



inkluderende arbeidsliv

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2017

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk

Rapport 2017

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 29. juni 2017



Arbeids- og sosialdepartementet



Finansdepartementet



Kommunal- og moderniseringsdepartementet



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway



ia-avtalen

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

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

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

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

Innhold

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen – Sammendrag	6
Innledning	7
2. Faggruppens sammensetning og mandat	14
Faggruppens mandat	14
Faggruppens sammensetning og arbeidsform	14
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	16
4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv	17
4.1 Arbeidsmiljø	17
4.2 Utviklingen i sysselsettingen	19
4.3 Utviklingen i de helserelaterte ytelsene	24
5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet	26
5.1 Utviklingen av sykefraværet gjennom 2015 og 2016	26
5.2 Hovedtrekk i utviklingen over tid	28
5.3 Ulike dimensjoner ved sykefraværet	33
5.4 Arbeidsmiljø og sykefravær	45
5.5 Effekter av tiltak, endringer i regelverk og praksis	46
5.6 Måloppnåelse	48
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne	52
6.1 Indikatorer for delmål 2	52
6.2 Arbeidsmarkedstilknytningen blant funksjonshemmede.....	53
6.3 Utviklingen i mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	56
6.4 Tilknytning til arbeid for mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd	68
6.5 Oppsummering	71

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år	72
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år	72
7.2 Nærmere om sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen	77
7.3 Arbeidsmiljø og frafall fra arbeidslivet	79
7.4 Endrede holdninger til eldre i arbeidslivet.....	79
7.5 Effekter av seniorpolitiske tiltak.....	80
8. Kilder.....	82
Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport	88
Overordnede mål	88
Delmål 1	88
Delmål 2	94
Delmål 3	95
Vedlegg 2 – Figurer og tabeller	96
Overordnet mål	96
Delmål 1	96
Delmål 2	102

1. Status og utvikling i målene for IA-avtalen

– Sammendrag

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

- Sysselsatte målt som andel av befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001. Sysselsettingsandelen var 2,3 prosentpoeng lavere i 2016 enn i 2001 og var i fjor den laveste som er registrert i IA-perioden. Siden toppåret før finanskrisen i 2008 har sysselsettingsandelen falt med 3,7 prosentpoeng.
- Sysselsettingsandelen har falt mest blant de unge. Utviklingen i sysselsettingsandelen er blant annet påvirket av demografiske endringer på grunn av økt andel eldre og høy innvandring. Svake konjunkturer på grunn av den internasjonale utvikling og lavere investeringer i oljeaktivitetene har også bidratt til nedgangen. Sysselsettingsandelen blant eldre har falt det siste året etter å ha økt gjennom flere år.
- I 2016 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 531 500, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i overkant av 2,4 mill. Andelen tapte årsverk av befolkningen har avtatt noe etter 2010 og var i 2016 tilbake på omlag samme nivå som i 2001.
- Inkluderingsutfordringen øker blant ungdom under 30 år og andre utsatte grupper.
- Arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i de fleste internasjonale sammenligninger, men enkelte næringer og yrker har helseutfordringer som kan forebygges. Dette gjelder bl.a. enkelte yrkesgrupper innenfor store vekstnæringer som helse- og sosialsektoren som er kvinnedominert og bygge- og anleggsbransjen som er mannsdominert.

Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent

- Sykefraværet har vært relativt stabilt siden 2005. Etter en midlertidig økning i 2009, sank det igjen og har siden 2012 ligget på om lag samme nivå. Årsgjennomsnittet for 2016 er det laveste i hele IA-perioden.
- Det er fortsatt store forskjeller i sykefraværet mellom kjønn, næringer og fylker.
- Bortsett fra industrien, er det i hovedsak små næringer som har hatt den største nedgangen i sykefraværet, mens de største næringene er blant de med minst nedgang.
- I løpet av IA-perioden har det legemeldte sykefraværet avtatt mest i Finnmark og Oslo, mens reduksjonen har vært minst i Rogaland. Aktivitetsnedgangen i petroleumsrelaterte næringer har siden 2014 bidratt til en økning i sykefraværet de fylkene som har vært hardest rammet.
- Utviklingen viser at vi er halvveis til å oppnå IA-målet.

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

- Andelen sysselsatte blant funksjonshemmede i yrkesaktiv alder utgjør 44 prosent i 2016, mot 73 prosent i hele befolkningen. Over tid har det kun skjedd små endringer i andelen sysselsatte innenfor denne gruppen.
- Det har vært en moderat økning i innstrømmingen til ytelsene arbeidsavklaringspenger og uføretrygd fra 2013- 2016. Antallet unge i alderen 20- 29 år har økt svakt innenfor begge ytelsene de siste tre årene, mens vi har reduksjon i de øvrige aldersgruppene. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring har økt etter innføring av AAP i 2010. Mange av disse blir gående lenge på stønad uten å finne arbeid.
- Utviklingen indikerer at vi fortsatt har uendret måloppnåelse innenfor avtalens delmål 2.

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

- *Foreløpige beregninger for 2016 viser at forventet yrkesaktivitet ved 50 år har økt med 0,1 årsverk fra 2015.*
- *En 50-åring kan nå forventes å ha 11,8 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Siden 2001 har indikatoren økt med 2,2 år og har aldri vært høyere. Dette skyldes bl.a. økt levealder, og bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, virkninger av pensjonsreformen, høyere utdanningsnivå, og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet.*
- *Det gjenstår 0,1 årsverk for å nå målet i IA-avtalen. Målet synes derfor å være innenfor rekkevidde for denne avtaleperioden.*

Innledning

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

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 midlertid ikke mulig å separere de ulike forklaringsfaktorene og gi en samlet kontrafaktisk analyse, dvs. hva 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.

Overordnet mål – Et mer inkluderende arbeidsliv

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

For vurdering av det overordnede mål retter faggruppen oppmerksomheten på utviklingen i sysselsettingsandelen for personer i yrkesaktiv alder og mottak av helserelaterte ytelser. Faggruppen har også gitt en helhetlig vurdering av tilstanden for arbeidsmiljøet i Norge under dette avsnittet.

Utvikling i sysselsettingsandelen

Andelen sysselsatte i befolkningen 15–66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001, men sysselsettingsandelen har falt med hele 2,3 prosentpoeng fra 2001 til 2016. Sysselsettingsandelen i 2016 er den laveste som er registrert i IA-perioden. Fallet i sysselsettingsandeler har vært størst i de yngre aldersgruppene og særlig for yngre menn. I 2016 var 73,3 prosent av befolkningen i arbeid, noe som er 1,2 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for hele IA-perioden (2001–2016) og 3,7 prosentpoeng lavere enn toppåret før finanskrisen i 2008.

Det er flere forhold som har hatt betydning for utviklingen i andelen sysselsatte gjennom IA-perioden. Til tross for at eldre arbeidstakere har økt arbeidstilbudet gjennom hele perioden, særlig etter 2011, har en høyere andel eldre i yrkesaktiv alder bidratt til å trekke ned den gjennomsnittlige sysselsettingsandelen. Samtidig har sysselsettingsandelen blant unge avtatt. Dette har sammenheng med at flere tar høyere utdanning, men det skyldes også at flere unge blir stående utenfor både arbeid og utdanning. Også høy innvandring og lavere vekstimpulser fra petroleumssektoren har bidratt til fallet i sysselsettingsandelen.

Andelen unge registrert med nedsatt arbeidsevne har økt de senere årene. NEET-raten («Not in Employment, Education or Training») har ligget mellom 5 og 7 prosent av befolkningen i alderen 15–29 år de siste ti årene. I 2016 var 73 000 ung-

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

dommer eller 7 prosent av aldergruppen i denne kategorien. Veksten har de siste årene vært sterkest for unge voksne menn (20–29 år) med en økning fra 6 til 9 prosent fra 2006 til 2016.

27 prosent av de som begynte på videregående opplæring i 2010 fullførte ikke innenfor en femårsperiode. Denne andelen er blitt redusert de siste årene. Manglende kompetanse er fortsatt en betydelig utfordring i et arbeidsmarked med høye og økende krav til kompetanse og kvalifikasjoner.

Sysselsettingsutviklingen må også ses i sammenheng med den høye innvandringen gjennom mange år. Etter EØS-utvidelsen i 2004 har den viktigste innvandringsårsaken vært arbeid. De siste årene har arbeidsinnvandringen avtatt noe, men nivået er fortsatt høyt. Innvandrere har de siste årene stått for en meget stor andel av netto sysselsettingsveksten i Norge. Tilstrømmingen av arbeidskraft fra utlandet, særlig arbeidsinnvandrere, kan 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 dette har gjort seg gjeldende for flere av disse gruppene.

Utviklingen i antall tapte årsverk

I 2016 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 531 500, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i overkant av 2,4 millioner. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent. Andelen har avtatt noe etter 2010 og var i 2016 tilbake 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, bidratt i motsatt retning.

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

Arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i de fleste internasjonale sammenligninger. Ni av ti sysselsatte, også i enkelte utsatte grupper, oppgir å være tilfredse, motiverte og engasjerte i jobben. Samtidig er det enkelte næringer og yrker der arbeidsmiljø- og helseutfordringene er større enn i andre næringer. Det gjelder særlig i enkelte mannsdominerte yrkesgrupper innenfor bygg- 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 bygg- og anleggssektoren.

Delmål 1 – Nedgang i sykefraværet på 20 prosent

Halvveis til målet – fraværet er på det laveste nivået i IA-perioden

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Sykefraværet måles i denne sammenheng ved *sykefraværsprosenten*. Denne størrelsen uttrykker tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk.

Et nytt registergrunnlag for arbeidstakerforhold (A-ordningen) i 2015 gir imidlertid et brudd i sykefraværsprosenten fra og med 1. kvartal 2015. A-ordningen vil gi en riktigere rapportering av arbeidsforhold, og vil dermed også bidra til å gi et riktigere bilde av sykefraværet for undergrupper. Effekten av dette bruddet er tallfestet kun for den samlede sykefraværsprosenten. Den beregnede effekten på dette aggregerte nivået er imidlertid liten, og medfører at tidligere års samlede sykefraværsprosent må reduseres med 0,05 prosentpoeng for å få helt sammenliknbare tall.

Karakteren på endringen i datagrunnlaget medfører imidlertid at bruddet vil kunne slå ulikt ut for ulike undergrupper, så som for kjønn, ulike nærin-

ger og fylker. Det er ikke gjort beregninger av effekten for ulike undergrupper, men i henhold til SSBs statistikkfaglige vurdering vil det uansett ikke være av en slik størrelsesorden at det påvirker de langsiktige utviklingstrekkene for de ulike undergruppene. Mindre endringer i utviklingen for og mellom undergrupper mellom 2014 og 2015 vil imidlertid kunne skyldes effekter både av bruddet og av reelle endringer i sykefraværet.

Det er gjort nærmere rede for endringene i data-grunnlaget og bruddet i statistikken i en egen faktaboks i kapittel 5. Offisiell sykefraværsstatistikk fra før 2015 vil neppe komme til å bli justert for bruddet. Faggruppen har derfor i teksten valgt å legge til grunn sykefraværsprosenten slik den nå framkommer uten justering for bruddet.

De sesongjusterte tallene for 4. kvartal 2016 viste at fraværet var 11,0 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Det kvartalsvise gjennomsnittet for hele 2016 lå 12,6 prosent lavere enn nivået i 2. kvartal 2001. Års-gjennomsnittet for 2016 er det laveste i hele IA-perioden.

Hovedbildet de siste årene er at det samlede sykefraværet har vært relativt stabilt fra 2005. Det var en midlertidig økning i 2009, etterfulgt av en nedgang i de påfølgende årene. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget relativt stabilt med noen mindre variasjoner opp og ned. Gjennom 2015 og inn i 2016 viste det totale fraværet en svakt nedadgående tendens, før det økte noe de siste kvartalene i 2016 tilbake mot nivået i begynnelsen av 2015.

I løpet av IA-perioden er varigheten for sykefraværet redusert, og det er også færre som går ut hele sykepengeperioden på tolv måneder.

Store forskjeller i utviklingen mellom kjønn, næringer og fylker

I løpet av perioden 2001 til 2016 har det vært en nedgang i sykefraværet for begge kjønn, i alle aldersgrupper, og blant alle næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen svært ujevnt fordelt:

Nedgangen i sykefraværet har vært langt sterkere for menn enn for kvinner. Fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2016 var nedgangen for menn på 16,6 prosent, mens nedgangen for kvinner var på 8,2 prosent. Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra nær 50 prosent til 63 prosent i samme tidsrom. Forskjellen økte fra 2001 til 2012, og var deretter om lag uendret fram til 2015. I løpet av 2015 og 2016 har det imidlertid vært en tendens i retning av mindre forskjell mellom kjønnene. Tallene viser at kvinner i motsetning til menn har hatt en nedgang i sykefraværet i denne perioden. I hele IA-perioden er sykefraværet generelt redusert mest for de yngste og de eldste aldersgruppene.

Det er også store variasjoner mellom næringer og fylker i IA-perioden. De næringene som har hatt sterkest nedgang i løpet av IA-perioden er overnatting-/servicevirksomhet, industri og forretningsmessig tjenesteyting. Bortsett fra industrien, er det i hovedsak små næringer som har hatt den største nedgangen i fraværet, mens de største næringene har hatt minst nedgang, herunder helse/sosialtjenester og undervisning. Årstall for 2016 viser at informasjon/kommunikasjon hadde den laveste sykefraværsprosenten med 4,0 prosent, mens helse/sosialtjenester lå høyest med 8,9 prosent. Bergverksdrift og utvinning, som blant annet omfatter olje- og gassutvinning, skiller seg ut med en tydelig oppgang i sykefraværet de siste to årene. Næringen er imidlertid liten, og er også blant de med lavest fravær.

Blant fylkene er det Nordland, Østfold og Nord-Trøndelag som hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 3. og 4. kvartal 2016, mens Rogaland og Oslo hadde det laveste fraværet. Forskjellen i det legemeldte sykefraværet mellom fylket med høyest (Nordland) og lavest sykefravær (Oslo) var da på om lag 40 prosent. I løpet av IA-perioden har det legemeldte fraværet avtatt mest i Finnmark og Oslo, mens reduksjonen har vært minst i Rogaland. Nedgangen i aktiviteten i petroleumsnæringene med ringvirkninger har siden 2014 medført en økning i sykefraværet i de fylkene som har vært hardest rammet.

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

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

Økning i psykiske lidelser – nedgang i muskel- og skjelettlidelser

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

Arbeidsmiljø og sykefravær

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

I IA-avtalen har partene og myndighetene lagt til grunn at det forebyggende HMS-arbeidet skal følges bedre opp i avtaleperioden. Rapporten gjennomgår ulike undersøkelser av sammenhenger mellom sykefravær og avgang fra jobb og forholdene på arbeidsplassen. I 2016 gjennomførte forskere fra STAMI en systematisk gjennomgang av norsk og internasjonal litteratur om forhold på arbeidsplassen som har betydning for sykefravær, basert på GRADE-metodikk. Denne

gjennomgangen viser 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 god evidens for at kontroll (selvbestemmelse, variasjon og evneutnyttelse), kontroll over arbeidstid og positivt sosialt klima reduserer risikoen for sykefravær.

Effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen

Det har tidligere foreligget lite forskning om effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen. I avtalen for 2014–2018 er det lagt opp til en betydelig satsing på en kunnskapsbasert utvikling av virkemidlene på dette området, og det er publisert flere analyser av effekter av oppfølging av sykmeldte. Disse viser at tettere oppfølging og en konsekvent praktisering av sykepengeregulverket i oppfølgingsarbeidet fører til at flere vender raskere tilbake til arbeid.

På bakgrunn av disse erfaringene iverksatte Arbeids- og velferdsdirektoratet kompetansetiltak og implementeringsaktiviteter for å sikre en bedre sykefraværsoppfølging i øvrige deler av landet. Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen iverksatte også i 2015 en forskningsbasert evaluering av overføringsverdien til tre forsøksfylker av den nye modell for oppfølging som i 2013 ble iverksatt i Hedmark. Sluttrapporten forelå i starten av 2017. Den kvalitative evalueringen av innføringen av modellen konkluderte med at den medvirket til endringer både i arbeidet med vurdering av saker og i oppfølgingsarbeidet, og at det bidro til kompetanseutvikling blant veilederne på NAV-kontorene. Evalueringen viser imidlertid også at det var utfordringer knyttet til forankring av modellen blant eksterne aktører som arbeidsgivere og sykmeldere/leger. Den kvantitative analysen av forsøket konkluderte med at innføringen av modellen sannsynligvis bidro til en observert nedgang i sykefraværet.

Det er også andre, pågående utviklingsprosjekter innenfor IA-avtalen, og faggruppen peker på at det vil være behov for å foreta en samlet oppsum-

mering av erfaringer når de fleste av disse er avsluttet i 2017.

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

Funksjonshemmede og arbeid

Faggruppen legger til grunn en relasjonell forståelse av begrepet nedsatt funksjonsevne; det vil si at den enkeltes helseutfordringer og funksjonshemming ses i forhold til de barrierer og begrensninger som skapes av omgivelsene og samfunnets krav til den enkelte. Etter anbefaling fra Fafo i rapporten *Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – Kartlegging av måloppnåelse*, benytter faggruppen sysselsettingsutviklingen blant funksjonshemmede basert på AKUs tilleggsundersøkelse som indikator for måloppnåelsen i delmål 2.

AKU for 2016 viser at 18 prosent av befolkningen i alderen 16–66 år, 636 000 personer oppga å ha en funksjonshemming. Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør 44 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder i 2016, mot 73 prosent for hele befolkningen. Når vi ser på utviklingen over tid, har det kun skjedd små endringer fra år til år og disse har stort sett ligget innenfor feilmarginen. Dette indikerer at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg stabil over tid.

Undersøkelsen viser også at sysselsettingsforskjellene mellom funksjonshemmede og den øvrige delen av befolkningen øker med økende alder. Allerede fra 40-års alderen 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 problemer.

Tilgangen til Arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Etter en nedgang fra 2011–2013 har det vært en økning i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger i perioden 2013–2016. Samtidig har avgangen holdt seg høy slik at beholdningen av antall mottakere i forhold til befolkningen, har gått ned i perioden fra 2010–2014 – og holdt seg konstant i 2015–16. Fordelt etter alder ser vi en svak økning i antall mottakere i 20-årene, mens de øvrige aldergrupper reduseres noe de siste årene.

Når vi ser over hele IA-perioden har det vært en sterk økning i antall mottakere på midlertidige helserelaterte ytelser fram til 2010 før nedgangen begynte fra og med 2011¹.

Analyser fra NAV tyder på at utviklingen i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene og utviklingen på arbeidsmarkedet er viktige drivere bak utviklingen i antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. I tillegg var det en betydelig vekst i antall mottakere i fra 2004 til 2010 som må ses i sammenheng med innføring av tidsbegrenset uførestønad, som bidro til en opphopning av antall personer midlertidige ytelser i denne perioden.

Etter innføring av arbeidsavklaringspenger i 2010 har sammensetningen av nye mottakere endret seg noe ved at færre av de nye mottakerne kom fra sykepenger og at flere sto uten arbeidserfaring før de fikk innvilget ytelsen. Denne utviklingen gjelder alle aldersgrupper, men er tydeligst for de yngste. Det pekes på flere mulige årsaker til dette, bl.a. at inngangsvilkårene for ordningen ikke lenger legger til grunn at sykdom skal være hovedårsak til at arbeidsevnen vurderes som nedsatt. Mange av de unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring blir gående lenger på AAP enn eldre grupper.

NAVs statistikk viser at andelen med overgang til arbeid ble noe redusert i 2014, samtidig som

¹ Før 2010 omfattet de midlertidige ytelsene atferingspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførepensjon.

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

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 AAP 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 ikke at færre personer gikk fra arbeidsavklaringspenger til jobb, men at mange som hadde mottatt midlertidig helserelatert ytelse over veldig lang tid, ble avklart til uføretrygd.

Analysene 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 enn de som kommer fra sykepengene.

Tilgangen til uføretrygd har variert over tid blant annet som følge regelverksendringer for de midlertidige ytelsene og at mange som gikk lenge på de gamle midlertidige ytelsene, har fått innvilget uførepensjon i løpet av de siste årene. Imidlertid har antall mottakere i prosent av befolkningen holdt seg relativt konstant siden 2010. Dette betyr at avgangen fra ordningen har holdt seg om lag like stor som tilgangen.

Etter faggruppens vurdering viser både utviklingen i sysselsettingen blant funksjonshemmede og totalt antall mottakere av AAP og uføretrygd relativt små endringer de siste årene. Dette indikerer at vi fortsatt har uendret måloppnåelse innenfor avtalens delmål 2.

Delmål 3 – Forventet 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. Foreløpige tall for 2016 viser at indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år økte med 0,1 årsverk fra 2015 til 2016. Beregningene for 2016 viser at en 50-åring kan forventes å ha 11,8 gjenstående årsverk i arbeidslivet.

Siden 2001 har indikatoren økt med 2,2 år, og har aldri vært høyere. Det gjenstår nå en økning på 0,1 årsverk fram til 2018 for å nå målet i IA-avtalen. Målet synes derfor å være innenfor rekkevidde for denne avtaleperioden.

Flere studier har vist at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsyssetningen fra 2011. Virkningen har vært klart sterkest i de private AFP-bedriftene sammenliknet med offentlig sektor og private bedrifter uten AFP-ordning. 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. Økt andel seniorer i arbeidsstyrken har også bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet, sammenliknet med andre aldersgrupper. 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.

Frafallet av eldre arbeidstakere fra ulike yrker, kan si noe om hvor potensialet for forebygging og tilrettelegging er størst for å hindre tidlig avgang fra arbeidslivet blant eldre. I studier basert på arbeidsmiljødata fra levekårsundersøkelsene finner STAMI at sysselsatte som befinner seg i yrker med tungt fysisk arbeid og mekaniske belastninger

slutter tidligere i yrkeslivet enn de som har færre eller ingen slike fysiske belastninger i jobben. I tillegg fant man at menn i yrker med mindre grad av selvbestemmelse i jobben, pensjonerte seg tidligere – både ved tidlig pensjonering og uføretrygd. På den annen side viser analyser av pensjonsreformen at sysselsettingen har økt noe mer blant lavt utdannede og personer med antatt tunge manuelle yrker enn i øvrige grupper.

Vi har begrenset kunnskap om sysselsettingseffekter av seniorpolitiske tiltak selv om enkelte stu-

dier tyder på positive virkninger. Det har delvis sammenheng med at det er vanskelig å separere ulike forklaringsfaktorer. En kan ikke utelukke at den økte oppmerksomheten om behovet for et mer inkluderende arbeidsliv for seniorenne som har kommet i tilknytning til pensjonsreformen og IA-arbeidet, har hatt betydning. Omfanget av seniortiltak, det vil si særskilte ordninger for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid, er ca. fordoblet siden 2006 da det kom krav om at alle IA-virksomheter skulle ha en seniorpolitikk.

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 niende rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2017.

Faggruppens mandat

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

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

Den nye avtalen legger vekt på at utfordringer knyttet til unge med behov for arbeidsrettet bistand og det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet skal følges bedre opp i den kommende avtaleperioden. Det legges også økt vekt på at det skal sikres god helhetlig forskningsbasert kunnskap om IA-virkemidlene. Faggruppen har derfor lagt vekt på å belyse situasjonen for unge og arbeidsmiljøsituasjonens betydning for 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*
- *Eirik Solberg, KS*
- *Øystein Nilsen, LO*
- *Lars Eidsaune, NHO*
- *Trond Bergene, Spekter*
- *Rolf Stangeland, Unio*
- *Pål Nordby Helle, Virke*
- *Helle Stensbak, YS*
- *Kari Lysberg, Arbeidstilsynet*
- *Cecilie Aagestad, STAMI*
- *Johannes Sørbø, Arbeids- og velferdsdirektoratet*
- *Helge Næsheim, SSB*
- *Lars Wahl, Finansdepartementet*
- *Rune Aslaksen, Arbeids- og sosialdepartementet*
- *Ragnar Ihle Bøhn, Kommunal- og moderniseringsdepartementet*

Sekretariat:

- *Stein Langeland (leder), Arbeids- og velferdsdirektoratet*
- *Anders Barstad, SSB*
- *Torgeir Johnsen, Finansdepartementet*
- *Hans M Gravseth, STAMI*
- *Stein Grøtting, Arbeids- og sosialdepartementet*
- *Jan Oddum, Arbeids- og sosialdepartementet*
- *Per Morten Larsen, Arbeids- og sosialdepartementet*
- *Thomas Såheim, Arbeids- og sosialdepartementet*

Faggruppen har hatt ett seminar og fem møter i første halvår våren 2017.

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 influensasjustert).

Delmål 2:

Hindre frafall og økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne.

Delmål 3:

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

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

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

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

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

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

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 om 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.

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 2,3 prosentpoeng fra 2001 til 2016, og var i fjor den laveste som er registrert i IA perioden. Fallet i sysselsettingsandeler har vært størst i de yngre aldersgruppene og særlig for yngre menn. I 2016 var 73,3 prosent av befolkningen i arbeid, 1,2 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for hele IA-perioden (2001–2016). Siden toppåret før finanskrisen i 2008 har sysselsettingsandelen falt med 3,7 prosentpoeng.

Det er flere forhold som har hatt betydning for sysselsettingsutviklingen gjennom IA-perioden. Til tross for at eldre arbeidstakere har økt arbeidstilbudet, har en vridning i alderssammensetningen i retning av flere eldre i arbeidsstyrken, trukket ned den gjennomsnittlige sysselsettingsandelen. Det skyldes at eldre arbeidstakere har lavere sysselsettingsandel enn yngre arbeidstakere. Samtidig har sysselsettingsandelen blant unge avtatt de senere årene. En forklaring på dette kan være at flere tar høyere utdanning, men det er også flere unge som verken er i arbeid eller utdanning. Høy innvandring har også påvirket sysselsettingsandelen. Innvandrere har i gjennomsnitt lavere sysselsettingsandeler enn majoritetsbefolkningen. På kort sikt spiller konjunktorene også en viktig

rolle. Utviklingen i sysselsettingsandelen må ses i sammenheng med at yrkesdeltakelsen var svært høy i 2001 og 2008 etter langvarige konjunkturoppganger. Etter finanskrisen i 2008 falt sysselsettingsandelen sterkt, men flatet så ut. Fallet i oljeprisen og lavere vekstimpulser fra petroleumssektoren de senere årene har bidratt til at sysselsettingsandelen igjen har falt noe.

I 2016 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 531 500, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i overkant av 2,4 mill. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent. Andelen har avtatt noe etter 2010 og var i 2016 tilbake på om lag samme nivå som i 2001.

En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å trekke opp andelen på tapte årsverk i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, bidratt i motsatt retning.

4.1 Arbeidsmiljø

Arbeid er identitetsskapende og en kilde til glede, god selvfølelse og tilhørighet, og samtidig en kilde til inntekt og velferd. Ni av ti sysselsatte oppgir å være tilfredse, motiverte og engasjerte i jobben, og arbeidsmiljøet i Norge vurderes som godt i internasjonale sammenligninger (Eurofound 2016, OECD 2016, Aagestad 2012). Det betyr imidlertid ikke at alle har et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø i betydningen at de ikke utsettes for helseskadelige påvirkninger. «Å bedre arbeidsmiljøet» er løftet fram som en sentral målformulering for IA-avtaleperioden 2014–2018. I henhold til arbeidsmiljølovens formål innebærer dette å sikre at alle har et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

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, og det beregnes i flere tilfeller arbeidsmiljøets betydning. 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 helseut-

fordringene større enn i andre (STAMI 2015). Det gjelder særlig i enkelte mannsdominerte yrkesgrupper innenfor bygge-anleggsvirksomhet, transport/lagring, jord-/skogbruk/fiske, og i enkelte kvinnedominerte yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenester og overnatting. Mer enn halvparten av sysselsettingsveksten siden 2001 har funnet sted i helse- og omsorgssektoren og bygg- og anleggssektoren. I disse gruppene er forebyggingspotensialet knyttet til både psykososialt arbeidsmiljø, fysiske belastninger, ulykker og kjemisk eksponering betydelig.

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 tekno-

Boks 1 – Valg av indikatorer for et mer inkluderende arbeidsliv

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

Andelen av den yrkesaktive befolkningen som er sysselsatt, hvor en sysselsatt person er definert som en som har utført inntektsgivende arbeid eller deltatt på arbeidsmarkedstiltak med lønn fra arbeidsgiver av minst én times varighet i den målte perioden. Personer i arbeid, men som er midlertidig fraværende pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. er også definert som sysselsatte. Det er flere statistikker som måler sysselsettingen i Norge. Arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) er basert på personer bosatt i Norge ifølge folkeregisteret. Nasjonalregnskapet på sin side dekker all sysselsetting i innenlandske bedrifter. Det innebærer at 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 helse relaterte ytelser er beregnet utfra hvor mange ekstra årsverk som kunne vært utført dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon 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.

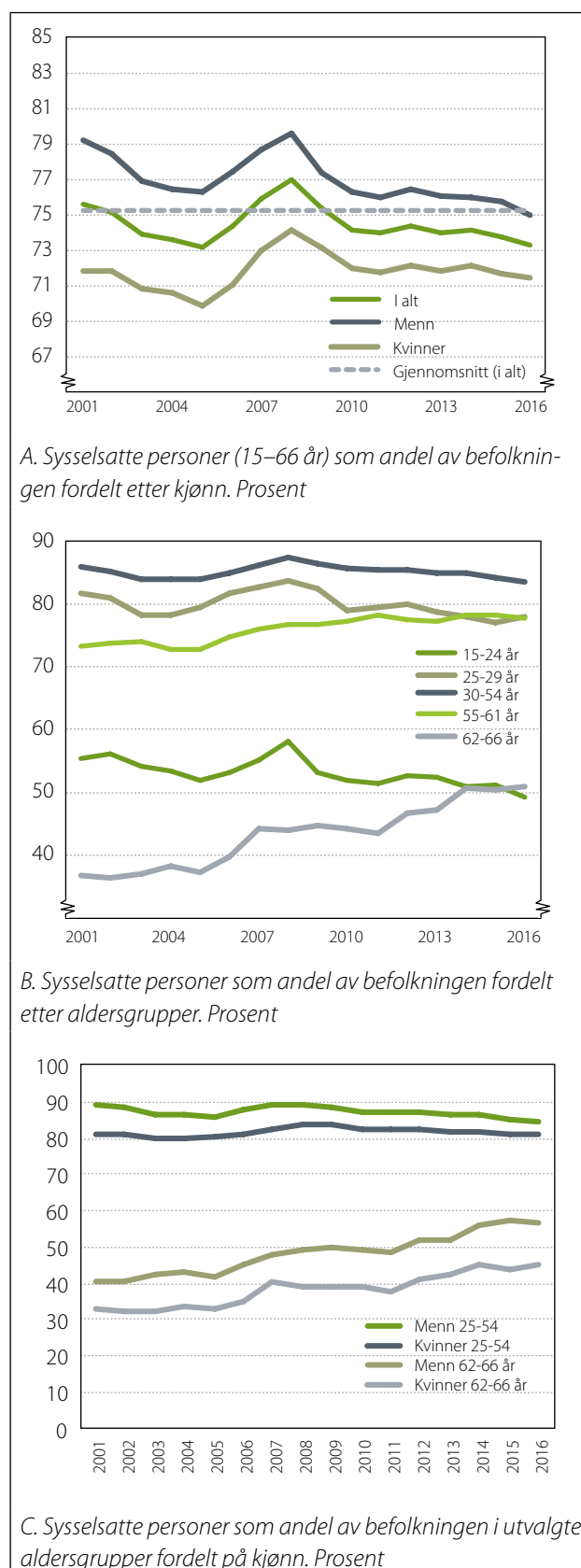
logi og arbeidsprosesser basert på mer automatisert produksjon. Dette kan redusere en del fysiske, kjemiske og mekaniske eksponeringer som har vært et problem tidligere, samtidig som ny teknologi kan medføre nye og ukjente helseutfordringer. Det kan også medføre at flere opplever jobbusikkerhet da en mer automatisert produksjon bidrar til å erstatte mennesker. Vi ser også at den senere tids økonomiske nedgang i oljebransjen har medført økt nedbemanning, omorganisering og jobbusikkerhet i denne næringen (RNNP 2015). 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

Fra 2001 til 2016 økte antall sysselsatte personer mellom 15 og 66 år med vel 341 000 personer. En slik sammenlikning vil være følsom for konjunktursituasjonen i de to årene som er valgt. I 2001 var en i slutten av en lang periode med høy vekst i økonomien, mens en de siste årene har hatt lavere økonomisk vekst. Samtidig har folketallet økt mer enn antall sysselsatte personer slik at sysselsettingsandelen har gått ned over denne perioden. Andelen sysselsatte har likevel svingt en del gjennom IA-perioden, jf. figur 4.1A. I 2016 var sysselsettingsandelen 1,2 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for IA-perioden (2001–2016) og 2,3 prosentpoeng lavere enn i 2001.

På kort sikt bestemmes sysselsettingen i hovedsak av etterspørselen etter arbeidskraft. I årene fram til konjunkturtoppen i 2008 økte sysselsettingen betydelig 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 2008 og 2009, men økte igjen fra sommeren 2010. Sysselsettingsandelen har også gått ned etter toppåret før finanskrisen i 2008 med 3,7 poeng. Sysselsettingsandelen lå deretter stabilt på rundt 74 prosent i en del år, men har falt igjen de siste årene. Fallet i oljeprisen og lavere vekst-

Figur 4.1 Sysselsettingsandeler¹



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

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

pulser fra petroleumsrelaterte næringer de senere årene er en viktig faktor bak utviklingen de siste årene.

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 4.1 B. Utviklingen i sysselsettingsandelen har særlig vært svak for yngre menn, jf. figur 4.2. Sysselsettingsandelen har sunket også for kvinner i den yngste aldersgruppen, men ikke på langt nær så mye som for menn. En grunn til at sysselsettingsandelen har falt for de yngre er at flere tar høyere utdanning. I 2006 var det 30,6 prosent av de i aldersgruppen 19–24 år som tok høyere utdanning, mens andelen i 2016 hadde økt til 35,1 prosent.

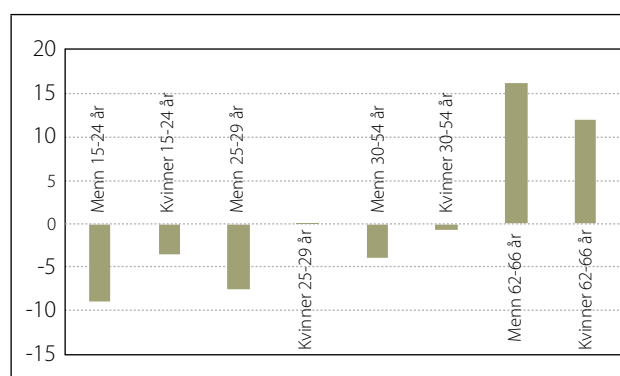
Det er også verdt å merke seg at sysselsettingsandelen har falt også for menn i alderen 30–54 år. Siden denne gruppen utgjør en stor andel av den samlede sysselsettingen, bidrar dette til å trekke den samlede sysselsettingsandelen ned. For kvinner i samme aldersgruppe har sysselsettingen holdt seg forholdsvis stabil. Innvandrere har i gjennomsnitt lavere sysselsettingsandel enn majoritetsbefolkningen, og økt innvandring har derfor også bidratt til lavere sysselsettingsandel.

Tendensen til fallende sysselsettingsandeler for yngre menn blir enda tydeligere dersom en ser på endringen i sysselsettingsandeler mellom 2001 og 2016 målt i prosentpoeng, se figur 4.2. Sysselsettingsandelene har gått mest ned for menn i alderen 15–24 år og 25–29 år. Også for de yngste kvinnene har det vært et fall i sysselsettingsandelen.

Fra 2008 til 2016 har andelen med arbeid som hovedaktivitet gått ned med om lag 10 prosentpoeng for 20–24-åringene. Denne nedgangen motsvares av en økning i andelen med utdanning som hovedaktivitet på ca. 4 prosentpoeng. Utviklingen viser tydelig at det blant 20–24-åringene har vært et fall i andelen som har yrkesaktivitet som hovedbeskjeftigelse de siste årene.

I de eldste aldersgruppene har sysselsettingsandelen økt betydelig mellom 2001 og 2016 og særlig for menn. Pensjonsreformen kan være en viktig årsak til at sysselsettingsandelene har økt i de eldre aldersgruppene. En slik sammenlikning mellom to år vil være følsom for konjunktursituasjonen i de to årene som er valgt. I 2001 var en i slutten av en lang periode med høy vekst i økonomien, mens en de siste årene har hatt lavere økonomisk vekst.

Figur 4.2 Endring i sysselsettingsandeler fordelt på kjønn og utvalgte aldersgrupper, 2001–2016. Prosentpoeng.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Over tid vil utviklingen i sysselsettingsandelen vise hvor godt vi har lyktes med å inkludere befolkningen i arbeidslivet. Andelen sysselsatte i Norge er fortsatt høy, men nedgangen i sysselsettingsandelen de siste årene, og at vi samtidig har hatt motsatt utvikling i land som Sverige, Tyskland og Storbritannia, har ført til at forskjellene er redusert. Sverige har nå passert det norske sysselsettingsnivået.

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

Flere eldre i befolkningen

I Norge, som i de fleste andre vestlige land, står vi overfor en aldring av befolkningen. Mens vel 24 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (15–66 år) var mellom 50 og 67 år i 1990, var andelen vel 30 prosent i 2016. Det er ventet at andelen vil øke ytterligere til om lag 33 prosent i 2050, jf. SSBs

siste befolkningsframskriving Samlet sett har endringer i alderssammensetningen i den yrkesaktive befolkningen bidratt til å trekke ned den samlede sysselsettingsandelen i aldersgruppen 15–66 år med om lag 0,1 prosentpoeng per år fra 2001 til 2016. Endringer i alderssammensetningen i den yrkesaktive befolkningen har mao. bidratt til at sysselsettingsandelen har falt med i størrelsesorden 1,5 prosentpoeng over hele IA-perioden.

Lavere sysselsetting som følge av endringene i alderssammensetningen har samtidig blitt motvirket av at yrkesaktiviteten blant seniorer har økt, se figur 4.1C. Siden 2001 har andelen i jobb blant 55–61-åringene økt med 4,4 prosentpoeng, mens det for 62–66-åringene har vært en økning på hele 14,2 prosentpoeng. I denne aldersgruppen er det særlig menn som har økt sin sysselsetting. 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. Det siste året har det imidlertid vært en liten nedgang i sysselsettingsandelen også for de over 55 år.

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 gangsalder etter ulike næringer i delmål 3, basert på Nordby og Næshheim (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. Etter 2011 har befolkningsveksten

avtatt. Fra 2004 til 2016 utgjorde nettoinnvandringen omtrent 460 000 personer, eller i gjennomsnitt 35 400 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 siste halvår av 2016 var det netto utvandring av svensker og polakker. 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.

Innvandrere har stått for nesten hele sysselsettingsveksten etter finanskrisen. Blant innvandrere som har kommet for å arbeide, er det flest menn i aldersgrupper der sysselsettingsandelen ligger høyt. Blant innvandringsgrupper som har kommet til Norge med bakgrunn i flukt, familie-gjenforening eller andre humanitære årsaker, er sysselsettingsandelen lavere. Samlet har disse typene innvandring trukket sysselsettingsandelen ned. Tall fra SSB viser at sysselsettingsandelen for innvandrere i alt er lavere enn for befolkningen eksklusive innvandrere.

Innvandring får konsekvenser for oppnåelse av målsettingene 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 fortrenning 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 fortrenningseffekter i bygge- og anleggsektoren, om enn i et noe mindre omfang (Bratsberg og Raaum, 2012, 2013). Effektene i

4. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

bygg og anlegg er nesten like for innenlandske arbeidstakere med lav utdanning og tidligere ankomne innvandrere.

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 langsiktige arbeidsmarkedsintegrering 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 2005-06, 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- og hotell-/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).

Arbeidsmarkedstilknytning til 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»). I 2016 var det ifølge AKU 73 000 personer i alderen 15–29 år som tilhørte denne gruppen. Det utgjorde 7 prosent av aldersgruppen, mens andelen var 6 prosent ti år tidligere, 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.

Utviklingen fra 2006 til 2016 varierer noe, avhengig av kjønn og alder. Den mest entydige tendensen til endring over tid finner vi blant menn 20–24 og 25–29 år, i begge gruppene økte NEET-andelen fra 6 prosent til 9 prosent i løpet av tiårsperioden. Økningen kom etter 2008, noe som gjør det rimelig å se den i sammenheng med lavere etterspørsel etter arbeidskraft etter finanskrisen.

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. I 2014 utgjorde de arbeidsledige en tredel av NEETs i alderen 15–29 år. Men mange av de unge som ikke oppfyller de formelle kriteriene for å være arbeidsledig, ønsker seg like-

vel arbeid. Flertallet av dem som tilhørte NEET-gruppen i 2014 betraktet seg selv som arbeidsledig: 76 prosent av mennene og 47 prosent av kvinnene (Bø og 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 NEETs, en høy andel sammenlignet med andre nordiske land (Hardoy m.fl., 2016). Nylig har et utvalg («Brochmann 2») vurdert de langsiktige konsekvensene av høy innvandring, og i den forbindelse også sett nærmere på levekårsforskjeller mellom innvandrere og den øvrige befolkningen (NOU 2017:2). 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 en 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 prosentpoeng, mens den tilsvarende forskjellen for unge innvandrere var nærmere 24 prosentpoeng (NOU 2017:2, 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 2015 viser at mens 17 prosent av alle 20–24-åringer tilhørte NEET-gruppen, var andelen i Norge 10 prosent. Denne andelen var blant de laveste i OECD. I land som Italia, Tyrkia, Hellas og Spania utgjorde NEET-gruppen mer enn en firedel av de unge (OECD, 2016a).

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.

Av de som begynte videregående opplæring i 2010 var det 27 prosent som ikke hadde fullført innen en femårsperiode. Denne andelen har blitt noe redusert de siste årene. Frafallet er høyere for gutter enn for jenter og høyere i yrkesfaglige utdanningsprogram enn for studieforberevende 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 slutt punktet 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, 2015; Verjans, 2007). Dette samsvarer med funn fra de øvrige nordiske landene (Hanvold m.fl., 2016). Faktorer som bidrar til at unge arbeidstakere anses som mer sårbare, er at de er i en opplæringsfase 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 (Salmiinen, 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. Overordnet mål: Et mer inkluderende arbeidsliv

4.3 Utviklingen i de helserelaterte ytelsene

Mottakere av helserelaterte ytelser

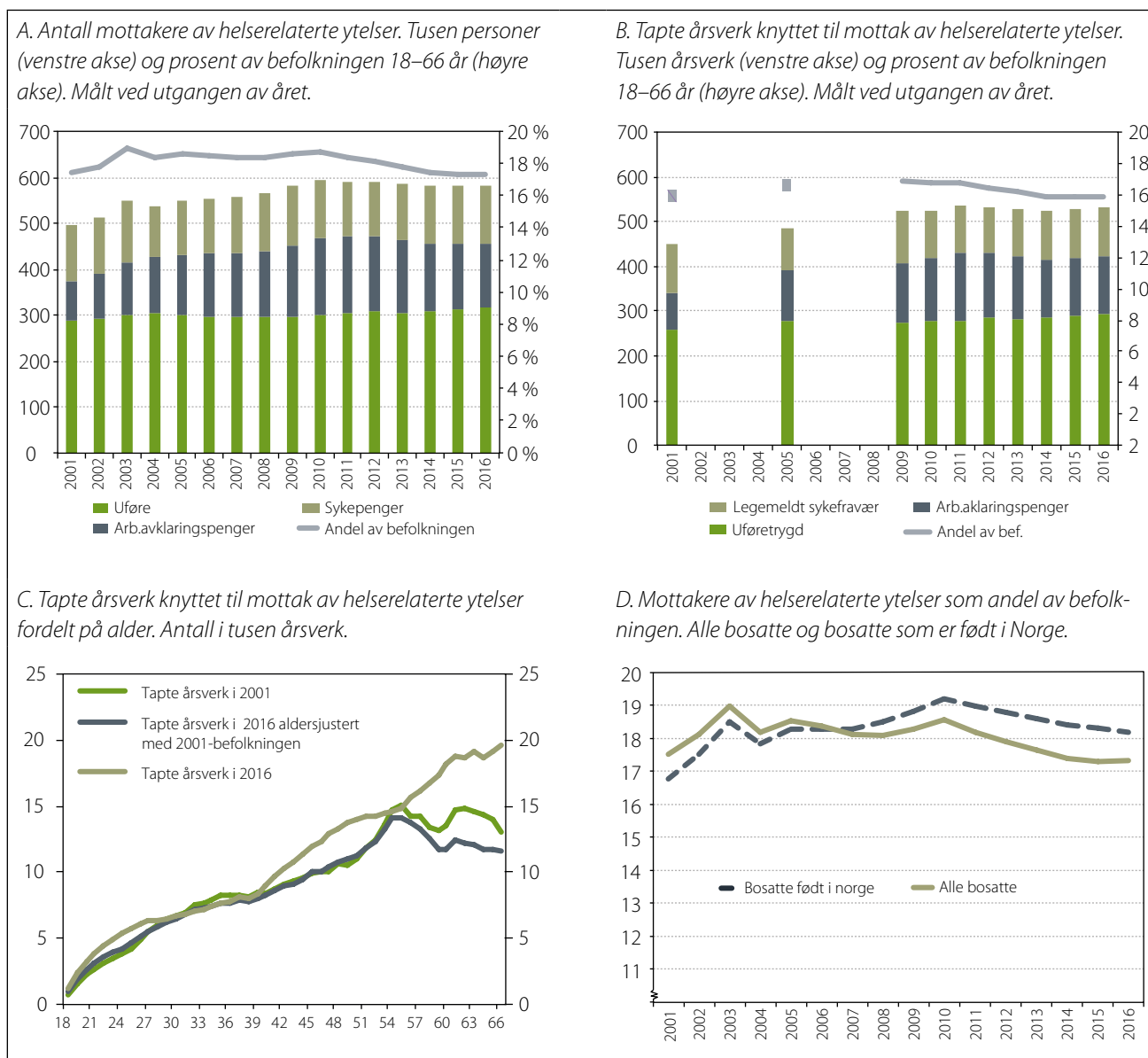
Uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger regnes som helserelaterte trygdeytelser. I 2016 var det registrert 581 100 mottakere av disse ytelsene, eller 17,3 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år. Sammenlignet med 2001 har antall mottakere økt med 85 000 personer, jf. figur

4.3.A.² Målt som andel av befolkningen, er imidlertid antall mottakere om lag det samme i 2016 som i 2001. Mens det særlig var en økning fra 2001 til 2003, har andelen avtatt siden 2010.

Utviklingen i antallet mottakere av helserelaterte ytelser reflekterer ikke nødvendigvis utviklingen i

² 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 4.3 Helsereelaterte trygdeytelser*



* Det er mulig å motta flere trygdeytelser samtidig. Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet antallet enkeltmottakere av disse ytelsene for å unngå å telle samme person flere ganger. (Sykepenger i 2016 er basert på registrerte mottakere i 1. halvår og anslåtte mottakere i 2. halvår.)

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

antallet personer som står utenfor arbeidslivet. De aller fleste mottakere av sykepenger er i et arbeidsforhold. Blant de som mottar gradert uføretrygd, som utgjør om lag 24 prosent av de uføretrygdede, var over syv av ti registrert i et arbeidsforhold i 2016. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger er om lag en av fire i en deltidsjobb.

I 2016 var antallet tapte årsverk som følge av mottak av en helserelatert ytelse om lag 531 500, mens antall sysselsatte årsverk til sammenlikning var i overkant av 2,4 mill. Målt som andel av befolkningen i alderen 18–66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 prosent. Andelen har avtatt noe etter 2010 og var i 2016 tilbake på om lag 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 befolkningssammensetningen 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 4.3.C viser at det har vært en økning i antallet tapte årsverk fra 2001 til 2016. Den viktigste forklaringen på økningen i antallet tapte årsverk er at befolkningsstørrelse og befolkningssammensetning har endret seg. For å korrigere for dette er det vist hvor mange tapte årsverk en ville hatt i 2016 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. I gjennomsnitt for alle aldersklassene ville det vært en nedgang i antall tapte årsverk på om lag fem prosent fra 2001 til 2016 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, fordi innvandringen har vært særlig høy i aldersgrupper med lav trygdetilbøyelighet se figur 4.3 D. 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.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent, målt ved sykefraværsprosenten, i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. I dette kapittelet omtales sykefraværsutviklingen fra 2001 til 2016 – det vil si perioden etter at den første IA-avtalen ble inngått. Et nytt registergrunnlag i 2015 gir et brudd i sykefraværsprosenten fra og med 1. kvartal 2015. Den beregnede effekten av bruddet på aggregert nivå er liten. En egen faktaboks redegjør nærmere for dette.

De sesongjusterte tallene for sykefraværsprosenten for 4. kvartal 2016 viser at fraværet var 11,0 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Det kvartalsvise gjennomsnittet for hele 2016 lå 12,6 prosent lavere enn nivået i 2. kvartal 2001. Etter en midlertidig økning i 2009, hadde det samlede sykefraværet en nedgang i de påfølgende årene. Fraværet lå stabilt på omtrent samme nivå fra 2012 og framover. Gjennom 2015 og inn i 2016 viste det totale fraværet en svakt nedadgående tendens, før det økte noe de siste kvartalene tilbake mot nivået i begynnelsen av 2015. Års-gjennomsnittet for 2016 er det laveste i IA-perioden. I IA-perioden sett under ett har det vært en nedgang i fraværet for begge kjønn og i alle aldersgrupper, næringer og fylker, men nedgangen er svært ujevnt fordelt. Gjennom 2015 og 2016 ble forskjellen mellom kvinners og menns fravær noe mindre. Økningen i bruken av gradert sykmelding ser ut til å ha flatet ut etter 2012, og omfanget av gradering har siden da fluktuert rundt det høyeste nivået i IA-perioden.

Den samlede sykefraværsprosenten har ikke endret seg vesentlig de siste årene, og vi er halvveis mot å oppnå IA-målet.

5.1 Utviklingen av sykefraværet gjennom 2015 og 2016

Sykefraværsprosenten er den bærende størrelsen for måling av sykefraværet under delmål 1. Fra og med 2015 baseres denne størrelsen på et endret registergrunnlag, idet det nå er A-ordningen som legges til grunn for data om arbeidstakerforhold. Dette gir et brudd med den statistikken som finnes for perioden før 2015. I Boks 2 gjøres det nærmere rede for sykefraværsprosenten som størrelse. I Boks 6 bakerst i kapitlet redegjøres det for endringene i registergrunnlaget fra 2015 og hvilke konsekvenser dette har.

I dette avsnittet beskrives det noen hovedtrekk i utviklingen i sykefraværet gjennom 2015 og 2016 – det vil si for perioden etter omlegging til A-ordningen som registergrunnlag for arbeidstakerforhold.

Det samlede fraværet var på 6,45 prosent i 1.kv. 2015 og 6,42 prosent i 4.kv. 2016. Fraværet hadde en nedadgående tendens gjennom 2015 til 6,22 prosent i 1. kv 2016, før det igjen snudde.

Denne generelle utviklingen gjaldt for både kvinner og menn. Likevel ble forskjellen mellom kvinners og menns fravær noe mindre i løpet av de to årene. Kvinner hadde en sterkere nedgang i starten av perioden, og en mindre sterk oppgang mot slutten. Mellom første og siste kvartal i perioden økte menns fravær marginalt (opp 0,05 prosentpoeng), mens kvinners fravær gikk ned med 0,17 prosentpoeng. Forskjellen mellom kvinners og menns fravær ble redusert fra 68,4 til 63,4 prosent. Noe av denne tallmessige utviklingen kan imidlertid skyldes forbedringer i rapportering av arbeidstid i A-ordningen mellom disse to årene, se nærmere omtale i avsnittet om kjønnsforskjeller under kapittel 5.3. Noe av den minkende forskjellen kan også være relatert til at menn i større grad er sysselsatt i

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 sykemeldingsgrad. 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 både i 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 gir imidlertid et brudd i statistikken fra og med 2015. I Boks 6 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 fravær for ett tilfelle opptil åtte dager for IA-virksomheter, 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 ut-

valgsundersøkelser 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 SSB 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, sammenlikner faggruppen et kvartal mot tilsvarende kvartal i et foregående år. Slike kvartalsvise sammenlikninger er sårbare overfor ulikt innslag av avtalte dagsverk i kvartalene som følge av for eksempel bevegelige helligdager.

Tidlig influensasesong 2016/2017: For 2016 vil bruk av ujusterte tall for 4. kvartal gi en ekstra utfordring ved sammenlikning med foregående år. Dette fordi toppen av influensasesongen denne vinteren kom i 4. kvartal, og ikke i det etterfølgende 1. kvartal, slik den vanligvis gjør. I årets rapport vil derfor vil også tall for 3. kvartal bli benyttet der slike sammenlikninger er nødvendige.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

konjunkturutsatte næringer, og kan således være av mer midlertidig art.

Det har vært noe ulik utvikling i sykefraværet blant fylker og blant næringer fra 2015 til 2016. Det publiseres ikke sesongjusterte tall på disse nivåene, slik at vi her i stedet tar utgangspunkt i årstall.

For næringer, ble det totale fraværet (egen- og legemeldt) redusert i 13 av de 17 hovednæringsgruppene mellom 2015 og 2016. Sterkest nedgang var det innenfor forretningsmessig tjenesteyting (-7,1 pst), overnatting- og serveringsvirksomhet (-5,7 pst), og jordbruk/skogbruk/fiske (-5,3 pst). De fire næringsgruppene der fraværet økte, var bergverksdrift og utvinning og tjenester tilknyttet dette (6,6 pst), finansierings- og forsikringsvirksomhet (2,6 pst), samt bygg- og anlegg (0,5 pst) og infomasjon og kommunikasjon (0,5 pst). Endringstallene for næring vil være noe påvirket av forbedringen i rapporteringen av arbeidstid mellom de to årene. De største næringsvise endringene uttrykker imidlertid også reelle endringer i sykefraværet.

Fire fylker har hatt en vekst i det legemeldte fraværet fra 2015 til 2016. Dette er Rogaland, Hedmark, Vestfold og Vest-Agder. Disse hadde en vekst på mellom henholdsvis 3,3 prosent og 1,3 prosent.³ Denne utviklingen viser et visst sammenfall med de fylkene som har opplevd sterkest konjunkturedgang knyttet til oljebransjen – se kapittel 5.2 for en nærmere omtale av konjunkturenes rolle for utviklingen i sykefraværet. Fylkestall fordelt på kjønn viser at i tre av de fire fylkene⁴ med vekst i sykefraværet økte fraværet for både kvinner og menn, men mest for menn.

Den gjennomsnittlig sykmeldingsgraden har fluktuert i løpet av de siste to årene, men økte til et høyere nivå mot slutten av perioden. Graden

3 De samme fire fylkene har den sterkeste veksten også dersom vi kun inkluderer de tre første kvartalene i hvert år, for å unngå effekten av av influensatoppen i siste kvartal i 2016.

4 Unntaket blant disse fire fylkene med vekst er Vest-Agder, der fraværet gikk svakt ned blant kvinner.

var 81,6 prosent i det første kvartalet i perioden og 83,1 prosent i det siste kvartalet.

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 sammenlikne tall 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 at det ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for bruddet når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden, og anbefaler at de endringstall 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 Boks 6 bakerst i kapittelet blir det gjort nærmere rede for endringene i registergrunnlaget og effektene av bruddet.

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i 2. kvartal 2001. Sammenliknet med 2. kvartal 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har det sesongjusterte sykefraværet falt fra 7,21 prosent til 6,42 prosent i 4. kvartal 2016. Dette er en nedgang på 11,0 prosent.

Når en vurderer endringen i *nivået* på sykefraværet, 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 2016 var det kvartalsvise, sesongjusterte gjennomsnittet

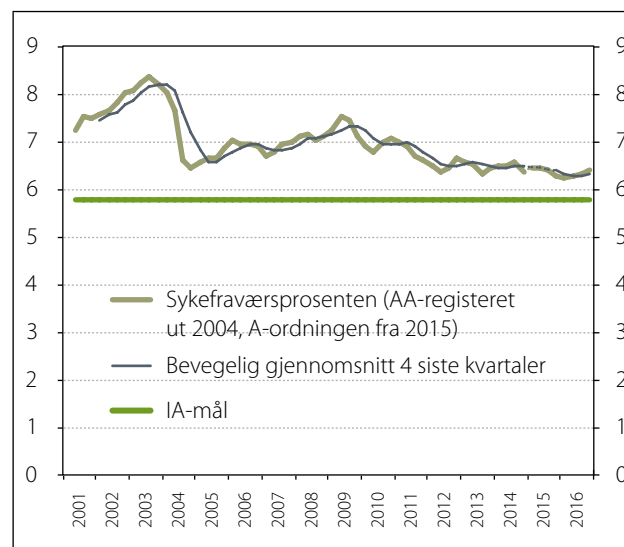
6,30 prosent. Dette er det laveste årlige nivået i IA-perioden, og tilsvarer en nedgang på 12,6 prosent sammenliknet med nivået i 2. kvartal 2001.

Figur 5.1 viser den kvartalsvise utviklingen for det totale sesongjusterte sykefraværet i IA-perioden, samt bevegelig gjennomsnitt over fire kvartaler. 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)

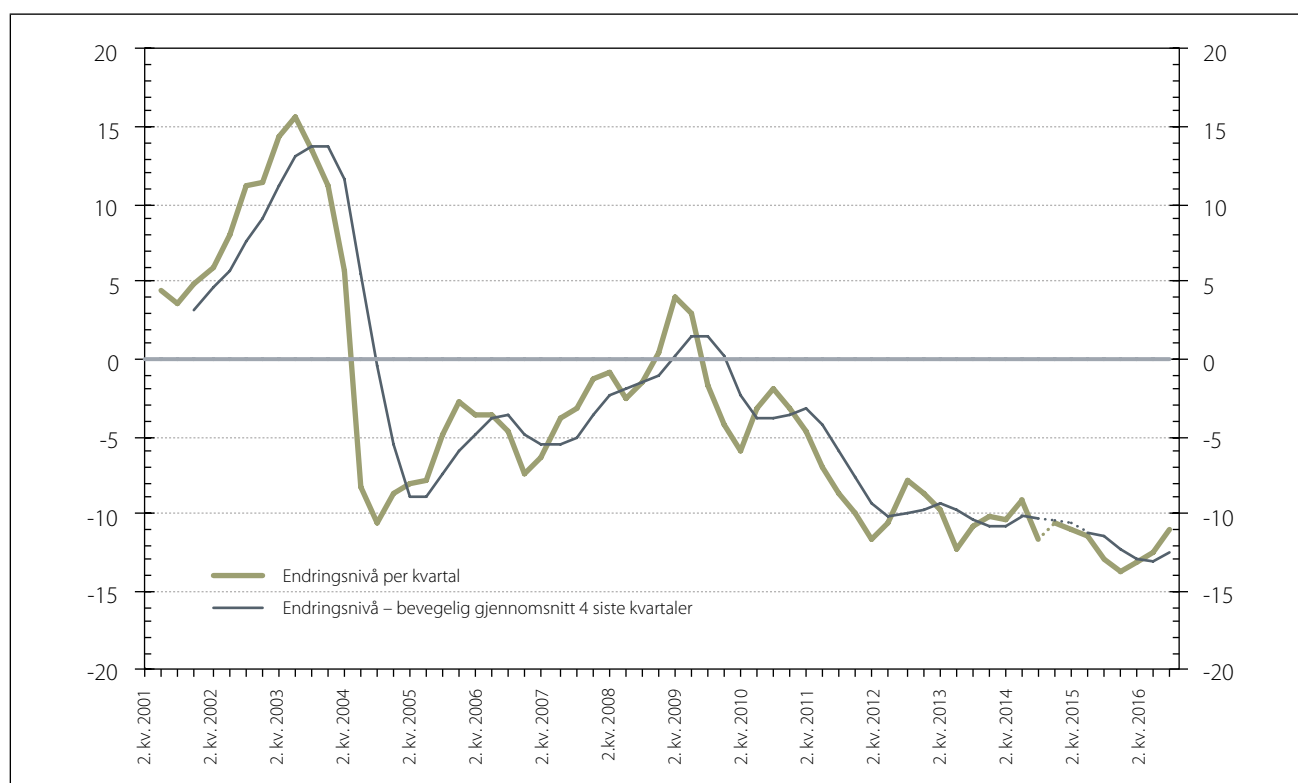
Hovedbildet de siste årene er at sykefraværet har vært relativt stabilt siden 2005. Det var en midlertidig økning i fraværet i 2009, etterfulgt av en nedgang i de påfølgende årene. For en nærmere omtale av sykefraværet i 2009, se vedlegg 2. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget relativt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

Figur 5.1 illustrerer at fraværet i perioden 2012–2016 har ligget på det laveste nivået i IA-perioden. For å nå målet må den sesongjusterte sykefraværsprosenten 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.

Figur 5.1 Totalt sykefravær og IA-målet. Sesongjusterte kvartalsvise tall 2. kvartal 2001 – 4. kvartal 2016. Prosent.



Figur 5.2 Sesongjustert sykefravær – prosentvis endring i forhold til nivået pr 2. kv 2001. Per kvartal, og bevegelig gjennomsnitt 4 siste kvartaler



5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

I tabell 5.1 nedenfor viser de to venstre kolonnene den prosentvise endringen i sykefraværet mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2016 for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær, samt for totalt fravær etter kjønn. De to høyre kolonnene viser tilsvarende endring når man ser på gjennomsnittet per kvartal for hele 2016.

Tabell 5.1 viser at pr 4. kvartal 2016 var det legemeldte fraværet redusert med 15,9 prosent, mens det egenmeldte fraværet er økt med 28,0 prosent – trolig noe påvirket av den tidlige influensasessongen⁵. Økningen i det egenmeldte fraværet er stor målt i prosent, men målt i prosentpoeng er økningen 0,2.

De høyre kolonnene i tabell 5.1, som er basert på gjennomsnittet for 2016, viser noe større utslag i endringene generelt, men en mindre (men fremdeles sterk) økning i det egenmeldte fraværet (21 prosent). 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 2016.

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 åtte årene har nivået for egenmeldt fravær vært om lag uendret. I store trekk har det egenmeldte fraværet holdt seg rundt 1 prosent i hele IA-perioden, jf. tabell 10.2 i Vedlegg 2.

Per 4. kvartal 2016 var menns fravær redusert med 16,6 prosent, mens kvinners fravær var redusert med 8,2 prosent. Under avsnitt 5.3 omtales kjønnsforskjellene nærmere.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad var 83,1 prosent i 4. kvartal 2016 – noe høyere enn gjennomsnittet for perioden 2012–2016 (82,4 prosent). Omfanget av gradert sykefravær er likevel på det høyeste nivået siden 2001. Gradert sykefravær omtales nærmere under avsnitt 5.3.

Tabell 5.1 Endring i sykefraværet fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2016. Sesongjusterte tall.

Type fravær	4. kv. 2016 vs 2.kv. 2001		Årsgjennomsnitt 2016 vs 2 kv. 2001	
	Endring i prosent	Endring i prosentpoeng	Endring i prosent	Endring i prosentpoeng
Totalt fravær	-11,0	-0,80	-12,6	-0,91
Legemeldt fravær	-15,9	-1,02	-16,8	-1,08
Egenmeldt fravær	28,0	0,22	21,0	0,17
Totalt fravær, menn	-16,6	-0,99	-18,5	-1,10
Totalt fravær, kvinner	-8,2	-0,72	-9,4	-0,83

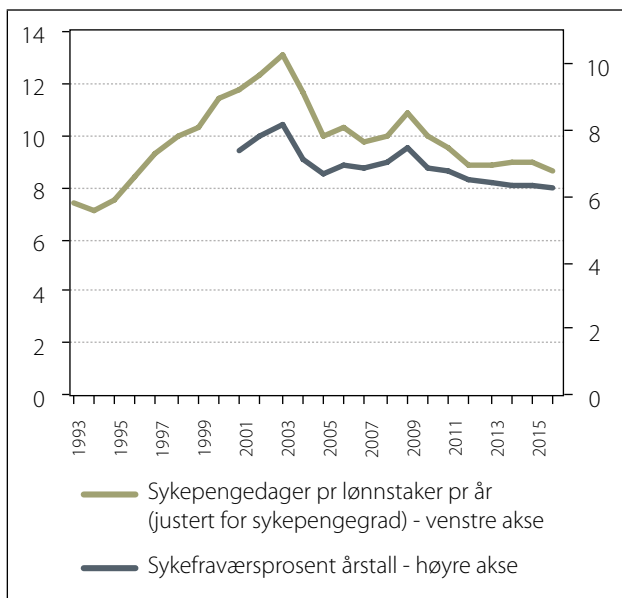
Kilde: Statistisk sentralbyrå

⁵ Influensasessongen denne vinteren hadde et høydepunkt i 4. kvartal 2016 (mot vanlig i 1. kvartal). Selv om det benyttes sesong- og influensajusterte tall, var det egenmeldte fraværet spesielt høyt akkurat i 4. kvartal 2016 og indikerer at justeringen trolig ikke tar fullt ut høyde for utslaget av influensa.

Utviklingen før IA-perioden

I perioden før IA-avtalen ble inngått, hadde det vært en kraftig økning i sykefraværet. Statistikken for sykefraværsprosenten går imidlertid ikke lenger tilbake enn til 2. kvartal 2000. Som en indikator på utviklingen av sykefraværsprosenten før år 2000, kan man i stedet benytte utviklingen i *antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode⁶ per lønnstaker per år justert for sykepengegrad*. Denne størrelsen har en høy korrelasjon med sykefraværsprosenten i de årene man har data for begge⁷, og går tilbake til 1993. I figur 5.3 er begge størrelser lagt inn for å illustrere sammenfallet i utviklingen etter år 2000.

Figur 5.3 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år 1993–2016 *. (venstre akse). Sammenliknet med utviklingen i årstall for sykefraværsprosenten 2000–2016 (høyre akse).



* Sykepengedager pr lønnstaker: Tallene er justert for sykepengegrad. Tallene er også korrigeret for utvidelsen av arbeidsgiverperioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000

Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Antall sykepengedager per lønnstaker viser en langvarig økning i sykefraværet fra midten av 1990-tallet og fram til 2003, se figur 5.3. Fra bunnivået i 1994 til toppnivået i 2003 økte indikato-

ren 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. Forskningen 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 lavkonjunkturer i 2008–2009 var det en motsatt samvariasjon – både arbeidsledigheten og sykefraværet økte. (Se også vedlegg 1 for nærmere omtaler av disse forholdene, hentet fra faggruppens rapport 2/2011).

I en artikkel i Arbeid og velferd viser Nossen (2014) at utviklingen på arbeidsmarkedet påvirket 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 til sammensetningshypotesen⁸ 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 arbeidstaker søke å oppnå sykmelding, og det kan bidra til et ønske om å forlenge pågående sykmeldinger i perioder med nedbemanning. I tillegg

8 Dvs. at konjunkturer 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.

6 Dvs. fravær som overstiger 16 dager

7 Korrelasjonskoeffisienten mellom seriene var 96 prosent fra 2001 til 2016. Ser man på de siste ti årene, fra 2007 til 2016, var korrelasjonskoeffisienten 98 prosent.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

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 måtte 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 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 AAP og uførepensjon økte i denne perioden. Det andre forholdet knyttet seg til at arbeidstakere uten rettigheter til dagpenger, samt i mange tilfeller de med inntekt over 6G⁹, 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 mener de at analysen av overgang til helserelaterte ytelser 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 et-

⁹ Sykepenger etter folketrygden beregnes av inntekt opp til 6G. Med mindre arbeidsgiver kompenserer for tapt inntekt over 6G, vil de som tjener over 6G ha et relativt større inntektstap ved å motta dagpenger i stedet for sykepenger enn de som tjener under 6G.

ter, 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 sammensetningen av arbeidsstokken med hensyn til alder, kjønn, landbakgrunn, botid, utdanningsnivå og yrke som kunne forklare noe av økningen i sykefraværet. De fant at endringer i dette ikke forklarte noe av økningen, tvert i mot 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 2014¹⁰, drevet av nedgangen i oljerelaterte næringer, hadde konsekvenser for bruken av andre ytelser – blant annet for bruken av sykepenges, det vil si sykefravær av mer enn 16 dagers lengde. Av de fem fylkene med et stort innslag av slike arbeidsplasser, opplevde samtlige en betydelig i vekst i arbeidsledigheten i løpet av 2015¹¹. Det undersøkes om disse fylkene samtidig også hadde en annen utvikling i bruken av sykepenges enn de øvrige av landets fylker, som hadde en relativt stabil ledighetssituasjon. På tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført (høsten 2016) forelå ikke den ordinære sykefraværstatistikken for perioden etter 2014, og utviklingen i antallet som brukte opp sykepengerrettighetene ble benyttet som indikator på utviklingen i sykefraværet og bruken av sykepenges. Basert på en forskjell-i-forskjell-metodikk der det foretas en sammenlikning av utviklingen før og under den økte ledigheten i de fem fylkene, med tilsvarende utvikling i de øvrige fylkene¹², finner Lima at den økte ledigheten i seg selv medførte en vekst i antallet som bruker opp sykepengerrettighetene i alle de fem fylkene. Han be-

regner effekten av økt ledighet til å medføre mellom 8 og 24 prosents endring 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 store¹³, 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.

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. Boks 6 bakerst i kapitlet redegjør nærmere for dette. Det er ikke gjort beregninger av den konkrete effekten av bruddet for ulike undergrupper, men i henhold til SSBs statistikkfaglige vurderinger vil det uansett ikke være av en slik størrelsesorden at det påvirker de langsiktige utviklingstrekkene for de ulike undergruppene. Derimot vil mindre endringer i utviklingen for og mellom undergrupper mellom 2014 og 2015 kunne skyldes effekter både av bruddet og av reelle endringer i sykefraværet. Det blir derfor i liten grad kommentert på slike mindre endringer.

Kjønnsforskjeller

Kvinner har høyere sykefravær enn menn for alle aldersgrupper

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. I 4. kvartal 2016 var kvinners fravær om lag 63 prosent høyere enn blant menn (8,1 prosent vs. 5,0 prosent). Disse kjønnsforskjellene er illustrert i figur 5.4 A, B og D.

10 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.

11 De fem fylkene er Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal, Vest-Agder og Aust-Agder.

12 Det foretas en sammenlikning av utviklingen før og under den økte ledigheten i de fem fylkene, med tilsvarende utvikling i de øvrige fylkene.

13 Forfatteren peker selv på noen forhold, blant annet at innføringen av strengere håndheving av aktivitetsplikten i omtrent samtlige fylker i løpet av 2015 gjør det vanskeligere å isolere effekten av den økte arbeidsledigheten.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

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 for menn, se figur 5.4 B.

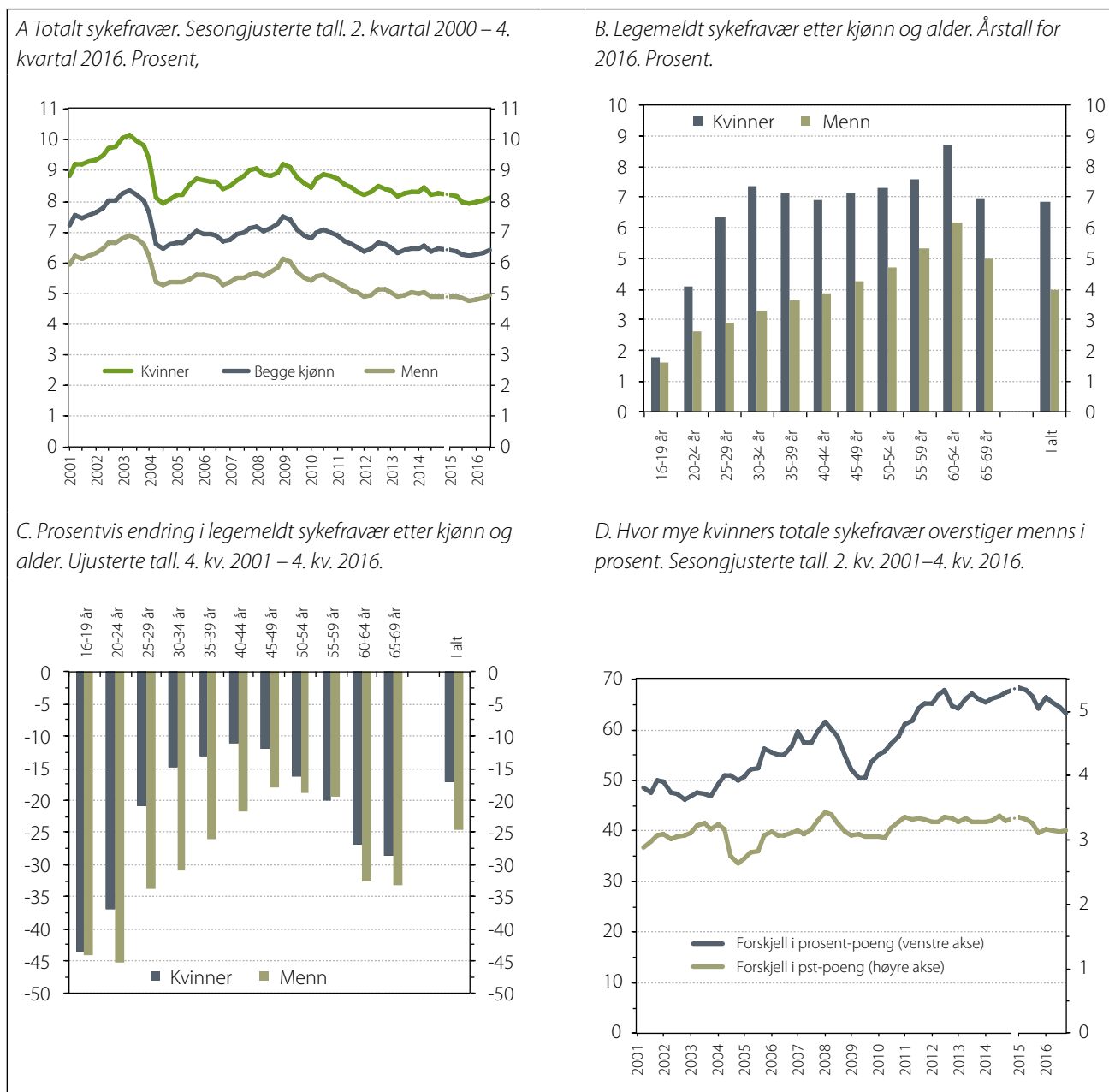
Sykefraværet for menn øker gradvis med økende alder, unntatt for den eldste aldersgruppen (65–69 år) hvor sysselsettingen er lav og det er de friskeste i aldersgruppen som fortsetter å arbeide. Kvinners fravær har et noe annerledes aldersmønster. Blant kvinner er det kun de yngste (20–

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 opp-

Figur 5.4 Sykefravær og kjønnsforskjeller.



søker 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 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 sykefraværet er høyere blant kvinner enn menn. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre konkluderer rapporten med at «dobbeltar-

beidshypotesen» ikke kan avvises, men at mekanismene bak denne ikke er godt nok forstått. For å forstå disse mente forskerne at man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen (Mykletun og Vaage, 2012). I en senere studie finner Rieck og Telle (2013) at sykefraværet for kvinner i årene etter fødsel ikke er høyere enn før fødselen når de kontrollerer for flere åpenbare seleksjonsproblemer. Deres resultater gir dermed liten støtte til «dobbeltarbeidshypotesen». En studie fra Frisch-senteret i 2015 (Hauge m.fl., 2015) viser at menn og kvinner til dels er ulike når det gjelder holdninger, preferanser og normer. Denne studien gir likevel ingen holdepunkter for å si at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes ulike holdninger, normer eller preferanser.

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

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

Kjønnsforskjellene i løpet av IA-perioden

Mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2016 ble menns totale, sesongjusterte sykefravær redusert med 16,6 prosent, mens kvinners tilsvarende fravær ble redusert med 8,2 prosent. Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra nær 50 prosent til om lag 63 prosent (fra 2,9 til 3,1 prosentpoeng) i samme tidsrom.

Figur 5.4 D illustrerer utviklingen i IA-perioden. Forskjellen mellom kvinners og menns sykefravær økte fra 2001 til 2012, og var deretter om lag uendret fram til 2015. Forskjellen mellom kvin-

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

ners og menns fravær ser imidlertid ut til å ha blitt noe mindre i løpet av de to siste årene.

Mens kvinner hadde 68,4 prosent høyere fravær enn menn i 1.kvartal 2015, var forskjellen sunket til 63,4 prosent i 4. kvartal 2016. Forskjellen avtok gradvis i løpet av de to årene. Mellom de to kvartalene økte menns fravær marginalt (opp 0,05 prosentpoeng), samtidig som kvinners fravær gikk ned med 0,17 prosentpoeng. Hvor mye av denne endringen som er *reelle* endringer i sykefraværet mellom 2015 og 2016, er imidlertid vanskelig å anslå presist. Det skyldes forbedringer i rapportering av arbeidstid i A-ordningen mellom disse to årene – se Boks 6. Arbeidstid brukes imidlertid ikke i beregningen av den alternative størrelsen «andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær». Her viser tall for 3.kvartal¹⁴ i 2015 og 2016 at kvinner har noe sterkere nedgang enn menn, og at det for kvinner er sterkest nedgang i aldersgruppen 20–39 år. Befolkningstall viser at antallet kvinner i alderen 20–39 år har økt med ca 6 000 mellom de to årene, mens antall fødsler ligger konstant. Følgelig er det relativt færre kvinner i 2016 enn i 2015 som har vært gravide og som da er potensielt syke relatert til svangerskap. Dette faller sammen med en relativ nedgang i diagnoser knyttet til svangerskaps sykdommer mellom de to årene, og kan være noe av forklaringen på nedgangen i sykefraværet for kvinner i den aktuelle alder.

Utviklingen i fraværet har variert mye etter alder og kjønn. Likevel var det mellom 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2016 en nedgang i det legemeldte fraværet i alle aldersgrupper, for begge kjønn – se figur 5.4 C. 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.

Pr 4. kvartal 2016 var forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn størst for aldersgrup-

pen 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 2016. Videre har det innen ulike næringsgrupper også vært svingninger i kjønnsforskjellen gjennom perioden. Tabell 10.5 i vedlegg 2 viser utviklingen i kjønnsforskjellen i de ulike næringsgruppene i perioden 2001 til 2016.

I sin kunnskapsoppsummering konkluderer Mastekaasa (2016) med at forskningen så langt ikke har gitt noen klare holdepunkter for å forklare den økte overhyppigheten av sykefravær blant kvinner.

Næringsvise forskjeller

Høyest fravær innen helse og sosiale tjenester

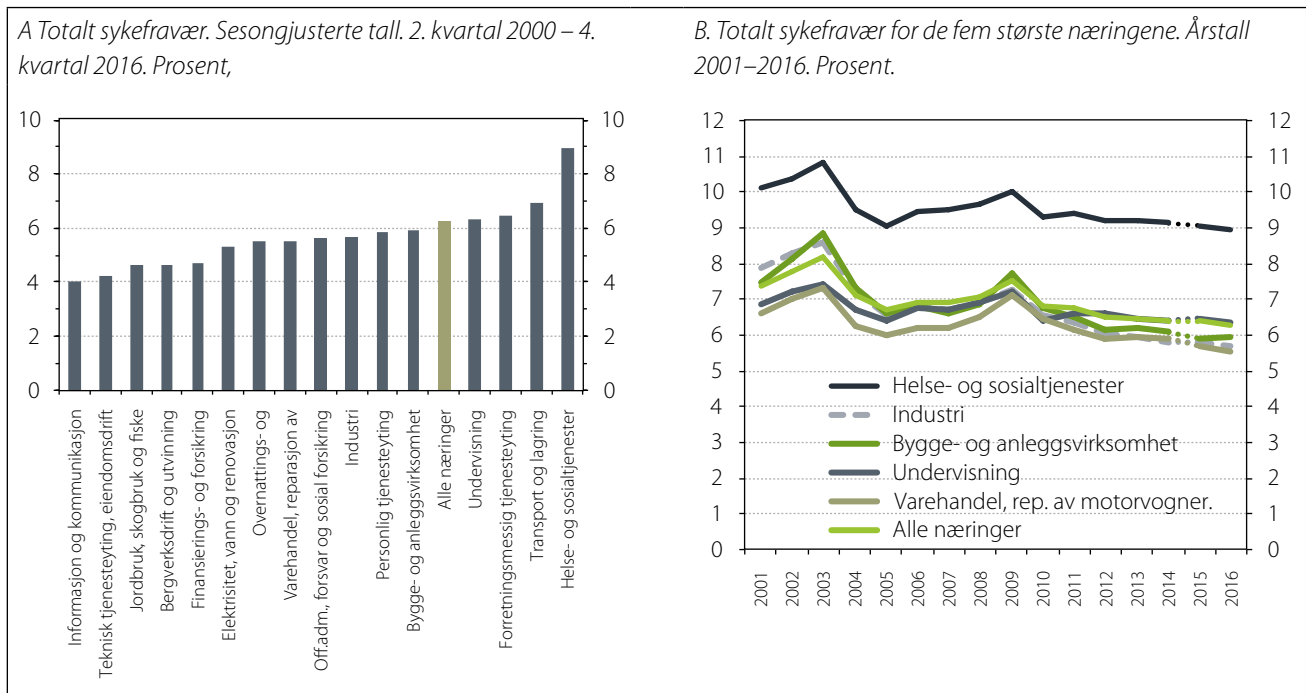
Sykefraværet varierer mye mellom de ulike næringene. Fraværet er lavest innen *informasjon og kommunikasjon* (4,0 prosent i 2016), og høyest innen *helse- og sosialtjenester* (8,9 prosent i 2016). Figur 5.5 A og B viser forskjellene mellom de ulike næringene.

Helse- og sosialtjenester er også den klart største næringen i Norge og dekker bl.a. kommunal pleie- og omsorgssektor, spesialisthelsetjenesten og barnehagesektoren.¹⁵ Hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker er sysselsatt innen helse og sosiale tjenester, 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.

14 Størrelsen «Andelen sykmeldte med legemeldt sykefravær» er ikke sesong- og influensajustert. For å inngå ulike effekter av influensa de to årene, er det derfor tall for 3.kvartal som sammenliknes.

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

Figur 5.5 Sykefravær og næringsvise forskjeller



Hvorfor er det så store forskjeller mellom næringene?

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

En næring som har fått spesiell oppmerksomhet i denne forbindelse er helse- og sosialtjenester. Dette bl.a. fordi næringen er stor (den sysselsetter flere enn en halv million mennesker, eller drøyt 20 prosent av samtlige sysselsatte), og sykefraværet har generelt vært høyt. Det høye fraværet kan skyldes både forhold i næringen og kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mer enn 80 prosent av de sysselsatte i næringen er kvinner. Almlid-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren, konkluderte med at den viktigste forklaringen er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenliknet med andre næringer. Utvalgets beregninger viste at dersom samme kjønns-sammensetning legges til grunn i helse- og omsorgssektoren som i alle næringer samlet, ville det

legemeldte sykefraværet for 3. kvartal 2009 vært 15 prosent lavere. Selv 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. Tabell 10.4 i vedlegg 2 gir en oversikt.

Almlid-utvalget pekte også på at det er mye som tyder på at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Deskriptive analyser av selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø i 2013¹⁶, 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 nærmere 20 prosent at de er utsatt for seksuell trakassering på jobb en gang i måneden eller mer, og om lag 30 prosent oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har

¹⁶ Gjennomført av Statistisk sentralbyrå – se <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-om-arbeidsmiljo-2013#content>

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

vært utsatt for vold eller trusler om vold på jobb (STAMI 2015). 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 sammenliknet 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 og vold og trusler om vold (Aagestad m.fl. 2016).

Store forskjeller i nedgangen mellom næringer i IA-perioden

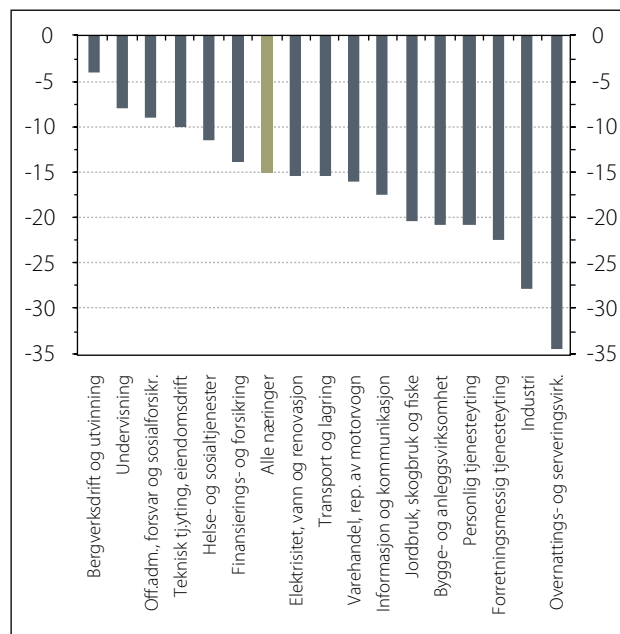
Bruddet som følge av skiftet i registergrunnlaget mellom 2014 og 2015 gjør det vanskelig å gi precise tall for endringer over tid, særlig gjelder dette tall for enkelte næringer – se Boks 6 for nærmere omtale av årsakene til dette.

Bruddet er likevel ikke større enn at tallene for 2016 viser en klar nedgang i sykefraværet fra 2001 for alle næringer. Videre viser tallene at det er stor forskjell mellom næringen på hvor stor nedgangen har vært. Tallene for 2016 indikerer at det for de aller fleste næringer er om lag samme nedgang fra 2001 som det var i 2014 – det vil si før endringen i registergrunnlaget.

Den største nedgangen fra 2001 til 2016 har skjedd innen overnatting-/serveringsvirksomhet med 34 pst, industrien (28 pst) og forretningsmessig tjenesteyting (22 pst). I tillegg har tre andre næringer en nedgang på 20 prosent. Nedgangen har vært svakest innenfor bergverksdrift og utvinning, undervisning, offentlig administrasjon/forsvar/sosialforsikring og teknisk tjenesteyting. Detaljerte tall framkommer i figur 5.6, og i tabell 10.6 og figur 10.1 i vedlegg 2. Endringene er også nærmere beskrevet i faggruppens rapport fra 2015.

Bortsett fra industrien, er det i hovedsak mindre næringer som har hatt den største nedgangen. Tallene for 2016 indikerer om lag samme utvikling som i 2014, men med noen få unntak. Nærin-

Figur 5.6 Endring totalt sykefravær etter næring. Årstall, 2001–2016. Prosent



gen overnatting- og serveringsvirksomhet har over flere år hatt en fallende trend i sykefraværet, og denne ser ut til å ha fortsatt gjennom 2015 og 2016. Nedgangen i fraværet fra 2001 ser nå ut til å være større enn i industrien, som hadde størst nedgang per 2014. For næringen bergverksdrift og utvinning og tjenester knyttet til dette, er det motsatt utvikling. En oppgang i sykefraværet de siste par årene betyr at nedgangen fra 2001 er mindre i 2016 enn den var i 2014. Men fortsatt er næringen blant de med lavest nivå på sykefraværet. For flere av næringene med stort innslag av deltids- og turnusarbeid, både privat og offentlig sektor, indikerer tallene en noe sterkere nedgang fra 2001 enn det vi fant i 2014. Det kan imidlertid være det nye registeret med endret rapportering av arbeidstid som er årsaken til dette.

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 – en av de større næringene, og med sterk reduksjon i fraværet siden 2001 – vært aktivt involvert i ulike typer tiltak

med reduksjon i sykefraværet som målsetting. Det er imidlertid i liten grad gjennomført effekt-evalueringer av de ulike tiltakene. Også andre endringer har sannsynligvis bidratt til reduksjonen, knyttet til både teknologisk utvikling og til outsourcing av arbeidsoppgaver og andre strukturelle endringer i industrien.

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

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

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

Strukturelle endringer i sysselsettingen, som for eksempel alderssammensetning og kjønnsammensetningen i næringer, kan også påvirke forskjellene mellom næringene dersom man ser på utviklingen over en lengre periode. Slike endringer kan derfor også påvirke det samlede sykefraværet. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at endringene i alders- og

næringsstruktur i liten grad påvirket det samlede sykefraværet i perioden fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009.¹⁷

Fylkesvise forskjeller

Sykefraværet er høyest i de nordligste fylkene

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. Blant fylkene er det Nordland, Østfold og Nord-Trøndelag som hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 3. og 4. kvartal 2016, mens Rogaland og Oslo hadde det laveste fraværet. Forskjellen i det legemeldte sykefraværet mellom fylket med høyest (Nordland) og lavest sykefravær (Oslo) var da på om lag 40 prosent. Figur 5.7 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 2015, hadde Oslo den korteste gjennomsnittlige varigheten med 30 dager, mens Aust-Agder hadde de lengste sykefraværstilfellene med en gjennomsnittlig varighet på 55 dager, dvs. en forskjell på 25 dager.

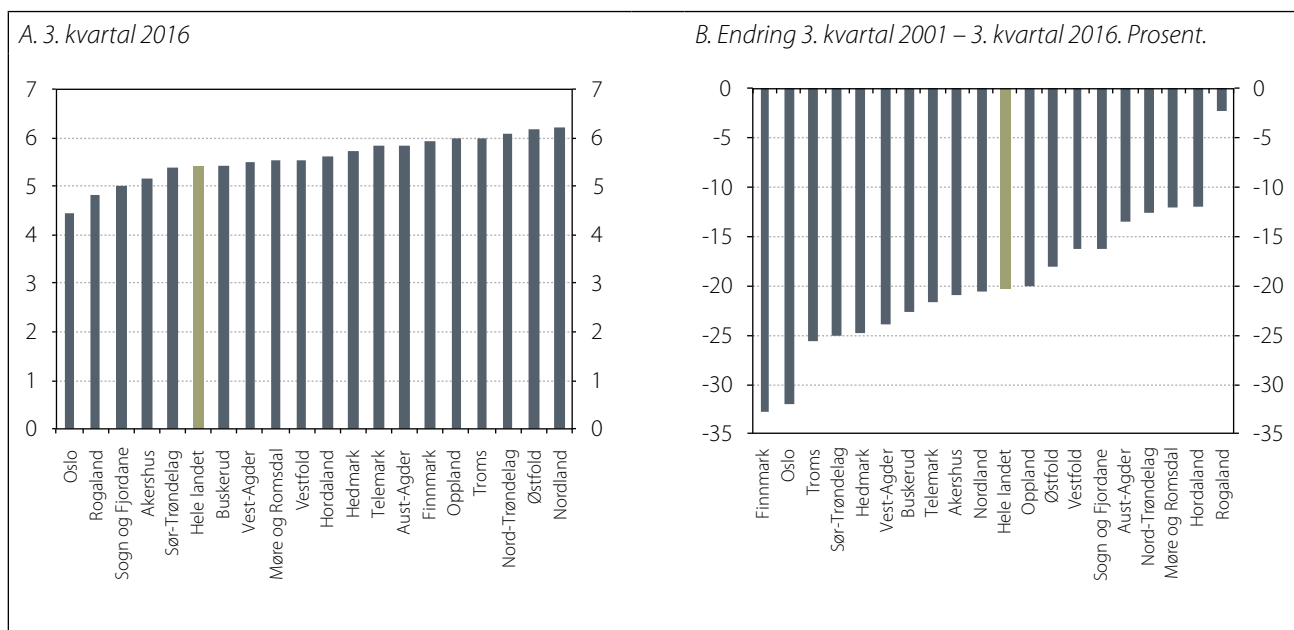
Hvorfor er de fylkesvise forskjellene så store?

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

¹⁷ Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Figur 5.7 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte kvartalstall.* Prosent.



* Se også fotnote 18.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Arbeids- og velferdsdirektoratet har i to analyser sett nærmere på hva som kan forklare de store forskjellene i sykefraværets varighet mellom fylkene (Helde m.fl., 2010 og Helde m.fl., 2011). Disse analysene viser at det er betydelige forskjeller mellom fylkene når det kontrolleres for kjønns- og alderssammensetning og forskjeller i næringsstruktur. Den ene analysen viser også at de fylkesvise forskjellene faktisk blir større når det i tillegg korrigeres for diagnoser. Analysene 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 nivå og 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 sykmeldingspraksis og NAVs og de andre aktørenes håndtering av stoppunktene i sykefraværsoppfølgingen. I rapport 2015 beskrev faggruppen to forskningsrapporter om effekter av sykefraværsoppfølgingen knyttet til praksis for håndheving av aktivitetskravet (Hedmarkmodellen) og virkningen av gjennomføring av obligato-

riske 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 5.5 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 forskjellene i varigheten innen hver enkelt næring.

Store forskjeller i endringen mellom fylkene i IA-perioden

Det er også store fylkesvise forskjeller i endringen i det legemeldte sykefraværet i IA-perioden. I løpet av IA-perioden har det legemeldte fraværet avtatt mest i Finnmark og Oslo, mens reduksjonen har vært minst i Rogaland. Pr 3. kvartal 2016¹⁸ var største og minste nedgang på henholdsvis

18 Kvartalstall på fylkesnivå er ikke influensasjusterte. For å unngå utslag av en uvanlig tidlig influensas sesong som slo inn i 4. kvartal 2016 og rammer ulike landsdeler på litt ulike tidspunkt, sammenliknes derfor tall for 3. kvartal mellom årene.

drøyt 30 prosent og under 5 prosent – jf figur 5.7 B. Nedgangen i aktiviteten i petroleumsnæringene med ringvirkninger har siden 2014 bidratt til en økning i sykefraværet de fylkene som har vært hardest rammet.

Mellom 2001 og 2014 var det vanskelig å se noe klart mønster i utviklingen i det fylkesvise fraværet, og for de fleste fylker var det ingen klar sammenheng mellom nivået i 2001 og størrelsen på de fylkesvise endringene i perioden fram til 2014. Det er imidlertid tegn til en utjevning av forskjeller mellom fylkene etter dette.

De fire fylkene fra Rogaland til Møre- og Romsdal som hadde lavest legemeldt sykefravær i 3. kvartal 2001, er blant de med minst nedgang i fraværet fram til 3. kvartal 2016. Dette har forsterket seg de siste par årene som følge av nedgangen i aktiviteten i petroleumsnæringene og de ringvirkningene dette har skapt. De siste par årene har de hatt en oppgang i sykefraværet. Rogaland og Sogn og Fjordane er likevel fortsatt blant de tre fylkene med lavest nivå på det legemeldt sykefraværet i 3.kvartal 2016. Sykefraværet i Hordaland og Møre og Romsdal lå i 3.kvartal 2016 omtrent på landsgjennomsnittet.

Det tredje av fylkene med lavest legemeldt sykefravær i 3.kvartal 2016 var Oslo. Oslo var dessuten sammen med Finnmark fylket med størst prosentvis nedgang i sykefraværet fra 3.kvartal 2001. Finnmark har imidlertid fortsatt et nivå på sykefraværet som ligger noe over landsgjennomsnittet i 3.kvartal 2016. Samme utviklingstrekk som Finnmark finner vi for Troms.

Noen fylker som hadde et klart høyere sykefravær enn landsgjennomsnittet i 2001, hadde i tillegg en nedgang per 2016 som var klart mindre enn landsgjennomsnittet. Det gjaldt Østfold og Nord-Trøndelag. På den andre siden peker Hedmark og Telemark seg ut som fylker med sterk nedgang i sykefraværet fra et nivå på sykefraværet i 2001 som lå klart høyere enn landsgjennomsnittet.

Diagnoser

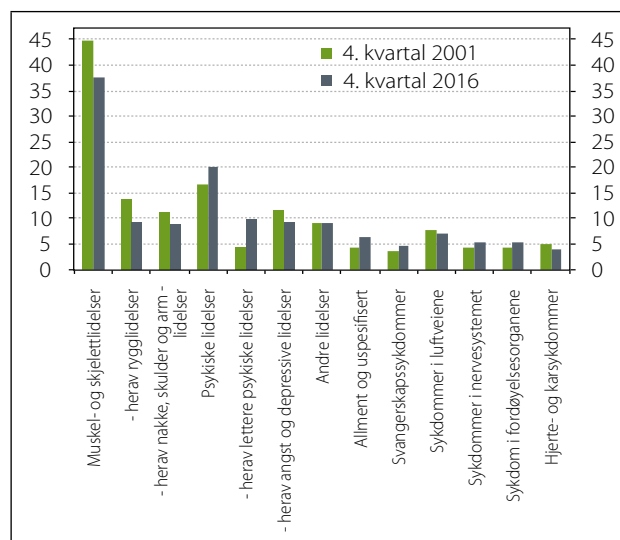
Boks 3 – Om diagnosestatistikken

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 sykefraværingsdagsverkene. 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 *sykefraværingsdagsverk*. Det er kun for det legemeldte fraværet man har opplysning om 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 sykefraværingsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med muskel- og skjelettlidelser, mens nær to av ti sykefraværingsdagsverk 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 5.8 viser forholdet mellom diagnosegruppene.

Figur 5.8 Legemeldte sykefraværingsdagsverk etter diagnose. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2016. Andel av alle legemeldte sykefraværingsdagsverk (prosent).



5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

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 2016 under ett. I denne perioden var det særlig en nedgang i muskel- og skjelettlidelser, mens psykiske lidelser økte. Svangerskapsrelaterte sykdommer og sykdommer i nervesystemet økte også i perioden. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

Nærmere om veksten i psykiske lidelser

I perioden fra 2001 til 2016 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser med nesten 20 prosent. Ifølge en artikkel fra Arbeid og velferd (Brage m.fl., 2012) er det lite som tyder på at denne økningen skyldes endringer i befolkningens psykiske helse. I perioden var det også omfattende endringer i hvilke psykiske lidelser som var angitt som medisinsk årsak til fravær. Det var en betydelig reduksjon i diagnostiseringen av depressive tilstander, mens diagnosen lettere psykiske lidelser økte med nær 150 prosent. I artikkelen vises det til at den kraftige økningen for lettere psykiske lidelser antake-

lig 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.¹⁹ Forslaget ble også begrunnet med at det blant annet vil virke forebyggende mot varig utstøting fra arbeidslivet.

¹⁹ Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet (2010)

Boks 4 – Hvordan måles gradert sykefravær?

Det er to alternative måter å måle gradering av sykefraværet på: andelen graderte sykefraværstilfeller, 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. Den tar også hensyn til hvilken gradering som blir brukt, og indikatoren sesongjusteres. Dette er det beste målet på gradering, og i denne rap-

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

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

Økning i gradering sykefravær i løpet av IA-perioden

Utviklingen i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er illustrert i figur 5.9. Omfanget av gradering avtok i løpet av 2002, med den følge at gjennomsnittlig sykmeldingsgrad økte og holdt seg høy gjennom 2003, før den igjen sank kraftig i 2004 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.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad pr tapte dagsverk er redusert fra 87,4 i 2. kvartal 2001 til 83,1 i 4. kvartal 2016. Dette tilsvarer en nedgang på om lag 5 prosent. Nivået for 4. kvartal 2016 er blant de laveste i hele IA-perioden, selv om det har vært en økning i den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden i løpet av det siste året.

Figur 5.9 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag. Legemeldt sykefravær, sesongjustert. 2. kvartal 2001 – 4. kvartal 2016. Prosent.



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 faggrup-

pens 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.

I hvilken grad bidrar gradering i seg selv til redusert sykefravær ?

Gradering påvirker sykefraværet direkte gjennom at færre dagverk går tapt når restarbeidsevne i større grad utnyttes. Det foreligger imidlertid ingen klar konsensus blant forskere om i hvilken grad gradering *i seg selv* bidrar til å forkorte sykefraværsperioder og hindre utstøting (Grødem og Orupabo, 2015). 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).

Varighet

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

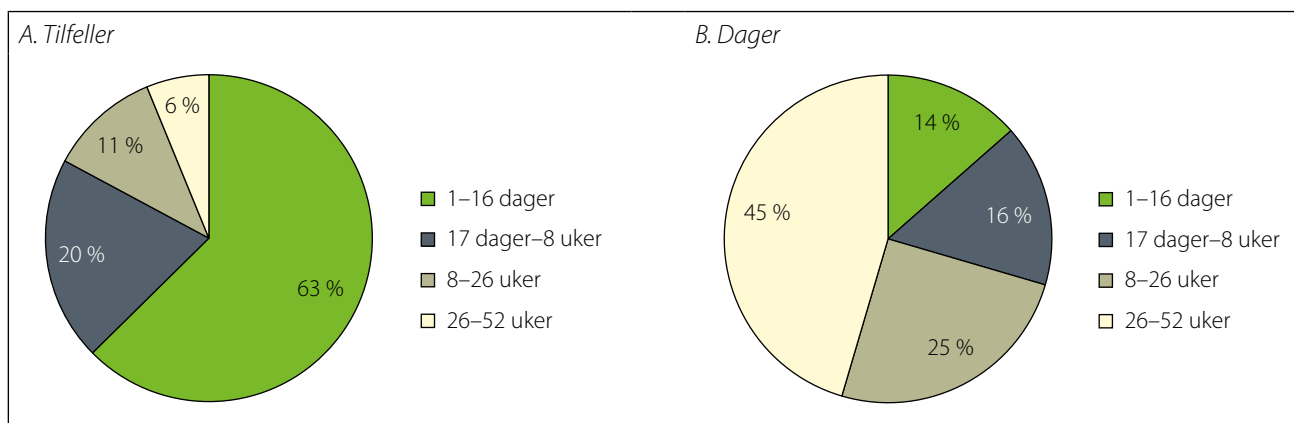
Til sammen var det 1,3 mill. legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2015²⁰. Mens sykefraværstilfeller inntil 16 dager sto for 63 prosent av alle påbegynte tilfeller, utgjorde de kun 14 prosent av de legemeldte sykefraværsdagene²¹ som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2015. Når man regner i fraværstid er det altså de lengre tilfellene som veier tyngst, og de vil derfor også ha størst innvirkning på sykefraværprosenten.

²⁰ I 2017 forelå tall for 2015, siden det var først da alle tilfellene påbegynt i 2015 vil være avsluttet og varigheten kunne måles

²¹ Varigheten på sykefraværstidene er regnet i kalenderdager, og dermed ikke justert for stillingsandel eller sykmeldingsgrad.

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

Figur 5.10 Varighet for legemeldt sykefravær påbegynt i 2015. Andel.



Kun seks prosent av tilfellene varte mer enn et halvt år, men de utgjorde 45 prosent av alle fraværsdagerne. Tilfeller over 8 uker utgjorde 17 prosent av tilfellene, men 70 prosent av sykefraværsdagerne.

63 prosent av alle legemeldte tilfeller påbegynt i 2015 ble avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager. Til sammen ble 83 prosent av alle tilfellene avsluttet innen 8 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.

Figur 5.10 viser fordelingen av andelen av tilfeller og fraværsdager på ulike sykefraværslengder.

Varigheten er redusert i IA-perioden

Totalt var det en nedgang på om lag en halv prosent i antall legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2015 sammenliknet med 2001. Antall legemeldte sykefraværsdager ble redusert med om lag en prosent.

Flere forhold påvirker dette. Gitt uendret fraværsnivå, er det normale at antallet legemeldte sykefraværstilfeller øker over tid som følge av økt sysselsetting og dermed økning i antall avtalte dagsverk. I motsatt retning trekker utvidelsen av egenmeldingsperioden for IA-virksomheter som påvirker varighetsgruppen 1–16 dager. Andelen av tilfellene for varighetsgruppen for 1–16 dager har blitt redusert som følge av dette.

Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2015, var det en nedgang i antall legemeldte sykefraværstilfeller pr lønnstaker²² på om lag 17,5 prosent. Tilsvarende nedgang for legemeldte sykefraværsdager pr lønnstaker var om lag 18 prosent²³. Alle varigheter ble redusert både for antall tilfeller og for antall fraværsdager i perioden. For antall sykefraværstilfeller var den sterkeste reduksjonen for varighet under åtte uker og over 26 uker. For sykefraværsdager var det varighet under åtte uker som ble redusert mest.

Antall som går ut sykepengeperioden årlig

Sykepengeperioden kan mottas i tolv måneder sammenhengende. I perioden 2001 til 2004 var det årlig om lag 52 000 arbeidstakere som hadde brukt opp sykepengeperioden 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 fem årene har antallet arbeidstakere som går ut sykepengeperioden hatt et stabilt nivå på rundt 40 000 personer, som også er det antallet som i 2016 gikk ut perioden.

Også relativt sett har denne gruppen blitt mindre. Andelen som bruker opp sykepengeperioden sett i

²² Nasjonalregnskapstall for lønnstakere – samme datagrunnlag som i figur 5.3

²³ Denne nedgangen i tilfeller og fraværsdager avviker fra nedgangen i sykefraværsprosenten. Dette skyldes at disse størrelsene måler ulike forhold – tilfeller og fraværsdager er andre størrelser enn sykmeldingsprosenten (tapte dagsverk vs avtalte dagsverk) – jf Boks 2.

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 seks årene er redusert til i overkant av 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 sykepengertilfelle følger utviklingen i det samlede sykefraværet. Gruppen reduseres også noe mer enn antallet sykmeldte når dette antallet faller. Kann m.fl. finner at i slike perioder utgjør denne gruppen også en mindre andel av både befolkningen og av de sysselatte. 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 helserelaterede ytelser – tvert i mot 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 langtidsykmedte 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 sykepengertilfelle – og færre vil dermed være potensielle mottakere av andre helserelaterede ytelser etter avsluttet sykefraværsløp.

5.4 Arbeidsmiljø og sykefravær

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

I 2014 utgjorde muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser 60 prosent av det legemeldte fraværet. Disse diagnosegruppene utgjør ofte

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

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

En rekke prospektive studier dokumenterer at flere mekaniske (ergonomiske) og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet har betydning for muskel- og skjelett og psykiske helseplager. Det er imidlertid ikke enkelt å anslå hvor stor andel av sykefraværet, eller avgang fra jobb som skyldes arbeidsmiljøforhold, bl.a. fordi det fortsatt finnes få undersøkelser som omhandler dette. 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.

I en studie (Sterud, 2014b) fant man at om lag 25 prosent av tilfellene med høyt sykefravær i løpet av ett år kunne forklares av mekanisk arbeidsmiljøeksponering. Høyt sykefravær 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 sammenliknet med yrkesaktive med lav eksponering. Risikoen var mellom 30–80 prosent høyere blant dem som mesteparten av tiden rapporterte

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

om stående arbeid, knestående arbeid, hånd-/arm-repetisjon, og arbeid med bøyd nakke, sammenliknet 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 sykefravær i løpet av ett år kunne forklares av utsatthet for psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet. De viktigste risikofaktorene var rollekonflikt, lite støttende lederskap og høy grad av eksponering for emosjonelle krav. Risikoen for høyt sykefravær var mellom 30–60 prosent høyere blant dem som var høyt eksponert sammenliknet med de som var lavest eksponert for disse tre faktorene. 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, som baserte seg på GRADE-metodikk²⁴. Artikkelforfatterne påpeker at nesten alle studier i dette feltet er observasjonsstudier, og at de derfor på grunn av sitt forskningsdesign makismalt vil kunne score til GRADE 3 som sterkeste evidens. Kort oppsummert viser denne litteraturen sterkeste mulig evidens (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 sterkeste mulig evidens (G3) for at kontroll (selvbestemmelse, variasjon og evneutnyttelse), kontroll over arbeidstid og positivt sosialt klima reduserer risikoen for sykefravær.

²⁴ 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.

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

5.5 Effekter av av tiltak, endringer i regelverk og praksis

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. Oppsummeringer og konklusjonene fra møtet er omtalt i faggruppens rapport 2012 og 2013, samt i vedlegg 1. Etter dette er det publisert flere rapporter om effekter av oppfølging av sykmeldte.

Effekter av skjerpede aktivtetskrav og tettere oppfølging

Markussen m.fl. (2014) gjennomførte en effektanalyse av det såkalte dialogmøte 2 som NAV gjennomfører med den sykmeldte og arbeidsgiver etter et halvt års sykmeldingsperiode, og 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 aktivtetskravet 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 aktivtetskravet. En oppfølgende analyse av Nossen og Brage (2015) tyder på at hovedforklaringen på nedgangen i sykefraværet i forsøksperioden nettopp 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 gitt NAV-kontorene i Hedmark bedre kunnskap om de langtids sykmeldte, og dermed bidratt til bedre kvalitet på oppfølgingen i det videre sykefraværsløpet.

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

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

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

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 sykefraværs-satsing, 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 enkelt saker behandlet etter Hedmarksmodellen i perioden september 2015 – 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 av forsøket er ferdigstilt. Proba samfunnsanalyse 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 (Proba, 2016) viser at modellen ble godt implementert, 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 sakbehandlingen av aktivitetskravet ved 8 uker har blitt bedre gjennom denne arbeidsformen. Håndhevingen av aktivitetskravet bidrar også til at flere sykmeldte fanges opp på et tidligere tidspunkt i sykefraværet. 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 september 2015-oktober 2016 (forsøksperiode) sammenlignet med de samme forsøksfylkenes sykefravær i de samme kalendermånedene i 2013–2014 (kontrollperiode). 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 sammen-

5. Delmål 1: Nedgang i sykefraværet

liknet med utviklingen for Hedmark i samme periode. Hedmark ble benyttet som kontrollfylke fordi fylket først innførte modellen i 2013, og hadde før dette hatt en ganske parallell utvikling i sykefraværet sett i forhold til forsøksfylkene. Resten av landet kunne ikke benyttes som kontrollgruppe, fordi de fleste andre fylker også i større eller mindre grad begynte å jobbe etter metodikken fra Hedmarksmodellen i løpet av 2015, og hadde således innført strengere håndheving av aktivitetsplikten omtrent samtidig som forsøksfylkene. Dette gir en metodisk utfordring ved vurderingen av tiltakets effekt. Det samme gjør det forhold at tiltaket ble innført i en periode med økende arbeidsledighet i deler av landet.

Analysene viser at sykefraværsprosenten for det legemeldte fraværet i Aust-Agder og Buskerud ble redusert med henholdsvis 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, er konklusjonen at nedgangen i sykefraværet sannsynligvis skyldes innføring av tiltaket. For Aust-Agders del skjedde dette til tross for en økning i arbeidsledigheten i forsøksperioden.

I motsetning til de to andre forsøksfylkene, viste derimot sykefraværet i Rogaland en økning i sykefraværet i forsøksperioden på nær 6 prosent sammenlignet med kontrollperioden. Sykefraværet i Rogaland begynte imidlertid å øke før innføringen av Hedmarksmodellen. Analysen konkluderer med at økningen sannsynligvis hadde sammenheng med den sterke veksten i arbeidsledighet 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.

Pågående utviklingsprosjekter innenfor IA-avtalen

Det er også andre, pågående utviklingsprosjekter innenfor IA-avtalen. Disse omtales i Boks 5. Faggruppen peker på at det vil være behov for å gjøre en samlet oppsummering av erfaringene fra alle IA-prosjektene når de fleste av disse er avsluttet i løpet av 2017.

5.6 Måloppnåelse

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i forhold til 2. kvartal 2001. Fra 2015 har det vært et brudd i denne statistikken som følge av endringer i registergrunnlaget for arbeidshold (A-ordningen). I denne rapporten er det gjort nærmere rede for endringer og konsekvenser. Med støtte i SSBs vurderinger av bruddets omfang som lite på aggregert nivå, anbefaler faggruppen at det ikke foretas noen endringer tallgrunnlaget for vurderingen av måloppnåelsen. Det innebærer at sykefraværsprosenten etter 2015 vurderes opp mot

utgangspunktet fra 2. kvartal 2001 uten korrigeringer.

De sesongjusterte tallene viser at fraværet i 4. kvartal 2014 var 11 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Gjennomsnittet for året 2016 lå 12,6 prosent under nivået i 2. kvartal 2001. Dette er det laveste årsgjennomsnittet i hele IA-perioden. Siden 2012 er hovedbildet at sykefraværet har ligget stabilt, med noen mindre variasjoner opp og ned. I løpet av de to siste årene var det en nedgang gjennom hele 2015, før fraværet i løpet av 2016 gikk tilbake til nivået i starten av toårsperioden.

Fra 2001 til 2016 har det vært en nedgang i sykefraværet for begge kjønn og for alle aldersgrupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen svært ujevnt fordelt. Den har vært langt sterkere for menn enn for kvinner. Videre er fraværet redusert mest for de yngste og de eldste aldersgruppene.

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

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 en del, men ligget rundt det høyeste nivået i IA-perioden.

Boks 5 – Pågående utviklings tiltak innenfor IA-avtalen

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

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

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

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

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

Boks 6 – Om endringer i datagrunnlaget fra 2015 og effekten for sykefraværsstatistikken

I Boks 2 er det gjort rede for sykefraværsprosenten som mål på sykefraværet. Fra og med 2015 er datagrunnlaget for denne størrelsen blitt endret.

Utgangspunkt og endring:

Fram til og med 2014 var det NAVs Aa-register som ga informasjon om hvem som var arbeidstaker og i hvilken grad man arbeidet deltid. Koblingen mellom NAVs register over legemeldte sykemeldinger og Aa-registeret bestemte tallet for det legemeldte sykefraværet. Siden man i Aa-registeret ikke hadde informasjon om hvor mange timer per uke som svarte til heltid i jobben, ble det for alle antatt at heltid svarte til 37,5 timer. Dette slo likt inn både på avtalte dagsverk og tapte dagsverk.

Fra og med januar 2015 ble det etablert en ny felles rapporteringsrutine (A-ordningen) fra arbeidsgivere til Skattedirektoratet, NAV og SSB om arbeidsforhold og ytelser som blant annet erstatter den tidligere direkte rapportering til Aa-registeret. Dette gir en økt dekningsgrad av arbeidstakerforhold som er meldepliktige. Etter «vasking» av data mot utbetalt lønn blir dessuten kvaliteten bedre på hvilke arbeidsforhold som er aktive jamført med det gamle Aa-registeret. Videre rapporteres det nå også avtalt stillingsprosent slik at man skal få tatt hensyn til at det antall timer som svarer til heltid (ett dagsverk) varierer mellom arbeidsforholdene. Rapporteringen av stillingsprosent var imidlertid svært mangelfull i starten og skjevt fordelt mellom næringene. Man vurderte derfor at datagrunnlaget ikke ga tilfredsstillende kvalitet på statistikken i starten, og derfor ble det i 2015 og inn i 2016 ikke publisert statistikk over sykefraværsprosenten. Kvaliteten på rapportering av stillingsprosent ble imidlertid etter hvert markert bedre. I tillegg foretok man beregninger for gjenværende manglende data og justeringer av en del usannsynlige verdier. Høsten 2016 ble publiseringen av sykefraværsprosenten tatt opp igjen. Det ble da også beregnet tall for alle kvartaler tilbake til 1. kvartal i 2015.

Endringen får betydning ikke bare for statistikken over legemeldt sykefravær, men også for egenmeldt fravær. Data om egenmeldt sykefravær har

vært innhentet av Statistisk sentralbyrå fra et tilfeldig utvalg av virksomhetet som dekker så godt som alle næringer i både privat og offentlig sektor. Selve undersøkelsen har gått kontinuerlig hvert kvartal uten brudd. Men siden vektingen av tallene fra utvalget fra og med 2015 har skiftet fra arbeidstakere i følge Aa-registeret til tall fra A-ordningen, får man her også et brudd.

Efekten av endringen:

Det nye datagrunnlaget ga et brudd med den gamle tidsserien for sykefraværsprosenten på to måter. Bedre 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. Samlet gir dette bare et beskjedent brudd i tidsserien før og etter 2015 for det *totale sykefraværet*. 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 alder og fylke, samt for fordelingen på diagnoser og beregningen av gradering.

I tillegg er det vanskelig beregne presis effekt av bruddet for eksempel ulike næringer, fordi det ikke var et skarpt og uttømmende brudd i rapporteringen av arbeidsforhold mellom 4. kvartal 2014 og 1. kvartal 2015. Kvaliteten på data begynte å synke gjennom 4. kvartal 2014 og kvaliteten på data i 2015 ble gradvis bedre utover i 2015 og inn i 2016.

Rapporteringen av stillingsprosent til A-ordningen er fortsatt ikke tilfredsstillende, slik at de beregninger som gjøres i etterhånd er relativt omfattende. Med fortsatt forbedringer i rapportering kan det vise seg å bli noen avvik i forhold til beregningene. Det kan derfor bli aktuelt å revidere tallserien senere.

Virkningen for sykefraværsstatistikken:

Innføringen av A-ordningen som datagrunnlag har hatt liten effekt på sykefraværsprosenten på aggregert nivå. Det gjelder både totaltallet for det samlede sykefraværet, og totaltallene for egen- og legemeldt fravær hver for seg. SSB har gjort følgende vurderinger av effekten på dette aggregerte nivået:

- For å få helt sammenlignbare tall for det totale egenmeldte sykefraværet, bør sykefraværsprosentene *før* innføring av A-ordningen reduseres med 4 hundredeler.
- For å få helt sammenlignbare tall for det totale legemeldte sykefraværet, bør sykefraværsprosentene *før* innføring av A-ordningen reduseres med 1 hundredel.
- For å få helt sammenlignbare tall for summen av det totale egenmeldte og legemeldte sykefraværet, bør sykefraværsprosentene *før* innføring av A-ordningen reduseres med 5 hundredeler.

Dette medfører for eksempel at for perioden fra 2.kvartal 2001 til 4.kvartal 2016 er nedgangen i den samlede sesong- og influensajusterte sykefraværsprosenten beregnet til 11,0 pst uten korreksjon for bruddet, og til 10,4 prosent med korreksjon.

Disse bruddfaktorene gjelder bare totaltallene for den egenmeldte-, legemeldte- og samlede sykefraværsprosenten, og er laget kun for sesong- og influensajusterte kvartalstall. Det er foreløpig ikke laget beregninger av bruddet etter for eksempel næring, fylke, kjønn eller alder.

Faggruppens vurdering av bruddet sett opp mot oppfølgingen av IA-avtalens målsetting:

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. Det er også lite sannsynlig at den offisielle sykefraværsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet vil bli justert for bruddet.

For IA-målet vil en evt justering for bruddet slå ut på følgende måte: Den sesong- og influensajusterte sykefraværsprosenten er 7,21 for 2 kv. 2001, noe som gir 5,77 pst (~5,8 pst) som avledet IA-mål. Korrigeres det for A-ordningen, blir sykefraværsprosenten 7,16 (fremdeles ~7,2 pst) mens det avledete IA-målet strengt tatt nå blir 5,73 pst – dvs ~5,7 pst. Regnes imidlertid IA-målet ut fra korrigert sykefraværsprosent avrundet til en desimal (7,2 pst), slik den vanligvis omtales, blir målet fremdeles 5,8 pst.

Faggruppen mener det ikke er hensiktsmessig å legge inn korreksjoner for bruddet når man vurderer hovedtrekk i utviklingen gjennom IA-perioden, og anbefaler at de endringstall som framkommer uten korreksjoner legges til grunn i det videre IA-arbeidet. Alle tallstørrelser i denne rapporten oppgis derfor uten korreksjon for A-ordningen.

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 som omfatter mange personer med nedsatt funksjonsevne.

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjorde 44 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år i 2016, 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 (2016). Det har kun skjedd små endringer over tid og disse ligger stort sett innenfor feilmarginen.

Etter en svak nedgang fra 2011–2013, har det vært en økning i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger i perioden 2013–2016. Samtidig har avgangen holdt seg høy slik at antall mottakere i forhold til befolkningen har gått ned i perioden fra 2010–2014 – og holdt seg konstant i 2015–16. Fordelt etter alder har det vært en svak økning i antall AAP-mottakere i 20-årene, mens de øvrige aldersgrupper er blitt noe redusert. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring har økt etter innføring av AAP i 2010. Mange av disse blir gående lenger på ytelsen enn eldre aldersgrupper.

Andelen av befolkningen som mottar uføretrygd har holdt seg nesten konstant i hele perioden 2010–2016.

Etter faggruppens vurdering viser både utviklingen i sysselsettingen blant funksjonshemmede og utviklingen på AAP-ordningen og overganger til arbeid og uføretrygd relativt små endringer de siste årene. Dette indikerer at vi fortsatt har uendret måloppnåelse innenfor avtalens delmål 2.

6.1 Indikatorer for delmål 2

Faggruppen har i sine tidligere rapporter påpekt at det er krevende å vurdere status og måloppnåelse for delmål 2. Begrepet nedsatt funksjonsevne har ikke motsvar i en presis og entydig definisjon som kan identifiseres gjennom bruk av offisiell statistikk som gir mulighet for å følge delmålet. I IA-avtalen (2014–2018) ble det understreket at det var behov for en nærmere gjennomgang av delmål 2 for å få et bedre grunnlag for å vurdere situasjon og måloppnåelse på et område hvor det har vært vanskelig å trekke klare konklusjoner. På bakgrunn av dette fikk FAFO i oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet å foreta en gjennomgang av delmål 2. I rapporten «Økt yrkesdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne – kartlegging av måloppnåelse» (Bråthen, Svallund 2015) anbefalte FAFO at man bør legge til grunn en relasjonell forståelse av begrepet nedsatt funksjonsevne; dvs. at den enkeltes helseutfordringer og funksjonshemming bør ses i forhold til omgivelsene og samfunnets krav. Denne forståelsen av begrepet nedsatt funksjonsevne ivaretas best gjennom spørreundersøkelser ved at den enkelte skal kunne oppgi hvordan de vurderer egne helseproblemer i forhold til begrensninger de møter i det daglige liv. I tillegg vil spørreundersøkelser dekke hele målgruppa, både de

funksjonshemmede som er sysselsatt og de som står utenfor arbeidsmarkedet.

På denne bakgrunn benytter faggruppen utviklingen i andelen sysselsatte blant de som oppgir å være funksjonshemmet i AKUs årlige tilleggsundersøkelse som indikator for måloppnåelsen på delmål 2. 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, som er de to velferdsytelsene som er mest knyttet til personer med nedsatt funksjonsevne. Faggruppen har valgt å fokusere på overgangene mellom ytelsene og overganger til og fra arbeid for de som mottar ytelsene. I tillegg

ser vi nærmere på utviklingen i antall stønadsmottakere som går fra yrkespassivitet til noe arbeid 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 arbeidsledigheten i gruppen er lav, og har holdt seg relativt stabilt 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.

Boks 7: 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, bevegelseshemming, psykiske lidelser eller annet. Har du etter din mening en funksjonshemming?» Tallene fra undersøkelsen er dermed basert på subjektive vurderinger fra den enkelte om eventuell 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 seinere 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 personer på arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Arbeidsavklaringspenger (AAP)

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

Personer som ikke oppfyller det medisinske kravet om 50 prosent redusert arbeidsevne, men som anses å ha behov for spesiell tilrettelagt arbeidsrettet bistand, kan fortsatt anses å ha nedsatt arbeidsevne uten å motta arbeidsavklaringspenger.

Uføretrygd

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

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

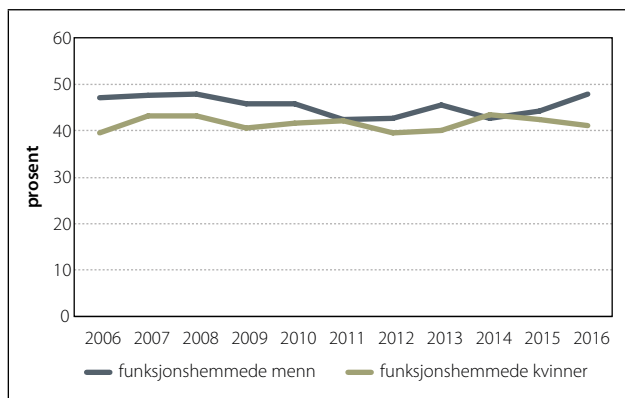
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Arbeidskraftundersøkelsen for 2016 viser at 18 prosent av befolkningen i alderen 15–66 år, 636 000 personer, oppga å ha en funksjonshemming. Andelen i 2016 var høyere enn året før (16,6 prosent) og lå om lag på gjennomsnittet for perioden 2006–2016 (også 16,6 prosent). Andelen funksjonshemmede er høyere blant kvinner enn blant menn, og andelen funksjonshemmede øker med alderen.

Sysselettingen blant funksjonshemmede

Sysselettingsandelen blant funksjonshemmede er langt lavere enn i befolkningen i alt. 44,3 prosent av de funksjonshemmede oppga i 2016 å være sysselsatt. Til sammenligning var sysselettingsandelen i hele befolkningen 73,3 prosent. Sysselettingsandelen blant funksjonshemmede har ikke endret seg markert over tid. Figur 6.1 viser utviklingen i sysselettingsandelen for funksjonshemmede fordelt på kvinner og menn.

Figur 6.1 Andel sysselsatte av funksjonshemmede i alderen 15–66 år. 2002–2016



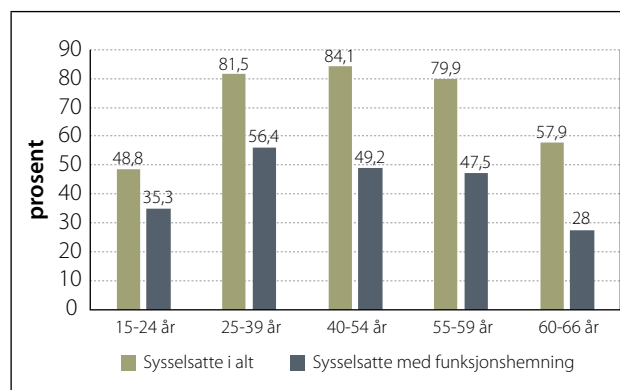
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Sysselettingsandelen blant funksjonshemmede har økt med 0,9 prosentpoeng det siste året og med 1,6 prosentpoeng etter 2013. Likevel vurderes sysselettingsandelen å ha holdt seg ganske stabil de siste årene. Dette skyldes bl.a. den statistiske utvalgsusikkerheten. I tillegg knytter det seg usikkerhet til opplysninger om funksjonsnedsettelsen fordi denne er basert på den enkeltes selvoppgitte opplysninger som gjør at oppfatningen av egen funksjonshemming vil variere mye over

tid. Vi viser i denne forbindelse til beskrivelsen i boks 7.

Både for funksjonshemmede og for befolkningen totalt er sammenhengen mellom alder og sysselettingsandelen klokkeformet med hensyn på alder. Sysselettingen er høyest blant personer midt i yrkesaktiv alder og lavere blant unge og eldre. Sammenlignet med befolkningen totalt, faller sysselettingen blant funksjonshemmede raskt etter at de har passert 40 år, se figur 6.2.

Figur 6.2 Sysselettingen blant funksjonshemmede etter alder. Gjennomsnitt for perioden 2002–2016. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen

Strengere definisjon gir sterk reduksjon i antallet funksjonshemmede

Om lag 1/3 av utvalget i denne undersøkelsen mottar spørsmål om 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 prosentpoeng 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 sysselettingsandelen med mellom 9 og 12 prosentpoeng, fra 41–45 prosent til 31–36 prosent. Det er i hovedsak personer med ulike typer mus-

kel- og skjelettplager som endrer svar fra et år til et annet. Dette er helseplager som typisk varierer mye over tid.

Deltidssysselsetting blant funksjonshemmede

Funksjonshemmede er overrepresentert blant de som jobber deltid. Blant funksjonshemmede utgjør andelen deltidssysselsatte 43 prosent, mens tilsvarende andel blant alle sysselsatte utgjør 25 prosent.²⁵ Dette skyldes at mange innenfor denne gruppen har en begrenset restarbeidsevne. I tilleggundersøkelsen til AKU blir de funksjonshemmede spurt om funksjonshemmingen legger begrensninger på hvor mye de kan arbeide over tid og hvilke oppgaver de kan utføre. Av alle sysselsatte funksjonshemmede er det 56 prosent som oppgir at de har behov for å begrense arbeidstiden på grunn av funksjonshemmingen. Når det gjelder behovet for oppgaveavgrensning er det ca. halvparten av de sysselsatte funksjonshemmede som oppgir at de har behov for dette.

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 2016 viser en arbeidsledighetsrate blant funksjonshemmede på 3,9 prosent, om lag det samme som i arbeidsstyrken i alt. Dette skyldes at mange blant de funksjonshemmede ikke søker arbeid. Tre av fire ikke-sysselsatte funksjonshemmede (265 000 personer) oppgir i AKU 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 som *søker jobb aktivt* og som er *tilgjengelig* for arbeid på kort sikt.

Mottak av stønader blant funksjonshemmede

Nær to tredeler (62 prosent) av de funksjonshemmede mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er *uføretrygd* og *arbeidsavklaringspenger*. Blant sysselsatte med funksjonshem-

ming er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men utgjør likevel 36 prosent. 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. kvartal 2016

	Funksjonshemmede i alt	Sysselsatte funksjonshemmede
Antall personer	636 (100 %)	282 (100 %)
Mottar ingen stønad	241 (38 %)	180 (64 %)
Mottar én eller flere stønader	392 (62 %)	101 (36 %)
<i>Fordeling av stønads-mottakere:</i>		
Uføretrygd	236 (60 %)	51 (50 %)
Grunnstønad eller hjelpestønad	9 (3 %)	4 (4 %)
Arbeidsavklaringspenger	116 (30 %)	28 (28 %)
Sykepenger	23 (6 %)	16 (16 %)
Økonomiske ytelser fra privat hold	9 (2 %)	3 (3 %)
Andre stønader ¹	9 (2 %)	3 (3 %)
Uoppgitt stønads-situasjon	3 (1 %)	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

Halvparten av de sysselsatte med funksjonshemming oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Denne andelen har ikke endret seg mye etter 2012, men er noe høyere (5 prosentpoeng) enn nivået i perioden 2008–2011. Av de sysselsatte funksjonshemmede oppgir 10 prosent at de har behov for tilrettelegging på arbeidsplassen. Denne andelen har holdt seg konstant de siste ti årene.

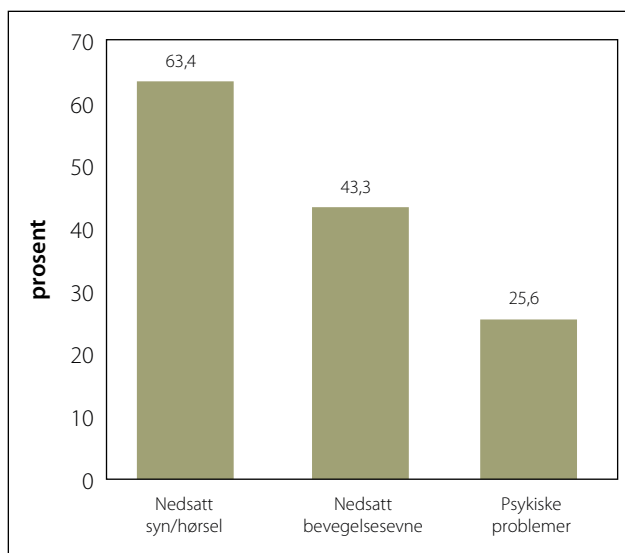
²⁵ Arbeidstid på 37 timer eller over er heltid, samt arbeidstid på 32–36 timer dersom dette regnes som heltid i vedkommendes yrke. (SSB, 2016).

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

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*.²⁶ Det er store forskjeller i sysselsettingsandelen etter ulike typer funksjonshemming. Andelen som er sysselsatt blant funksjonshemmede med *nedsatt syn eller hørsel* ligger på noe over 60 prosent, for *bevegelsehemmede* er andelen noe over 40 prosent, og blant de med *psykiske lidelser* er andelen ca. 25 prosent.²⁷

Figur 6.3 Andel funksjonshemmede som er sysselsatt etter utvalgte diagnoser. Prosent. Gjennomsnitt over perioden 2002–2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

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.

6.3 Utviklingen i mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Det er ønskelig å redusere antall personer som faller ut av arbeidslivet av helserelaterede årsaker. Et mål på dette er å se på tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Denne tilgangen påvirkes blant annet av hvor mange som går helt ut maksimal sykmeldingsperiode på 1 år med rett på sykepenger. Av de som i løpet av 2015 brukte opp sykepengerrettighetene sine, var det 56 prosent som 6 måneder senere 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

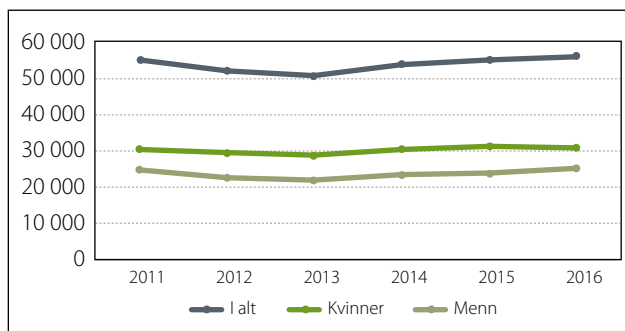
Arbeidsavklaringspenger skal sikre inntekt til de som har fått nedsatt arbeidsevne med minst halvparten på grunn av sykdom eller skade, og som trenger bistand fra NAV for å komme i arbeid. Ytelsen kan mottas i inntil 4 år, men med mulighet for ytterligere forlengelse etter en særskilt vurdering. Innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 var en av flere endringer som skulle bidra til at flere kom i arbeid og færre ble varig uføretrygdet.

Etter en nedgang fra 2011 til 2013, har tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger stegget fram til 2016 – se figur 6.4 nedenfor. Mens det i 2011 var 55 200 nye mottakere i løpet av året, var antallet redusert til 50 900 i 2013, før det igjen steg til 56 200 i 2016. Tilgangen av nye mottakere er noe høyere for kvinner enn for menn, men begge kjønn viser det samme mønsteret i utviklingen. Unntaket er veksten i 2016, som kun fant sted blant menn.

²⁶ (SSB, 2016).

²⁷ Gjennomsnitt for undersøkelsene over perioden 2002–2016.

Figur 6.4 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger 2011–2016. Totalt og fordelt på kjønn. Årstall.

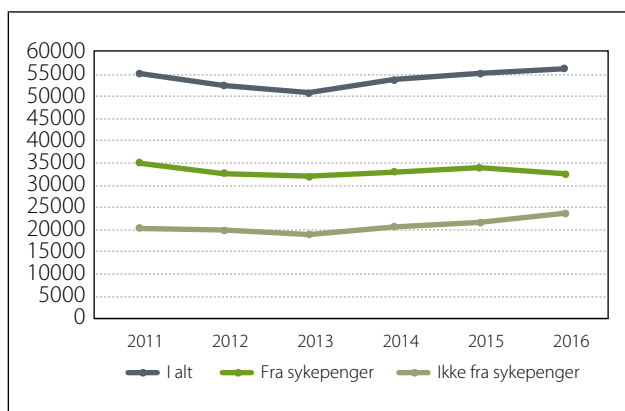


Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

Mange av de som begynner å motta midlertidige helseytelser har først vært i arbeidslivet, de har blitt sykmeldt, og når sykepengeperioden er oppbrukt, har de gått over til midlertidige helseytelser.

Over tid har det vært en utvikling mot at flere av de som kommer inn på AAP ikke kommer fra sykepenger, og har dermed sjeldnere vært i arbeidslivet før overgang til ytelsen. Figur 6.5 nedenfor viser at gruppen som kommer fra sykepenger er den største. Andelen av de nye mottakerne som kommer fra sykepenger har imidlertid sunket fra 63 prosent i 2013 til 58 prosent i 2016. Tilsvarende har veksten i tilgangen vært sterkere i gruppen som *ikke* kommer fra sykepenger. I 2016 var det bare i denne gruppen at tilgangen økte – antallet nye mottakere som kom fra sykepenger gikk noe ned.

Figur 6.5 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger 2011–2016. Totalt og fordelt på status 2 mnd. 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 arbeidstilknøytning som gir rett til dagpenger. En mindre undergruppe omfatter personer som to måneder før tilgang ikke var registrert som brukere av de statlige NAV-tjenestene, men som var mottakere av økonomisk sosialhjelp, hadde avsluttet kvalifiseringsprogrammet, var selvstendig næringsdrivende eller var forsørget av andre.

En stor andel av de som bruker opp sykepenge-rettighetene sine får innvilget arbeidsavklaringspenger. Det gjelder om lag 75 prosent av de over 30 år, og om lag 90 prosent av de under 30 år. Antallet som bruker opp sykepenge-rettighetene sine henger tett sammen med utviklingen i sykefraværet.

Kann m.fl. (2016a) finner at antallet som bruker opp sykepenge-rettighetene 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 sykefraværsraten og arbeidsledighetsprosenten i bostedskommunen og endringer i disse²⁸.

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.

28 Det er tre nivåer i modellen: Individ, kommuner og tid (måneder). Analysen ser både på forskjeller i sykefravær og arbeidsledighet innenfor hver kommune over tid og mellom kommuner.

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

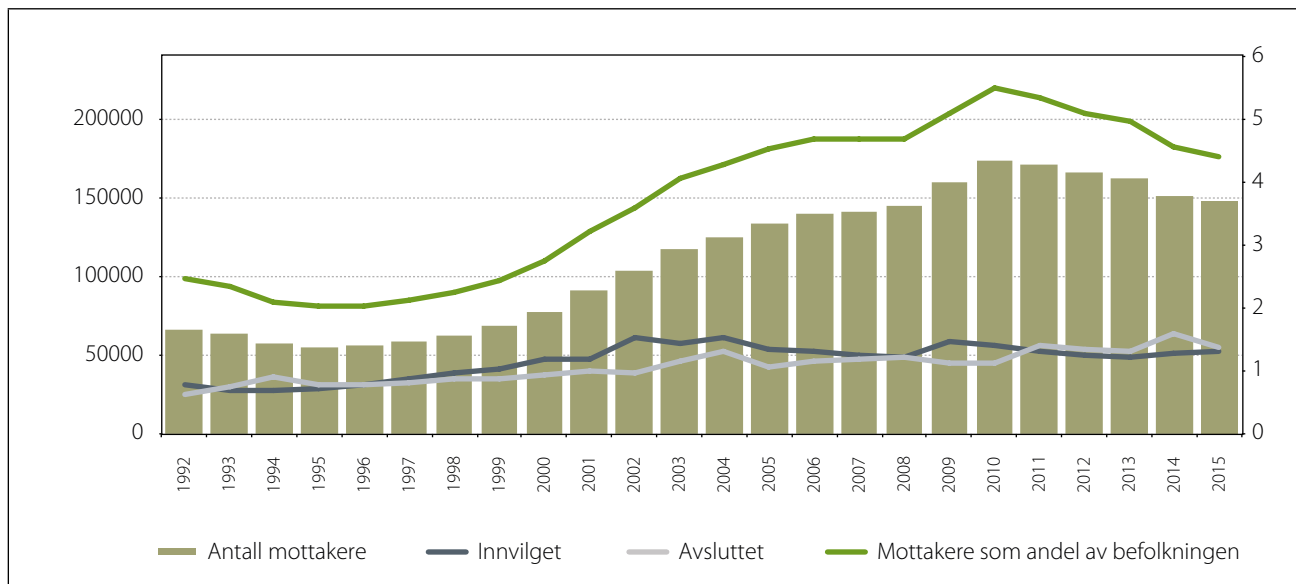
Etter innføringen av arbeidsavklaringspenger har det totale antall mottakere gått nedover år for år.²⁹ Veksten i tilgangen oppveies av en større avgang. Mens det ved utgangen av 2010 var 174 300 mottakere, var det ved utgangen av 2016, 146 300 mottakere av ordningen. Andelen mottakere av befolkningen i aldersgruppen 18–66 år er også tilsvarende redusert – fra 5,5 prosent til 4,4 prosent. 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 uførestønad). Figur 6.6 nedenfor 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.

Det er betydelig større andeler av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Unntaket er aldersgruppen 60 år og eldre. 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 6.7 på neste side 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 2010 ble overført til arbeidsavklaringspenger fra de tre forutgående ytelsene da nådde maksimalgrensen på fire år og gikk ut av ordningen.

Aldersgruppen 18–29 år skiller seg ut fra den generelle utviklingen. For aldersgruppen under 25 år har antall mottakere vært relativt stabil over tid.

Figur 6.6. 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).



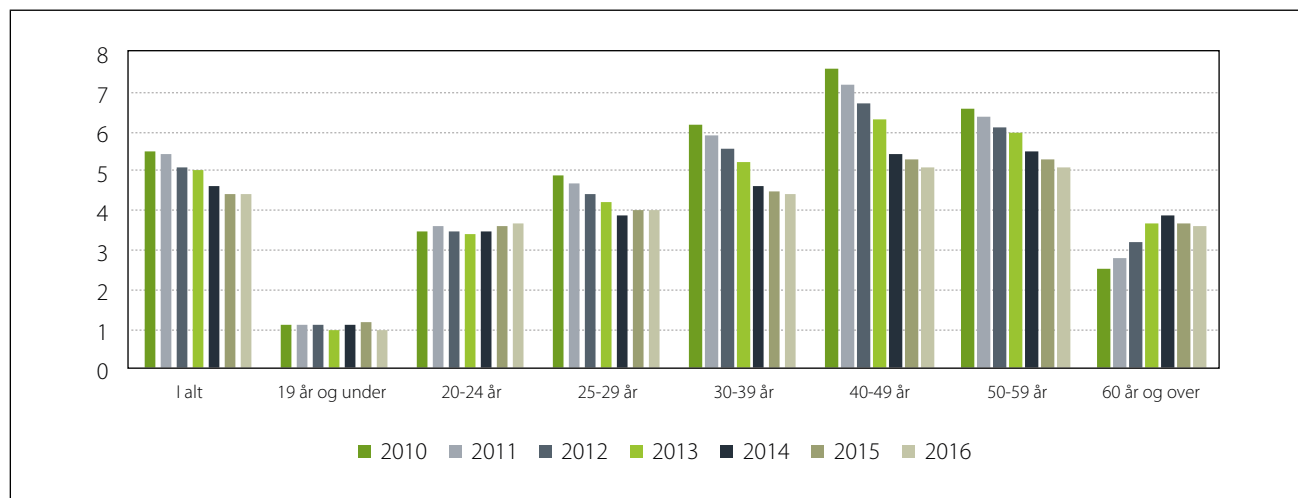
* Rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad før 1. mars 2010, arbeidsavklaringspenger etter denne datoen.

Kilde: Kann m.fl. (2015)

29 Arbeidsavklaringspenger erstattet de tre tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad.

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

Figur 6.7 Mottakere av arbeidsavklaringspenger som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Per desember måned 2010–2016. Prosent.



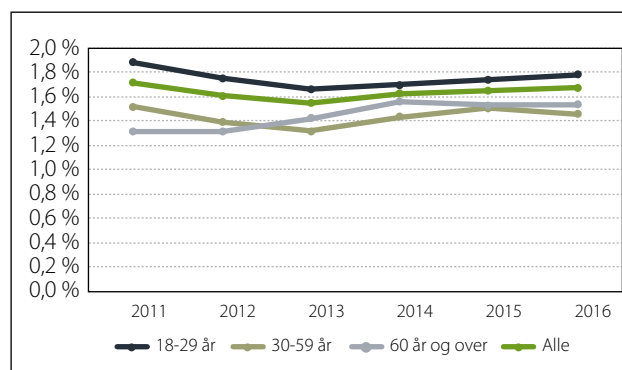
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

For gruppen 25–29 år har andelen mottakere i prosent av befolkningen gått ned fra innføringen av ordningen i 2010 fram til 2013 og har seinere økt svakt.

Økningen i antallet på arbeidsavklaringspenger for personer over 60 år må ses i sammenheng med at man etter innføring av ordningen, har fått endret fordeling mellom mottak av midlertidig ytelse (AAP) og uføretrygd for denne aldersgruppen. Dette kan dels skyldes at vi etter pensjonsreformen har fått flere som mottar alderspensjon mens de fortsatt går på AAP, og at disse i mindre grad enn tidligere blir avklart mot uføretrygd. Innenfor aldersgruppen 62 år og eldre mottar 26 prosent av AAP-mottakerne alderspensjon.

Figur 6.8 nedenfor viser endringen i tilgangen på AAP som andel av befolkningen fra 2011–2016. Her ser vi at tilgangen har økt for alle aldersgrupper etter 2013. Den seinere tid ser vi at tilgangstallene er redusert for de yngste og eldste aldersgruppene.

Figur 6.8 Tilgangen av nye mottakere til arbeidsavklaringspenger (årstall) som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper per desember måned. 2011–2016. Prosent.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

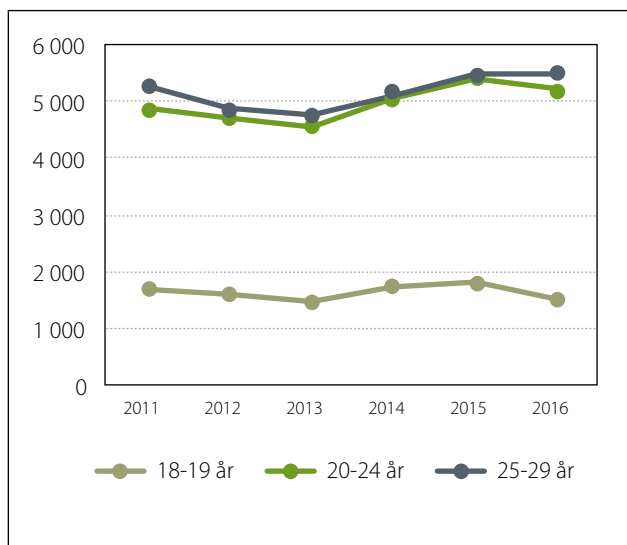
I IA-avtalen for 2014–2018 står det i omtalen av delmål 2 «for å øke sysselsettingen og inkluderingen skal innsatsen i avtaleperioden primært rettes mot unge som har behov for arbeidsrettet bistand, og som med hensiktsmessig oppfølging og tilrettelegging kan formidles til jobb».

Unge og unge voksne på AAP

Ved utgangen av desember 2016 mottok 28 800 personer under 30 år arbeidsavklaringspenger. Tilsvarende antall i 2013 var 27 400, dvs. en økning på 1 400 personer i løpet av de siste tre årene. Dette innebærer at etter 2013 har tilgangen av nye mottakere under 30 år har vært større enn avgangen. Utviklingen i tilgangen er imidlertid

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

Figur 6.9 Antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. Grupper under 30 år. 2011–2016. Årstall.



Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

ikke ensartet innenfor denne aldersgruppen. Figurene 6.9 og 6.10 ovenfor viser tilgangen fordelt på tre undergrupper. Tilgangen vises som henholdsvis antallet nye mottakere pr år og nye mottakere pr. år som andel av befolkningen i de aktuelle aldergruppene. Økningen mellom 2013 og 2016 har vært relativt størst i gruppen 20–24 år. Nedgangen i 2016 var relativt størst i gruppen under 20 år, der nivået gikk tilbake til 2013-nivå.

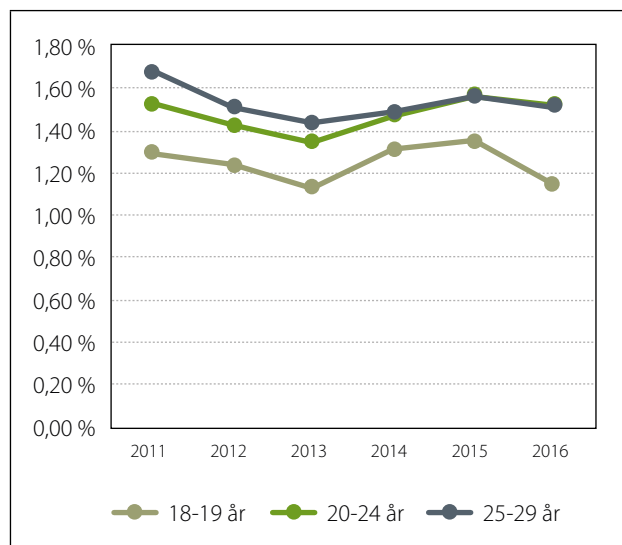
Det er særlig i gruppen som ikke kommer fra sykepenger at antallet nye mottakere under 30 år har økt mens det kun har vært mindre endringer i gruppen som kommer fra sykepenger. Denne tendensen gjelder alle de tre aldersgruppene under 30 år. Figur 6.11 illustrerer veksten.

Det er imidlertid viktig å merke seg at tilstrømmingen av unge mottakere som ikke kommer fra sykepenger har avtatt noe i 2016.

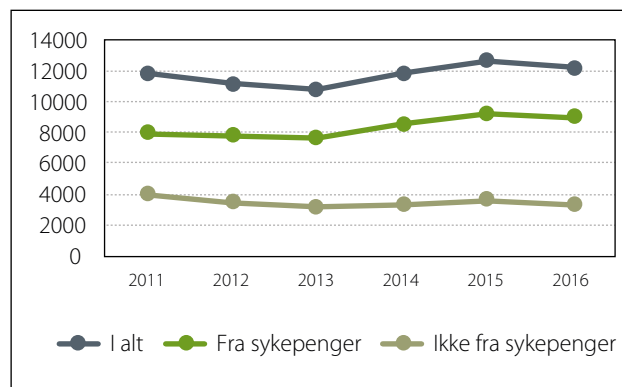
Tilgangen av yngre mottakere uten rett til sykepenger må ses på bakgrunn av at denne gruppen ikke var så sterkt representert i de tre tidligere ordningene, dvs. før 2010. I Kann og Kristoffersen (2015) er det gjort en registeranalyse som avdek-

Figur 6.10 Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger (årstall) som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper ved utgangen av året.

Grupper under 30 år. 2011–2016. Prosent.



Figur 6.11 Nye mottakere 18–29 år av arbeidsavklaringspenger 2011–2016. Totalt og fordelt på status 2 måneder før tilgang. Årstall.



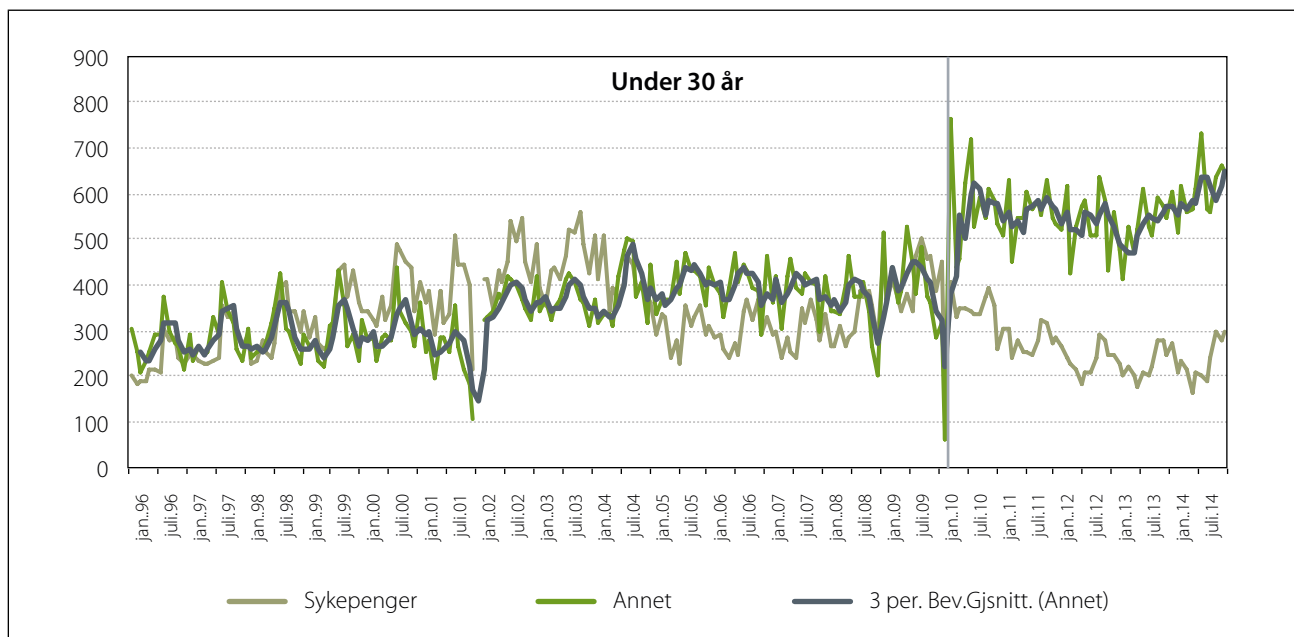
Kilde: Arbeids og velferdsdirektoratet

ker at innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 medførte en betydelig økning i antallet som kommer inn på en midlertidig helseytelse uten å ha vært i jobb. I figur 6.12 under ser vi at det skjedde en umiddelbar sterk økning i tilstrømmingen da ordningen ble innført.

Som vi har redegjort for over består denne gruppen av personer som har svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, bl.a. personer uten dagpenge-

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

Figur 6.12 Tilgang arbeidsavklaringspenger (tidsbegrenset uførestønnad, rehabilitering og attføring før 2010) blant personer under 30 år etter om det mottok sykepenger eller annet før de begynte på AAP. Antall per måned og gjennomsnitt for seks måneder



Kilde: NAV (Hentet fra Kann m. fl. 2015)

rettigheter (20 prosent av alle nye mottakere) og personer som mottar sosialhjelp (ni prosent) (Kann m.fl. 2016a: 67). Vi finner også personer som kommer fra utdanning, særlig blant de yngste innenfor aldersgruppen 18–22 år³⁰. De peker på flere mulige årsaker til denne utviklingen: Tidligere kunne rehabiliteringspenger først gis etter at vedkommende hadde vært kontinuerlig arbeidsufør sammenhengende 52 uker (karenstid). For å motta rehabiliteringspenger var det også et vilkår at helseproblemene var hovedårsaken til at arbeidsevnen var nedsatt. Ved innføringen av AAP ble det innført et noe mindre strengt krav i loven – i det helseproblemene nå skulle være en vesentlig medvirkende årsak³¹. Disse forholdene kan ha medført at flere anses å fylle vilkårene for AAP, og at det i praksis har blitt lagt mindre vekt på rent helsemessige årsaker til at arbeidsevnen er nedsatt, sammenliknet med tidligere. AAP kan også tilstås personer fra fylte 18 år, mens attføringspengene hadde en aldersgrense på 19 år.

30 Utdanningsbakgrunn inngår ikke NAVs datagrunnlag. Her støtter NAV seg til en registeranalyse FAFO gjennomførte på oppdrag fra NAV basert på data fram t.o.m. 2012 (Strand og Nielsen 2015).

31 Dette er det samme årsakskravet som gjaldt for attføringspenger.

I tidligere rapporter fra faggruppen har vi også 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 res-

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

surser til å kunne gi brukerne den tette oppfølgingen som var intensjonen, og at mange AAP-mottakere derfor blir langvarige og passive trygdemottakere.

6.3.2 Overgang til arbeid fra arbeidsavklaringspenger (AAP)

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 senere.

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 fort-

satt noe usikkerhet til effekten av dette statistikkbruddet. Etter hvert som analysen oppdateres med nye tall i kommende rapporter, vil vi ha et sikrere datagrunnlag for å kunne belyse disse overgangene.

Hovedinntrykket fra tabell 6.2 er at den samlede overgangen til arbeid i perioden 2011–2016 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 AAP 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 helse relatert ytelse i lang tid, ble avklart til uføretrygd.

Tabell 6.2 Status seks måneder etter avgang fra AAP. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføre trygd og annet fra 2011 – 1. halvår 2016. Prosent.

Avgangsår	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Totalt overgang 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*	20,2	22,6	2,0	44,8	11,4	33,2	10,6	28 119

* Avgang i løpet av 1. halvår.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet**

** 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 i følge inntektsregisteret har vært i kortvarig arbeid i den aktuelle perioden. Trolig har dette begrenset effekt på nivåtallene over personer i arbeid.

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

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.

Tabell 6.3 under viser fordeling av status seks måneder etter avgang fra AAP i 2015 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 gruppen 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. Noen kan ha begynt en ny stønadperiode, mens andre fortsatt er registrert i NAV uten ytelse fra folketrygden, men med fortsatt mulighet for å komme inn på arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne³². I Sørbo, Ytterborg (2015) fant man at ungdom under 30 var overrepresentert blant de som fortsatt var på AAP etter å ha mottatt ytelsen i fire år. En mulig forklaring på at unge ser ut til å motta AAP lenger enn andre grupper, kan henge sammen med at NAV i det lengste søker å unngå overgang

³² I følge 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 AAP. Økningen i totalt antall med nedsatt arbeidsevne i denne aldersgruppen var på 600 personer siden mars i fjor.

Tabell 6.3 Status seks måneder etter avgang fra AAP i 2015 etter aldersgrupper. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføretrygd og annet.

Alder	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Totalt overgang til «arbeidsstyrken»	Nedsatt arbeidsevne	Avgang til uføretrygd	Annet	Samlet avgang fra AAP – antall personer
18–29	22,6	13,8	3,4	39,8	24,0	17,2	19,0	8716
30–39	28,6	18,8	3,2	50,6	15,7	22,5	11,2	10924
40–49	26,7	22,6	2,4	51,7	9,3	31,7	7,2	13950
50–59	17,8	27,3	1,7	46,8	6,9	41,1	5,2	14434
60–69	5,1	26,9	0,5	32,5	4,5	45,7	17,2	9918
I alt	20,6	22,5	2,2	45,3	11,3	32,5	11,0	57942

Tabell 6.4 Status seks måneder etter avgang fra AAP i 2015 for aldersgruppen 18–29 år. Andel fordelt etter overganger til arbeid, arbeidsstyrken, nedsatt arbeidsevne, uføretrygd og annet.

Avgangs-år	Kun arbeid	Arbeid kombinert med ytelse	Arbeids-søker	Totalt overgang 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	7936
2012	23,3	11,7	4,6	39,6	25,7	9,5	25,1	8273
2013	25,1	12,7	4,6	42,4	25,4	9,5	22,8	8290
2014	21,6	12,6	3,8	38,0	26,0	15,4	20,6	9098
2015	22,6	13,8	3,4	39,8	24,0	17,2	19,0	8716
2016*	21,8	16,2	3,3	41,3	24,5	20,4	13,9	4246

* Avgang i løpet av 1. halvår.

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

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 ovenfor at forholdet mellom overganger til «arbeidsstyrken» og (fortsatt) nedsatt arbeidsevne, har holdt seg omtrent på samme nivå etter 2011. Imidlertid ser vi at andelen med overgang til uføretrygd har økt fra 2014. Dette skyldes at også mange blant de yngre gruppene fikk tilstått uføretrygd blant personer som gikk ut sin fireårsperiode fra 2014.

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. mars 2010 – 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 for å komme inn på midlertidig ytelse i det enkelte fylke.

I tillegg til at varighetsbestemmelser og praktisering av oppfølging kan ha betydning for overgangen 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.

Veksten i andelen som ikke kommer fra sykepenger og at mange blir gående lenge på AAP gir 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 brukers 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 siden av effekter av regelverksendringene som vi har kommentert over, kan også andre institusjonelle endringer ha hatt betydning. Ved innføringen av AAP ble det også innført såkalte arbeidsevnevurderinger og at de som ønsker eller trenger bistand fra NAV, også 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 nylig gjennomført en effektundersøkelse som tyder på at lokale variasjoner i praktisering av ordningen, og at det også kan finne sted en «medikalisering» av sosiale problemer

og arbeidsledighet, kan svekke den enkeltes tilknytning til arbeidslivet. (Schreiner 2016). Med utgangspunkt i registerdata for perioden 1990–2010 analyseres om variasjon i strenghet mellom kommuner i forbindelse ved vurdering av de medisinske vilkår for tildeling av AAP, 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, sammenliknet med de som får dagpenger eller sosialhjelp (i strenge kommuner). Funnene tyder på at tildeling av AAP 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.³³ Disse funnene gjelder blant unge som befinner seg i gråsonen mellom problemer med arbeidsledighet og helseutfordringer, dvs. unge som ikke vil bli innvilget en helsereelatert ytelse dersom inngangskriteriene praktiseres strengere. 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, m.v. som det ikke vil være mulig å kontrollere for.

6.3.3 Uføretrygd – tilgang og omfang

Tilgang

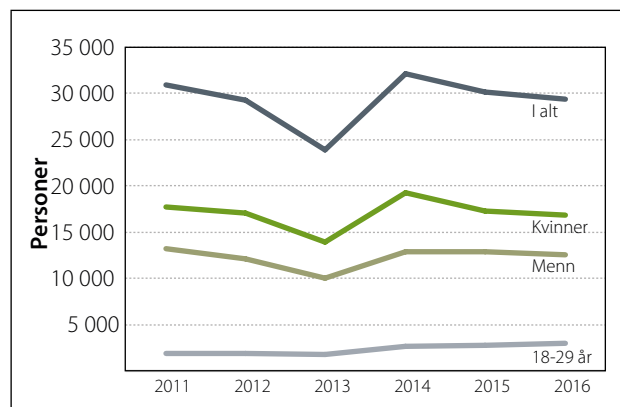
Tilgangen av nye mottakere av uføretrygd sank fra 31 000 i 2011 til 23 900 i 2013, jf. figur 6.14. Den steg forholdsvis raskt slik at den var oppe i 32 000

³³ Å bli innvilget en midlertidig helsereelatert 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. hverken i utdanning eller arbeid, øker med rundt 30 prosentpoeng.

allerede i 2014. Etter 2014 har det vært en svak nedgang i tilstrømmingen som utgjorde i underkant av 30 000 i 2016.

Tilgangen av nye mottagere 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. Utviklingen gjennom perioden følger et annet mønster for den yngste aldersgruppen (18–29 år). Tilgangen av nye mottagere innenfor denne aldersgruppen er naturlig nok lavere, men har økt fra 1 833 i 2011 til 3 029 i 2016. Hele denne økningen fant sted mellom 2013 og 2016 og må ses i sammenheng med at det var mange som gikk ut av AAP-ordningen i denne perioden.

Figur 6.13 Nye mottagere av uføretrygd etter kjønn og samt ungdomsgruppen. Personer pr. år.



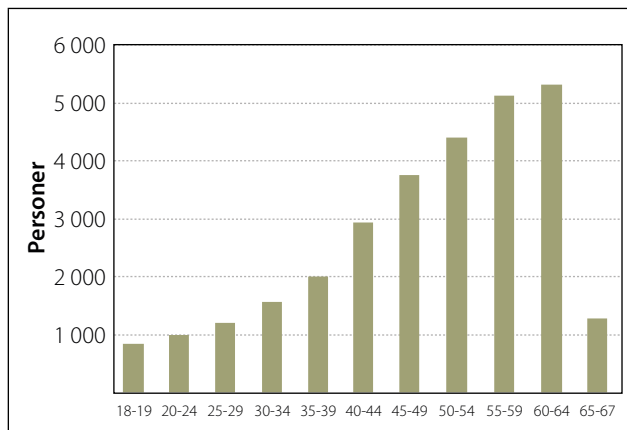
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tilgangen av nye mottagere av uføretrygd er høyere blant de eldre alderskategoriene enn blant de yngre, jf. figur 6.15. Den absolutte tilgangen er høyest for aldersgruppen 55 – 65 år og lavest for dem 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 pst. av befolkningen i gruppen 60–67 år innvilges uføretrygd hvert år i perioden 2011–2016, mens andelen er i overkant av 0,2 pst 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

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

uføretrygd øker med alderen, siden flere får svekket helse når de blir eldre.

Figur 6.14 Nye mottagere av uføretrygd etter aldersgrupper. Personer i løpet av 2016.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Hvor kommer de nye uføretrygdede fra?

Utviklingen i uføretrygd henger sammen med utviklingen i andre helserelaterede ytelser, spesielt arbeidsavklaringspenger (AAP), men også utviklingen i sykepenger. Tabell 6.5 gir en oversikt over hvilken status de nye mottakerne av uføretrygd i 1.–4. kvartal 2016 hadde i NAVs registre to måneder forut for innvilgelse av uføretrygd. De fleste nye uføretrygdede hadde en periode som AAP-mottaker før de fikk innvilget uføretrygd (75,7 %). Den høye andelen som kom fra AAP er i tråd med intensjonene om å avklare arbeidsevnen så godt som mulig før en uføretrygd innvilges. Andelen med overgang fra AAP avtar med økende alder. For de yngste (18–24 år) kan den lavere andelen som kom fra AAP skyldes at denne gruppen i stor grad består av personer med alvor-

lige 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 (43,3 prosent). Det er ikke vanlig for yngre mottakere med overgang fra sykepenger (0,4 prosent).

6,6 prosent av de nye uføretrygdede kom rett fra sykepenger og vi ser at andelen øker relativt kraftig med høyere alder.

Volum

I hele perioden 2010 til 2016 er det i underkant av 10 pst. av befolkningen som *mottar* uføretrygd, jf. figur 6.15 på neste side. 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 mottagere av uføretrygd. Samtidig viser figuren at det i hele perioden 2010–2016 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 uføretrygdede 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

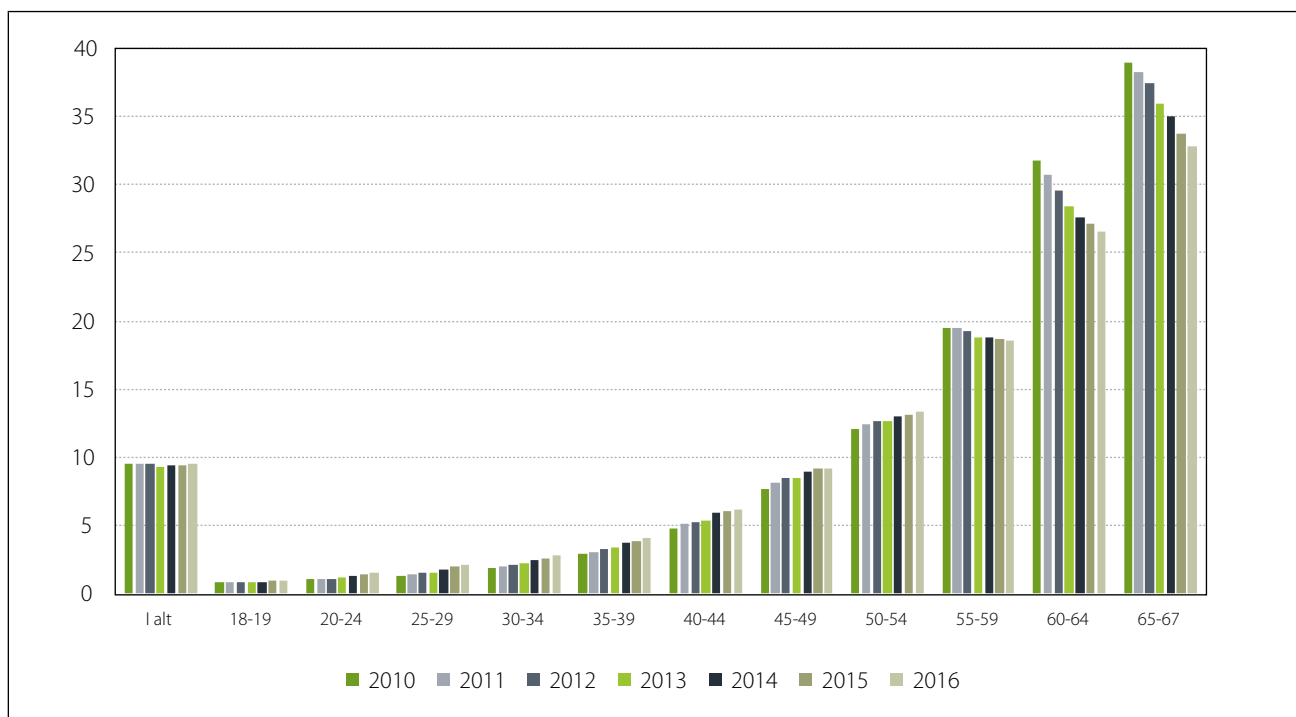
Tabell 6.5 Status forut for uføretrygd blant nye mottagere av uføretrygd i 2016 (18–67 år)

Prosent

	I alt	18–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65–66
Sykepenger	6.6	0.4	1.1	2.1	3.9	6.9	14.1	14.7
AAP	75.7	45.7	87.3	82.9	82.5	78.2	70.5	55.4
Arb.søker/nedsatt arbeidsevne	4.8	10.6	6.7	6.9	4.7	3.7	3.2	4.3
Uoppgitt	12.8	43.3	4.9	8.0	8.9	11.2	12.2	25.6

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 6.15 Mottagere av uføretrygd etter aldersgrupper og over tid. Antall pr. desember 2010 og 2016.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

forklaringer. I aldersgruppen 25–29 år ser vi imidlertid et annet bilde med en sterk økning i psykiske lidelser.³⁴

Aldersfordelingen blant mottakere av uføretrygd viser relativt lavere andel unge i forhold til eldre enn vi finner blant AAP-mottakere. Dette må ses i sammenheng med at helseproblemer øker med økende alder, men også at inngangsvilkårene til uføretrygd er betydelig strengere enn for AAP-ordningen. Dette gjelder særlig kravet til varighet på sykdommen og at de medisinske årsaker skal være hovedårsak til at arbeidsevnen er nedsatt.

Uføretrygd og arbeidsmiljø

Uføretrygding har, som sykefravær, sammensatte årsaker som påvirkes av sosiale, økonomiske, jobbrelaterte og individuelle forhold, og ikke bare helsemessige. 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, blant annet fordi det fortsatt finnes få undersøkelser som omhandler dette temaet. I en norsk studie (Sterud 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 «helserelaterte 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 ar-

³⁴ Se nærmere beskrivelse av denne analysen i vedlegg 1, delmål 2.

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

beidslivet (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 uførepensjonert. Man fant også at kombinasjonen av krevende arbeid og lite kontroll over arbeidssituasjonen øker risiko for uførepensjonering, 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 uførepensjonering.

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 arbeidsavkla-

ringspenger eller uføretrygd, som supplerer disse ytelsene med noe arbeid. Innføringen av A-ordningen i 2015 medførte imidlertid ett 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.

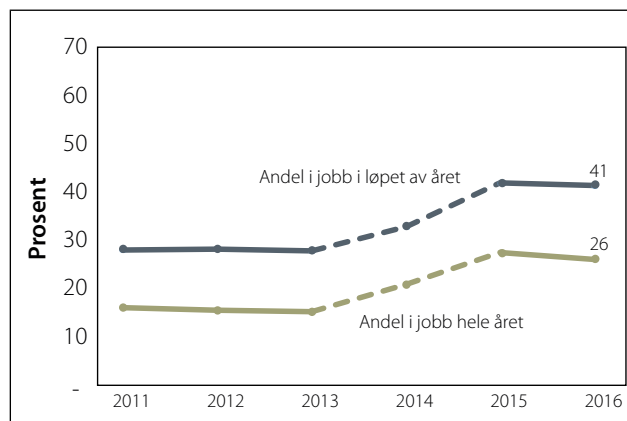
Gruppen har også sett på de uføretrygdede som hadde en arbeidsinntekt tilsvarende 1G (kr 88 370 kroner pr. mai 2014) eller høyere, for å sikre at det ikke kun er personer med marginale arbeidsforhold det er snakk om. For mottakere av arbeidsavklaringspenger har man sett på andelen som hadde arbeid gjennom hele året. Årsaken til dette er at datagrunnlaget fra NAV ikke gjør det mulig å skille mellom inntekt fra selve ytelsen (arbeidsavklaringspenger er pensjonsgivende inntekt) og andre inntekter.

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 på rundt 15 prosent i årene 2011–2013. I 2015 ble A-ordningen innført, noe som førte til at flere arbeidsforhold fanges opp. Dermed får vi et brudd i statistikken. Bruddet påvirker også sysselsettingstallene i fjerde kvartal 2014 og bidrar til å dra opp andelen i jobb også dette året. Fra 2015 til 2016 ser vi imidlertid ingen effekt av dette, kun at andelen i jobb nå ligger stabilt på et høyere nivå enn før innføringen av A-ordningen. Vi ser dermed at andelen i jobb holdt seg stabil i årene 2011–2013, og også i 2015–2016 holdt andelen i jobb seg ganske stabil. Den lille nedgangen det siste året kan henge sammen med et noe svakere arbeidsmarked.

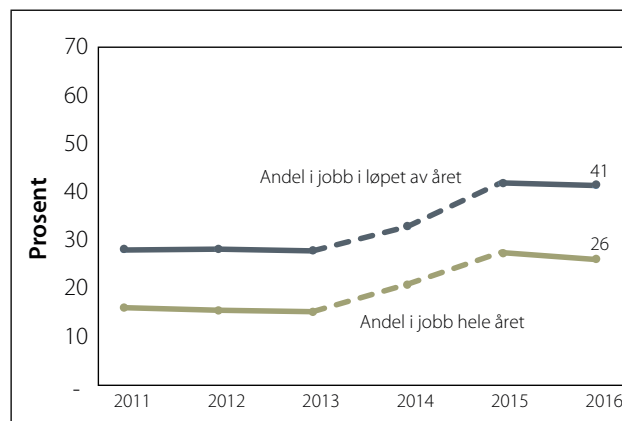
6. Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Figur 6.16 Andel som kombinerer AAP og arbeid. 2011–2014. Prosent.*



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

Figur 6.17 Prosent i arbeid kombinert med AAP. Aldersgruppe 18–29 år og alle i alderen 18–66 år. 2011–2016.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Det er flere kvinner enn menn som kombinerer arbeidsavklaringspenger med noe arbeidsinntekt. I 2016 var 46 prosent av kvinnene som mottok arbeidsavklaringspenger i arbeid i løpet av året, og 30 prosent i jobb hele året. For menn var tilsvarende andeler på 34 og 20 prosent. Andelen som er i jobb i løpet av året har dermed falt ett prosentpoeng fra 2015 for både menn og kvinner.

Unge 18–29 år

Ungdomsgruppa (18–29 år) har en lavere andel som kombinerer arbeidsavklaringspenger og arbeid enn andre i hele perioden. Rundt 30 prosent av ungdommene med ytelsen kombinerer den med jobb i 2015–2016, mot 40 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 sykepengereetten er brukt opp. For personer under 30 år kommer under 30 prosent fra sykepenger, mens mange kommer rett fra skole, arbeidsledighet eller sosialhjelp og har dermed mindre tilknytning til arbeidslivet.

6.4.2 Uføretrygd kombinert med arbeid

Figur 6.18 viser andelen uføretrygdede som er i arbeid i årene 2011 til 2016. Figuren presenterer andelen uføretrygdede som har inntekt over 1G, som er i arbeid på ett eller flere tidspunkter i løpet av året og andelen som er i arbeid gjennom hele året.

Andelene som kombinerer uføretrygd med arbeid ligger noe lavere enn for mottakerne av arbeidsavklaringspenger, men utviklingen i perioden er svært lik. Også for uføretrygdede ser vi at innføringen i A-ordningen ga et brudd i statistikken, og fører til at en høyere andel er registrert i jobb. I 2016 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.

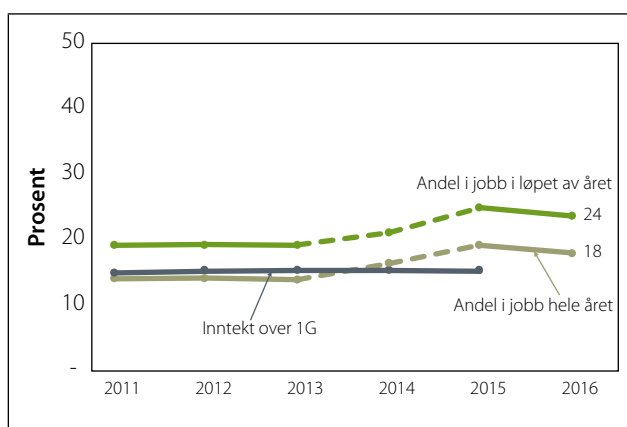
Det har skjedd store regelverksendringer for denne gruppen i perioden vi her ser på. I januar 2015 trådte ny uføretrygd i kraft. Denne innebar flere endringer som vil kunne påvirke uføretrygdedes tilpassinger på arbeidsmarkedet. Det er ikke lenger et inntektstak på 1G slik det var før reformen, og uføre kan nå jobbe så mye de ønsker uten å få satt ned uføregraden.

Alne (2016) finner ingen signifikant endring i sannsynligheten for at personer som er 100 prosent uføretrygdet kombinerer trygden med

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

arbeid som følge av reformen. For personer som er gradert uføre finner han en nedgang på 1,9 prosent i sannsynligheten for at de er i arbeid. Samtidig finner han at de med 100 prosent uføegrad som er i arbeid, jobber 1,0 time mer per uke etter reformen enn før, og har altså respondert positivt på reformen. Bråthen og Nielsen (2016) finner at uførereformen ikke har påvirket sysselsettingen blant de med 100 prosent uføegrad. For kvinner med gradert uføretrygd finner de en nedgang i sysselsettingen etter reformen.

Figur 6.18 Andel uføretrygdde i arbeid 2011–2016. Prosent.

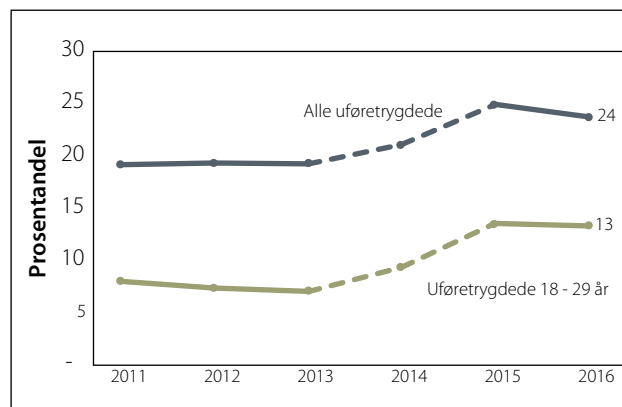


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet / AA-registeret

Unge 18–29 år

I ungdomsgruppa er det ganske få som er i arbeid, sammenliknet med uføretrygdde generelt (se figur 6.19). 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).

Figur 6.19 Andel uføretrygdde i arbeid 2011–2016 i aldersgruppa 18–29 år. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

Samlet viser analysene i dette kapitlet at innføring av a-ordningen har bidratt til å avdekke betydelig høyere andel som kombinerer AAP og uføretrygd med arbeid, enn vi tidligere fikk kartlagt gjennom AA-registeret. Vi har imidlertid ikke holdepunkter for å vurdere om andelen mottakere med kombinasjon arbeid og trygd har endret seg over perioden. I kommende rapporter vil det være mulig å få bedre oversikt over hvordan overganger fra yrkespassivitet til arbeid kombinert med trygd vil utvikle seg over tid.

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 (2016). Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede utgjør 44 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.

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 problemer.

Etter en svak nedgang fra 2011–2013 har det vært en økning i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger i perioden 2013–2016. Samtidig har avgangen holdt seg høy slik at beholdningen av antall mottakere i forhold til befolkningen, har

gått ned i perioden fra 2010–2014; og holdt seg konstant i 2015–16. Over hele IA-perioden har det vært en sterk økning i antall mottakere på midlertidige helserelaterte ytelser fram til 2010 før nedgangen begynte fra og med 2011³⁵.

Fordelt etter alder ser vi en svak økning i antall AAP-mottakere i 20-årene, mens de øvrige aldergrupper reduseres noe.

Tilgangen til uføretrygd har variert betydelig over tid blant annet 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, atføringspenger og tidsbegrenset uførepensjon i 2010, har fått innvilget uføretrygd. Imidlertid har beholdningen av mottakere holdt seg relativt konstant i hele perioden 2010–2016. Dette betyr at avgangen fra ordningen har holdt seg om lag like stor som tilgangen.

Etter faggruppens vurdering viser både sysselsettingsutviklingen blant funksjonshemmede og utviklingen på AAP-ordningen og overganger til arbeid og uføretrygd relativt små endringer de siste årene. Dette indikerer at vi fortsatt har uendret måloppnåelse innenfor avtalens delmål 2.

35 Før 2010 omfattet de midlertidige ytelsene atføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførepensjon.

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 2016 viser at indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år økte med 0,1 årsverk fra 2015 til 2016. Samtidig viser endelige tall for 2015 at indikatoren endte 0,1 årsverk høyere enn tidligere beregnet. Indikatoren har økt med 0,9 årsverk fra 2009, og det gjenstår en økning på 0,1 årsverk fram til 2018 for å nå målet i IA-avtalen. Det ser derfor ut til at dette målet nå er innenfor rekkevidde for denne avtaleperioden.

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. Økt andel seniorer i arbeidsstyrken har også bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet, sammenliknet med andre aldersgrupper. 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 vil sammen med andre faktorer påvirke yrkesaktiviteten. I tillegg vil både konjunktur-

situasjonen 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.

A-ordningen som ble innført 1. januar 2015 medførte at vi fikk nytt datagrunnlag om arbeidsforhold som følge av endringer i hvilke arbeidsforhold virksomheter skal registrere, og i rutineene for hvordan innrapporteringen skal skje. Dette har medført et brudd i statistikken som gjør at utviklingen fra 2014 til 2015/2016 må tolkes med varsomhet.

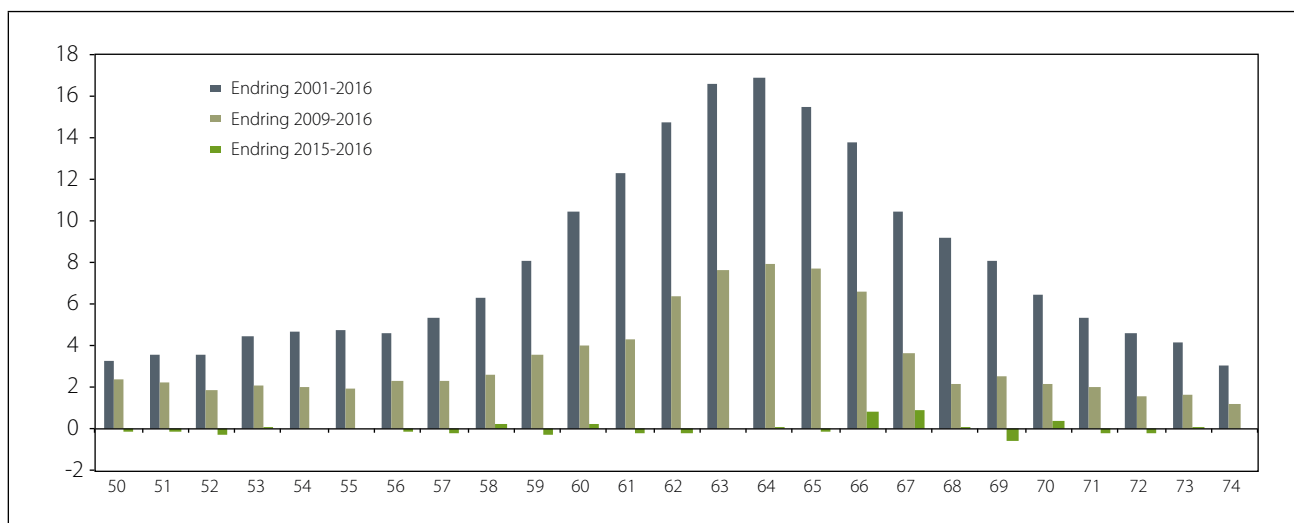
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet blant personer over 50 år

Økt sysselsetting blant personer over 50 år

Som vi har redegjort for i overordnet mål (kapittel 4 over) 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 ett-års aldersgrupper blant arbeidstakere innenfor hele IA-perioden, inneværende avtaleperiode og det siste året. Sysselsettingsveksten har vært sterkest innenfor 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

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 det brukt tall for 2. kvartal sammenlignet med samme periode året før.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

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 2015 til 2016 ser vi et mer blandet bilde med nedgang for noen alderstrinn og økning for andre. Det henger sammen med den oljedrevne nedgangskonjunkturen fra slutten av 2014. Ledigheten blant aldersgruppene 50–59 år og 60 år og over økte vesentlig fra 2. kvartal 2015 til 2. kvartal 2016, med henholdsvis 13 og 20 prosent. Høsten 2016 begynte ledigheten å falle totalt sett, og i 1. kvartal 2017 også for personer over 50 år. Imidlertid viser NAVs tall 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 2016 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

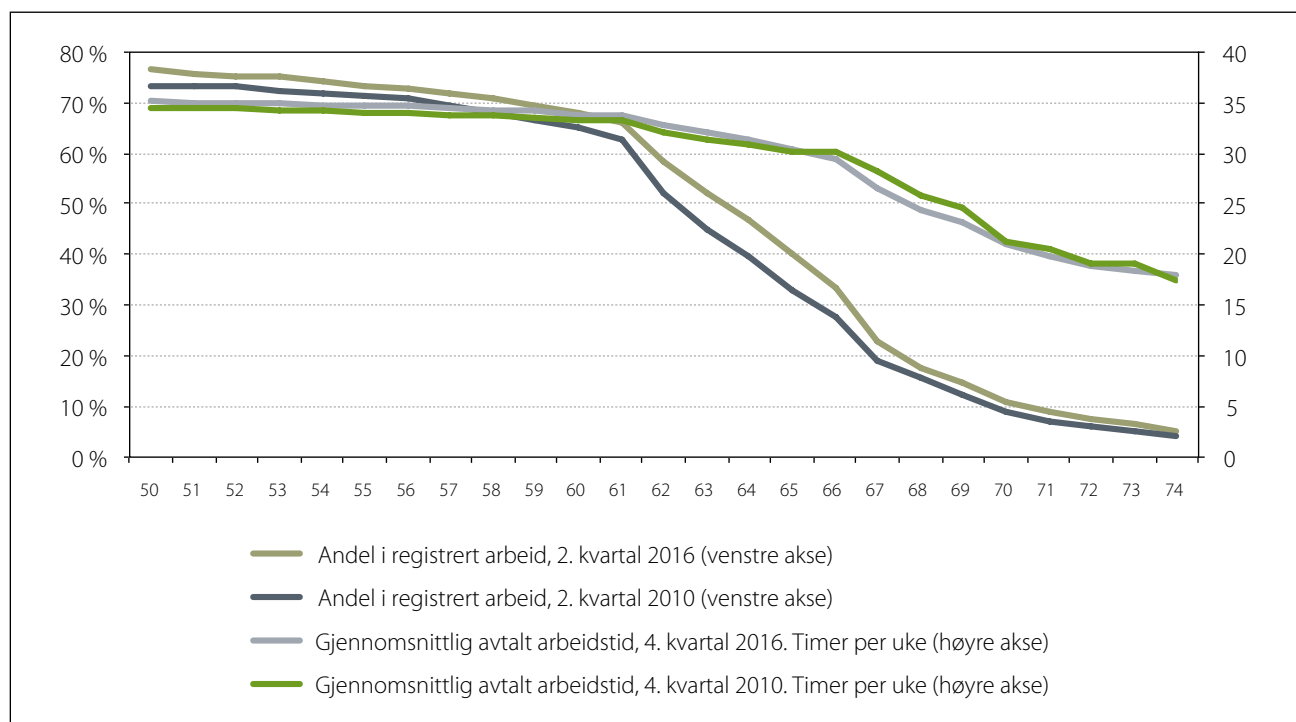
gradvis uttømt for aldersgruppen 62–66 år, nå som 1949-kullet har passert 67 år. Det gjenstår å se de nærmeste årene i hvilken grad effektene av reformen også vil forplante seg oppover til aldersgruppen 67 år og over.

Aldersgrensen for stillingsvernet i arbeidsmiljøloven ble hevet fra 70 til 72 år fra 1. juli 2015, mens unntaksordningen med adgang til å sette lavere bedriftsintern aldersgrense ble økt fra 67 til 70 år. Som følge av overgangsordninger er det for tidlig å vurdere effektene av disse endringene.

Til tross for den positive utviklingen for denne gruppen etter pensjonsreformen, både i arbeidstid og sysselsetting, viser tall for 2016 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-åring som trekker seg ut av arbeidslivet før de fyller 63 år. Nordby og Næsheim (2017) viser at tidligavgang ved 62 år i 2016 var mest vanlig innen bergverksdrift og utvinning, transport og lagring og hotell- og restaurantnæringen. Lavest andel med avgang fra arbeidslivet ved 62 år finner vi i bygg- og anleggsnæringen, offentlig administrasjon/forsvar og innen elektrisitet, vann og renovasjon.

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 2016.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

Sysselsettingen i aldersgruppen 50–74 år har økt både for menn og kvinner siden gjennomføringen 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.

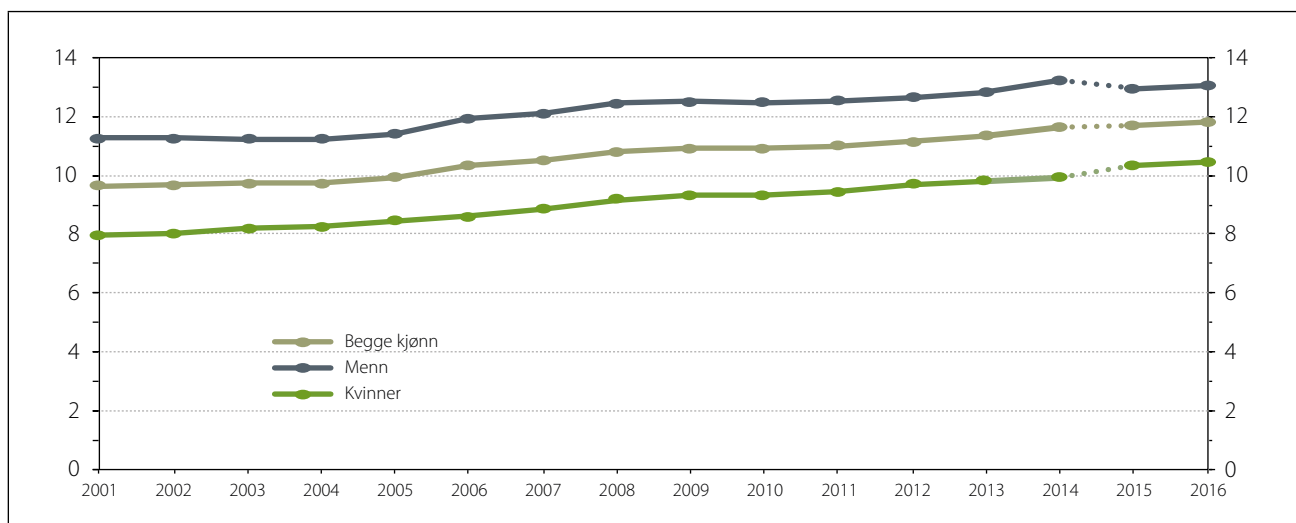
Utviklingen i måleindikatoren «forventet yrkesaktivitet etter 50 år» er vist i figur 7.3. Grunnlaget for beregningen av indikatoren er vist i faktaboks 8 under. I 2016 kunne en 50-åring forvente å ha 11,8 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Det er en økning på 2,2 årsverk fra 2001, en økning på 0,9 årsverk fra 2009 og en økning på 0,1 årsverk fra 2015.³⁶ Målet i den forrige IA-avtalen ble ikke fullt ut oppnådd i løpet av avtaleperioden, men først i 2014. Det gjenstår en økning på 0,1 årsverk fram til 2018. Målet i den nåværende IA-avtalen synes derfor nå å være innenfor rekkevidde.³⁷

Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at

³⁶ Siden fjorårets rapport er indikatoren for 2015 oppjustert med 0,1 årsverk.

³⁷ Statistisk sentralbyrå venter nedgang i arbeidsledigheten både i 2016 og 2017.

Figur 7.3 Forventet gjenstående yrkesaktivitet etter 50 år. 2001–2016. Foreløpige tall for 2016*. 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

en 50-åring i 2016 kunne forvente å tilbringe ytterligere 11,8 årsverk i heltidsarbeid. Dette gjelder som et gjennomsnitt for hele befolkningen – 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 nærings sammensetning.

Figur 7.3 viser at forventet yrkesaktivitet etter 50 år er høyere for menn enn for kvinner. Kjønnsforskjellen har variert noe over tid, blant annet fordi yrkesaktiviteten blant menn svinger noe mer med konjunktorene. Alt i alt har kjønnsforskjellene i yrkesaktivitet etter 50 år blitt noe redusert fra 2001 til 2016. Den viktigste årsaken bak kjønnsfor-

skjellene 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 er flere forklaringer til økningen i sysselsettingsandelen blant eldre de siste årene. Særlig viktig er det at pensjonsreformen fra 2011 har gjort det mer gunstig å stå lenger i jobb. Jobbincentivene har i størst grad blitt forbedret for arbeidstakere i privat sektor med rett til AFP. Her næs m.fl. (2016) finner at fjerningen av avkortning 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), se boks 11.4, 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. Forventet levealder har i perioden 2001–2016 økt med 3,5 år, fra 78,9 til 82,4 år.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

En tredje forklaring er en generasjonseffekt blant kvinner, der kvinner generelt sett er mer yrkesaktive enn for noen tiår siden, og at nye kohorter som passerer 50 år gradvis bidrar til økt andel sysselsatte for eldre. 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 sysselsettingsøkningen er derfor at andelen med høyere utdanning har økt i denne aldersgruppen. Isolert sett kan dette tilsi økt forventet antall år i arbeid for en 50-åring i årene som kommer fordi utdan-

Boks 8: 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 sysselsettingsatferden 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 arbeidete 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 m.a.o. hele befolkningen som er 50 år og eldre, både de som er sysselsatt og de som ikke er sysselsatt når de er 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 beregnet ved å multiplisere overlevelsessannsynligheten ved gitt alder med den gjennomsnittlige stillings-

andelen 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 99,92 prosent i 2016. Gjennomsnittlig stillingsandel i befolkningen ved 50 år var 72,1 prosent. Forventet tid i arbeid akkurat i det 50. året er da 0,720 årsverk. Tilsvarende beregning gjøres for alle 1-årige aldre over 50 år.

Indikatoren forventet yrkesaktivitet ved 50 år i 2016 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, men ifølge Statistisk sentralbyrå går de ulike endringene i datagrunnlaget omtrent opp i opp, slik at nivåtallene for andelen seniorer i registrert arbeid dermed er noenlunde konsistente over tid.

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

ningsnivået øker. Sammenhengen mellom utdanningsnivå og sysselsetting kan imidlertid være påvirket av både strukturelle og konjunktuelle 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 avdempe denne effekten.

Dahl og Lien (2013) viser at i de private AFP-virkosighetene, 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 sysselsettingsnivå i utgangspunktet (og dermed større potensiale for økning). Grambo og Lien (2007) finner for øvrig i en spørreundersøkelse at økonomiske insentiver er en viktigere faktor for å påvirke den enkelte til å jobbe lenger blant personer med lav planlagt avgangsalder (under 67 år) enn blant personer med høy planlagt avgangsalder (67 år eller høyere).³⁸

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

2013.³⁹ Seniorpolitisk barometer (Dalen 2016b) tyder på at utviklingen kan ha flatet ut de siste årene.⁴⁰ 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. 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 sysselsettingsvirkninger av pensjonsreformen

Flere studier viser at reformen har hatt en positiv virkning på sysselsettingen i løpet av de første årene den har virket (Bakken og Bråthen 2012, Dahl og Lien 2013, Hernæs m.fl. 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 uttaksregler⁴¹ gir høyere alderspensjon ved utsatt pensjonering.

³⁹ 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/endring av oppgaver, endring av arbeidstidsordninger (bl.a. skift-ordninger) økonomiske insentiver/avlønning etc. som kan fremme sysselsetting av eldre arbeidstakere.

⁴⁰ Dette er basert på årlige spørreundersøkelser i perioden 2008–2016 der bedriftsledere er spurt om hvorvidt virksomheten har lagt arbeidet bedre til rette for seniorer for å få seniorer til å stå lenger i jobben.

⁴¹ Nøytrale uttaksregler innebærer at den enkelte kan forvente om lag samme samlede pensjonsutbetaling over livsløpet uansett valg av uttakstidspunkt.

³⁸ 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

- Alderspensjonen kan fritt kombineres med arbeid fra 62 år uten at pensjonen blir redusert.
- Nye skatteregler fra 2011 gjør det gunstigere enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

Sysselsettingen for arbeidstakere over 62 år har økt både i privat og offentlig sektor etter reformen, men økningen er klart størst for arbeidstakere i private AFP-bedrifter. Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2017) viser at yrkesinntekten blant 64-åringene i private AFP-virksomheter som andel av yrkesinntekten de hadde ved 61 år har økt fra 48 prosent for 1945-kullet til 66 prosent for 1951-kullet. Økningen utgjør hele 18 prosentpoeng og indikerer at sysselsettingen blant 64-åringene i privat sektor har økt betydelig etter reformen. I offentlig sektor og i private virksomheter uten AFP-avtale er tilsvarende økning på henholdsvis 4 og 1 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 alderspen-

sjon. 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 57–58 prosent i perioden 2008–2010 til om lag 71 prosent i desember 2016. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

56 prosent av de som hadde tatt ut alderspensjon før de fylte 67 år, jobbet ved siden av pensjonen i

desember 2015. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte fra 39 prosent ved utgangen av 2010 til 48 prosent ved utgangen av 2016 (selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert i disse tallene). Dette var en klart sterkere sysselsettingsvekst enn for befolkningen mellom 18 og 66 år.

Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2017) 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 64 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, håndverkere, salgs- og serviceyrker og sykepleiere (Agestad m.fl., 2009).

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 yrkes-

grupper 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).

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. Nettutvalget (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

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

MMI som gjennomfører undersøkelsen på oppdrag av Senter for seniorpolitikk. Siste undersøkelse ble gjennomført høsten 2016 (Dalen 2016a og 2016b).

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. 2 av 3 arbeidstakere over 60 år svarer de mestrer arbeidsoppgavene sine meget godt. I aldersgruppen 50–59 år gjelder dette 6 av 10.
- 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 6 arbeidstakere over 60 år og 1 av 10 i alderen 50–59 år svarer de i liten grad eller slett ikke gis muligheten til å lære nye ting.
- Et stort flertall av arbeidsgiverne (8 av 10) svarer at eldre over 60 år har arbeidsprestasjoner på linje med yngre grupper. Her er det ikke mulig å vurdere utviklingen over tid etter som 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 par årene at arbeidsgiverne er noe mer forbeholdne enn tidligere til å ansette eldre og seniorer. Dette kan ha sammenheng med at eldre som arbeidssøkergruppe er noe mer utsatt i en lavkonjunktursituasjon. Vi hadde en tilsvarende utvikling i forbindelse med finanskrisen. Denne sammenhengen ble nærmere belyst i Solem (2010) som bl.a. konkluderte med at «..nedgangskonjunktoren i stor grad

har påvirket både oppfatninger, preferanser (følelser) og adferd hos både ledere, yrkesaktive, seniorer og yngre». Disse virkningene er tydeligere i privat sektor enn i offentlig sektor.

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 den var i 2003.

7.5 Effekter av seniorpolitiske tiltak

Vi har begrenset kunnskap om sysselsettingseffekter av seniorpolitiske tiltak. Dette har delvis sammenheng med at det er vanskelig å separere ulike forklaringsfaktorer. En kan imidlertid ikke utelukke at den økte oppmerksomheten om økt behov for å dekke arbeidskraftsbehovet som følge av eldrebølgen og behovet for et mer inkluderende arbeidsliv for seniorene som har kommet i tilknytning til pensjonsreformen og IA-arbeidet, kan ligge bak de tydelige holdningsendringene som er registrert i 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 – henholdsvis ekstra ferie/fridager, redusert arbeidstid og bonuser. Undersøkelsene er basert på data for perioden 2000–2010. I sammenligningen mellom bedrifter med og uten disse tiltakene benyttes en forskjell-i-forskjell-modell i de to første analysene. I den siste analysen benyttes en såkalt faste-effek-

ter-modell⁴². 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 ekstra ferie/fridager og bonus ga om lag 5–6 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å ta ut AFP ved alderen 62–64 år. Dette tilsvarer at det var 5–6 prosentpoeng færre som sluttet helt eller delvis i arbeid. Tilbud om redusert arbeidstid hadde imidlertid ikke effekt. Forskjellen mellom ekstra ferie/fridager og redusert arbeidstid ble forklart med at redusert arbeidstid kan være mindre attraktivt enn ekstra fridager fordi det gir større sjanse for å miste status, oppgaver og prosjekter.

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

⁴² Analysen er basert på at man følger de ansatte i den enkelte bedrift over tid.

8. Kilder

- Aagestad, C. (2012). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning. *STAMI-rapport. Årg. 13, nr. 7*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Aagestad, C., Sterud, T. og Tynes, T. (2009). Ikke-yrkesaktive i Norge. I et yrkes- og helseperspektiv. *STAMI-rapport Årg. 10, nr. 7*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- 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/American College of Occupational and Environmental Medicine. 2014; 56(8)*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- 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. (2016). Jobber de uføretrygdede mer etter uførereformen av 2016? *Arbeid og velferd 3/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Arbeids- og sosialdepartementet (2016a). Prop. 1S (2016–2017) Budsjettåret 2017. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Becken, L., Lien, M.I. og Busch, R. (2016). Sluttevaluering av Hedmarksmodellen – NAVs evaluering av aktivitetskravet ved 8 ukers sykmelding. *Proba rapport 2016-12*. 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*.
- Berge. C., Johannessen, J. H. og Næsheim, H. (2012). Internasjonal sammenligning av sykefravær. Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde? *SSB 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.
- Bragstad, T. og Brage, S. (2011). Unge på arbeids- og helse relaterte 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, pp1177-1205.
- 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. Kommer i *Nordic Economic Policy Review*.
- Bratsberg, B., Raaum, O. og Røed, K. (2010). When Minority Labor Migrants Meet the Welfare State. *Journal of Labour Economics*. Vol 28, pp 633-676.
- Bratsberg, B., Raaum O., Røed, K. og Schøne, P. (2014). Immigrants, labour market performance and social insurance. *The economic Journal*, Vol 124, pp 644–683.
- Bø, T.P. og Vigran, Å. (2015). Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. *Samfunnsspeilet 1/2015*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Dahl, E.H. og Lien, O.C. (2013). Pensjonsreformen – flere eldre i arbeid. *Arbeid og Velferd, 1/2013*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Dalen, E. (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.
- 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. *Proba Rapport 2014-05*. Oslo: Proba samfunnsanalyse.
- Grødem, A.S, Nielsen, R.A., og Strand, A.H. (2014). Unge mottakere av helserelaterte 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 pensjoneringsalder og yrkesaktivitet. *Kommende artikkel i Arbeid og Velferd, 2/2017*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Hanvold, T.N., Kines, P., Nykänen, M., Ólafsdóttir, S., Thomée, S., Holte, K.A., Vuori, J., Wærsted, M. og Veiersted, K.B. (2016). Young workers and sustainable work life. Special emphasis on Nordic conditions. *Tema Nord 2016:512*.
- Hauge, K.; Markussen, S.; Raaum, O., og Ulvestad, M. (2015): Kan kjønnsforskjellen i sykefraværet forklares av holdninger, normer og preferanser? *Frischsenteret Rapport 1/2015*. Oslo: Frischsenteret.
- Hardoy, I., Røed, K., Von Simson, K., & Zhang, T. (2016). En komparativ analyse av effekter av innsats for å inkludere utsatte unge i arbeid i Norden. *ISF Research report 2016:13*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

8. Kilder

- 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 arbeidsrelaterte 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.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- Kines, P., Framke, E., Salmi, A. og Bengtsen, E. (2013). Young workers' occupational safety and health risks in the Nordic countries. Nordisk Ministerråd.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M.B. og Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2016; 19: 179-199.
- Lie, S.A. (2014). Liten effekt av gradert sykmelding for raskere 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. (2016). Hvordan har økt ledighet påvirket bruken av helseytelser og økonomisk sosialhjelp? *Arbeid og velferd 3/2016*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- 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 overgangen til arbeidslivet. i K. Regaard & 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). Replik 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? *Working paper*. Oslo: Frischsenteret.
- Markussen, S. og Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening 10/2012*. Oslo: Frischsenteret.
- Mastekaasa, A (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning 2/2016*. Oslo: Universitetsforlaget
- 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. 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.
- Nordby, P og Næsheim H. (2017). Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen. 2016. *SSB Rapporter 2017/5*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Nossen, J. P. (2008). Sykefraværet og konjunktorene – 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.

8. Kilder

- 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. (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.
- NOU 2017:2 Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring.
- RNNP (2015). Risikonivå i petroleumsvirksomheten. Hovedrapport, utviklingstrekk 2015, norsk sokkel. Stavanger: Petroleumstilsynet.
- OECD (2016). OECD Employment Outlook 2016. OECD Publishing.
- Ose, S.O., Kaspersen, S. L., Reve, S.H., Mandal, R., Jensberg, H. og Lippestad, J. (2012). Sykefravær – gradering og tilrettelegging. *Sintef-rapport A22397*. Trondheim: Sintef.
- Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2016). Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen. Oslo: Pensjonspolitisk arbeidsgruppe.
- Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2017). Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen. Oslo: Pensjonspolitisk arbeidsgruppe.
- Rieck, K.M.E. og Telle, K. (2013). Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica*. 56(2), 117-137.
- RNNP (2015). Risikonivå i petroleumsvirksomheten. Hovedrapport, utviklingstrekk 2015, norsk sokkel. Stavanger: Petroleumstilsynet.
- Salminen, S. (2004). Have young workers more injuries than older ones? An international literature review. *Journal of safety research*. 2004;35(5):513-21.
- 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 (2015). Faktabok om arbeidsmiljø og helse. *STAMI-rapport Årg. 16, nr. 3*. 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*. 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. *The European Journal of Public Health* 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*, 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.

Sørbø, 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.

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

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

Vrålstad, S. og Wiggen, K.S. (red.) (2017). Levekår blant innvandrere i Norge 2016. *SSB Rapporten 2017/13*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport

Overordnede 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 innvanderne som er eller blir en del av arbeidstilbudet, vil være av avgjørende betydning for effekten på sysselsettingsandelen. Sysselsettingsandelen blant personer fra utlandet er 7,5 prosentpoeng lavere enn i befolkningen i alt. Forskjellen blir enda større hvis vi i) justerer for at innvandrerbefolkningen gjennomgående er yngre og ii) betrakter deltakelsen i arbeidslivet over en tiårsperiode.

Delmål 1

Virkningen 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 aktivitetskra-

vet 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 sykepenge rettighetene utløper, men at dette ikke er nok til å forklare den markante nedgangen i sykefraværet i Hedmark etter tiltakene. Det vises imidlertid til at kjennskapen til at sykepengene kan bli stanset derimot kan virke motiverende på både arbeidstaker og arbeidsgiver for å finne mer aktive løsninger.

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

Norge har et høyt sykefravær sammenliknet med andre land

(rapport 2015, s.28)

Internasjonale sammenlikninger av sykefraværet tar ofte utgangspunkt i de ulike lands arbeids-

kraftsundersøkelser (AKU). Basert på AKU har Norge det høyeste sykefraværet i forhold til land det er naturlig å sammenlikne oss med.

I faggruppens rapport fra 2012 omtales en rapport fra SSB (Berge m.fl., 2012) som ser på om utformingen av AKU er så ulik mellom land at det forklarer hele eller deler av forskjellen man observerer i sykefraværet målt ved denne statistikken. Rapporten konkluderer med at utformingen av AKU er relativt lik, og at det derfor ikke kan forklare forskjellene i 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 i 2014 en rapport (Gleinsvik m.fl., 2014) på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Rapporten konkluderer med at Norges høye sykefravær i internasjonale sammenlikninger verken kan forklares med forskjeller i hvordan sykefraværet måles, eller av forskjeller i maksimal varighet eller andre regler for sykmelding. Probas analyser tyder på at forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken eller kjennetegn ved arbeidslivet heller ikke har vesentlig betydning. Proba mener at forskning på betydningen av sykepengeordningen gir grunnlag for å anta at den sykepengeordningen vi har i Norge er en viktig årsak til forskjellene.

Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet⁴³

(rapport 2015, s.40)

Sykmeldte skal ifølge loven senest innen åtte uker være delvis i jobb dersom medisinske forhold ikke er til hinder for dette (aktivitetskravet). Alle

som passerer åtte ukers fravær med full sykmelding skal derfor vurderes for aktivitetskravet. Dersom NAV ikke gir unntak fra aktivitetskravet, skal sykepengene stoppes etter åtte uker. Dette kravet har i realiteten ikke blitt håndhevet særlig konsekvent, verken i Hedmark eller i resten av landet.

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

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

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

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

43 Kann m.fl. (2014)

prosent. Tiltakene har ført til at sykefraværet i Hedmark ble redusert med åtte prosentpoeng mer enn i resten av landet⁴⁴. Hovedeffekten er kortere varighet for sykefraværene. Analysen viser at økt friskmelding inntreffer både lenge før 8-ukers tidspunktet og senere enn dette i sykefraværet. Resultatene indikerer bl.a. at tiltaket har påvirket fastlegene til å friskmelde tidligere og gradere mer.

Tiltakene i det sykefraværsforebyggende arbeidet har også redusert antall mottakere av arbeidsavklaringspenger⁴⁵

(rapport 2015, s.41)

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

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

Resultater fra disse analysene tyder på at til nå (april 2015) har tiltakene gitt en reduksjon i antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger på 38 prosent, sammenliknet med landet for øvrig. Tiltakene som startet i april 2013 hadde som mål å redusere sykefraværet. I tillegg til å oppnå dette målet, medførte tiltakene at langt færre bruker opp sykepengerrettighetene 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 sykepengerrettighetene, bl.a. tidligere langtidslidende og sosialhjelpsmottakere som søker om arbeidsavklaringspenger.

Kan obligatoriske dialogmøter bidra til overgang fra sykefravær til arbeid?⁴⁶

(rapport 2015, s.41)

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

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

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

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

45 Kann og Lima (2015)

46 Markussen m.fl. (2014)

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 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 begren-

set område før tiltaket ev. implementeres i full skala.

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

(rapport 2013, s. 38)

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

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

En mulig metode for å sesongjustere sykefraværet

(rapport 2012, s. 23)

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

Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har siden faggruppens rapport 1/2012 utarbeidet sesong- og influensajusterte sykefraværstall. Foreløpig publiseres de justerte tallene kun for totalt, egenmeldt og legemeldt

fravær fordelt på kjønn. Tallene for perioden 2000–2012 er presentert i kapittel 5 i årets rapport (2013).

Kjønnsforskjeller i sykefraværet

(rapport 2012, s. 28)

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

Sammenlikning av sykefraværet mellom land ved arbeidskraftundersøkelsene

(rapport 2012, s. 36)

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

Mulige gevinster av å redusere sykefraværet

(rapport 2012, s. 37)

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

Mulige effekter av virkemidlene i IA-avtalen

(rapport 2012, s. 42)

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

Hva skjedde med sykefraværet i 2008–2010

(rapport 2/2011, s. 16)

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

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

	Økning 2008–2009	Reduksjon 2009–2010
Influenza*	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

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

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

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

Sykefravær og konjunkturer

(rapport 2/2011, s. 20)

Både i Norge og i noen andre land har det i perioder vært observert at det samlede sykefraværet

varierer med konjunktorene. Fram til slutten av 1990-tallet synes det å ha vært en negativ statistisk samvariasjon mellom sykefraværet og arbeidsledigheten i Norge. Det er imidlertid vanskelig å se noen systematisk samvariasjon etter dette. En rekke internasjonale og norske studier har analysert sammenhengen mellom konjunkturer og sykefravær, uten at det foreligger sikre konklusjoner. Variasjoner i sykefravær har ofte vært forklart med konjunktursvingninger ved at sykefraværet øker i perioder med nedgang i arbeidsledigheten og vice versa. Det er særlig to hypoteser som er blitt brukt til å forklare at sykefraværet endrer seg i takt med situasjonen på arbeidsmarkedet. Disse blir omtalt som disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. En tredje hypotese er stresshypotesen. De nevnte tre hypotesene er basert på at sykefraværet er negativt korrelert med ledigheten. Men det finnes også en del studier som tyder på at det er omvendt; at sykefraværet øker under eller etter nedbemanning i bedrifter som nedbemanner. I hvilken grad og på hvilken måte konjunktursvingninger har betydning for 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 sykefraværsløpet tyder ikke på noen særlig økning i bruken av gradering rundt de lovbestemte oppfølgingstidspunktene ved 8, 12 og 26 uker. Gravide kvinner bruker gradert sykmelding i stort omfang (39 prosent av sykefraværstilfellene). Videre øker bruken av gradert sykmelding med alder. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er de medisinske diagnosene som oftest gir gradering. Personer med yrker innenfor ledelse, og yrker med lav fysisk belastning og høy grad av kontroll over arbeidssituasjonen bruker oftere graderte sykmeldinger enn andre. Bruken av gradering viser også klare variasjoner mellom næringer.

Almlid-utvalget

(rapport 1/2011, s. 19)

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

Delmål 2

Ung uførhet og psykisk sykdom

(rapport 2015, s. 57)

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

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

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

De som blir uføretrygdet i alderen 25–29 år, skiller seg fra de yngre ved at psykiske lidelser er den dominerende årsaken, og utviklingshemming er en langt mindre vanlig årsak. I denne gruppen er angst- og depresjonslidelser en mer vanlig årsak

til uføretrygd, mens denne typen diagnoser har mindre betydning som uføreårsak for de som blir uføretrygdet i tenårene eller tidlig i 20-årene.

Figur 10.5 i vedlegg 2 viser utviklingen i tilgangen på personer (antall nye tilfeller av uføretrygdete 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 uføretrygdete 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 depresjonstilstander⁴⁷. 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-sen-

teret gjennomførte i 2014 en evaluering av NAV-kontorenes atføringsstrategier 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.

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.

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

Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Overordnet mål

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

Begge kjønn	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2001–2016
15–24 år	55,5	56,1	54,2	53,4	52	53,1	55,1	58	53,2	52	51,4	52,6	52,4	50,9	51,1	49,2	-6,3
25–39år	84,8	84,2	82,1	82,3	82,3	84	85,7	86,7	85,9	84	84	83,7	83,1	82,8	81,6	81,7	-3,1
40–54 år	85,8	85,1	84,2	84,1	84,3	84,9	85,9	86,9	86,1	85,4	85,3	85,5	85,1	85	84,5	84,2	-1,6
55–61 år	73,4	73,9	74,1	72,7	72,9	74,7	76	76,9	76,9	77,2	78,2	77,6	77,3	78,2	78,4	77,8	4,4
62–66 år	36,8	36,3	37	38,2	37,1	39,8	44,1	44	44,6	44,2	43,3	46,6	47,1	50,6	50,5	51,0	14,2
I alt	75,6	75,2	73,9	73,6	73,2	74,4	75,9	77	75,4	74,2	74	74,4	74	74,2	73,8	73,3	-2,3
Menn																	
15–24 år	57,1	56,1	54,5	53,4	52,6	53,1	54	57,7	52	51,3	50,5	51,4	50,9	49,5	50,0	48,1	-9,0
25–39år	89	88,4	85,5	85,7	85,8	87,6	89,3	89,5	88,3	86,5	86,8	86,3	85,9	85,4	84,0	83,5	-5,5
40–54 år	89,1	88,1	87	86,9	87,2	88	89	89,5	88,3	87,6	87,3	87,6	87,1	87,1	86,6	85,9	-3,2
55–61 år	78,9	79,1	78,8	77,7	77,9	80,4	80,9	81,3	80,3	80,3	81,6	81,3	81,1	80,8	80,4	81,1	2,2
62–66 år	40,5	40,5	42,1	42,8	41,8	44,8	47,9	49,2	50,2	49,3	48,6	51,9	51,7	55,8	57,6	56,7	16,2
I alt	79,2	78,5	76,9	76,5	76,3	77,5	78,7	79,6	77,4	76,3	76	76,5	76,1	76	75,8	75,0	-4,2
Kvinner																	
15–24 år	53,9	56	53,9	53,4	51,3	53	56,3	58,3	54,5	52,7	52,4	53,9	54	52,5	52,2	50,3	-3,6
25–39år	80,4	79,8	78,5	78,9	78,8	80,2	81,9	83,7	83,3	81,4	81,1	81	80,1	80,1	79,0	79,8	-0,6
40–54 år	82,4	82	81,4	81,2	81,4	81,8	82,7	84,3	83,7	83	83,1	83,2	82,9	82,8	82,3	82,4	0
55–61 år	67,7	68,7	69,3	67,7	67,6	68,7	71	72,3	73,4	74	74,8	73,9	73,4	75,5	76,2	74,5	6,8
62–66 år	33,2	32,2	32,1	33,8	32,7	34,8	40,3	39,1	38,9	39,1	37,7	41,2	42,3	45,1	43,5	45,2	12,0
I alt	71,9	71,9	70,9	70,6	69,9	71,1	73	74,2	73,2	72	71,8	72,2	71,9	72,2	71,7	71,5	-0,4

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 2001–2016. Ikke korrigert for evt effekter av endringer i datagrunnlaget fra 2015. Jf Boks 6 i kapittel 5.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<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
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
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
<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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sysselsatte arbeidstakere etter kjønn og næring, 4. kvartal 2016. Prosent.

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Helse- og sosialtjenester	20	35	7
Varehandel, reparasjon av motorvogner	14	14	14
Industri	9	5	12
Undervisning	8	11	5
Bygge- og anleggsvirksomhet	8	1	14
Off.adm., forsvar og sosialforsikring	6	7	6
Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	6	5	7
Transport og lagring	5	2	8
Forretningsmessig tjenesteyting	5	5	5
Informasjon og kommunikasjon	4	2	5
Personlig tjenesteyting	3	4	2
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3	4	2
Finansierings- og forsikring	2	2	2
Bergverksdrift og utvinning	2	1	3
Elektrisitet, vann og renovasjon	1	1	2
Jordbruk, skogbruk og fiske	1	1	1

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.4 Legemeldt sykefravær etter næring, 3. kvartal 2009. Kjønnjustert. Prosent.¹

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

¹ Tabellen ble laget i forbindelse med NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren.

² Avtalte dagsverk 3. kvartal 2009 i alle næringer er først prosentfordelt etter menn/kvinner. Deretter er avtalte dagsverk for 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen fordelt etter denne prosentfordelingen. Dermed er avtalte dagsverk i 3. kvartal 2009 fordelt etter samme kjønnssammensetning som i alle næringer samlet. Videre er avtalte dagsverk for menn/kvinner multiplisert med sykefraværprosenten for menn/kvinner i den aktuelle næringen. Dette gir en ny verdi for sykefraværingsdagsverk for menn/kvinner. Summen av disse sykefraværingsdagsverkene er benyttet, sammen med avtalte dagsverk, til å lage en ny sykefraværingsprosent. Denne sykefraværingsprosenten viser hva sykefraværet ville vært i 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen dersom kjønnssammensetningen var den samme som i alle næringer samlet.

Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.5 Forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær etter næring. Årstall 2001–2016. Prosentpoeng. Ikke korrigert for evt effekter av endringer i datagrunnlaget fra 2015. Jf. Boks 6 i kapittel 5.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Endr. 2001–2016
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	0,2
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	-0,8
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	0,8
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	-0,8
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	0,4
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	0,3
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	0,0
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	-0,9
Overnattings- og serveringsvirksomhet	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	-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	-1,1
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	-0,2
Teknisk tøyning, 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	-0,4
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	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	-0,3
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	0,3
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	0,7
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	-0,6

Kilde: Statistisk sentralbyrå

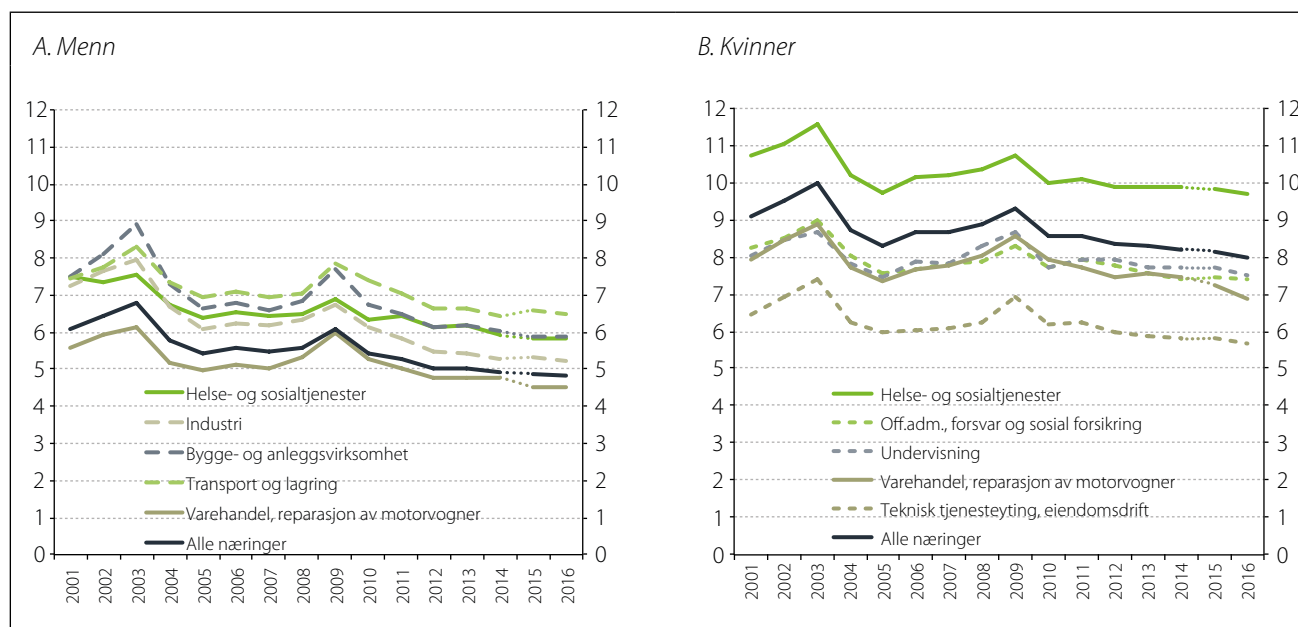
Tabell 10.6 Totalt sykefravær etter næring, Årstall 2001–2016. Prosent. Ikke korrigert for evt effekter av endringer i datagrunnlaget fra 2015. Jf Boks 6 i kapittel 5.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Endr. 2001–2016
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	-15,1
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	-20,4
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	-4,0
Industri	7,9	8,3	8,6	7,2	6,6	6,8	6,7	6,9	7,3	6,6	6,4	6,0	6,0	5,8	5,8	5,7	-27,8
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	-15,3
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	-20,8
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	-16,0
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	-15,5
Overnattings- og serveringsvirksomhet	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	-34,4
Informasjon og kommunikasjon	4,9	5,5	5,7	4,9	4,6	4,8	4,7	4,6	5,1	4,4	4,4	4,2	4,1	4,2	4,0	4,0	-17,4
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	-13,9
Teknisk tøyning, 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	-9,9
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	-22,5
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	-8,9
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	-7,9
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	-11,4
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	-20,8

Kilde: Statistisk sentralbyrå

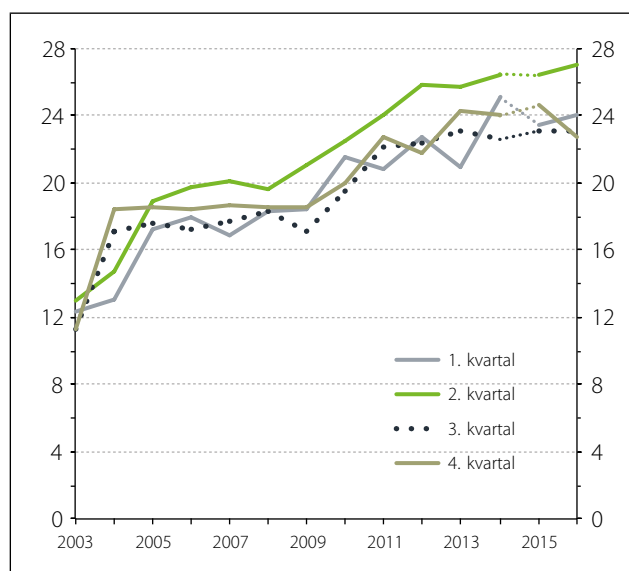
Vedlegg 2 – Figurer og tabeller

Figur 10.1 Totalt sykefravær blant de fem næringene som sysselsetter flest av hvert kjønn. Årstall 2001–2016. Prosent. Ikke korrigert for evt effekter av endringer i datagrunnlaget fra 2015



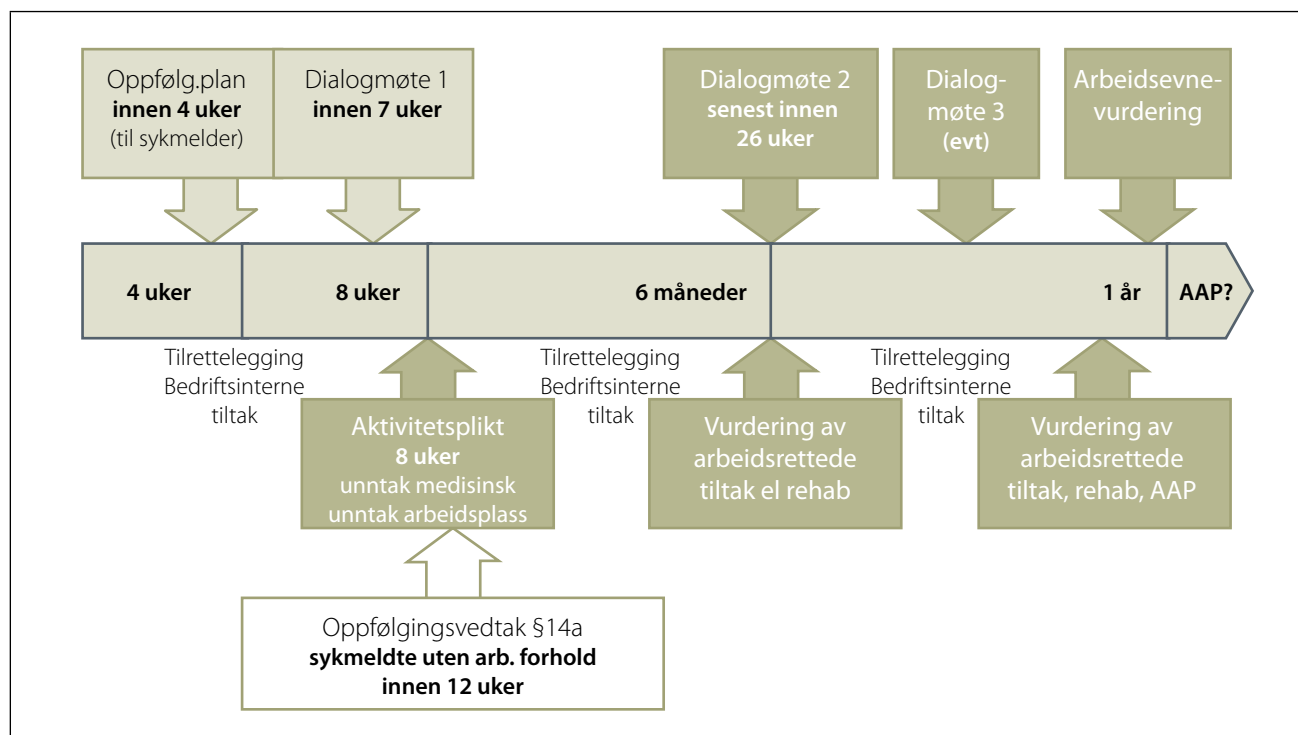
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10.2 Andelen legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding. Ujusterte tall, 2003–2016. Prosent. Ikke korrigert for evt effekter av endringer i datagrunnlaget fra 2015.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 10.3 Oppfølging av sykmeldte



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Delmål 2

Tabell 10.7 Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger, etter kjønn og alder. Mars 2017.

Alder	Kvinner	Menn	I alt
19 og under	713	547	1 260
20–24	7 007	5 710	12 717
25–29	8 698	6 486	15 184
30–39	18 872	12 127	30 999
40–49	23 743	14 124	37 867
50–59	19 732	14 403	34 135
60 år og over	7 615	7 009	14 624
Totalt	86 380	60 406	146 786

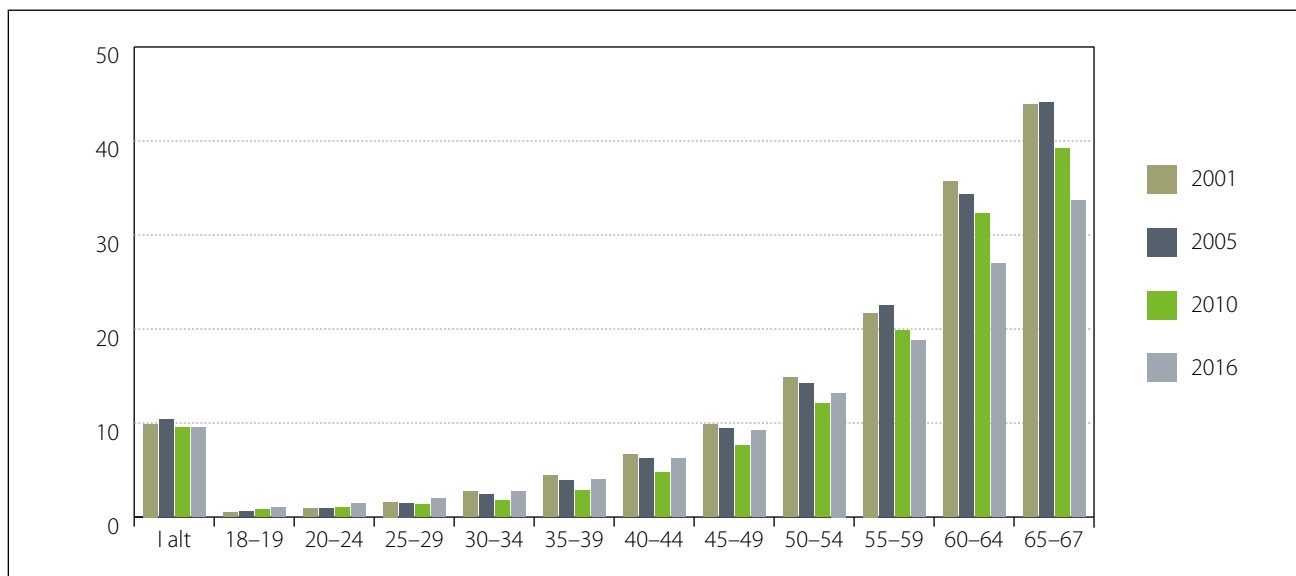
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 10.8 Uføregrad blant Uføregrad blant uføretrygdede.
Utgangen av 2016.

Uføregrad	Andel av alle uføretrygdede
100 %	82,7
70–99 %	4,1
50–69 %	12,8
Under 50 %	0,2
I alt	100,0

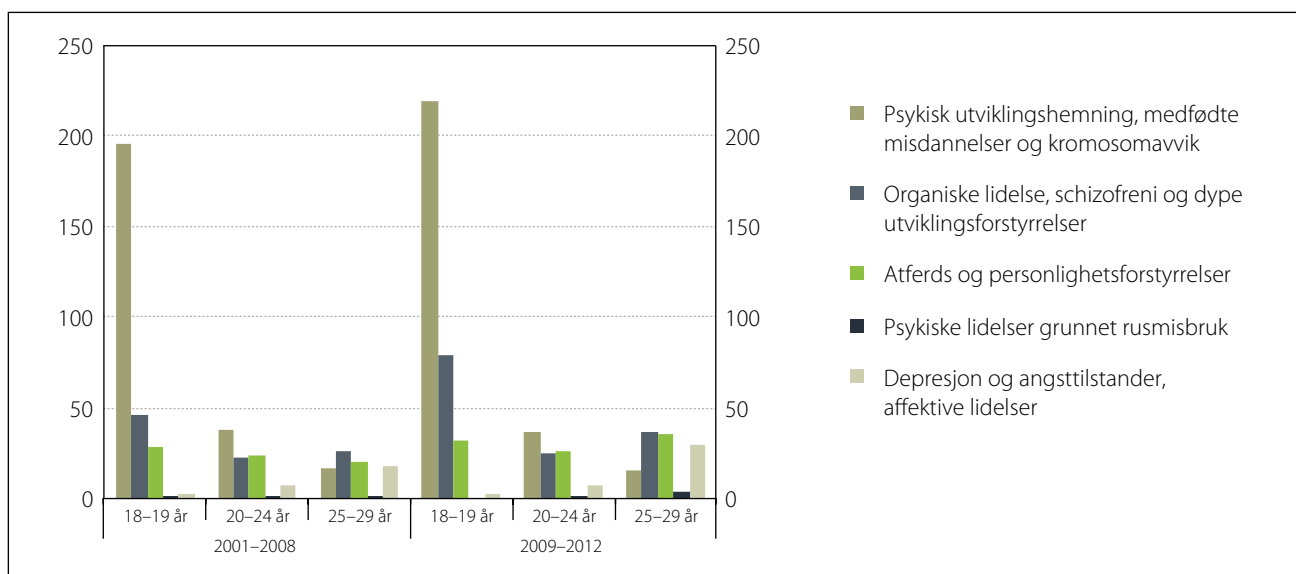
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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





inkluderende arbeidsliv

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-0045 B

Design: Moon Design AS

Ombrekking: 07 Media – 07.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

07/2017 – opplag 200

www.regjeringen.no/ia