet foretok i februar 2018 en gjennomgang av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Denne avdekket at tiltaket administreres ved bruk av manuelle og papirbaserte rutiner for søknads- og saksbehandlingsprosessen. Ifølge direktoratet er dette verken hensiktsmessig for NAVs egen forvaltning av tilskuddet eller for arbeidsgiverne som har behov for enkel administrasjon og innsyn i egen sak. Direktoratet peker på at det er behov for å få mer presis kunnskap om hvilke typer virksomheter, bransjer, deltakere mv. som mottar tilskuddet og til hvilke formål. Det er heller ikke lagt opp til forvaltnings- og registreringsrutiner som gjør det mulig å knytte bruken av tiltaket til personer og tiltakstype. Da dette ikke lar seg hente ut som statistikk per i dag, må kunnskapen om bruken av ordningen basere seg på generelle erfaringer og usikre arbeidskrevende spørreundersøkelser.

I direktoratets gjennomgang ble det redegjort for to av disse undersøkelsene. Den ene ble gjennomført i forbindelse med underveisvurderingen av IA-avtalen i 2016⁵⁰. Arbeids- og velferdsdirektoratet ba alle arbeidslivssentrene om å undersøke et utvalg av mottatte refusjonskrav for forebyg-

gings- og tilretteleggingstilskuddet over en periode på seks uker. Svarene viste at 82 prosent av tiltakene var rettet mot enkeltpersoner og resten mot grupper av ansatte. 61 prosent gjaldt tilrettelegging, mens 42 prosent var rettet mot forebygging. Det ble gitt tilskudd i flest saker til ekstrapersonell (64 prosent) og til opplærings- og forebyggingstiltak (18 prosent). At en såpass høy andel som 64 prosent av sakene gikk til ekstrapersonell gir grunn til å tro at en høy andel av tilskuddsmidlene benyttes til vikar og ekstrahjelp.

Direktoratet omtaler i sin gjennomgang også en kartlegging som ble gjennomført av en arbeidsgruppe i 2012. Denne viste at ca. 26 prosent av midlene gikk til individuell tilrettelegging for arbeidstakere, 39 prosent til vikar og ekstrahjelp, 19 prosent til gruppetiltak, mens de resterende 16 prosent gikk til kjøp av gjenstander/arbeids-hjelpemidler og annen tilrettelegging.

Det eksisterer ikke data om det er de samme virksomhetene som benytter tilskuddet gjentatte ganger, ev. for de samme personene og over hvor lange perioder tilskuddet gis. Dersom det er de samme personene eller virksomhetene som benytter tilskuddet gjentatte ganger, kan det være en risiko for at dette fungerer som et tilskudd til virksomhetens grunnbemanning uten at mer grunnleggende forhold knyttet til f.eks. fraværsskapende forhold, blir endret.

NAVs redegjørelse viser at bruken av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet ikke følger de rutinenene som NAV ellers benytter ved forvaltning av arbeidsrettede tiltak, bl.a. ved bruk av IT-baserte fagsystemer der bruken av tilskudd doku-

50 Oppfølgingsgruppen (2016).

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

menteres løpende og knyttes opp mot virksomhetene og den enkelte deltaker.

Ifølge registerdelen av SINTEFs evaluering av tilretteleggingstilskudd fra 2013 (Lippestad og Ose 2013), ble 5 369 ulike virksomheter tildelt tilskudd. Kommunene mottok over halvparten av midlene (54 prosent), mens offentlig sektor mottok til sammen 2/3 av midlene. Registerundersøkelsen viste at sykefraværet totalt sett, er ett prosentpoeng høyere i virksomheter som mottar tilskudd sammenlignet med de IA-virksomhetene som ikke mottar tilskudd når det kontrolleres for størrelse på virksomheten, sektor, næring og fylke/arbeidslivssenter. Dette kan tilsi at tilskuddet innrettes mot virksomheter der det er behov for forebyggende tiltak.

Den kvantitative analysen av SINTEFs evaluering viste at om lag 7 prosent av alle IA-virksomheter mottok tilretteleggingstilskudd i 2011. Virksomheter med høyeste andel mottak finner vi innenfor helse- og sosialsektoren (12 prosent), undervisning (10 prosent) og industri (8 prosent).

Dersom en ser på antall kroner av tilretteleggingstilskuddet pr. ansatt etter næring, er beløpene 225 kr. i helse- og sosialsektoren, 155 kr. i offentlig administrasjon, 149 kr. i overnattings- og serveringsvirksomhet og 95 kr. i industrien. Kommunal sektor får betydelig mer tilretteleggingsmidler per ansatt enn andre sektorer og andelen har vært økende i perioden fra 2009 til 2012. 77 prosent av tiltaket brukes til individrettede tiltak, mens resten (23 prosent) går til grupperettede tiltak.

Evalueringer av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet

Som for de øvrige IA-virkemidlene finnes det lite evidensbasert forskning om effektene av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Tidligere forskning som har sett på måloppnåelsen til virkemidlene i IA-avtalen, har hovedsakelig vært basert på kvalitative metoder. Evalueringene har i stor grad sett på brukernes oppfatning og tilfredshet med tjenestene gjennom bruk av spørre-

undersøkelser og intervjuer. Ut fra dette ble det også gjort kvalitative vurderinger av om tilbudene bidrar til å oppfylle målene i IA-avtalen.

I Ose m.fl. (2013) ble det foretatt en gjennomgang av tidligere forskning knyttet til virkemidlene under IA-avtalen. Som nevnt tidligere fant FAFO at omfanget av tilrettelegging ligger på et høyere nivå i IA-virksomheter enn i bedrifter uten avtale (Trygstad og Bråten 2011). Også Ose m.fl. (2009) viste at virksomheter oppgav at virkemidlene i IA-avtalen var en viktig motivasjon for å gå inn i en avtale, og at de inkluderte virksomhetslederne hadde relativt god kjennskap til de ulike virkemidlene, selv om bruken av disse varierte. Tilretteleggingstilskuddet var det klart mest brukte virkemidlet. De øvrige virkemidlene var honorar til bedriftshelsetjeneste, lønnstilskudd, opptrenings- og utprøvningsplasser, Individuell oppfølging og avklaring, Arbeidsrettet rehabilitering (del av Raskere tilbake) mv.

Den mest omfattende undersøkelsen som har vært gjennomført er SINTEFs evaluering av tilretteleggingstilskudd fra 2013 (Lippestad og Ose 2013). Den bygger dels på en registerundersøkelse basert på SSBs arbeidstakerregister og navneliste over tilskuddsmottakere fra NAV. Dette ga mulighet for å koble data om sysselsetting, næring, region mv. med sykefravær og mottak av tilskudd i den enkelte bedrift. Det var imidlertid ikke mulig å knytte tiltaksbruken til den eller de ansatte som var omfattet av tilretteleggingstiltaket. Det var heller ikke mulig å finne ut om tiltaket hadde effekt på sykefraværet til de som fikk tilbud om tilrettelegging. I tillegg ble det gjennomført en intervjuundersøkelse av noen arbeidsgivere som hadde mottatt tilskuddet i perioden 2009–2012 (til sammen elleve arbeidsgivere), rådgivere fra arbeidslivssentrene og representanter fra NAV fylke og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Undersøkelsen viste at det er stor oppmerksomhet omkring sykefravær og sykefraværsreduserende tiltak blant de som ble intervjuet, og at mye av tilretteleggingen var blitt gjennomført uten at det ble søkt om tilretteleggingstilskudd fra NAV.

Intervjuundersøkelsene viser at IA-rådgiverne har ulike opplevelser av hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre godt ved tilretteleggingstilskuddet. De peker på at ordningen er en motiverende og stimulerende faktor for arbeidsgiverne til å sette i gang tilretteleggingstiltak, både ved at de opplever NAV som en støttespiller og ved at virksomheten får et bidrag som gjør det mulig å iverksette tiltaket. I tilbakemeldingene fra IA-rådgiverne pekes det på at mange av tiltakene ikke hadde latt seg realisere uten tilretteleggingstilskudd. Mange av informantene trekker fram at ordningen fungerer godt når tilretteleggingen er tydelig og målrettet, inngår i et systematisk IA-arbeid og følges opp med en evaluering. Flere mener også at tilretteleggingstilskuddet har vært et viktig bidrag til å holde den enkelte arbeidstaker i arbeid – som ellers ville vært helt fraværende fra arbeidslivet grunnet helseplager. De peker også på den psykologiske effekten av at arbeidsgiver og arbeidslivssenteret inngår et spleiselag om tilrettelegging, og at dette gjør at den ansatte føler seg sett og verdsatt.

Når det gjelder de sidene ved ordningen som ikke fungerer så godt, pekes det på at søknadsprosessen er komplisert og byråkratisk med omfattende dokumentasjonskrav som gjør at mindre virksomheter og private bedrifter lar vær å søke. Flere av disse bedriftene iverksetter likevel omfattende tiltak for å forebygge og avhjelpe sykefravær uten tilskudd, bl.a. som følge av medvirknings- og tilretteleggingsplikten i arbeidsmiljøloven. Videre er det flere av IA-rådgiverne som har en opplevelse av at virksomheter ser på tilretteleggingstilskuddet som et driftstilskudd, «...at tilskuddet legges inn i vikarbudsjetten og til å dekke hull i trange budsjetter». Noen arbeidslivssentre påpeker også at flere arbeidsgivere er mer interessert i pengene enn i den faglige kompetansen. Disse vurderingene av bruken av tilretteleggingstilskuddet er dels basert på dybdeintervjuer av IA-rådgivere, men også ved bruk av standardiserte spørsmål knyttet til deres vurderinger av ulike sider ved tilskuddet. Disse viser en betydelig spredning i sentrenes oppfatning av hvordan tilskuddsordningen skal og bør praktiseres. De hadde også veldig for-

skjellige oppfatninger av arbeidsgivernes motivasjon for å benytte seg av ordningen. Arbeidsgiverne hadde også ulike oppfatninger om tilskuddsordningen. Gjennomgående viser intervjuene med arbeidsgiverne at de er tilfreds med samarbeidet så lenge samarbeidet med kontaktpersonen er stabilt, men de sier også at kvaliteten på samarbeidet er personavhengig. Noen arbeidsgivere viste til at ordningen ble praktisert ulikt i ulike deler av landet. De mente derfor at sentrene var lite profesjonelle.

Av andre viktige konklusjoner fra rapporten vil faggruppen spesielt trekke fram følgende:

- Det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder bruk av tiltaket. Dette gjelder bl.a. hvor stor andel av rammen som går til hhv. individrettede tiltak og grupperettede tiltak. Mens noen fylker nesten utelukkende har gitt tilskudd til individuell tilrettelegging (Rogaland, Sogn og Fjordane, Troms og Vestfold), er tilskuddet mye bredere benyttet i andre (Oslo, Østfold, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag).
- Det er også store variasjoner i alle ledd i rutinen for forvaltning av tilskuddet. Det gjelder hvordan søknadsprosessen foregår, hva som innvilges, i hvilken grad det etterspørres dokumentasjon, planer om egeninnsats og hvorvidt tiltakene evalueres.
- Det er store forskjeller i hvordan fylkene tolker styringssignaler når det gjelder bruk av ordningen. En av tilnærmingene for at bedriftene skal ta eierskap til sitt eget forebyggingsarbeid, er at det stilles krav om egenandel ved finansiering av tiltak. Undersøkelsen viste at det her er store praksisforskjeller i fylkene.
- Rapporten konkluderer med at tiltaket i stor grad benyttes til overføring av offentlige midler til offentlig virksomhet og at tilskuddet ved finansiering av vikar og ekstrahjelp bidrar til å dekke opp mer permanente bemanningsbehov i en del offentlige virksomheter. Forfatterne mente derfor at det var behov for å diskutere om tilskuddsordningen burde videreføres eller ikke.

8. Konsekvenser av virkemiddelbruken i IA-avtalen

Rapportens evalueringer av tilretteleggingstilskuddet bygger i stor grad på de vurderinger informantene fra sentrene og virksomhetene gir uttrykk for. Her er svarene til dels sprikende.

Rapporten konkluderer med at det er umulig å si noe om effekten på sykefraværet, og at datagrunnlaget kun gir mulighet for å knytte bruken av tilskuddet til virksomheten og ikke til person⁵¹. De fant heller ingen systematisk endring i sykefraværet i de virksomhetene som hadde mottatt tilskudd. Når det gjelder bruk av gruppetiltak med sikte på forebygging, er det ikke mulig å vurdere om disse har effekt, uten å gjennomføre kontrollerte forsøk med ulike tiltak på gruppe- og systemnivå.

Forfatterne konkluderte med at systemet med tilretteleggingstilskudd i sin daværende form hadde betydelige svakheter. På bakgrunn av intervjuundersøkelsene mente forfatterne at det brukes alt for mye ressurser på søking og behandling av søknader samtidig som to av tre tilskuddskroner er overføringer fra staten til offentlig virksomhet.

Pågående evaluering av tilretteleggingsordningene for arbeidssøkere og sykmeldte

Det er iverksatt en ny evaluering av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet og inkluderingstilskuddet for arbeidssøkere. Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått avtale med Oxford Research/Proba Samfunnsanalyse om gjennomføring av evalueringen i perioden 2017–2019. De to ordningene har til dels overlappende formål, men er rettet mot to forskjellige målgrupper. En av hensiktene med den nye evalueringen er å se de to ordningene i sammenheng med sikte på om det er mulig å harmonisere og forenkle regelverket for de to ordningene.

Oppsummering

De fleste evalueringene faggruppen har gjennomgått er basert på innhenting av kvalitative data gjennom ulike intervjuer, og det eksisterer i liten grad evidensbasert forskning på effekter av disse

tiltakene. I 2018 er det bevilget 720 mill. totalt til de to tiltakene. Etter faggruppens oppfatning er det derfor svært viktig at det framskaffes bedre dokumentasjon på bruken og effekten av disse tiltakene.

Gjennomgangen viser at arbeidslivssentrene har en sentral rolle i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv både gjennom forvaltningen av lokale deler av IA-avtalen som avtalepart, og gjennom å støtte de enkelte bedrifter med systemrettet veiledning i fraværsforebygging og økt inkludering. De evalueringene som er gjennomført viser at mange av de intervjuede arbeidsgiverrepresentantene og tillitsvalgte i virksomheter med IA-avtale verdsetter tjenesten og at de har en annen forståelse og dedikasjon for IA-arbeidet enn dem som ikke har vært i kontakt med arbeidslivssentrene. Evalueringene konkluderer imidlertid med at kvaliteten på tjenestene varierer mye fra fylke til fylke og at tjenesten har et klart potensiale for forbedring og effektivisering.

Gjennomgangen av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet viser at sentrene oppfatter at muligheten for å kunne finansiere tiltak for å forebygge og redusere sykefraværet, gjør det lettere for dem å få innpass i virksomhetene med sin kunnskap og kompetanse. De få evalueringene som er gjennomført stiller imidlertid kritiske spørsmål til nytten og effekten av ordningen. De peker bl.a. på at ordningen har betydelige svakheter ved at det brukes for mye ressurser til søknadsbehandlingen samtidig som det reises tvil om ordningen bidrar til å redusere sykefraværet. Evalueringene viser også at ordningen praktiseres ulikt fra fylke til fylke og at det er store variasjoner i alle ledd i rutinene for forvaltning av tilskuddet.

Dokumentasjonsgrunnlaget om bruken og effekten av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet er etter faggruppens oppfatning meget mangelfullt. Dette skyldes for det første at nåværende søknads- og saksbehandlingsrutiner ikke gir mulighet for å framskaffe opplysninger om hvilke personer det gis stønad til, samt at det er vanskelig å sammenstille informasjon om hvilke virksomheter som til enhver tid mottar stønad og andre

51 Jf. omtalen av direktoratets gjennomgang av dokumentasjonsutfordringene knyttet til bruk av ordningen under avsnittet over.

kjennetegn ved virksomhetene. Vi vet derfor lite om hvordan tiltaket innrettes, og så å si ingenting om kausale effekter av tiltaket. Regnskapsopplysningene etter hovedgrupper av tiltak er spesifisert på et grovere nivå og har en annen inndeling enn de tiltakstypene som stønadene skal dekke iht. forskriften. Det er også nødvendig å kunne skille mellom de beløpene som benyttes til individuell tilrettelegging for den enkelte arbeidstaker og bruk av midler til ekstrahjelp og vikarer.

Etter faggruppens oppfatning er det viktig at det etableres rutiner som sikrer mer effektive og standardiserte prosesser for informasjon, saksbehandling og forvaltning av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Dette er viktig både av effektivitetshensyn, men også fordi evalueringene har vist at tiltakene forvaltes svært ulikt mellom fylkene og at det er behov for større likhet i både administrative prosesser og innretningen av tiltakene på landsbasis.

Som faggruppens gjennomgang viser finnes det lite evidensbasert forskning knyttet til effekter av tiltakene arbeidslivssenter og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. I forskermøtet fra 2013 som er omtalt i avsnitt 8.1, ble det konkludert med at det finnes påfallende lite kunnskap om effekter av tiltakene i IA-avtalen. Rapporten viser til at de fleste tiltak under IA-avtalen er iverksatt på et svakt kunnskapsgrunnlag om hva som virker, og at man i fremtiden i større grad bør foreta utprøving av tiltakene i et begrenset område før endelig implementering i full skala.

Når det gjelder arbeidslivssentrene og forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet, bør man vurdere nærmere mulighetene for å teste effekter av endringer i disse ordningene ved å benytte randomiserte kontrollerte forsøk.⁵² Eksempelvis

kan man ved hjelp av randomisering (tilfeldig fordeling) gi noen virksomheter tilgangen til aktuelle tjenester, og vente med å gi andre virksomheter slik tilgang, over en periode, for å se om det påvirker helsen og sykmeldingen. Ettersom alle IA-virksomheter har tilgang til tjenestene nå, og det er vanskelig å ta det fra dem, kunne et mulig forsøk være å gi noen ikke-IA-virksomheter tilgang.

8.3 Faggruppens anbefalinger

Det foreligger lite forskning som dokumenterer ev. kausale effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen på en pålitelig måte. Sentrale forskere som har oppsummert kunnskapsstatusen på feltet, har konkludert med at de fleste beslutninger om IA-tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om hvorvidt tiltakene faktisk virker.

Etter faggruppens vurdering bør utviklingen av virkemidlene innenfor IA-avtalen i større grad baseres på en mer skrittvis innføring av nye metoder og tiltak basert på gode randomiserte kontrollerte studier. I tillegg bør man i større grad styrke kunnskapen innenfor disse områdene ved å utnytte eksisterende registerdata for å finne mulige effekter av historiske og geografiske forskjeller i bruk av ulike tiltak («kvasi-eksperimentelle studier»). De betydelige geografiske og historiske variasjonene som evalueringene har kartlagt burde være mulig å utnytte til slike effektstudier hvis data over tilskudd kan gjøres tilgjengelig på virksomhetsnivå over en lang periode.

Å gjennomføre dette vil kreve en styrket kultur for utprøving av tiltak gjennom bruk av kontrollerte forsøk når tiltak skal initieres og senere implementeres. Dette gjelder alle partene i IA-samarbeidet. Gevinstene av å iverksette tiltak som faktisk virker, vil imidlertid kunne bli betydelige for den yrkesaktive befolkningens helse og sykefravær, og dermed for den norske økonomien.

⁵² Hvis vi ønsker å vite om et politisk tiltak faktisk virker, er randomiserte kontrollerte forsøk (randomised controlled trials, RCT) den beste metoden. RCT innebærer at personer eller andre enheter, for eksempel kommuner, fordeles tilfeldig på to grupper: En intervensjonsgruppe som blir utsatt for et tiltak («behandling») og en kontrollgruppe som ikke blir det. Forskjellen mellom de to gruppenes resultater viser effekten av tiltaket.

9. Kilder

- Aagestad, C., Bjerkan, A.M., Gravseth, H.M. (2017). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning. *STAMI-rapport*. Årg. 18, nr. 3 (2017).
- Aagestad, C., Tyssen, R., Johannessen H.A., Gravseth H.M., Tynes T. og Sterud S. (2014a). Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public health* 2014; 14: 1016
- Aagestad, C., Johannessen H. A., Tynes T., Gravseth H. M. og Sterud T. (2014b). 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*. 2014; 56(8): 787-793.
- Aagestad C., Tyssen R. og Sterud T. (2016). Do work-related factors contribute to differences in doctor-certified sick leave? A prospective study comparing women in health and social occupations with women in the general working population. *BMC Public health* 2016; 12: 235
- Actecan (2013) Den kostbare senioren – fakta eller myte? Rapport 2013/06. Oslo: Actecan.
- Alne, R. H, (2018). Economic incentives, disability insurance and labor supply. Working papers in Economics 02/18, UIB.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2016a). Prop. 1S (2016–2017) Budsjettåret 2017. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2016). NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet. Meld. St. 33 (2015–2016).
- Arbeids- og sosialdepartementet (2016). Underveisvurderingen av IA-avtalen. Oppfølgingsgruppen (2016).
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2014). NAV Arbeidslivssenters rolle, ansvar og hovedoppgaver 2014–2018 (Rolledokumentet).
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (20. februar 2018). Gjennomgang av forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for sykmeldte og BHT-honorar under delmål 1 og virkemidler under delmål 2 i IA-avtalen.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2016). Kartlegging av organisering av tjenester til arbeidsgivere (NAV).
- Ask, T., J. S. Skouen, J. Assmus og A. Kvåle (2015): Self-reported and tested function in health care workers with musculoskeletal disorders on full, partial or not on sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25
- Becken, L., Lien, M.I. og Busch, R. (2016). Sluttevaluering av Hedmarksmodellen – NAVs evaluering av aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding. Rapport 2016-12 Proba samfunnsanalyse. Oslo mars, 2016.
- Berg, H. og Staalelsen, P. D. (2016). Egenmelding 365 – evaluering av et forsøksprosjekt. Proba rapport 2015-14. Oslo: Proba samfunnsanalyse.
- Berg, H., Klingenberg, S. og Solheim, Ø. B. (2015). Sykefraværet i bygg- og anleggsnæringen under finanskrisen. Proba rapport 2015-01. Oslo: Proba samfunnsanalyse.

- Berge, C., Bye, T., og Næsheim, H. (2010). Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomen* 3/2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Berge, C., Johannessen, J. H. og Næsheim, H. (2012). Internasjonal sammenligning av sykefravær. Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde? *Rapporter* 6/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blekasaune Morten og Per Erik Solem (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., Thune, O. (2015): Ung uførhet og psykisk sykdom: *Arbeid og velferd nr. 1-2015*
- Bragstad, T. og Brage, S. (2011). Unge på arbeids- og helserelevante ordninger. *Arbeid og velferd* 2/2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Bragstad, T. og Sørbø, 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*. Vol 122, pp 1177-1205.
- Bratsberg, B. og Raaum, O. (2013). Migrasjonsstrømmers påvirkning på lønns- og arbeidsvilkår. *Samfunnsøkonomen* 3/2013.
- Bratsberg, B. og Røed, K. (2015). The Nordic welfare model in an open European labor market. *Nordic Economic Policy Review*.
- Bratsberg, B. og Røed, K. (2010). When Minority Labor migrants meet the welfare state. *Journal of Labor Economics*. Vol 28.
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K. og Schøne, P. (2014). Immigrants, labour market performance and social insurance. *The Economic Journal*. Vol 124.
- Brinchmann, B og Mykletun, A. (2013). Effekter av tiltak under IA-avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag av Arbeidsdepartementet. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Bråten, M., Svalund, J. (2015): Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – kartlegging av måloppnåelse. *Fafo-rapport* 2015:57.
- Bøe, T.P. og Håland, I. (2017). Funksjonshemma på arbeidsmarknaden. *SSB Rapporter* 2017/33. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bøe, T.P. og Vigran, Å. (2014). Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. Vol 2014/37.
- Bøe, T.P. og Vigran, Å. (2015). Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. *Samfunnsspeilet* 1, 9-14.
- Cools, S., Hardoy, I. og Simson, K. (2018). Sosial bakgrunn, utdannings-, yrkes- og stønadskarriere til personer med nedsatt arbeidsevne. ISF 2018.
- Dahl, Espen Halland og Ole Christian Lien (2013). Pensjonsreformen – flere eldre i arbeid. *Arbeid og Velferd*, 1/2013. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Dalen, Erik (2016a). Norsk seniorpolitisk barometer 2016. Kommentarrapport, yrkesaktive. Oslo: Ipsos MMI.
- Dale-Olsen, H., Nilsen, K.M. og Schøne, P (2011). Smitter sykefravær? *Søkelys på arbeidslivet* 1–2/2011. Oslo.
- Dyrstad, K., Mandal, R. og Ose, S.O. Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne. SINTEF.

9. Kilder

- Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær – Aktiviserings- og nærværsreform.
- Eurofound (2016). Sixth European Working Conditions Survey – Overview report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- 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.
- Grødem, A.S, Nielsen, R.A., og Strand, A.H. (2014). Unge mottakere av helserelaterede ytelser: Fordeelingen mellom offentlig og familiebasert forsørgelse av unge NEET. *Fafo-rapport 2014:37*. Oslo: Fafo
- Grødem, A.S og Orupabo, J. (2015). Gradering av sykmeldinger – hvilke problemer løser det? *Søkelys på arbeidslivet* 1–2/2015. Oslo.
- Haga, O. og Lien, O.C. (2017) Forventa pensjonsalder og yrkesaktivitet. *Kommende artikkel i Arbeid og Velferd*, 2/2017. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Hauge, K.; Markussen, S.; Raaum, O., og Ulvestad, M. (2015): Kan kjønnsforskjellen i sykefraværet forklare av holdninger, normer og preferanser? *Frischsenteret Rapport* 1/2015. Oslo: Frischsenteret.
- Hernæs, E., Markussen, S., Piggott, J. og Røed, K. (2016). Pension Reform and Labor Supply, *Journal of Public Economics*, 142 (2016), 39–55.
- 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.
- Hem, K.G., Dahl, Ø., Rohde, T. og Øren, A. (2016). Kostnader ved arbeidsrelaterede sykdommer og skader. Sintef rapport A27430. Trondheim: Sintef
- Hermansen, Å. (2014). Additional leave as the determinant of retirement timing – retaining older workers in Norway. *Nordic Journal of Working Life Studies*, No. 4, Vol. 4.
- Hermansen, Å. (2015). Retaining older workers – The effect of phased retirement on delaying early retirement. *Nordic Journal of Social Research*, Vol. 6.
- Hermansen, Å. og Midtsundstad T. (2016). The effect of retaining bonuses on delaying early retirement – financial incentives revisited. *Under publisering*.
- Hernæs, E., Markussen, S., Piggott, J., og Røed, K. (2016). Pension Reform and Labor Supply. *Journal of Public Economics*, 142 (2016), 39–55.
- Huitfeldt, I., Kirkebøen, L.J., Strømsvåg, S., Eielsen, G. og Rønning, M. (2018). Fullføring av videregående opplæring og effekter av tiltak mot frafall. *Sluttrapport fra effektevalueringen av overgangsprosjektet i Ny GIV*, Rapporter 2018/8, SSB.
- Hyggen, C. (2015). Unge utenfor utdanning og arbeid i Norden. Utfordringer, innsatser og anbefalinger. *TemaNord* (Vol. 2015:536). København: Nordisk ministerråd.
- Høst, H. (2013). Kan arbeidslivet være et bedre alternativ for skoletrøtte 16-åringene? *Søkelys på arbeidslivet*, 30(01-02), 54-57.

- Indregard, A.M.R., Knardahl, S. og Nielsen, M.B. (2017). Emotional dissonance and sickness absence: a prospective study of employees working with clients. *Int Arch Occup Environ Health* 2017; 90: 83-92.
- Ingebrigtsen, B.A. og Moe, A. (2015). Evaluering av NAV Arbeidslivssenters bidrag til måloppnåelsen innen delmål 2 og 3 i IA-avtalen. NTNU og Trøndelagsforskning (2015).
- 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.
- Justisdepartementet (2017). Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring, NOU 2017: 2.
- Kann, I.C. og Kristoffersen, P. (2015). Arbeidsavklaringspenger – helt forskjellig fra forløperne? *Arbeid og velferd*, 3/2015. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- 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., Thune, O. og Galaasen, A.M. (2013). Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser? *Arbeid og velferd* 3/2013. 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., Kristoffersen, P., og Yin, J. (2016a). Arbeidsavklaringspenger – utviklingen i hvem som kommer inn. *Arbeid og velferd*, 2/2016. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kann, I.C., Sutterud, L. (2017). Stadig færre på trygd? *Arbeid og velferd*, 3/2017.
- Kann, I.C., Yin, J. og Kristoffersen, P. (2016b). Fra arbeidsavklaringspenger til arbeid. *Arbeid og velferd*, 2/2016. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Kann, I. C., Lima, I. A. Å. og Brage, S. (2017). Evaluering av forsøk med hedmarksmodellen i Aust-Agder, Buskerud og Rogaland. NAV-rapport 2017:3. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Killi, A. (2017). IA-avtalen og NAV Arbeidslivssenter. Masteroppgave ved Universitetet i Oslo, https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/61148/killi_anne.pdf?sequence=1
- Knardahl, S., Johannesen, H.A., Sterud, T., Härmä, M., Rugulies, R., Seitsamo, J. og Borg, V. (2017). The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health* 2017; 17: 176.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M.B. og Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2016; 19: 179-199.
- Kostøl, A. R., Mogstad, M. (2012). Betydningen av økonomiske intensiver for arbeidsmarkedsdeltakelsen til uførepensjonister. Økonomiske analyser 3/2012 SSB.
- Lie, S.A. (2014). Liten effekt av gradert sykmelding for rakerer retur til arbeid. En kausal analyse av registerdata for varighet av sykefravær, ulike trygdeytelser og retur til jobb. Uni Helse, Bergen.
- Lima, I. A. Å. (2018). Kjønnforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. *Arbeid og velferd* 1/2018. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Lima, I. A. Å. (2016). Hvordan har økt ledighet påvirket bruken av helseytelser og økonomisk

9. Kilder

- soslhjelp? *Arbeid og velferd* 3/2016. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Lippestad, J. og Ose, S.O. (2013). Evaluering av tilretteleggingstilskudd. Sintef.
- Mandal, R., Ofte, H.J., Jensen, C., og Ose, S.O. (2015). Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning? Et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. *Sintef-rapport A26778*. Trondheim: SINTEF teknologi og samfunn.
- Markussen, E. (2016). Forskjell på folk! Om å avbryte videregående opplæring før tida, og konsekvensene for overgang til arbeidslivet I K. Regaard og J. Rogstad (Red.), *De frafalne. Om frafall i videregående opplæring. Hvem er de, hva vil de og hva kan gjøres?* (s. 22-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markussen, S. (2010). 2004: Da sykefraværet falt som en stein. *Samfunnsøkonomen* 3/2010. Oslo: Frischsenteret.
- Markussen, S., Mykletun, A., og Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96 (2012), 959-972.
- Markussen, S., Mykletun, A., og Røed, K. (2013). Replikk til artikkelen «Effekt av gradert sykmelding». *Arbeid og velferd* nr. 3 2013. Oslo Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Markussen, S., Røed, K. og Schreiner, R. C. (2014). Can compulsory dialogs promote return to work from sickness absence? Oslo: Frischsenteret.
- Markussen, S. og Røed, K. (2014). The Impacts of Vocational Rehabilitation. IZA discussion paper no. 7892. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA).
- Markussen, S. og Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 10/2012. Oslo: Frischsenteret.
- Mastekaasa, A (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2/2016. Oslo: Universitetsforlaget
- Meld.St. 29 (2016–2017) *Perspektivmeldingen 2017*. Oslo: Finansdepartementet.
- 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 arbeidsliv i turbulente tider*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 239–256.
- Midtsundstad, T., Mehlum, I.S. og Hilsen, A.I. (2017). The impact of the working environment on work retention of older workers. *FAFO-paper* 2017:09 (2017).
- 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.
- Myklebø, S. og Thune, O. (2010). Sykefravær blant gravide. *Arbeid og velferd* 2/2010. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Myklebø, S. (2007). Sykefravær og svangerskap. *Arbeid og velferd* 3/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Mykletun, A. og Vaage, K. (2012). Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mæland, S. (2018). Forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV) etter seks måneders sykmelding. Bergen: Uni Research

- nav.no (https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/_attachment/470563?_download=true&_ts=15a4b1619c0 – avlest 11. april 2018)
- Nordby, P og Næsheim H. (2017). Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen. 2016. *SSB Rapporten 2017/5*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Nossen, J. P. (2008). Sykefraværet og konjunkturerne – hva vet vi om sammenhengen? *Arbeid og velferd 4/2008*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Nossen, J. P. (2010). Økt legemeldt fravær etter finanskrisen: flere langvarige sykefravær for menn. *Arbeid og velferd 1/2010*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- 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. (2016). Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt?. *Arbeid og velferd 3/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Nossen, J.P. og Brage, S. (2013) Effekten av gradert sykmelding – betydningen av metodevalg. *Arbeid og velferd nr. 3 2013*. Oslo Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Nossen, J.P. og Brage, S. (2015) Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepengen – hvordan påvirkes sykefraværet? *Arbeid og velferd nr. 3 2015*. Oslo Arbeids- og velferdsdirektoratet
- NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.
- OECD (2017). OECD Employment Outlook 2017. OECD Publishing.
- OECD (2017). Indicator C5 Transition from school to work: where are the 15-29 year-olds? I OECD (Red.), Education at a Glance 2017:OECD indicators. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2016). Society at a Glance 2016. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2018). Investing in youth: Norway. Paris: OECD.
- Ose, S. og Jensen, C. (2017). Youth outside the labour force - Perceived barriers by service providers and service users: A mixed method approach. *Children and Youth Services Review*, 81, 148-156. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.08.002
- Ose, S.O., Kaspersen, S. L., Reve, S.H., Mandal, R., Jensberg, H. og Lippestad, J. (2012). Sykefravær – gradering og tilrettelegging. Trondheim: Sintef.
- Ose, S.O., Dystad, K., Slettebak, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I. og Jensberg, H. (2010–2013). Evaluering av IA-avtalen. Sintef, 2013.
- Ose, S.O., Bjerkan, A.M., Pettersen, I., Hem, G.K., Johnsen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T.O., Saksvik, P.Ø. (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001–2009). Sintef.
- Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2016). Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen. Oslo: Pensjonspolitisk arbeidsgruppe.
- Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2017). Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen. Oslo: Pensjonspolitisk arbeidsgruppe.
- Poulsen, O.M., Fridriksson, J.F., Tomasson, K., Midtsundstad, T., Mehlum, I.S., Hilsen, A.I., Nilsson, K. og Albin, M. (2017). Working environment and work retention. *TemaNord 2017:559*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Proba samfunnsanalyse (2011). Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie. Rapport 2011-02.

9. Kilder

- Rieck, K.M.E. og Telle, K. (2013). Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica*. 56(2), 117-137.
- RNNP (2016) Risikonivå i petroleumsvirksomheten. Hovedrapport, utviklingstrekk 2016, norsk sokkel. Stavanger: Petroleumstilsynet.
- Salminen, S. (2004). Have young workers more injuries than older ones?
- Schreiner, R.C. (2016). Unemployed or Disabled? The Effects of Medicalizing Youths by Granting Temporary Disability Benefits. *Working paper online*. Ragnar Frisch Centre for Economic Research and the University of Oslo, August 2016.
- Solem, P.E. (2010). Eldres posisjon i arbeidslivet ved konjunkturomslag. *NOVA Rapport 5/2010*. Oslo: Nova – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- STAMI (2018). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. STAMI-rapport Årg. 19, nr.?. (2018). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Sterud, T. (2013). 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*. 2013; 39:468-476.
- Sterud, T. (2014a). 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*. 2014; 40(4):361-369.
- Sterud, T. (2014b). Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *European Journal of Public Health*. 2014; 24(1):111-116.
- 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*. 2014; 42(3): 329-334.
- Strand, A.H. og Nielsen, R.A. (2015). Veier inn i, gjennom og ut av arbeidsavklaringspenger. Hvor langt unna arbeidslivet står mottakerne? *Fafo-rapport 2015:29*. Oslo: Fafo.
- Statistisk Sentralbyrå (2016). Funksjonshemmede arbeidskraftundersøkelsen, 2016 2. kvartal.
- Sutterud, L. og Sørbo, J. (2018). Hvem har nedsatt arbeidsevne, men ikke rett til arbeidsavklaringspenger? *Arbeid og velferd 2/2018*.
- Sørbo, J. og Ytterborg, H. (2015) Arbeidsavklaringspenger: Hva har skjedd med de som passerer fire år? *Arbeid og velferd nr. 3/2015*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Trygstad, S. og Bråten, M. Tilrettelegging i arbeidslivet. FAFO-rapport nr. 22, 2011.
- Veiersted, B., Knardahl, S., Wærsted, M., Christensen, J.O., Gjerstad, J., Gudding, I.H., Hanvold, T., Matre, D., Mohr, B., Nilsen, K.B., Sterud, T., Arneberg, L., Gjulem, T., Jebens, E., Medbø, J.I., Moen, G.H., Pedersen, L. og Strøm, V. (2017). Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager – en kunnskapsstatus. *STAMI-rapport*. Årg. 18, nr. 6 (2017).
- Weigtel, B. og Proba Analyse: Evaluering av tilretteleggingsordningene for arbeidssøkere og sykmeldte. Inkluderingsstilskuddet og Forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet. Oxford Research
- Widding-Havnerås, T. (2016). Unge voksne som verken er i arbeid eller utdanning: En registerbasert studie, 1993-2009. Søkelys på arbeidslivet, 32(04). doi: 10.18261/issn.1504-7989-2016-04-05

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 tiårperiode.

Delmål 1

Om endringer i datagrunnlaget fra 2015 og effekten for sykefraværstatistikken

(rapport 2017, s. 50)

Fra og med 2015 er datagrunnlaget for sykefraværsprosenten blitt endret, og man har derfor fått et brudd i serien. Fram til og med 2014 var det NAVs Aa-register som lå til grunn for dataene for det registrerte legemeldte sykefraværet, mens det fra og med 2015 er A-ordningen. Det er noen forskjeller i rapporteringen mellom disse systemene, og med A-ordningen ble kvaliteten på hvilke arbeidsforhold som er aktive bedret og det ble en mer presis måling av dagsverk (arbeidstid).

Innføringen av A-ordningen fikk også betydning for det egenmeldte sykefraværet. Data om egenmeldt sykefravær har vært innhentet av Statistisk sentralbyrå fra et tilfeldig utvalg av virksomheter som dekker så godt som alle næringer i både privat og offentlig sektor. Siden vektingen av tallene fra utvalget skiftet fra arbeidstakere ifølge Aa-registeret før 2015 til tall fra A-ordningen fra og med 2015, har man også fått et brudd for det egenmeldte sykefraværet.

Datagrunnlaget fra A-ordningen ga et brudd på to måter. Bedret kvalitet på hvilke arbeidsforhold som er aktive bidro isolert til et høyere tall for legemeldt sykefravær, mens mer presis måling av dagsverk (arbeidstid) trakk tallene ned. Innføringen av A-ordningen har hatt liten effekt på sykefraværsprosenten på aggregert nivå. De elementene som forårsaker bruddet er imidlertid ikke jevnt fordelt mellom undergrupper. Variasjonen vil være størst mellom næringer, og også for kjønn siden kjønnsfordelingen er ulik mellom næringer, slik at utslagene av bruddet her kan være ulike. Dette gjør det vanskelig å beregne bruddets presise effekt for ulike undergrupper. Næringer med stort innslag av deltids- og turnusarbeid, både i privat og offentlig sektor, er antakelig mest berørt. Det vil også potensielt være en effekt for andre undergrupper der sykefraværsprosenten benyttes, som kjønn, alder og fylke, samt for fordelingen på diagnoser og beregningen av gradering.

Statistisk sentralbyrå har gjort følgende vurderinger av effekten på aggregert nivå:

- For å få helt sammenlignbare tall for egenmeldt sykefravær, bør sykefraværsprosentene før innføring av A-ordningen reduseres med 4 hundredeler.
- For å få helt sammenlignbare tall for legemeldt sykefravær, bør sykefraværsprosentene

før innføring av A-ordningen reduseres med 1 hundredel.

- For å få helt sammenlignbare tall for egenmeldt og legemeldt sykefravær samlet, bør sykefraværsprosentene før innføring av A-ordningen reduseres med 5 hundredeler.

Disse bruddfaktorene gjelder bare for den totale egenmeldte-, legemeldte- og samlede sykefraværsprosenten, og er laget kun for sesong- og influensajusterte kvartalstall. Det er ikke laget beregninger av brudd etter f.eks. næring, fylke, kjønn eller alder. Faggruppen mener at bruddet slår lite ut i forhold til de store linjene i utviklingen av sykefraværet. Det er også lite som tyder på at den offisielle sykefraværstatistikken fra Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet vil bli justert for bruddet.

Bruddet innebærer små endringer på aggregert nivå, og det er kun hovedtallet for sykefravær som er justert for effektene av statistikkbruddet. Faggruppen mener det derfor ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for bruddet når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden, og anbefaler at de endringstallene som framkommer uten korreksjoner legges til grunn i det videre IA-arbeidet. Alle tallstørrelser i rapportene fra faggruppen oppgis derfor uten korreksjon for A-ordningen. Merk at tallet for endringen i total fravær fra 2. kvartal 2001 som faggruppen publiserer avviker noe fra tallet som publiseres av Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Både Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har valgt å justere tallet for endringen fra 2. kvartal 2001 med effektene av statistikkbruddet. De øvrige tallene Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet publiserer, justeres ikke for endringene av statistikkbruddet.

Virkingen av aktivitetskrav og bruk av midlertidig stans av sykepengene

(rapport 2016, s. 39)

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 kjennskapet 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 sykefraværforløpet.

Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet⁵³

(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 varslers stans om sykepenge ved åtte uker. I brevet åpnes det for at den sykmeldte fortsatt kan få sykepenge 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 sykefraværprosenten i landet for øvrig og Hedmark, hhv. før og etter tiltaket.

53 Kann m.fl. (2014)

Sjansen for å bli frisk eller få gradert sykmelding er beregnet på grunnlag av forløpsdata over sykefraværperioden 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 mer enn i resten av landet⁵⁴. 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 sykefraværforebyggende arbeidet har også redusert antall mottakere av arbeidsavklaringspenger⁵⁵

(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

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

55 Kann og Lima (2015)

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 arbeidsavklaringspenger 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?⁵⁶

(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. Sykmelder, 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 fraværsdager per møte, noe som ifølge modellen innebærer at en i gjennomsnitt sparer 11 300 kroner i sykepenger for hvert dialogmøte 2 som blir avholdt. 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

⁵⁶ Markussen m.fl. (2014)

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 sesongjuste-

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

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

	Økning 2008–2009	Reduksjon 2009–2010
Influensa*	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

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 sykepenge 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 sykefraværsutviklingen 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 sykefraværsforløpet 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 omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger.

Delmål 2

Unge mottakere av arbeidsavklaringspenger

(rapport 2017, s. 61)

I tidligere rapporter fra faggruppen har vi omtalt en kvalitativ evaluering av AAP-ordningen på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Undersøkelsen er basert på intervjuer med NAV-kontorene og ble gjennomført av Sintef og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (NK-ARR), Mandal m.fl. (2015).

Undersøkelsen peker på at det blant 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. Bl.a. er det mange unge som mottar arbeidsavklaringspenger som ofte har 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 blir værende i passive trygdeløp uten at de får tilstrekkelig tett oppfølging fra NAV. Mange venter på tiltak, behandling eller utredning. Rapporten peker på at NAV-kontorene har mangelfulle ressurser til å kunne gi brukerne den tette oppfølgingen som var intensjonen, og at mange AAP-mottakere derfor blir langvarige og passive trygdemottakere.

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 uføretrygdde 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 uføretrygdde 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 uføretrygdde 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 uføretrygd 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 uføretrygd i tenårene eller tidlig i 20-årene.

Figur 4.2 i vedlegg 2 viser utviklingen i tilgangen på personer (antall nye tilfeller av uføretrygdde 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 uføretrygdde 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 depresjonstilstander.⁵⁷ 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. Frisch-senteret gjennomførte i 2014 en evaluering av NAV-kontorenes attføringsstrategier for personer med nedsatt arbeidsevne, der tiltak i ordinær virksomhet 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.

Hva påvirker overganger fra midlertidig ytelse til arbeid

(rapport 2017, s. 64)

I Kann m.fl. 2016b er det gjort en nærmere kartlegging av *når* overgangen fra midlertidig ytelse til arbeid og uføretrygd skjer og *hva* som påvirker overgangene. Forløp og tidspunkter for overgangene er kartlagt ut fra beregning av hasardrater

for overganger til arbeid, uføretrygd eller annet. Dataene omfatter alle som har mottatt arbeidsavklaringspenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger eller tidsbegrenset uførestønad i tidsrommet 1. januar – 1. august 2015. For å belyse hva som påvirker overgangene er det gjennomført en regresjonsanalyse for å finne kjennetegn ved individer med stor sannsynlighet for overgang til arbeid. Det er benyttet en konkurrerende-risikomodel med arbeid, uføretrygd og overganger til annet, som konkurrerende utfall (Kann m.fl. 2016b, s. 84).

Undersøkelsen viser at overgangen til arbeid øker rett før varigheten for ytelsen går ut. I tillegg viser kartleggingen store fylkesvise forskjeller i tidspunktene for overganger. Dette kan ha sammenheng med at gjennomføringen av oppfølgingsarbeidet varierer lokalt og at det er lokale forskjeller i bruk av intervensjoner som innkalling, telefon-samtaler, bruk av brev, krav om deltakelse i tiltak etc. Denne del av analysen er imidlertid kun basert på seks av fylkene. Kartleggingen gir ikke en fullstendig analyse av fylkesvise forskjeller hvor det kontrolleres for relevante kjennetegn som har betydning å komme inn på midlertidig ytelse i det enkelte fylke.

I tillegg til at varighetsbestemmelser og praktisering av oppfølging kan ha betydning for overganger til arbeid, viser regresjonsanalysen at det er klare 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 og mottar ytelsene over lenger tid enn de som kommer fra sykepenger. Denne gruppen omfatter både yngre, men også andre grupper med svak tilknytning til arbeidsmarkedet.

⁵⁷ Gruppen utviklingsforstyrrelser omfatter i stor grad personer med diagnosen Aspergers syndrom. Atferds- og personlighetsforstyrrelser omfatter i stor grad personer med ADHD.

Alternativ definisjon av funksjonshemmede fra AKUs tilleggsundersøkelse

(rapport 2015, s. 47)

På bakgrunn av diskusjonen knyttet til måleproblemene knyttet til delmål 2 gjorde SSB en nærmere analyse av deltakelsen i arbeidsmarkedet for hver av de tre gruppene: funksjonshemmet i to etterfølgende år, funksjonshemmet i bare ett av årene og ikke funksjonshemmet i noen av årene basert på tilleggsundersøkelsen til AKU i 2013. En ikke ubetydelig andel (nær 40 prosent) av de som oppga å være funksjonshemmet ett år, oppga å ikke være funksjonshemmet det påfølgende året. Tallene for 2. kvartal 2013 viste at andelen sysselsatte i de tre gruppene var henholdsvis 30,9 prosent, 59,4 prosent og 82,4 prosent. Det betyr at gruppen som oppga å være funksjonshemmet i bare et av årene, hadde markert lavere andel i arbeid enn de som ikke anså seg som funksjonshemmet i noen av årene. Sånn sett er var det ikke urimelig å si at de tilhørte målgruppen for delmål 2.

Det at folk endrer svar i AKU i forhold til om de er funksjonshemmet skyldes ikke målefeil, men reflekterer folks faktiske situasjon. 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. I tillegg vil noe av skiftene i svar skyldes 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.

Det å skulle følge de to gruppene av funksjonshemmede hver for seg, ville imidlertid skape

utfordringer. Det har blant annet sammenheng med at den relative usikkerheten blir vesentlig større enn når vi ser på dem samlet som en gruppe

Tabell X Andel sysselsatte 15–66 år i alt og etter ulike definisjoner av Funksjonshemming, 2. kvartal 2013.

	Andel sysselsatte
I alt	74,2
Ikke funksjonshemmet	82,4
Funksjonshemmede i alt	42,7
Funksjonshemmet kun ett av årene	59,4
Funksjonshemmet to år på rad	30,9

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.

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	2016	2017	2001–2017
15–24 år	55,5	56,1	54,2	53,4	52	52,6	55,1	57,1	53,1	51,5	51,6	52,7	52,0	50,5	50,6	49,0	48,6	-6,9
25–39år	84,8	84,2	82,1	82,3	82,3	83,4	85,2	86,0	85,5	83,9	83,6	83,2	83,0	82,8	81,4	81,7	81,6	-3,2
40–54 år	85,8	85,1	84,2	84,1	84,3	85,1	86,0	86,2	85,1	84,6	85,2	85,2	84,3	84,1	83,8	83,2	83,3	-2,5
55–61 år	73,4	73,9	74,1	72,7	72,9	75,0	75,7	77,0	77,2	77,4	78,7	77,8	77,6	78,1	78,5	78,0	77,7	4,3
62–66 år	36,8	36,3	37	38,2	37,1	39,5	43,5	44,3	44,6	43,5	43,9	46,4	47,6	50,3	51,5	51,0	51,0	14,2
I alt	75,6	75,2	73,9	73,6	73,2	74,2	75,6	76,3	74,9	73,8	74,0	74,2	73,9	73,8	73,6	73,1	73,0	-2,6
Menn																		
15–24 år	57,1	56,1	54,5	53,4	52,6	52,8	54,4	57,2	52,0	50,5	50,7	51,6	50,5	49,3	49,5	47,8	48,0	-9,1
25–39år	89	88,4	85,5	85,7	85,8	87,3	89,2	89,0	88,3	86,7	86,4	86,1	85,5	85,3	84,0	83,7	83,8	-5,2
40–54 år	89,1	88,1	87	86,9	87,2	87,6	88,6	88,8	87,2	86,3	87,1	87,1	86,7	86,7	85,8	84,9	84,6	-4,5
55–61 år	78,9	79,1	78,8	77,7	77,9	80,8	81,0	81,2	80,6	79,8	81,6	81,0	81,4	80,8	81,1	82,0	81,8	2,9
62–66 år	40,5	40,5	42,1	42,8	41,8	44,2	47,2	49,4	49,7	48,7	49,9	52,0	52,4	55,5	58,2	55,3	54,4	13,9
I alt	79,2	78,5	76,9	76,5	76,3	77,3	78,5	79,1	77	75,7	76,1	76,3	75,9	75,9	75,6	74,8	74,8	-4,4
Kvinner																		
15–24 år	53,9	56	53,9	53,4	51,3	52,4	55,8	57,1	54,3	52,5	52,6	53,8	53,5	51,8	51,7	50,3	49,3	-4,6
25–39år	80,4	79,8	78,5	78,9	78,8	79,4	81,1	82,8	82,6	81,1	80,7	80,1	80,4	80,1	78,7	79,7	79,3	-1,1
40–54 år	82,4	82	81,4	81,2	81,4	82,5	83,2	83,4	82,8	82,9	83,2	83,1	81,8	81,3	81,7	81,4	81,9	-0,5
55–61 år	67,7	68,7	69,3	67,7	67,6	69,0	70,1	72,6	73,9	74,9	75,8	74,6	73,8	75,3	75,8	73,9	73,5	5,8
62–66 år	33,2	32,2	32,1	33,8	32,7	34,9	39,9	39,4	39,3	38,1	37,7	40,7	42,5	44,8	45,0	46,6	47,5	14,3
I alt	71,9	71,9	70,9	70,6	69,9	71,0	72,6	73,5	72,7	71,8	71,8	72,0	71,7	71,6	71,4	71,3	71,2	-0,7

* Brudd i statistikken fra og med 2006. Statistisk sentralbyrå har justert estimeringsmetoden. Det er beregnet sammenliknbare tall tilbake til 2006.

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 2001–2017.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Totalt fravær</i>																	
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	6,4	6,3	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	4,9	4,8	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	8,2	8,0	8,2
<i>Egenmeldt fravær</i>																	
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	1,0	1,0	1,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Tabell 10.3 Sysselsatte arbeidstakere etter kjønn og næring. 4. kvartal 2017. Prosent.

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Helse- og sosialtjenester	22	36	9
Varehandel, reparasjon av motorvogner	14	13	14
Undervisning	9	12	6
Industri	7	4	11
Bygge- og anleggsvirksomhet	7	2	13
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6	5	6
Forretningsmessig tjenesteyting	6	5	6
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	6	6	6
Transport og lagring	5	2	8
Overnattings- og serveringsvirksomhet	4	5	4
Private tjenester ellers	4	5	3
Informasjon og kommunikasjon	3	2	5
Bergverksdrift og utvinning	2	1	3
Finansierings- og forsikringsvirksomhet	2	2	2
Jordbruk, skogbruk og fiske	1	1	2
Elektrisitet-, vann og renovasjon	1	0	2
Sum	100	100	100

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.4 Forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær etter næring, Årstall 2001–2017. Prosentpoeng.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Endring i prosentpoeng 2001–2017
Alle næringer	3,0	3,1	3,2	2,9	2,9	3,1	3,2	3,3	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,1	3,3	0,3
Jordbruk, skogbruk og fiske	1,9	1,5	1,2	1,0	0,8	1,4	1,8	2,0	1,5	2,1	2,2	1,9	2,1	2,3	1,8	1,1	2,2	0,2
Bergverksdrift og utvinning	1,2	0,9	1,6	1,2	1,5	2,0	1,3	2,1	1,8	1,6	2,0	1,7	1,8	2,1	1,5	2,0	2,4	1,3
Industri	2,9	2,8	2,8	2,4	2,3	2,7	2,4	2,7	2,5	2,2	2,6	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,3	-0,5
Elektrisitet, vann og renovasjon	1,2	1,4	1,8	1,0	0,9	0,9	1,2	1,2	1,5	1,8	2,2	1,5	1,7	1,8	1,9	1,6	1,4	0,2
Bygge- og anleggsvirksomhet	0,2	-0,0	-0,5	0,3	-0,3	-0,3	0,1	0,5	0,0	-0,2	0,3	0,4	0,3	0,6	0,5	0,4	0,8	0,6
Varehandel, rep. av motorvogner	2,3	2,5	2,8	2,5	2,4	2,6	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,4	2,6	0,3
Transport og lagring	3,0	3,2	2,9	2,8	2,3	2,8	2,1	2,5	2,4	2,2	2,5	2,4	2,8	2,6	2,5	2,1	2,7	-0,3
Overnattings- og serveringsvirk.	2,3	2,5	2,5	2,4	2,2	2,2	2,4	2,6	2,6	2,4	2,6	2,2	2,4	2,7	2,3	2,2	2,2	-0,1
Informasjon og kommunikasjon	4,1	4,4	4,4	3,9	3,4	3,6	3,8	3,6	3,8	3,4	3,6	3,6	3,4	3,1	2,8	3,0	3,2	-1,0
Finansierings- og forsikring	3,7	3,7	4,3	3,4	3,3	3,5	3,8	3,6	3,5	3,2	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,5	3,3	-0,3
Teknisk tjyting, eiendomsdrift	2,8	2,9	3,0	2,6	2,4	2,5	2,5	2,8	2,9	2,6	2,9	2,7	2,7	2,6	2,6	2,4	2,5	-0,3
Forretningsmessig tjenesteyting	3,2	3,5	4,3	3,4	3,7	3,6	3,8	3,6	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,1	3,2	3,2	3,0	-0,1
Offadm., forsvar og sosial forsikr.	3,8	3,8	4,1	3,7	3,3	3,3	3,5	3,5	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,5	4,0	0,2
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	3,5	3,6	3,5	3,4	3,4	0,2
Helse- og sosialtjenester	3,2	3,7	4,0	3,4	3,3	3,6	3,8	3,8	3,8	3,6	3,7	3,7	3,7	4,0	4,0	3,9	4,0	0,8
Personlig tjenesteyting	3,3	3,4	3,0	2,8	2,6	3,0	2,9	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,7	2,9	2,7	2,7	2,5	-0,8

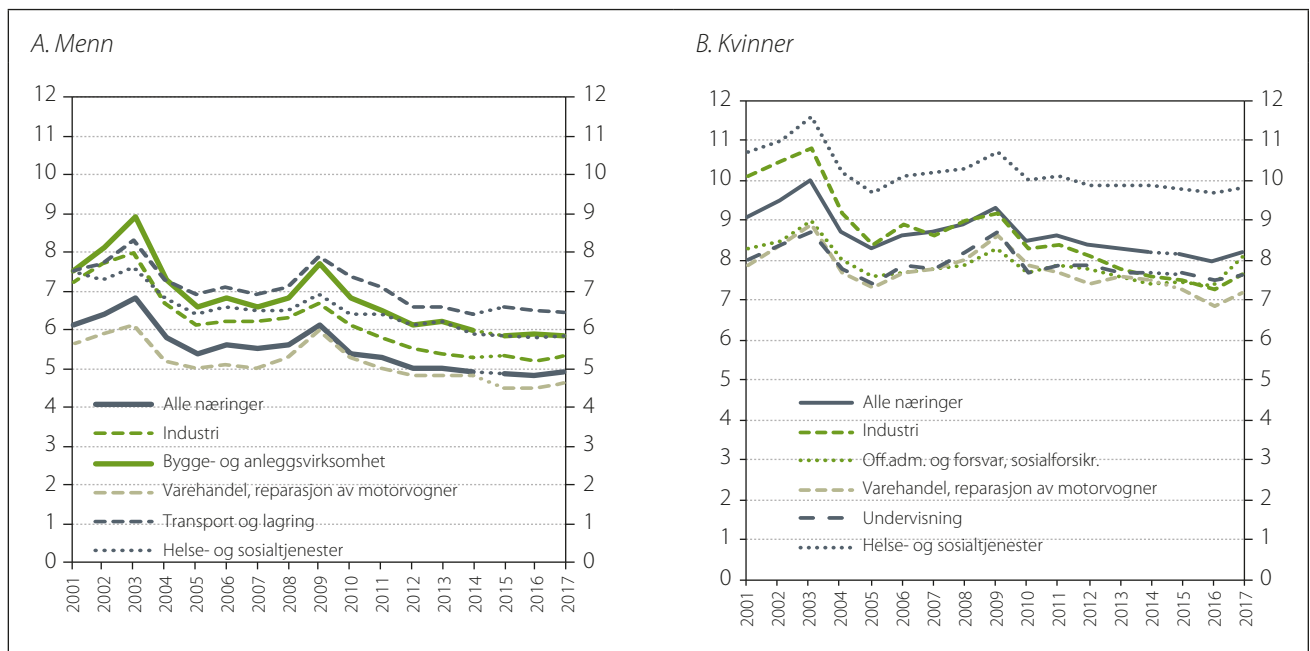
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 10.5 Totalt sykefravær etter næring. Årstall 2001–2017. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Prosentvis ending 2001–2017
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	6,4	6,3	6,4	-13,0
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	4,9	4,6	4,7	-18,6
Bergverksdrift og utvinning	4,9	4,6	4,9	4,0	4,0	4,0	3,9	4,1	4,2	3,7	4,2	3,9	4,1	4,1	4,4	4,7	4,7	-2,4
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	5,8	5,7	5,9	-25,4
Elektrisitet, vann og 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	5,3	5,3	5,4	-13,3
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	5,9	5,9	5,9	-20,9
Varehandel, rep. av motorvogner	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	5,7	5,5	5,7	-12,9
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	7,1	6,9	7,0	-15,2
Overnattings- og serveringsvirk.	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	5,8	5,5	5,5	-33,9
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	4,0	4,0	4,0	-18,0
Finansierings- og forsikring	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	4,6	4,7	4,7	-14,0
Teknisk tøyting, eiendomsdrift	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	4,3	4,2	4,7	-0,8
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	6,9	6,4	6,5	-22,2
Offadm., forsvar og sosial forsikr.	6,2	6,4	6,7	6,0	5,8	5,9	5,9	6,1	6,3	5,8	6,0	5,9	5,8	5,7	5,8	5,6	6,1	-1,4
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	6,5	6,3	6,5	-5,6
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	9,1	8,9	9,1	-10,0
Personlig tjenesteyting	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	6,1	5,8	5,8	-20,8

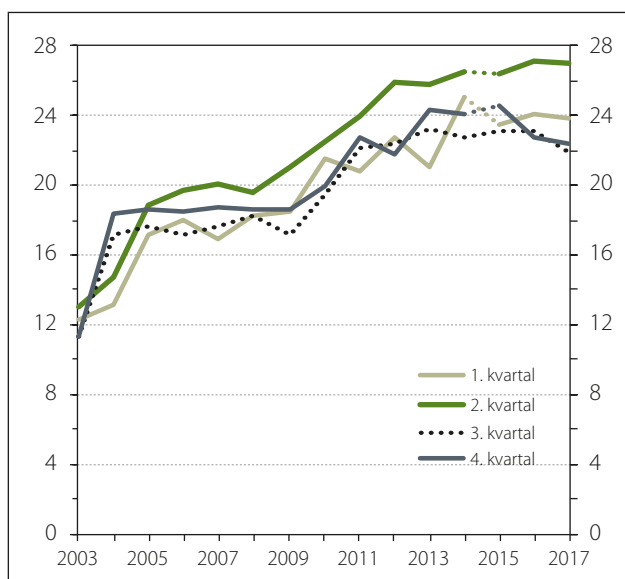
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.1 Totalt sykefravær blant de fem næringene som sysselsetter flest av hvert kjønn. Årstall 2001–2017. Prosent.



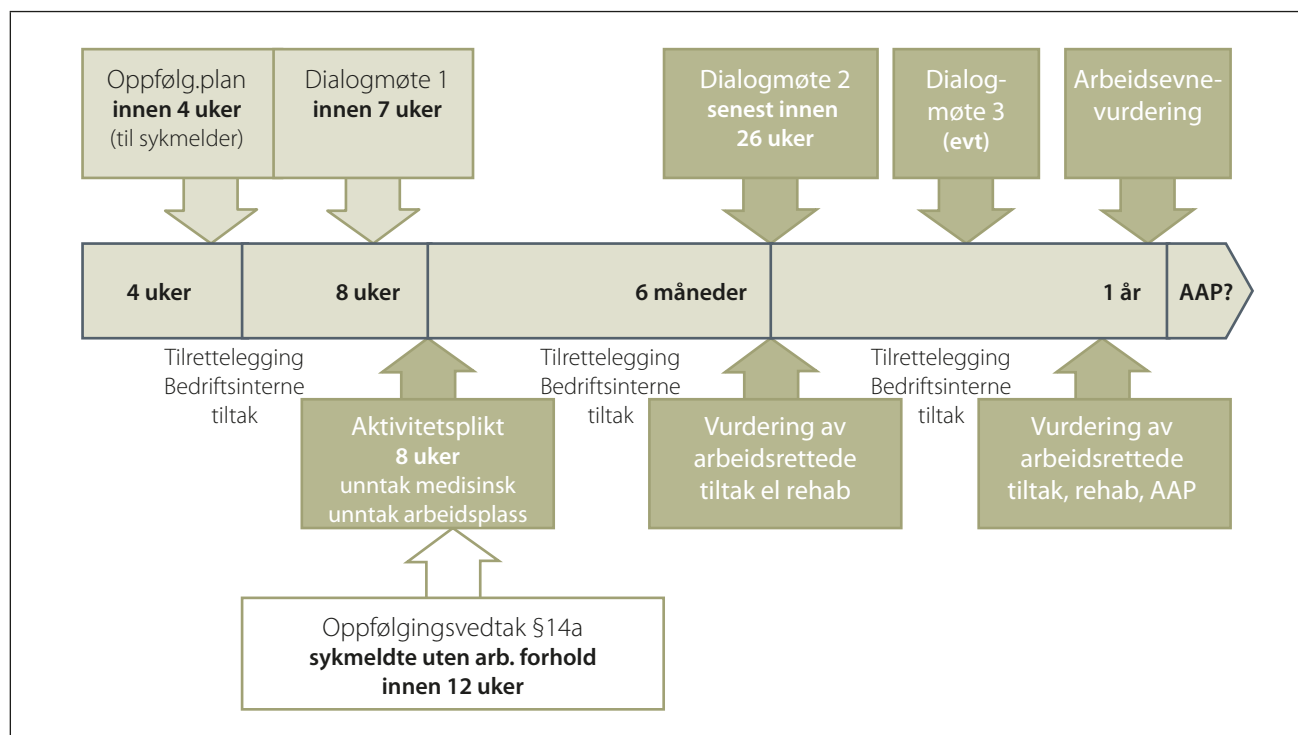
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.2 Andelen legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding. Ujusterte kvartalstall, 2003–2017. Prosent.



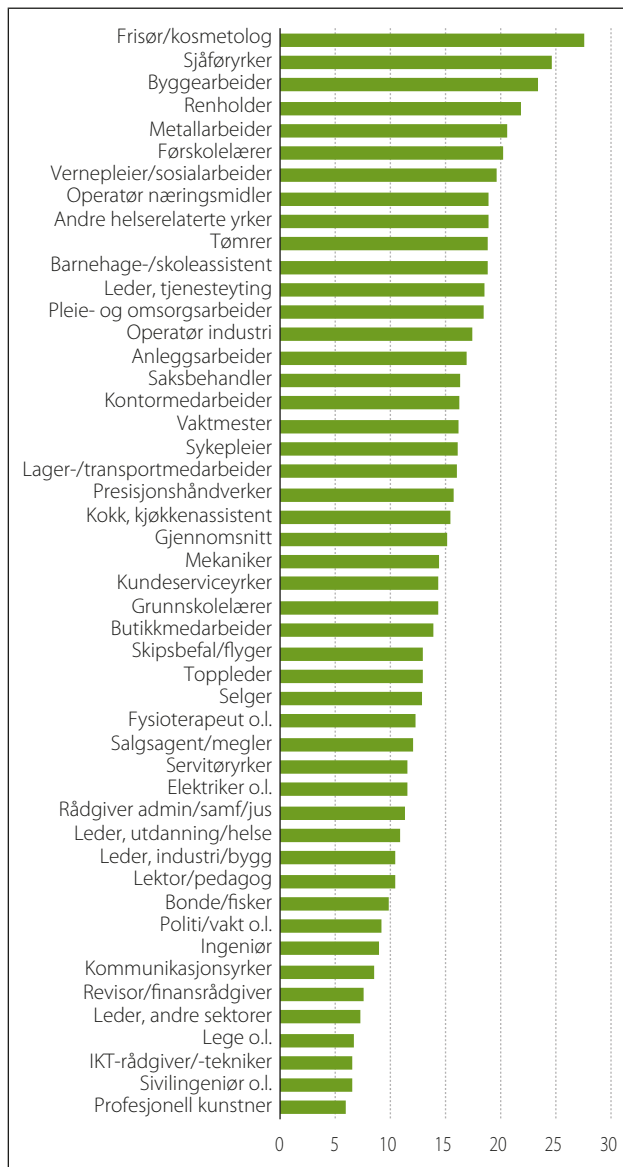
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.3 Oppfølging av sykmeldte



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.4 Oppbrukte sykepengerettigheter per 1000 arbeidstakere etter yrke, 2016.



Kilder: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statens arbeidsmiljøinstitutt

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-0048 B
Design: Moon Design AS
Ombrekking: 07 Media – 07.no
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
06/2018 – opplag 200
Revidert nettgave: 08/2018