

Rapport 2005-007

**Innvandrere og
attføring**

Innvandrere og attføring

Utarbeidet for
Arbeids- og
sosialdepartementet

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	1
1 BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Problemstillinger	8
1.3 Metoder	9
1.4 Disposisjon og begrepsbruk	12
2 INNTAK TIL ATTFØRING.....	15
2.1 Deltakelse i attføring.....	15
2.2 Målgrupper og behov for attføring.....	22
2.3 Forholdet mellom behov og rekruttering til attføring	26
2.4 Historie før attføringen.....	30
2.5 Rekrutteringen til attføring: Informasjon fra intervjuene	35
2.6 Oppsummering inntak til attføring.....	46
3 ATTFØRINGSLØPET	49
3.1 Varighet og innhold i attføringen ifølge registerdata.....	49
3.2 Informasjon fra intervjuer: Aetat og attføringsbedriftene	54
3.3 Oppsummering attføringsløpet	59
4 RESULTAT AV ATTFØRINGEN	61
4.1 Status på ulike tidspunkter etter attføringen	61
4.2 Overgang til arbeid	66
4.3 Overgang til uførepensjon.....	71
4.4 Yrkesinntekt og sosialhjelp	73
4.5 Oppsummering resultatet av attføringen.....	76
REFERANSER	87
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER REGISTRE OG VARIABLE	89
VEDLEGG 2: COX REGRESJON	91

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

I rapporten kartlegger vi innvandreres bruk av attføring. Vi stiller blant annet spørsmål om ikke-vestlige innvandrere i praksis har samme tilgang til attføring som nordmenn, og om resultatet av attføringen er forskjellig for innvandrere og nordmenn. Vi finner i hovedsak at ikke-vestlige innvandrere får et like godt tilbud som andre. Det er imidlertid særlig ett forhold som legger begrensninger på innvandreres attføringsløp: Dårlige norskkunnskaper. Det er et klart behov for en styrking av norskopplæringstilbudet i tilknytning til attføring.

Bakgrunn

Yrkesrettet attføring er et tilbud til personer som på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vanskeligheter med å få arbeid, og hvor Aetat vurderer at attføringstiltak er nødvendig og hensiktsmessig. Tiltakene kan dreie seg om ordinær skole, arbeidspraksis i skjermede omgivelser eller i det ordinære arbeidsliv, opplæring i attføringsbedrift, el l, og deltakerne får som regel en form for livsoppholdsyttelse under attføringen. Personer som er yrkeshemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte, og som altså har en medisinsk diagnose, har rett til yrkesrettet attføring i Folketrygden. For personer som ikke fyller kriteriene i Folketrygden, er det opp til Aetat å bruke skjønn for å vurdere hvem som har behov for attføring på grunn av sosial yrkeshemming.

En relativt stor andel av alle Aetats brukere er innvandrere fra ikke-vestlige land. Bakgrunnen er at det er betydelig høyere arbeidsledighet blant ikke-vestlige innvandrere enn blant så vel nordmenn som innvandrere fra Vest-Europa og Nord-Amerika. Man vet etter hvert mye om arbeidsledighetsproblemer blant innvandrere, og innvandrere har i mange år vært prioritert ved rekruttering til ordinære arbeidsmarkedstiltak. Når det gjelder innvandrere og attføring har man imidlertid lite kunnskap. I hvilken grad deltar innvandrere i attføring, hvilke typer behov har innvandrere for attføring, og er behovene annerledes enn for nordmenn? Får innvandrere som har deltatt på attføring jobb i samme grad som andre attføringsdeltakere?

Slike grunnleggende spørsmål har vært utgangspunkt for kartleggingen, som er gjennomført på oppdrag for Arbeids- og sosialdepartementet. Oppdragsgiver har vært opptatt av å undersøke hvorvidt innvandrere får et fullgodt tilbud om attføring.

Problemstilling

De overordnede spørsmålene i undersøkelsen har vært:

- *Har innvandrere og ikke-innvandrere ulike forløp ”inn i, gjennom og ut av” attføring?*
- *Hvilke faktorer kan eventuelt bidra til å forklare forskjeller mellom innvandrere og ikke-innvandrere?*

Vi har i hovedsak sett på situasjonen for førstegenerasjons innvandrere fra ikke-vestlige land, og sammenliknet denne med situasjonen for personer som ikke er innvandrere (”nordmenn”). I noen tilfeller har vi undersøkt forskjeller mellom innvandrere fra enkeltland.

Undersøkelsen bygger på analyse av to typer data. For det første registerdata for alle som deltok i attføring i årene 1999 og 2000: Fra Aetat og Statistisk sentralbyrå har vi informasjon om disse personenes arbeidsmarkedstilpasning fra 1996 til og med 2002. For det andre bygger vi på intervjuer av ansatte i Aetat, trygde- og sosialkontorer, samt noen attføringsbedrifter.

Hovedkonklusjoner

Innvandrere er ikke underrepresentert på attføring

Det er ingenting som tyder på at ikke-vestlige innvandrere er underrepresentert på attføring. Vi finner riktignok at ikke-vestlige innvandrere har andre forløp enn nordmenn på alle de tre områdene vi har undersøkt: Rekruttering til attføring, gjennomføring av attføringen og resultater av attføringen. Dette betyr ikke nødvendigvis at innvandrere får et dårligere tilbud enn nordmenn.

Det er likevel to forhold som innebærer en begrensning i attføringstilbudet til ikke-vestlige innvandrere: En stor andel av dem har ikke rett til attføring etter Folketrygden, og mange har svært dårlige norskkunnskaper.

Positivt resultat for sosialt yrkeshemmede til tross for begrensning i tilbudet

Innvandrere som er på attføring er langt oftere enn nordmenn rekruttert på sosialt og ikke på medisinsk grunnlag. Aetat vurderer med andre ord at mange innvandrere har behov for attføring selv om de ikke har rett til det ifølge Folketrygden. Det kan være at de ikke har noen medisinsk diagnose som er årsak til yrkeshemmingen, eller det kan være at de ikke hadde opparbeidet seg rettigheter i Folketrygden før de ble yrkeshemmet, slik det kreves.

I intervjuene har vi fått et klart inntrykk av at sosialt yrkeshemmede i praksis ikke har samme valgmulighet på tiltakssiden som personer med rettigheter i Folketrygden. Derfor er det mye som tyder på at innvandreres valgmuligheter på attføring begrenses.

Vi finner imidlertid et positivt resultat av attføringen for ikke-vestlige innvandrere som er sosialt yrkeshemmede: De har like høy sannsynlighet for å være i arbeid etter attføringen som nordmenn som har vært sosialt yrkeshemmede.

Viktigste begrensning er dårligere norskkunnskaper

Det mest slående funnet i undersøkelsen er at mange innvandrere som er på attføring snakker svært dårlig norsk, selv om de har bodd mange år i Norge. Det gjelder dels personer som aldri har vært i arbeid i Norge, men også personer som har hatt en jobb hvor de har klart seg uten å kommunisere noe særlig på norsk. Når de må slutte i jobben på grunn av helseproblemer, er det ofte slik at svake norskkunnskaper begrenser mulighetene for attføring mer enn helsen. Norsk-kunnskapene innebærer også en utfordring i selve attføringsprosessen.

Nærmere om kartleggingen

Rekruttering til attføring

Blant alle som begynte på attføring i løpet av 1999-2000, var 7,4 prosent ikke-vestlige innvandrere. Blant de som begynte på attføring med en *medisinsk* diagnose, var andelen innvandrere lavere. Sammenliknet med andelen innvandrere blant de sysselsatte, er likevel ikke andelen som kommer på attføring med en medisinsk diagnose lav. Mange innvandrere blir dessuten rekruttert inn til attføring på *sosialt* grunnlag. Blant alle som begynner på attføring som sosialt yrkeshemmet, er over 17 prosent innvandrere. Vi kan dermed ikke trekke den konklusjonen at innvandrere er underrepresentert på attføring.

Nordmenn som begynner på attføring har vanligvis hatt sykepengar eller rehabiliteringspenger før attføringen, mens blant de ikke-vestlige innvandrerne er det vanligere å komme fra arbeidsledighet. Denne forskjellen har trolig å gjøre med personenes tidligere arbeidslivstilknytning, hvor færre innvandrere har opparbeidet seg trygderettigheter gjennom deltakelse i det norske arbeidslivet. Dette er også en årsak til at innvandrere oftere enn nordmenn kommer på attføring på sosialt grunnlag. En annen mulig årsak kan være at innvandrere oftere enn nordmenn har helseplager som ikke kvalifiserer til en medisinsk diagnose, og en del har sammensatte tilpasningsproblemer som sammen med språkproblemer gjør dem sosialt yrkeshemmede.

Gjennomføring av attføringen

Det er to ting som skiller et "gjennomsnittlig" attføringsløp for ikke-vestlige innvandrere fra nordmenns: Innvandrerne har ikke så langvarige attføringsløp som nordmenn, og de deltar på andre typer tiltak. Nordmenn er oftere i opplæringstiltak, mens innvandrere oftere er i tiltak i attføringsbedrifter (AMB) og i midlertidig sysselsetting, med andre ord tiltak med større innslag av arbeidstrening.

Noe av forskjellene i typer tiltak og varighet kan "forklares" med at en mindre andel av innvandrerne har en medisinsk diagnose som gir rett til attføring, mens flere er sosialt yrkeshemmede. Selv om Aetat i prinsippet kan tilby de samme tiltakene til personer som er sosialt yrkeshemmede, som til de som har rett til attføring, blir det ofte ikke gjort. Årsaken er at attføringen i de to tilfellene finansieres fra ulike kilder, og at sosialt yrkeshemmede må "konkurrere" med andre brukere om ressursene.

Selv når vi sammenlikner innvandrere og nordmenn med samme diagnose, består en del av forskjellen i typer tiltak og varighet. En del av saksbehandlerne vi intervjuet mente at dette hadde sammenheng med arbeidssøkernes egen motiva-

sjon: De opplevde at innvandrere ofte var mer opptatt av å komme raskt i jobb enn nordmenn, og mindre motivert for lengre utdanningsløp. Det er i tillegg slik at dårlige norskkunnskaper begrenser mulighetene for utdanningstiltak.

Resultat av attføringen

Målet med attføring er at arbeidssøkeren skal komme i ordinært arbeid. Siden det er et krav for tilståelse av uførepensjon at attføring skal være prøvd, er det nødvendigvis en del av de som starter på attføring på medisinsk grunnlag som må gi opp, og ender med uførepensjon.

Av alle som avsluttet attføring i årene 1999 og 2000, er det 40 prosent som er i ordinært arbeid (heltid eller deltid) ett år senere, mens 21 prosent har uførepensjon. 13 prosent er registrert som arbeidssøkere hos Aetat, 10 prosent er verken i jobb eller mottar trygd, men er registrert som sosialhjelpsmottakere. Om lag 15 prosent er ikke registrert i noen av disse registrene.

Blant ikke-vestlige innvandrere er noe færre i jobb – 36 prosent. De skiller seg i større grad ut ved at mye færre har uførepensjon (13 prosent), mens flere har sosialhjelp (15 prosent), og en stor andel er (fremdeles eller på nytt) registrert som arbeidssøkere hos Aetat.

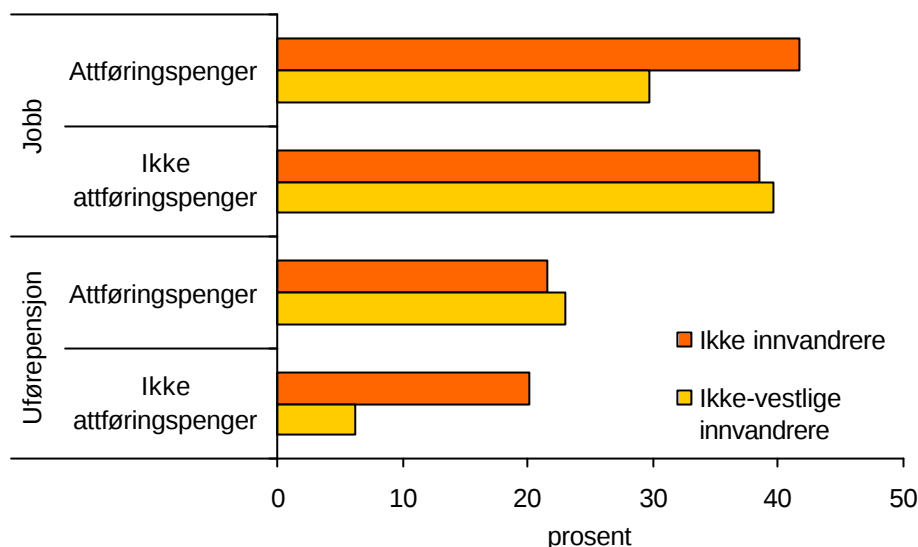
Forskjellene mellom nordmenn og innvandrere ser imidlertid annerledes ut når vi skiller mellom sosialt og medisinsk yrkeshemmede. En måte å måle det på, er å skille mellom de som mottar attføringspenger og de som ikke mottar attføringspenger, slik vi har gjort i figur A under.¹ Her viser vi andelen som er i henholdsvis jobb og har uførepensjon ett år etter attføringen, avhengig av om de hadde attføringspenger ved avslutningen av attføringen.

Vi ser at ikke-vestlige innvandrere i mindre grad enn nordmenn kommer i arbeid etter attføring på medisinsk grunnlag, mens de i like stor grad som nordmenn kommer i arbeid etter attføring på sosialt grunnlag. Andelen som er i uførepensjon ett år etter attføring på medisinsk grunnlag er den samme for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn. Blant de som er på attføring på sosialt grunnlag, er imidlertid sannsynligheten for å få uførepensjon senere betydelig lavere blant ikke-vestlige innvandrere enn blant nordmenn.

Det er mange faktorer som påvirker sannsynligheten for å være i arbeid eller ha uførepensjon etter attføring, for eksempel utdanningsnivå, kjønn, alder, mv. En del slike faktorer har vi informasjon om i registerdataene, slik at vi kan kontrollere for dem. De forskjellene mellom ikke-vestlige innvandrere og ikke-innvandrere som er vist i figur A, består når vi kontrollerer for slike variabler.

¹ Ikke alle som har rett til attføring etter Folketrygden mottar attføringspenger, men det gjelder de fleste.

Figur A *Andel i jobb og med uførepensjon ett år etter avsluttet attføring.
Prosent av ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere med
og uten attføringspenger ved avslutning av attføringen*



Samlet vurdering og anbefalinger

Spørsmålet om hvorvidt innvandrere får et fullgodt tilbud på attføringsområdet har vært bakgrunn for at denne undersøkelsen ble igangsatt. Våre funn peker i litt ulike retninger.

Som nevnt gir *ikke* den kvantitative kartleggingen grunnlag for å si at innvandrere er underrepresentert på attføring. Vi finner at det er en større andel av de som begynner på attføring på medisinsk grunnlag som er ikke-vestlige innvandrere, enn deres andel av de sysselsatte skulle tilsi. Høyere sykefravær blant ikke-vestlige innvandrere enn nordmenn peker i retning av at behovet for attføring er større. Videre er det en større andel av de som begynner på attføring på sosialt grunnlag som er ikke-vestlige innvandrere enn deres andel av de arbeidsledige skulle tilsi.

På grunnlag av intervjuene vil vi hevde at attføringsløpene legges med utgangspunkt i den enkeltes behov. Saksbehandlerne foretar i hvert enkelt tilfelle vurderinger av hva som er nødvendig og hensiktsmessig for at den enkelte skal kunne komme i ordinært arbeid. Det er ikke noe som tyder på at innvandrere systematisk blir behandlet annerledes enn nordmenn. Det er imidlertid to faktorer som gjør at innvandrere i praksis kan få et dårligere tilbud hos Aetat enn ikke-innvandrere: Dårlige norskkunnskaper og manglende trygderettigheter.

Dårlige norskkunnskaper synes å være den enkeltfaktor som i størst grad legger begrensninger på ikke-vestlige innvandreres attføringsløp og senere jobbmuligheter. Informasjon fra intervjuene tyder på at det kan være problemer med å få finansiert norskopplæring for innvandrere hos Aetat. Innvandrere på attføring er oftest i arbeidspraksis og mange av dem har et stort behov for norskopplæring i kombinasjon med yrkespraksis. Det mest hensiktsmessige synes derfor å være å gi tiltaksarrangører mulighet til å tilby innvandrere tilpasset språkopplæring i tilknytning til yrkesopplæring. Ansvarsfordeling mellom kommune og Aetat i forbindelse med tilpasset språkopplæring og finansieringen av dette må avklares.

En stor del av innvandrerne som begynner på attføring er registrert som sosialt yrkeshemmede. Undersøkelsen har avdekket at sosialt yrkeshemmede i praksis ikke har samme valgmulighet på tiltakssiden som personer som har rettigheter i Folketrygden. Ved enkelte Aetat lokal er ordinær utdanning og ulike kurs beholdt den siste gruppa. Det kan medføre at tiltak og kurs som kunne vært hensiktsmessig for sosialt yrkeshemmede ikke blir vurdert. Det er vanskelig å si noe om i hvilket omfang dette skjer, i og med at valget av tiltak også påvirkes av innvandrernes egne ønsker. Siden vi finner at det er ulike oppfatninger av regelverket på dette området, vil vi imidlertid anbefale at regelverket presiseres.

Et siste moment vi vil trekke fram, er ett som mange saksbehandlere i undersøkelsen framhevet som problematisk: Innvandrere som er uføre når de kommer til Norge har ikke rett til uførepensjon. I mangel av alternativer blir de ofte "pensjonert" på sosialhjelp. Dette er i strid med formål og regelverk for sosial stønad, og dessuten uverdigg for de det gjelder. Dette er en problemstilling som bør løftes fram og løses på politisk nivå.

1 Bakgrunn og problemstillinger

1.1 Bakgrunn

Attføring og yrkeshemmede

Personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt, eller har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket, har rett til ytelser til yrkesrettet attføring. Det dreier seg dels om finansiering av attføringstiltakene, dels om ytelse til livsopphold (attføringspenger). Attføring tilbys i den grad det er nødvendig og hensiktsmessig for at personen skal komme tilbake til arbeidslivet eller beholde arbeidet. Fram til 1. juli 2004 var det trygdeetaten som vurderte hvorvidt de medisinske vilkårene for attføring var tilstede, mens Aetat vurderte hvorvidt attføringstiltak var nødvendig og hensiktsmessig ut fra en arbeidsmarkedsfaglig vurdering. Dette er nå endret, slik at Aetat har ansvar for hele saksbehandlingen.

Et vanlig forløp fram til attføring går fra en jobb via sykemelding (sykepenger) og eventuelt medisinsk rehabilitering til attføring. En person kan også komme på attføring uten å ha vært i arbeid. I tillegg kan Aetat benytte attføringstiltak for å bistå personer som ikke fyller de medisinske kriteriene for rett til ytelser under attføring (Folketrygdens kapittel 11), men som av sosiale grunner har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt, eller fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket.

Begrepet *yrkeshemmede arbeidssøkere* benyttes i Aetat om *alle* som på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vanskeligheter med å få arbeid, og hvor Aetat vurderer at attføringstiltak er nødvendig og hensiktsmessig. Personer som ikke har en medisinsk diagnose kan motta individstønad som livsoppholdsyttelse i forbindelse med attføringen, avhengig av hva slags tiltak det er snakk om.

I Aetats interne retningslinjer heter det: "Med sosial mistilpasning regnes personer som på grunn av avvikende atferd eller reaksjonsmønster har vesentlige vansker med å fungere i arbeidslivet, og hvor dette helt eller delvis ikke kan forklares ut fra medisinsk definerte tilstander som sykdom, skade eller lyte. Omfattende

problemer som følge av rusmiddelbruk eller kriminalitet vil for eksempel falle inn under denne definisjonen.”²

Det har de siste tiårene vært en betydelig økning i antall registrerte yrkeshemmede arbeidssøkere. I 2002 var det i gjennomsnitt registrert 72.400 yrkeshemmede i Aetat³, mens det var 48.800 mottakere av attføringspenger⁴. Økningen i antall yrkeshemmede har flere årsaker. Kravet om attføring før eventuell uførepensjonering har blitt skjerpet. Attføring er de siste årene også blitt brukt i forbindelse med reaktivisering av uførepensjonister, oppfølging av opptrappingsplanen for psykisk helse og Regjeringens tiltaksplan mot fattigdom. Yrkesrettet attføring må anses som et av de viktigste virkemidlene innenfor en styrking av arbeidslinja.

Innvandrere

Innvandrere med bakgrunn fra ikke-vestlige land har som gruppe en svakere tilknytning til arbeidslivet enn ikke-innvandrere. I 4. kvartal 2002 var andelen sysselsatte i hele befolkningen (16-74 år) 70 prosent, mens blant innvandrere fra ikke-vestlige land varierte andelen fra 44 prosent (Afrika) til 60 prosent (Sør- og Mellom-Amerika)⁵. Tilsvarende er arbeidsledigheten vesentlig høyere blant ikke-vestlige innvandrere enn i befolkningen ellers.

Innvandrere er en prioritert gruppe ved inntak til ordinære arbeidsmarkedstiltak. I 2002 var innvandreres andel av deltakerne på slike arbeidsmarkedstiltak 31 prosent, mens de utgjorde om lag 17 prosent av de registrerte ledige.

Det er imidlertid lite kunnskap om innvandreres deltakelse i yrkesrettet attføring. Dette er bakgrunnen for at Arbeids- og sosialdepartementet ønsket å få gjennomført en undersøkelse.

1.2 Problemstillinger

Målet med evalueringen er å få kartlagt innvandreres bruk av attføring. Vi vil belyse inntak/kanalisering til attføring, innretning av selve attføringsløpet samt resultater av attføringen:

Har innvandrere og ikke-innvandrere ulike forløp ”inn i, gjennom og ut av” attføring, og hvilke faktorer kan eventuelt bidra til å forklare dette?

Vi ønsker altså å sammenlikne innvandrere med andre grupper. Som nevnt er det først og fremst ikke-vestlige innvandrere som har problemer på det norske arbeidsmarkedet. Innvandrere fra Norden har for eksempel høyere sysselsetting enn befolkningen som helhet. Vi hadde imidlertid ingen forhåndskunnskap om ulike innvandrergrupperes deltakelse i attføring, og ønsket derfor i utgangspunktet å sammenlikne innvandrere som har ”ikke-vestlig” og ”vestlig” bakgrunn, samt

² Hentet fra Aetats Intranett, ”Sosialt yrkeshemmede”, datert 21. 07 04.

³ www.aetat.no.

⁴ St.prp. nr. 1 (2003-2004), Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

⁵ Statistisk sentralbyrå, registerbasert sysselsettingsstatistikk (www.ssb.no).

ikke-innvandrere. Vi mente at det også kunne være av interesse å sammenlikne innvandrere med ulik landbakgrunn. Vi har imidlertid avgrenset problemstillingen til å gjelde førstegenerasjonsinnvandrere, bl.a. fordi det foreløpig er få andre-generasjonsinnvandrere i Norge i de aktuelle aldersgruppene.

I undersøkelsen har vi sett på alle former for attføringsløp – det vil si *alle* som blir registrert som yrkeshemmet i Aetat. Blant disse vil det som nevnt være en del som har en medisinsk diagnose og rett til attføringspenger, andre vil delta i attføring pga sosiale problemer og har ikke rett til attføringspenger.

Vi har organisert problemstillingene under tre overskrifter:

1) *Inntak/kanalisering til attføring:*

Hvor henvises de yrkeshemmede fra (trygdeetaten, sosialkontoret eller Aetat)? Er det forskjeller mellom innvandrere og ikke-innvandrere på dette området? Er andelen av de yrkeshemmede som har en medisinsk diagnose forskjellig i de ulike gruppene? Bygger trygdeetaten, Aetat og sosialtjenesten på ulike vurderinger ved henvisning av innvandrere og ikke-innvandrere til attføring? Henvises innvandrere til attføring av grunner som oppfattes som spesifikke for gruppen?

Er innvandrere underrepresentert når det gjelder bruk av attføring i forhold til andre, og hvorfor? Gjelder dette både for attføring på medisinsk grunnlag og attføring på sosialt grunnlag?

2) *Innhold i og varighet av attføringsløpet:*

Hvordan innrettes attføringsarbeidet overfor innvandrere? Er det spesielle problemstillinger som gjør seg gjeldende for denne gruppen? Gjelder det i så fall uavhengig av diagnose, eller gjelder det først og fremst blant de som er sosialt yrkeshemmede?

Hva slags type tiltak benyttes? Er fordelingen på typer tiltak forskjellig blant innvandrere og ikke-innvandrere? Hva er årsakene til dette? Har innvandrere kortere eller lengre attføringsløp enn ikke-innvandrere i gjennomsnitt? Hva er i så fall årsakene til det?

3) *Resultat av attføringen:*

Hvor stor andel går fra attføring og over i jobb, og etter hvor lang tid skjer det? Er resultatet av attføringen forskjellig for innvandrere og ikke-innvandrere? Er det spesielle kjennetegn ved arbeidssøkerne som øker sannsynligheten for å lykkes, og er det spesielle kjennetegn som øker sannsynligheten for ikke å lykkes? Er disse faktorene de samme blant innvandrere og ikke-innvandrere?

1.3 Metoder

Undersøkelsen er gjennomført i to deler: En analyse av registerdata og en intervjuundersøkelse. Vi beskriver her de to metodene.

Del 1: Registerdataundersøkelse

Vi har hatt tilgang til informasjon fra ulike registre om alle som deltok i attføring i løpet av årene 1999 og 2000. Vi valgte å gå noen år tilbake i tid, for å kunne undersøke hva som skjer med personene i en tid etter at attføringen er avsluttet. Dataene ble innhentet på følgende måte.

Fra Aetats registre plukket Arbeidsdirektoratet ut informasjon om alle som var registrert som yrkeshemmet en eller annen gang i løpet av de to årene. Informasjonen ble oversendt Statistisk sentralbyrå (SSB), som koplet til informasjon om de samme personene fra databasen FD Trygd, og oversendte dataene i avidentifisert form til ECON.⁶ Blant annet inneholder dataene informasjon om personenes eventuelle innvandrersstatus og fødeland. Utvalget av personer vi har hatt til rådighet for analysen, består dermed av alle innvandrere og alle ikke-innvandrere, som deltok på attføring i 1999-2000.

For dette utvalget har vi følgende informasjon fra ulike registre (som enten er hentet fra FD Trygd eller fra Aetat):

- Personkjennetegn som kjønn, alder, utdanningsnivå, yrkesbakgrunn, familiesituasjon og diagnose, samt for innvandrere, fødeland og botid i Norge (innvandringsår)
- Deltakelse i attføringstiltak: Type tiltak, oppstarttidspunkt og varighet, samt attføringsytelser
- Start- og sluttidspunkt av andre arbeidsmarkedsstatuser og livsoppholdsytelser i en periode før og etter tiltaket: Arbeidstakerforhold, arbeidsledighet, inntekt, utdanning, medisinsk rehabilitering, uførepensjon og sosialstønad. De fleste variablene har vi tilbake til 1996 og fram t.o.m. 2002, men noen har vi bare fram til 2001 (se vedlegg 1).

Med dette datagrunnlaget har vi analysert innstrømming til attføring, type tiltak og varighet, samt resultat/utstrømming fra attføringen (arbeid, utdanning, uførepensjon, mv.).

I analysen har vi benyttet ulike statistiske og deskriptive metoder for å belyse problemstillingene. I noen tilfeller er det hensiktsmessig å studere innstrømmingen, og dermed analysere kun de som *begynte* på attføring i perioden, i andre sammenhenger er det mest hensiktsmessig å studere utstrømmingen, de som *avsluttet* attføring i perioden.

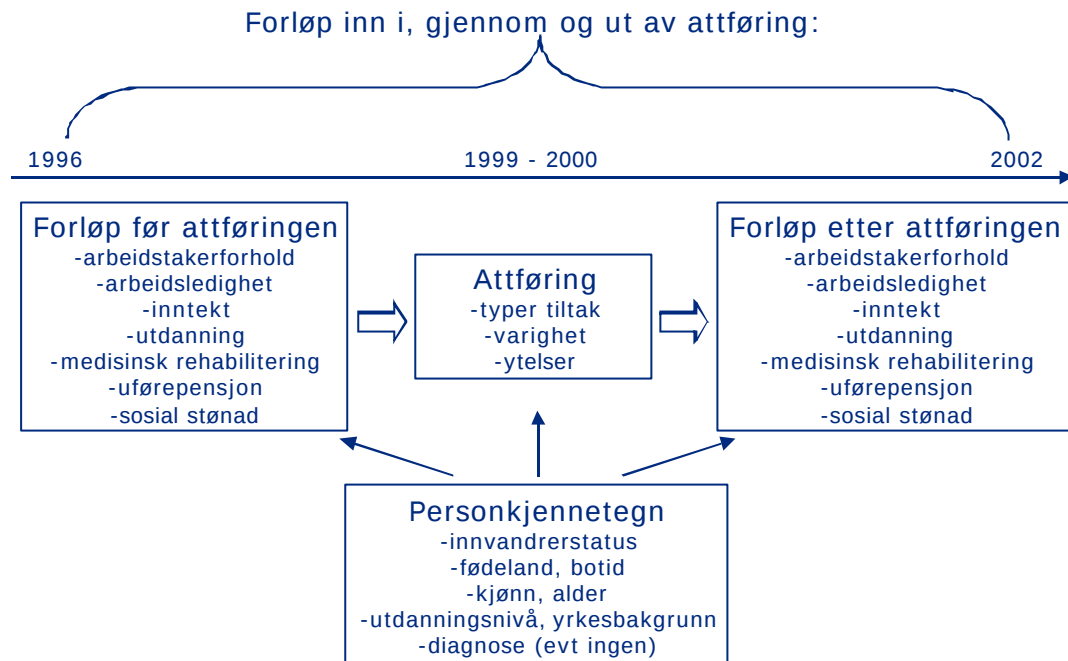
I Figur 1.1 illustrerer vi perspektivet som er benyttet i registeranalysen.

Inntak/kanalisering til attføring: Vi har gjort en deskriptiv analyse av andelen innvandrere og ikke-innvandrere som begynner på attføring. Hvordan varierer andelen innvandrere og ikke-innvandrere i ulike grupper? Hvilke kvantitative holdepunkter har vi for å vurdere hvordan fordelingen "bør være" (her har vi trukket inn statistikk fra andre kilder)? Hvordan varierer andelen av de yrkeshemmede arbeidssøkerne som har en medisinsk diagnose og andelen som er på

⁶ Fordi dataene inneholder helseopplysninger, er det innhentet konsesjon fra Datatilsynet til den aktuelle undersøkelsen.

attføring på sosialt grunnlag mellom ulike grupper (innvandrere og ikke-innvandrere)? Hvilke kjennetegn har innvandrere og ikke-innvandrere som begynner på attføring?

Figur 1.1 Perspektiv i registeranalysen - oversikt



Innhold i og varighet av attføringsløpet: Vi har analysert fordelingen på typer tiltak og varigheten av attføringsløpet, blant innvandrere og ikke-innvandrere, og undersøkt hvorvidt fordelingen og varigheten er forskjellig mellom gruppene når vi kontrollerer for andre personkjennetegn og diagnose.

Resultat av attføringen: Her har vi benyttet forløpsanalyse for å analysere overganger fra attføring til jobb/uføretrygd. Det vil si at vi har estimert overgangsrater, og analysert hvorvidt disse er forskjellige for innvandrere og andre, når vi kontrollerer for andre aktuelle forklaringsvariabler. Aktuelle forklaringsvariabler er f.eks. personkjennetegn, diagnose, typer tiltak. Er det spesielle kjennetegn ved arbeidssøkerne som øker sannsynligheten for å lykkes?

Del 2: Intervjuundersøkelse

Noen av problemstillingene lar seg vanskelig besvare ved hjelp av registerdata alene. For eksempel er informasjonen om innholdet i attføringen svært overflatisk i disse dataene. Registerdataene gir dessuten ingen informasjon om hvilke vurderinger som ligger til grunn for henvisning/inntak til attføring. Spørsmålet om innvandrere er over- eller underrepresentert på attføring er vanskelig å avgjøre på grunnlag av kvantitativ informasjon alene. Vurdering av behovet for attføring vil særlig for sosialt yrkeshemmede i stor grad bygge på skjønn. Det betyr at vi må undersøke hvordan skjønnet utøves.

Vi har derfor gjennomført en intervjuundersøkelse rettet mot ansatte i trygde-etaten, sosialkontorer og Aetat, samt hos noen store institusjonelle tiltaksarrangører. Undersøkelsen har fokusert på inntaket til attføring (alle aktørene) og

innretningen av attføringsopplegget (Aetat og tiltaksarrangører). Vi har gjennomført intervjuer ved 6 Aetat lokal, 5 trygdekontorer, 4 sosialkontor⁷, samt 5 tiltaksarrangører.

Kontorene/tiltaksarrangørene ble valgt ut fra et hensyn om at de skulle ha mange innvandrere blant sine potensielle brukere. Det betyr at vi først valgte ut noen kommuner/bydeler med mange ikke-vestlige innvandrere i befolkningen, basert på statistikk fra Statistisk sentralbyrå over bosatte innvandrere per kommune. Deretter valgte vi trygdekontor, sosialkontor, Aetat lokalkontorer og tiltaksarrangører i disse kommunene/ bydelene. Dette innebærer at de fleste er lokalisert i Oslo-området og et par andre byer. De første intervjuene ble gjennomført personlig, resten per telefon.

Vi intervjuet ansatte med bred erfaring i å vurdere personer for attføring, gjøre vedtak og/eller å legge opp attføringsløp og følge opp yrkeshemmede. Intervjuguiden ble utarbeidet etter at vi hadde gjennomført en del av registeranalysen, slik at vi kunne benytte intervjuene til å belyse årsaker til de resultatene vi fant i den kvantitative analysen.

Temaene i intervjuene har vært:

Inntak/kanalisering til attføring: Omfang av henvisning av innvandrere til attføring, henvisning fra trygdeetaten, Aetat og sosialkontoret. Vurdering av behovet i innvandrergupper relativt til andre grupper, eventuelle årsaker til lav/høy andel innvandrere. Hadde (det gamle) regelverket betydning for innvandreres ønske om å delta i attføring? Innholdet i dialogen mellom trygdekontoret og Aetat. Ulike vurderinger for innvandrere og andre, har innvandrere spesifikke problemer som gjør attføring mer eller mindre aktuelt? Hvilke kriterier brukes generelt for å henvise arbeidssøkere til attføring på et sosialt grunnlag? Grunner til å anta at innvandrere i mindre/større grad enn andre blir henvist til attføring dersom de har behov for det? Hvilke faktorer avgjør hvorvidt en person blir henvist til attføring eller ikke?

Innhold i attføringsløpet: Hvordan innrettes attføringsarbeidet overfor innvandrere? Er det spesielle problemstillinger som gjør seg gjeldende for denne gruppen? Gjelder det i så fall uavhengig av diagnose, eller gjelder det først og fremst blant de som er sosialt yrkeshemmede? Eventuelle årsaker til ulikheter i typer tiltak, eventuelle årsaker til ulikheter i varighet? Har Aetat det virkemiddelapparatet som er nødvendig for å bistå yrkeshemmede innvandrere?

1.4 Disposisjon og begrepsbruk

Begrepet *innvandrere* brukes i rapporten om *førstegenerasjons* innvandrere uten norsk bakgrunn, det vil si personer som er født utenfor Norge av to utenlandsfødte foreldre.

⁷ Det var opprinnelig meningen å intervju ansatte ved ytterligere ett sosialkontor. Etter å ha snakket med både Aetat og trygdekontoret i den aktuelle kommunen, avgjorde vi at det ikke hadde noen hensikt: Ingen av dem husket at noen innvandrere hadde vært på attføring i kommunen.

Vi betegner alle andre som *ikke-innvandrere*. Ikke-innvandrere inkluderer dermed en gruppe som man ofte regner til innvandrerbefolkningen – det gjelder personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre (såkalte andre generasjons-innvandrere).

Videre skiller vi mellom to hovedgrupper av innvandrere etter hvilket land de kommer fra (fødeland). *Vestlige innvandrere* er de som kommer fra land i Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania. *Ikke-vestlige innvandrere* er de som kommer fra andre land – med andre ord Øst-Europa, Asia, Afrika eller Sør-Amerika. Tyrkia regnes her med til ikke-vestlige land.

I noen tilfeller bruker vi de mindre omstendelige men mer upresise betegnelsene ”nordmenn” om ikke-innvandrere, og ”innvandrere” om ikke-vestlige innvandrere. Det går da fram av sammenhengen hva vi sikter til.

Rapporten er disponert på følgende måte. I kapittel 2 gjengir vi resultatene av registeranalysen og intervjuene når det gjelder kanalisering inn i attføring. Kapittel 3 omhandler selve attføringsløpet. Også her bygger vi både på registeranalysen og intervjuene. I kapittel 4 gjengir vi resultatene av registeranalysen når det gjelder hva som skjer etter attføringen. Hvert av kapitlene avsluttes med et avsnitt som oppsummerer innholdet i det aktuelle kapitlet.

Sitater fra intervjuene er gjengitt mest mulig ordrett (satt i kursiv). Disse blir brukt for å illustrere inntrykk fra intervjuene som ellers er beskrevet i teksten, og er ikke nødvendigvis representative.

Under tabeller og figurer er det kun oppgitt kilde dersom kilden er en annen en de registerdata som er koplet sammen spesielt til prosjektet (se vedlegg 1).

2 Inntak til attføring

I dette kapitlet redegjør vi for resultatene av registeranalysen og tilbakemeldingene fra intervjuene når det gjelder hvem som blir kanalisert inn i attføring og hvordan det skjer. Vi diskuterer dessuten hvorvidt innvandrere kommer på attføring i like stor grad som deres behov skulle tilsi.

2.1 Deltakelse i attføring

Hvem kommer på attføring? I dette avsnittet viser vi noen av resultatene fra analysen av registerdata, og redegjør for kjennetegn ved de som begynte på attføring i årene 1999-2000. I Aetats registre ble det registrert over 48.000 personer som startet på attføring i løpet av de to årene. Vi regner da med alle som ikke har vært registrert på attføring tidligere – tilbake til 1996.

Innvandrere og ikke-innvandrere

9,3 prosent av alle som startet på attføring i 1999-2000 er førstegenerasjons innvandrere. Blant disse kommer den største gruppen fra Asia, deretter Øst-Europa, Afrika og Norden. 7,4 prosent av alle som startet på attføring er innvandrere fra ikke-vestlige land.

Ikke-vestlige innvandrere som starter på attføring kommer oftest fra landene i det tidligere Jugoslavia, Iran, Pakistan, Vietnam, Tyrkia, Somalia og Irak. De har i gjennomsnitt bodd i Norge i 10,5 år før attføringen.

Vestlige innvandrere som starter på attføring kommer oftest fra de andre nordiske landene, Storbritannia eller Tyskland. De har i gjennomsnitt bodd i Norge i 15,5 år før attføringen.

Sykdom eller sosiale problemer

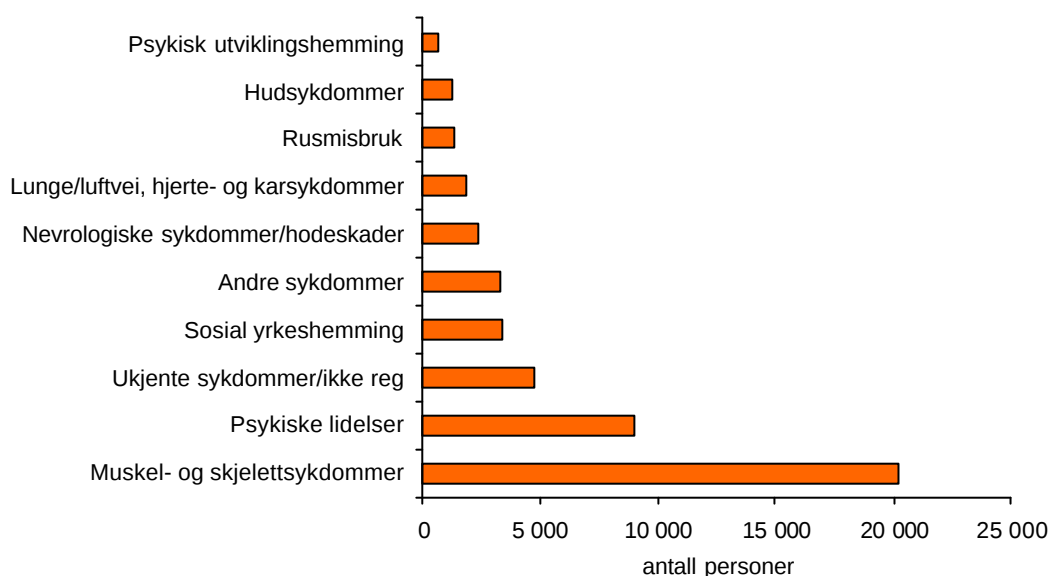
Som vi har vært inne på, "rekrutteres" attføringsdeltakere fra to litt ulike grupper: Personer med en medisinsk diagnose og rett til ytelser fra folketrygden og personer som har vanskelig for å komme i arbeid på grunn av sosiale årsaker. De siste kan få tilbud om attføring dersom Aetat vurderer at de har behov for det. I registerdataene er det imidlertid ikke mulig å dele personene entydig inn i de to gruppene.

Vi har riktignok informasjon om personene mottar attføringspenger eller ikke. Imidlertid kan livsoppholdsyttelse variere over tid, og er heller ikke synonymt med rettigheter. Dette kommer vi tilbake til.

En enklere måte å dele inn personene på, er etter diagnosegruppe – hvorvidt de er registrert med en medisinsk diagnose eller som sosialt yrkeshemmede. Vi har valgt denne tilnærmingen. Vi må imidlertid være klar over at personer som er registrert med en medisinsk diagnose ikke alltid har rett til attføringspenger, mens personer som er registrert uten noen diagnose, kan ha søkt og fått attføringspenger på et senere tidspunkt.

I Figur 2.1 ser vi at de fleste som registreres som yrkeshemmet hos Aetat har en medisinsk diagnose. Den største gruppen er personer med muskel- og skjelettsykdommer, deretter kommer psykiske lidelser. Med to unntak består alle diagnosegruppene som er vist i figuren av anerkjente medisinske diagnoser. De to unntakene er "sosial yrkeshemming" og "ukjente sykdommer".

Figur 2.1 Antall personer som begynte på attføring i 1999-2000 fordelt på diagnosegrupper



Det har vært vanskelig å få klarhet i hva som ligger bak betegnelsen "ukjente sykdommer" i registeret. For at en person skal ha rett til attføringspenger, skal vedkommende ha redusert arbeidsevne som følge av en kjent sykdom (eller skade/lyte). Likevel er det altså relativt mange som har registrert "ukjent sykdom" som diagnose. Vi har undersøkt hvor stor andel av de yrkeshemmede med ulike diagnoser som mottok attføringspenger ved oppstarten og ved avslutningen av attføringen. Det viser seg at det er en lav andel av personene med "ukjent sykdom" som er registrert med attføringspenger på noen av tidspunktene. Dette kan tyde på at gruppa i hovedsak består av det vi har kalt sosialt yrkeshemmede personer.

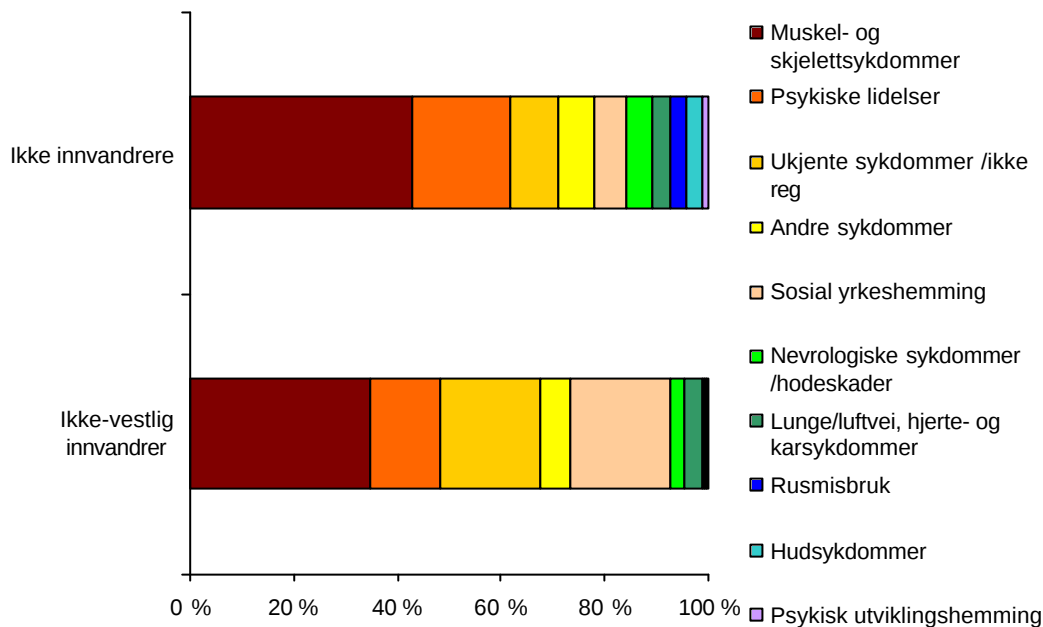
Til tross for at vi mangler en entydig inndeling, mener vi at diagnosegruppe er den variabelen som best skiller mellom de to gruppene: Personer som kanaliseres inn på attføring på medisinsk og sosialt grunnlag.

Diagnose

I Figur 2.1 så vi hvordan alle som begynte på attføring i 1999-2000 fordelte seg på diagnosegrupper. Muskel- og skjelettsykdommer er den klart største gruppen, deretter kommer psykiske lidelser. I Figur 2.2 ser vi hvordan denne fordelingen

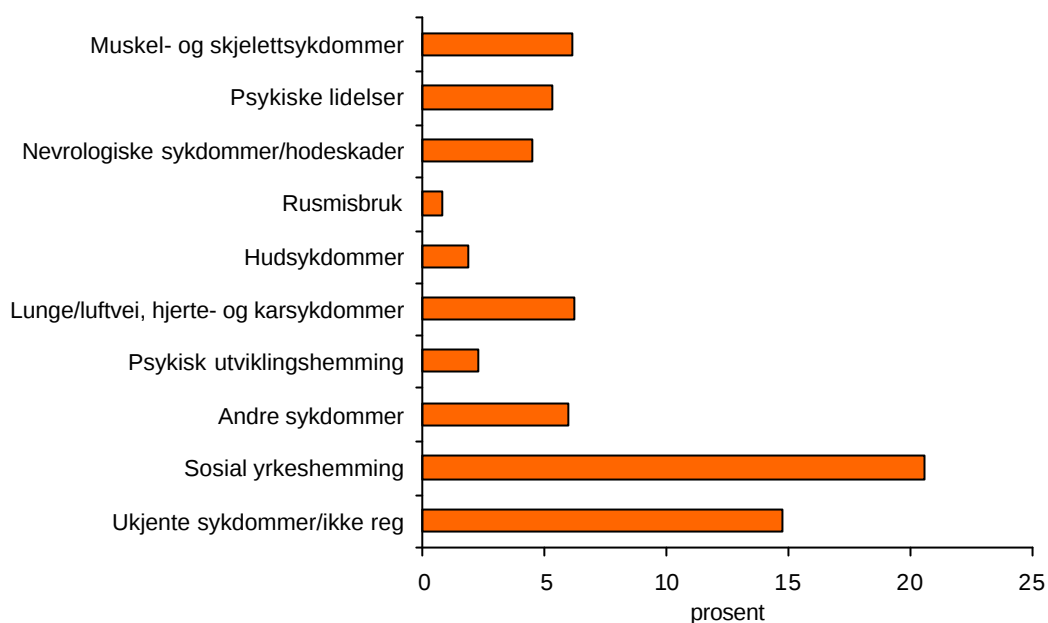
ser ut for ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere. Det er to ”diagnoser” som er mer vanlig blant innvandrere enn nordmenn: Ukjente sykdommer og sosial yrkeshemming.

Figur 2.2 Diagnosegruppe for de som begynte på attføring i 1999-2000.
Ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere



I Figur 2.3 viser vi hvor stor andel av de som begynte på attføring med ulike diagnoser, som var ikke-vestlige innvandrere. Andelen av alle som begynte på attføring er 7,4 prosent, men dette varierer mellom diagnosegruppene. I figuren har vi sortert de medisinske diagnosene etter størrelsen på gruppene, unntatt de to ”ikke-medisinske” gruppene, som vises nederst i figuren. Vi ser at andelen ikke-vestlige innvandrere i de største diagnosegruppene ligger rundt 5 prosent. I gruppen rusmisbruk er innvandrere sterkt underrepresentert, det samme gjelder hudsykdommer og psykisk utviklingshemming. Blant sosialt yrkeshemmede og personer med ukjente sykdommer er de på den annen side sterkt overrepresentert.

Figur 2.3 *Andel ikke-vestlige innvandrere i de ulike diagnosegruppene*



Livsoppholdsyttelse under attføringen

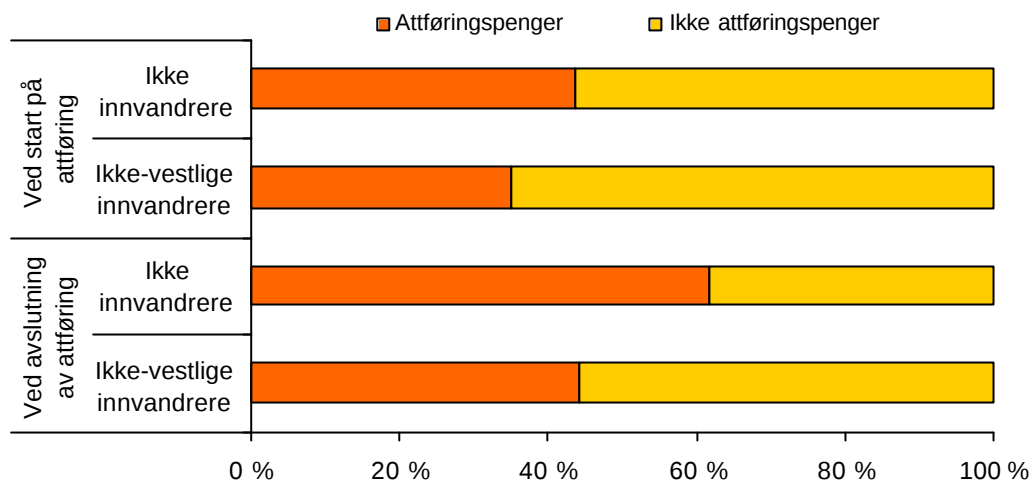
I registerdataene fra Aetat er det registrert hvorvidt en person på ulike tidspunkter mottar attføringspenger eller dagpenger. Andre livsoppholdsyttelser som en person kan motta i forbindelse med attføringen, er mangelfullt registrert i Aetats register. Det kan dreie seg om lønn hos tiltaksarrangør, sykepenger, rehabiliteringspenger, uførepensjon og/eller sosialhjelp.

I Figur 2.4 viser vi andelen av de som startet på attføring i 1999-2000, som på starttidspunktet ble registrert med attføringspenger, og andelen som hadde attføringspenger ved avslutningen av attføringen (eller det siste tidspunktet vi kan observere vedkommende, dersom attføringen ennå ikke er avsluttet). Blant nordmenn som begynte på attføring er det 44 prosent som mottar attføringspenger, andelen kommer opp i 62 prosent ved slutten av attføringsløpet. Blant ikke-vestlige innvandrere er andelen lavere – 35 prosent ved starten av attføringen og 44 prosent ved avslutningen.

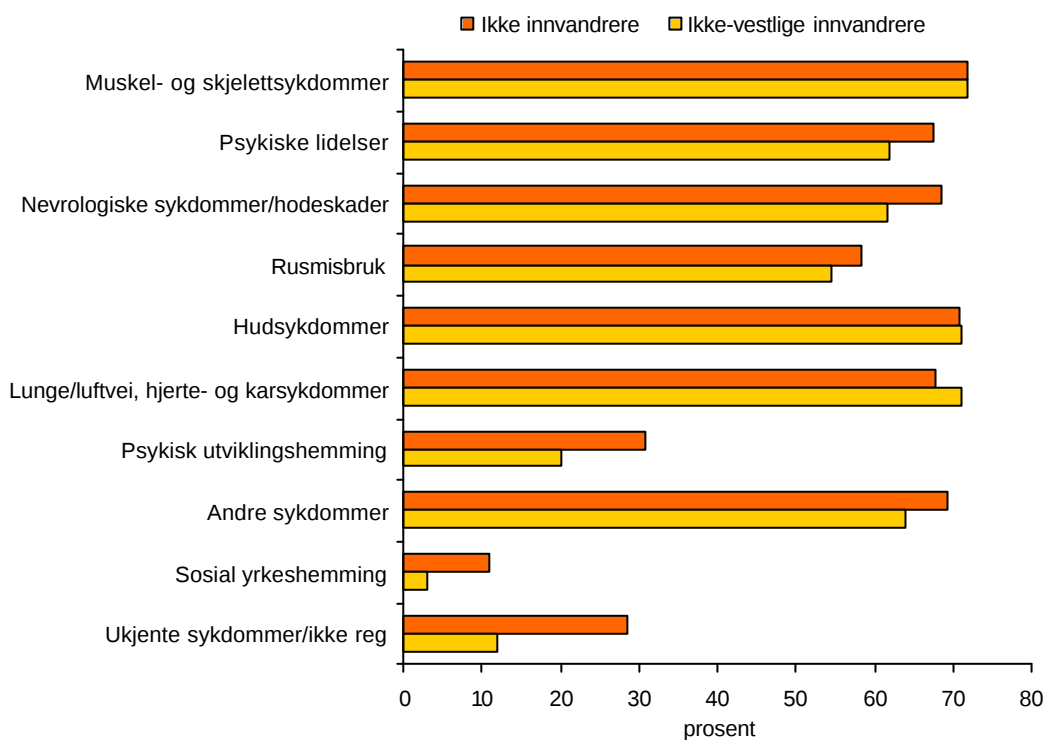
I Figur 2.5 ser vi at andelen som mottar attføringspenger naturlig nok varierer med diagnose – og er svært lav blant de som er registrert som sosialt yrkeshemmede. At noen av dem i det hele tatt mottar attføringspenger, kan bero på at en medisinsk diagnose blir avklart etter hvert, men at registreringen ikke blir endret i datasystemet. Det er også relativt få med psykisk utviklingshemming som mottar attføringspenger. Årsaken er sannsynligvis at en god del av dem får uførepensjon.

Figuren viser videre at det ikke er noe særlig forskjell på innvandrere og ikke-innvandrere i andelen som mottar attføringspenger, når vi kontrollerer for diagnose.

Figur 2.4 *Andel som har attføringspenger ved starten på attføringen og ved avslutningen av attføringen (evt siste observerte tidspunkt)*



Figur 2.5 *Andel som mottar attføringspenger ved avslutningen av attføringen, etter diagnose og innvandrergroupe*



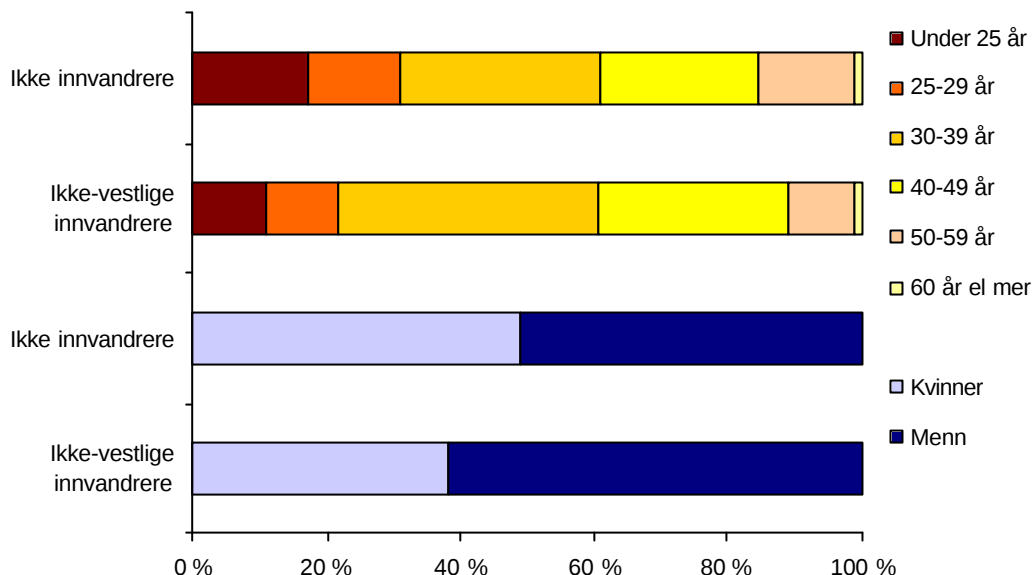
Personkjennetegn

I Figur 2.6 viser vi hvordan de ikke-vestlige innvandrerne og ikke-innvandrere som startet på attføring, fordeler seg på aldergrupper og kjønn. Vi ser at det blant innvandrerne er en mindre andel unge (under 30 år), men også en mindre andel over 50 år enn det er blant ikke-innvandrerne.

Kvinner er sterkt underrepresentert blant innvandrere på attføring. Når vi undersøker kjønnsfordelingen blant de som har en medisinsk diagnose og de sosialt yrkeshemmede hver for seg, finner vi at menn er i flertall også blant sosialt yrkes-

hemmede ikke-innvandrere. Det er med andre ord bare blant nordmenn med en medisinsk diagnose at kjønnsfordelingen er jevn.

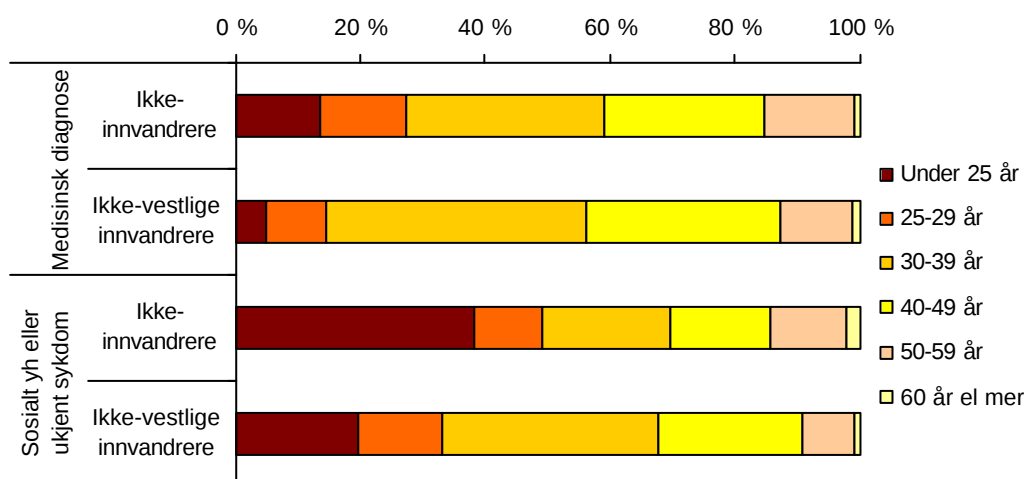
Figur 2.6 Alders- og kjønnsfordeling blant ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere som startet på attføring i 1999-2000



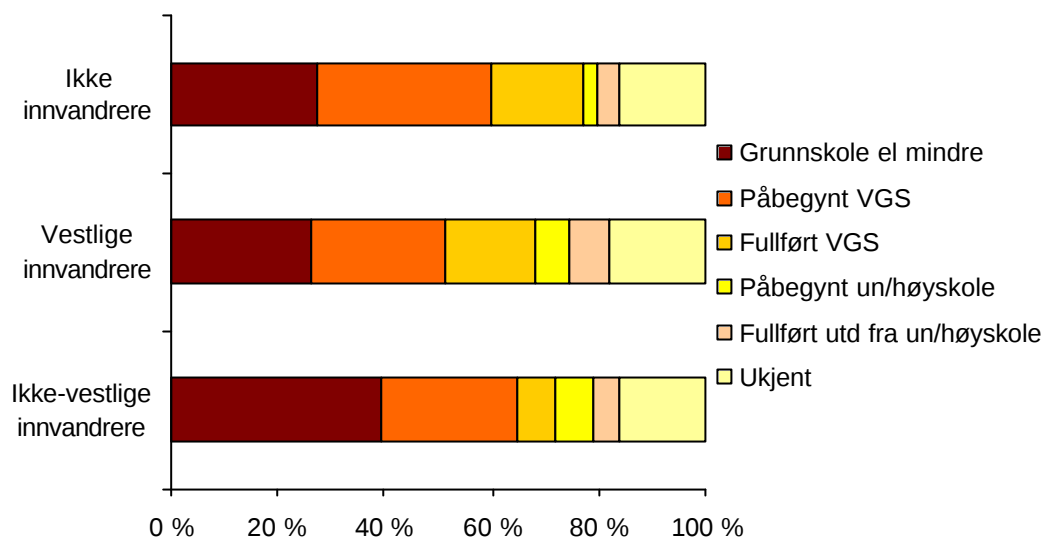
Også alderfordelingen er forskjellig blant de som er på attføring på medisinsk grunnlag og de sosialt yrkeshemmede. I Figur 2.7 ser vi at det blant de sosialt yrkeshemmede er en stor andel svært unge arbeidssøkere, særlig gjelder det ikke-innvandrere, der halvparten er under 30 år.

I Figur 2.8 viser vi fordeling på utdanningsnivå blant de som begynte på attføring. Blant ikke-vestlige innvandrere er det en betydelig høyere andel enn av nordmenn som bare har grunnskole eller mindre. Andelen som har fullført videregående skole er mindre. Det er imidlertid en noe større andel av de ikke-vestlige innvandrerne som har høy utdanning.

Figur 2.7 Alderfordeling blant ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere som startet på attføring i 1999-2000, på henholdsvis medisinsk og sosialt grunnlag

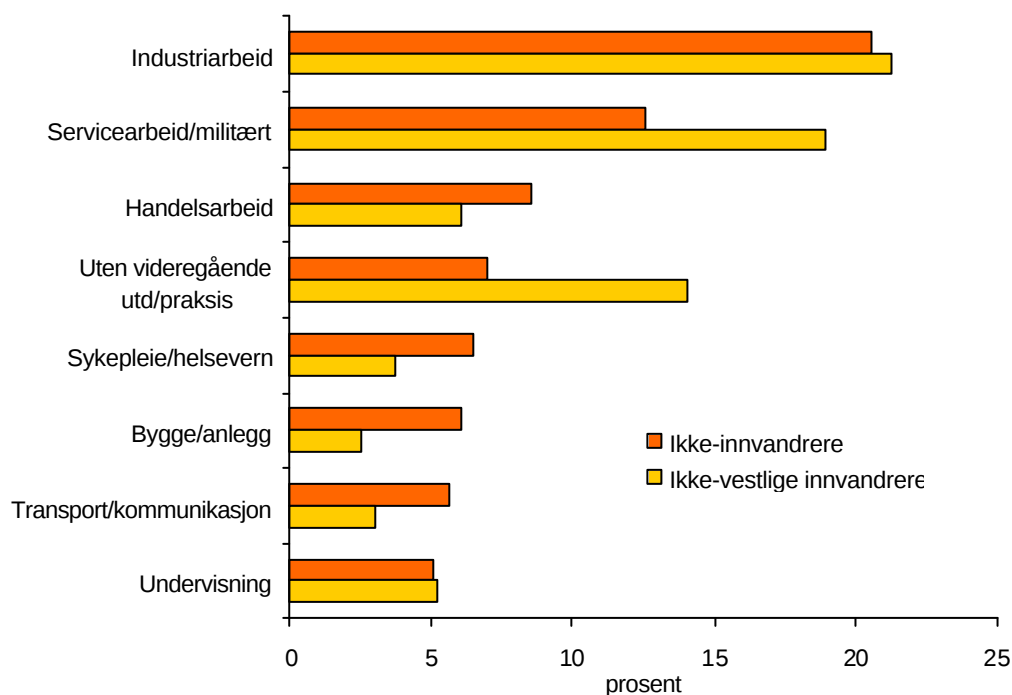


Figur 2.8 Utdanningsnivå blant alle som begynte på attføring i 1999-2000, etter innvandrergroupe



Personer som registreres som arbeidssøkere hos Aetat blir registrert med et yrke, dersom de har arbeidserfaring eller en yrkesutdanning. I Figur 2.9 viser vi fordelingen på yrkesbakgrunn blant de som begynte på attføring. Bare de største yrkesgruppene vises her. Vi ser at det er en stor andel av de ikke-vestlige innvandrerne som har erfaring fra servicearbeid, og en stor andel som ikke har noen yrkeserfaring eller –utdanning.

Figur 2.9 Yrkesbakgrunn blant ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere som begynte på attføring i 1999-2000. De største yrkesgruppene



Det er noe forskjell på yrkesbakgrunn blant de som er på attføring på sosialt og medisinsk grunnlag. Den største forskjellen gjelder andelen som ikke har noen videregående utdanning eller praksis – som er mye høyere blant de som er på attføring på sosialt grunnlag enn de som har en medisinsk diagnose. Innenfor hver av de to gruppene er likevel andelen høyere blant innvandrere enn blant nordmenn. Videre er det en betydelig større andel av de som er på attføring på medisinsk grunnlag enn sosialt grunnlag som har yrke innen servicearbeid. Forskjellen er mest markert blant innvandrere.

2.2 Målgrupper og behov for attføring

En problemstilling i undersøkelsen har vært hvorvidt innvandrere er under- eller overrepresentert på attføring. Dette spørsmålet krever en nærmere diskusjon. Det er ikke noe enkelt svar på hva som er den ”riktige” andelen innvandrere på attføring. Generelt kan vi si at alle bør ha tilgang til attføring i den grad de har behov for det, med andre ord dersom de på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vanskeligheter med å få arbeid, og hvor attføringstiltak anses som nødvendig og hensiktsmessig ut fra en arbeidsmarkedsfaglig vurdering.

Vi vil i det følgende trekke fram informasjon fra ulike kilder som kan hjelpe oss å belyse *behovet* for attføring blant innvandrere, sammenliknet med behovet blant ikke-innvandrere. Vi ser først på behov for attføring på grunn av sykdom, deretter sosiale problemer.

Sykdom og sykefravær

I undersøkelsen Levekår blant innvandrere fra 1996 fant Statistisk sentralbyrå at forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn blant ikke-vestlige innvandrere (Blom og Ramm 1998). De fleste somatiske sykdommer er vanligere blant nordmenn, mens nervøse lidelser oftere forekommer blant innvandrere enn blant nordmenn. Sykeligheten i befolkningen øker selvsagt med alderen. Dette kan imidlertid ikke forklare forskjellen i sykelighet mellom innvandrere og nordmenn – kun i aldersgruppen 45-66 år er andelen syke høyere blant innvandrere enn blant nordmenn.

Undersøkelsen tyder på at innvandreres helsetilstand er sterkere polarisert enn nordmenns. Det er store forskjeller i sykelighet etter hvilket land innvandrene kommer fra. Videre er det slik at blant de som har (minst) en varig sykdom, er andelen som svarer at sykdommen medfører begrensinger i arbeidsevnen, langt høyere blant innvandrere enn nordmenn. I artikkelen blir ulike forklaringer på dette diskutert, uten at det blir trukket noen konklusjon. Dersom man tar som utgangspunkt at svarene fra de to gruppene er sammenliknbare, impliserer de imidlertid at det er langt flere innvandrere enn nordmenn som har en sykdom som gir dem redusert arbeidsevne (og som dermed er i målgruppa for attføring).

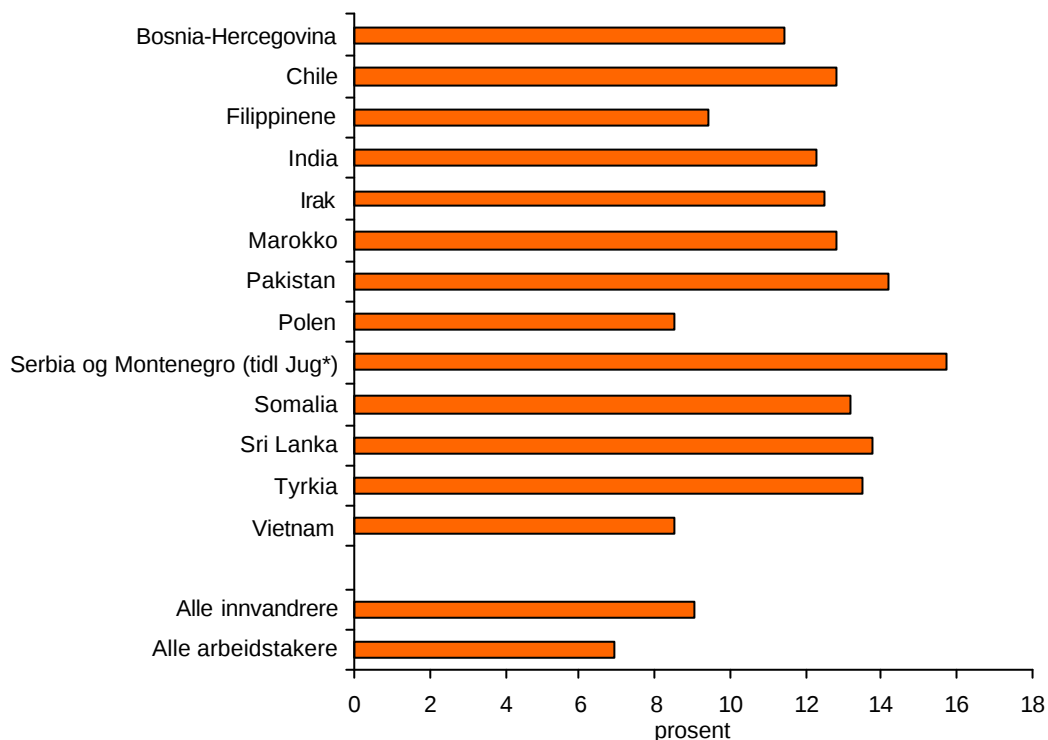
I Østby (red, 2004) sammenliknes statistikk over legemeldt sykefravær i 4. kvartal 2002, for innvandrere fra ulike verdensdeler, med gjennomsnittet i det norske arbeidslivet. Det viser seg at innvandrere fra ikke-vestlige land har høyere legemeldt fravær enn andre arbeidstakere i alle aldersgruppene; under 25 år, 25-49 og 50 eller eldre. Fraværet blant ikke-vestlige innvandrere ligger 50 prosent eller mer over gjennomsnittet i Norge.

Det er ikke særlig forskjell på sykefraværet etter hvilken verdensdel innvandrerne kommer fra. Hvis vi ser på enkeltland er det imidlertid store forskjeller.

I Figur 2.10 viser vi det legemeldte sykefraværet i de største ikke-vestlige nasjonalitetene, sammenliknet med gjennomsnittet blant alle innvandrere og alle arbeidstakere i 4. kvartal 2002. Vi ser at det legemeldte fraværet i alle disse nasjonalitetene er høyere enn gjennomsnittet for alle arbeidstakere, men at variasjonene mellom landene er store. Høyest fravær blant disse nasjonalitetene har innvandrere fra tidligere Jugoslavia, lavest har innvandrere fra Vietnam og Polen.

Sykefraværstatistikken kan tyde på at behovet for attføring er større blant en del innvandrergupper enn blant ikke-innvandrere.

Figur 2.10 Sykefraværstagsverk for legemeldt fravær i prosent av avtalte dagsverk. Førstegenerasjons innvandrere fra utvalgte land. 4. kvartal 2002



Kilde: SSB

* Kategorien inkluderer innvandrere fra hele det tidligere Jugoslavia før delingen.

Uførepensjonering

En viktig målgruppe for attføring er personer som står i fare for å bli uføretrygdet. Vi vet ikke hvor mange det dreier seg om, men vi vet hvor mange som faktisk *blir* uføretrygdet.

Statistisk sentralbyrå har nylig offentliggjort statistikk over uførepensjonering i ulike nasjonaliteter og aldersgrupper (Østby, red, 2004). Blant alle førstegenerasjons innvandrere i alderen 18-67 år, mottok 6 prosent uførepensjon ved utgangen av 2000, mens tilsvarende andel for alle i samme aldersspenn var nesten 10 prosent. Den lave andelen blant innvandrere er imidlertid i hovedsak forklart

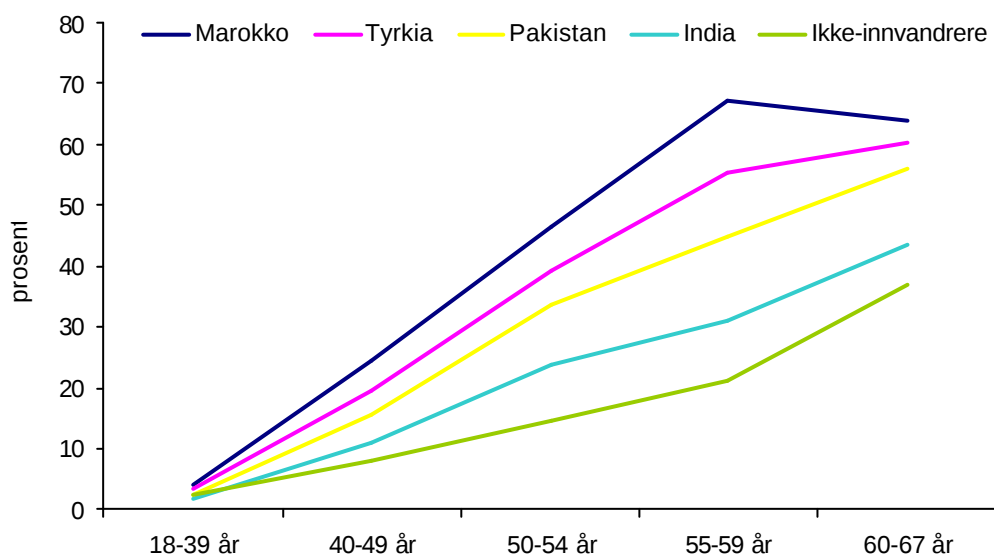
av ulik aldersfordeling: Innenfor hver aldersgruppe er det omtrent samme uføreandel blant innvandrere som befolkningen ellers blant menn, og noe lavere blant kvinner.

Botid har stor betydning for uføreandelen til innvandrere. Blant innvandrere som har en botid i Norge på under 10 år, har knapt 1 prosent uførepensjon. I Østby (red, 2004) blir det nevnt en mulig årsak til dette: At det er lettere å oppnå uførepensjon for en person som tidligere har vært yrkesaktiv, og at den vanligste "karriereveien" for en person som kommer på uføretrygd er fra yrkesaktivt arbeid til sykepenges, og eventuelt via rehabilitering og attføring til uførepensjon. Denne "karrieren" tar tid.

I tillegg kan vi se to andre årsaker til at uføreandelen blant innvandrere med kort botid er lav; Man har først rettigheter i Folketrygden etter 3 års botid i Norge, og etter dette skjer en gradvis opptjening, slik at man etter få års botid i Norge eventuelt vil få en svært lav pensjon. Det er dessuten slik at arbeidsevnen må ha blitt redusert *etter* at man har opparbeidet seg rett til pensjon. Innvandrere som trygdekontoret vurderer var ufør allerede når de kom til Norge, kan aldri få rett til uførepensjon i landet.

Undersøkelsen viser at det dessuten er store forskjeller i uføreandel mellom *nasjonaliteter*, fra så vidt over 1 prosent blant bosniere til 15 prosent blant marokkanere. Forskjellene kan i stor grad tilskrives ulik botid, dels også ulik alderssammendetning. Det er imidlertid unntak fra dette.

Figur 2.11 *Andel uførepensjonister blant bosatte i ulike aldergrupper. Ikke-innvandrere og innvandrere fra utvalgte land*



Kilde: SSB

I enkelte nasjonaliteter er uføreandelen svært høy blant personer over 50 år. Det gjelder særlig marokkanere (57 prosent), tyrkere (48 prosent), pakistanere (41 prosent) og indere (31 prosent). Tilsvarende andel blant nordmenn 50-67 år er 24 prosent. Andelen uførepensjonister øker naturlig nok med økende alder. I Figur 2.11 viser vi uføreandelen i de nevnte nasjonalitetene og blant ikke-innvandrere i ulike aldersgrupper. Vi ser at den høye uføreandelen i de aktuelle nasjonalitetene

kan ses på som en tendens til tidlig pensjonering: Uføreandelen blant indere 50-54 år er på linje med uføreandelen blant 5-10 år eldre nordmenn, mens uføreandelen blant pakistanere og tyrkere 50-54 år er på linje med uføreandelen blant 10-15 år eldre nordmenn. Blant personer under 40 år er det ubetydelig forskjell mellom nasjonalitetene i uføreandel.

Bratsberg m.fl. (2003) har gjort en undersøkelse av mannlige innvandrere fra Pakistan, India, Tyrkia og Marokko som kom til Norge i perioden 1971-1975, med andre ord i tiden før "innvandringsstoppen". De finner at deltakelsen i arbeidslivet var meget høy de første 10 årene, med sysselsettingsrater som til og med var høyere enn for nordmenn. Rundt 35-årsalderen begynte imidlertid sysselsettingsratene å dale, og om lag 2 prosent av utvalget forlot deretter arbeidslivet hvert år. Mens den forventede sysselsettingsraten lå på 92 prosent for en 35-åring i disse innvandrergruppene, var den nede i 61 prosent ved 50 års alder. De aller fleste som da var utenfor arbeidslivet mottok uførepensjon eller levde på andre typer overføringer.

Disse tallene over uførepensjonering i enkelte innvandrergupper, kan tyde på at behovet for attføring kan være stort i noen grupper, men at det er sterkt varierende.

Sosial funksjonshemming

Hvor vanlig er så "sosiale funksjonshemminger" i ulike grupper? Det er rimelig å anta at noen typer sosiale problemer er overrepresentert blant innvandrere, mens andre er underrepresentert. Sosiale problemer, eller såkalte sosiale funksjonshemminger, er imidlertid ikke noe kjennetegn som er registrert noe sted eller som det finnes statistikk over.

De populasjonene som sosialt yrkeshemmede "rekrutteres fra", er imidlertid i hovedsak arbeidsledige (langtidsledige) og langtids sosialhjelpsmottakere. Som nevnt er attføring et viktig redskap for å forhindre uførepensjonering, reaktivisere uførepensjonister, og spiller en viktig rolle i opptrappingsplanen for psykisk helse og i Regjeringens tiltaksplan mot fattigdom. I målgruppene for de tre første innsatsområdene vil en medisinsk diagnose være inne i bildet, mens man i arbeidet for redusert fattigdom oftest vil benytte de sosiale kriteriene for attføring. Innvandrere utgjør en betydelig andel av målgruppa for arbeidet mot fattigdom, og på dette området har Aetat stort rom for bruk av skjønn i valg av tiltak.

I Østby (red, 2004) gjengis noe statistikk over bruken av sosialhjelp blant innvandrere. I 2000 var det 11 prosent av førstegenerasjons innvandrere som mottok sosialhjelp, mens andelen i befolkningen generelt var i underkant av 3 prosent. Blant innvandrere fra Afrika var andelen hele 25 prosent, fra Asia inkludert Tyrkia 14 prosent, Øst-Europa 14 prosent og Latin-Amerika 11 prosent. Videre er det en større andel av de ikke-vestlige innvandrerne enn resten av befolkningen som mottar sosialhjelp over lang tid.

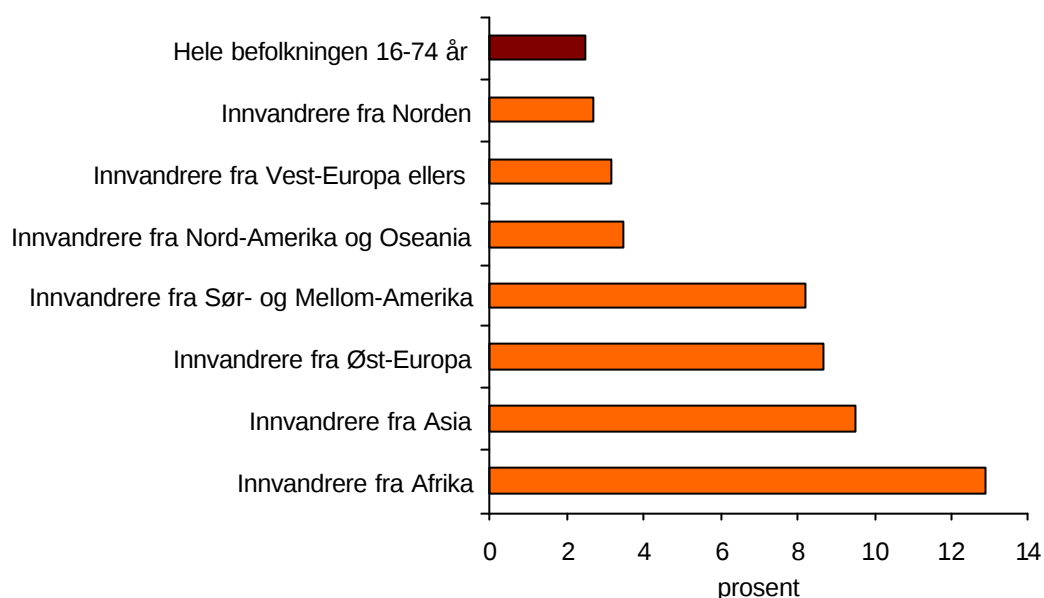
Ikke-vestlige innvandrere har som nevnt høyere registrert arbeidsledighet enn nordmenn. I Figur 2.12 viser vi arbeidsledighetsprosenten i november 2000⁸, i

⁸ Tidspunktet er valgt fordi det er denne perioden vi har attføringsdata for.

hele befolkningen i yrkesaktiv alder, og i ulike innvandrergupper. Arbeidsledigheten blant innvandrere fra afrikanske land var på dette tidspunktet fem ganger så høy som i befolkningen generelt, og blant innvandrere fra andre ikke-vestlige land var ledigheten mellom tre og fire ganger så høy som i befolkningen generelt.

Vi kan konkludere med at det trolig er et større behov for attføring på sosialt grunnlag blant ikke-vestlige innvandrere enn for nordmenn.

Figur 2.12 Registrert arbeidsledighet i prosent av arbeidsstyrken november 2000



Kilde: SSB

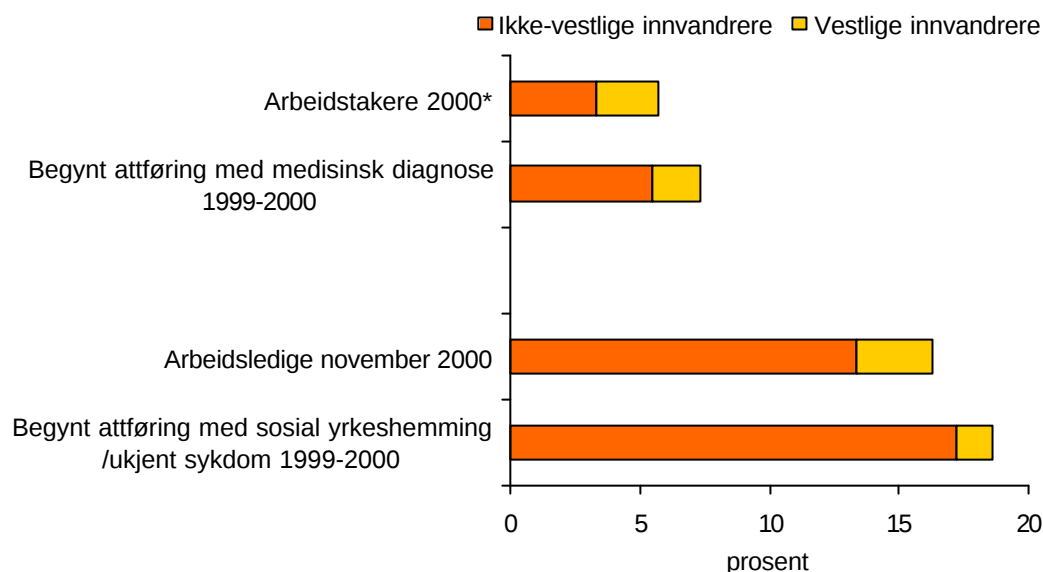
2.3 Forholdet mellom behov og rekruttering til attføring

I dette avsnittet sammenlikner vi omfanget av attføring i ulike grupper med de indikasjonene vi har på behovet for attføring i de samme gruppene. I Figur 2.13 viser vi hvordan andelen innvandrere blant de som startet på attføring i perioden, står i forhold til andelen innvandrere i populasjoner som de yrkeshemmede "rekrutteres fra".

Personer som begynner på attføring med rettigheter i Folketrygden rekrutteres i hovedsak fra de som tidligere har vært i arbeid. I figuren ser vi at blant alle arbeidstakere i 2000 var 5,7 prosent innvandrere – 2,4 prosent var innvandrere fra vestlige land og 3,3 prosent innvandrere fra ikke-vestlige land. Videre ser vi at blant alle som begynte på attføring med en medisinsk diagnose i 1999-2000 var 7,4 prosent innvandrere, hele 5,4 prosent var innvandrere fra ikke-vestlige land. Figuren kan dermed tyde på at innvandrere er overrepresentert blant personer som begynner på attføring på medisinsk grunnlag. Det høyere sykefraværet blant ikke-vestlige innvandrere kan likevel tyde på at dette er i tråd med et større behov.

Arbeidsledigheten kan som nevnt brukes som indikator på behovet for attføring på sosialt grunnlag. Av figuren ser vi at hele 13,3 prosent av de arbeidsledige i november 2000 var ikke-vestlige innvandrere, mens det gjelder en enda større andel – 17,2 prosent – av de som begynte på attføring som sosialt yrkeshemmet eller med ukjent sykdom som diagnose. Heller ikke på dette området har vi dermed noe grunnlag for å trekke den konklusjonen at innvandrere er underrepresentert på attføring.

Figur 2.13 *Andel innvandrere blant alle arbeidstakere og arbeidsledige i 2000, og blant personer som begynte på attføring i 1999-2000*



Kilde: Antall arbeidstakere og arbeidsledige er hentet fra SSB

* Antall sysselsatte er ikke tilgjengelig for 2000, vi har derfor brukt tall over arbeidstakere isteden.

Som vist i forrige avsnitt, varierer de ulike målene vi har brukt som indikatorer på behov for attføring betydelig mellom nasjonaliteter. Det vil derfor være av interesse å undersøke om andelen som er på attføring varierer på samme måte.

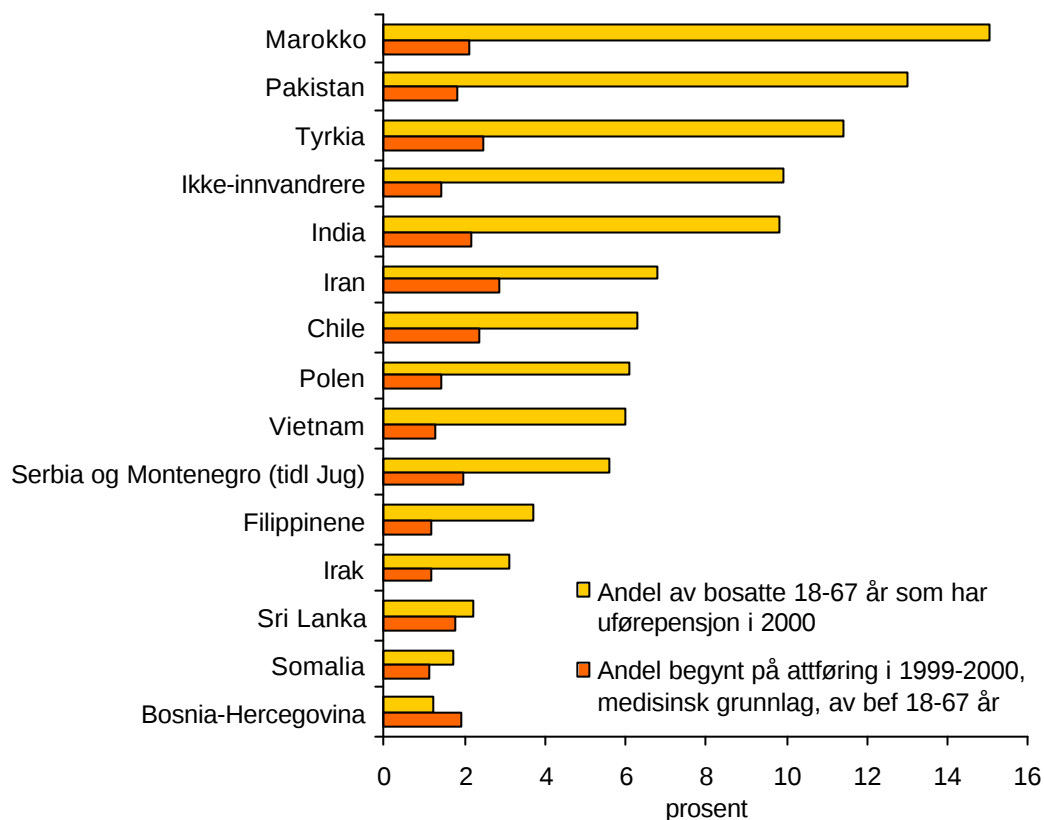
I Figur 2.14 viser vi andelen av befolkningen som i 1999-2000 begynte på attføring med en medisinsk diagnose i de største ikke-vestlige innvandrernasjonalitetene, sammen med uføreandelen. Ideelt sett burde vi sammenliknet med andelen som *begynte* på uførepensjon i denne figuren, men den er ikke tilgjengelig. Landene er sortert etter uføreandel.

Vi ser at andelen som begynte på attføring varierer betydelig mindre enn uføreandelen. Det er en viss tendens til korrelasjon mellom de to tallene – for eksempel er andelen som kommer på attføring høy blant tyrkere, som også har høy uføreandel, mens den er lav blant somaliere som også har lav uføreandel. Det er imidlertid mange unntak, for eksempel er det en relativt lav andel pakistanere som kommer på attføring selv om de har en svært høy uføreandel.

Både andelen av en nasjonalitet som har uførepensjon og andelen som kommer på attføring, vil avhenge av alderssammensetningen i gruppa. Vi har allerede sett hvordan andelen uførepensjonister øker med økende alder. Andelen som begynner på attføring viser imidlertid en omvendt tendens – den avtar med økende alder.

Det er derfor vanskelig å trekke noen klare konklusjoner på grunnlag av tallene i Figur 2.14.

Figur 2.14 *Andel av bosatte 18-67 år som har uførepensjon, og andel som har begynt på attføring med en medisinsk diagnose, i utvalgte nasjonaliteter*

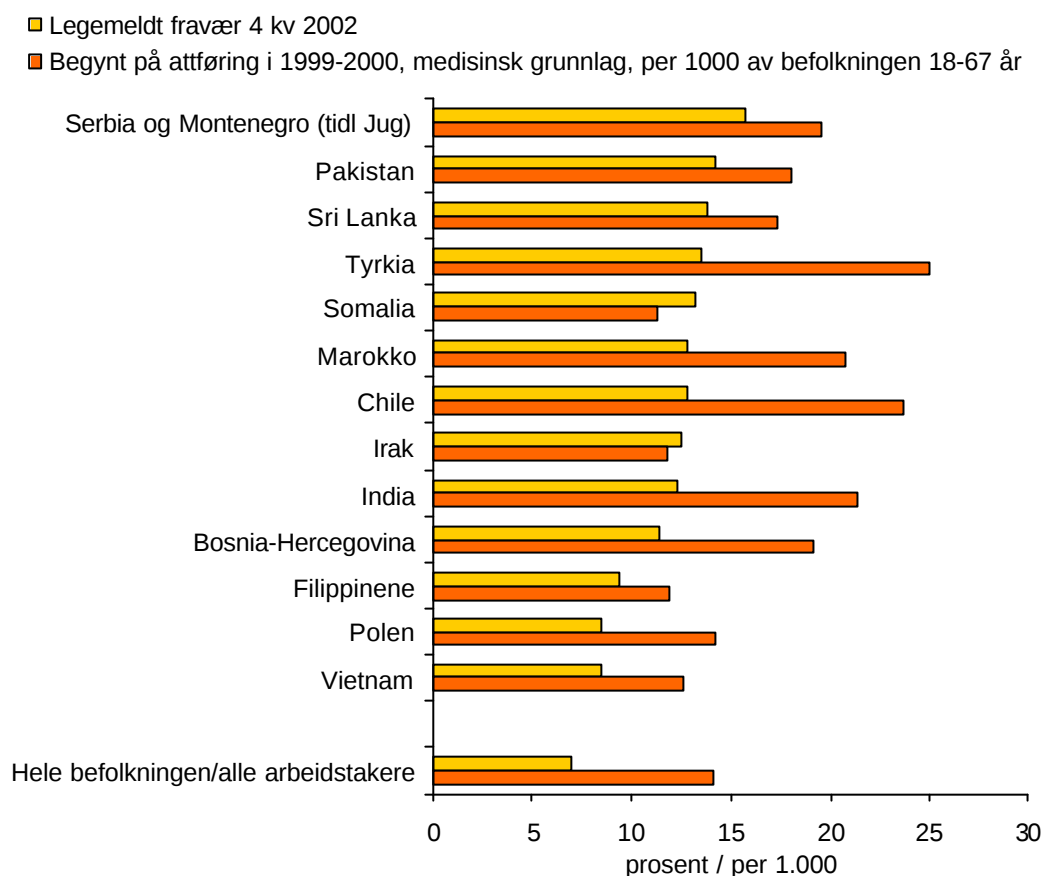


Kilde: Antall bosatte og antall uførepensjonister er hentet fra SSB

En annen innfallsvinkel er å sammenholde andelen av gruppene som begynner på attføring med sykefraværet i de samme gruppene. Denne sammenlikningen er forbundet med følgende problemer: For det første har vi ikke sykefraværsstatistikk for innvandrergupper fra de aktuelle årene. For det andre regnes sykefraværet bare blant arbeidstakerne, mens innvandrere jo i svært ulik grad er sysselsatte. Til tross for disse problemene, gjengir vi den aktuelle sammenlikningen i Figur 2.15.

Vi har her sortert nasjonalitetene etter sykefraværet. Figuren tyder på at attføringsandelene korrelerer med sykefraværet. Vi ser at noen nasjonaliteter skiller seg ut men en lavere andel på attføring enn sykefraværet skulle "tilsi", det gjelder særlig somaliere og irakere.

Figur 2.15 Legemeldt fravær i 2002, og andel av bosatte 18-67 år som begynte på attføring med en medisinsk diagnose i 1999-2000, i utvalgte nasjonaliteter

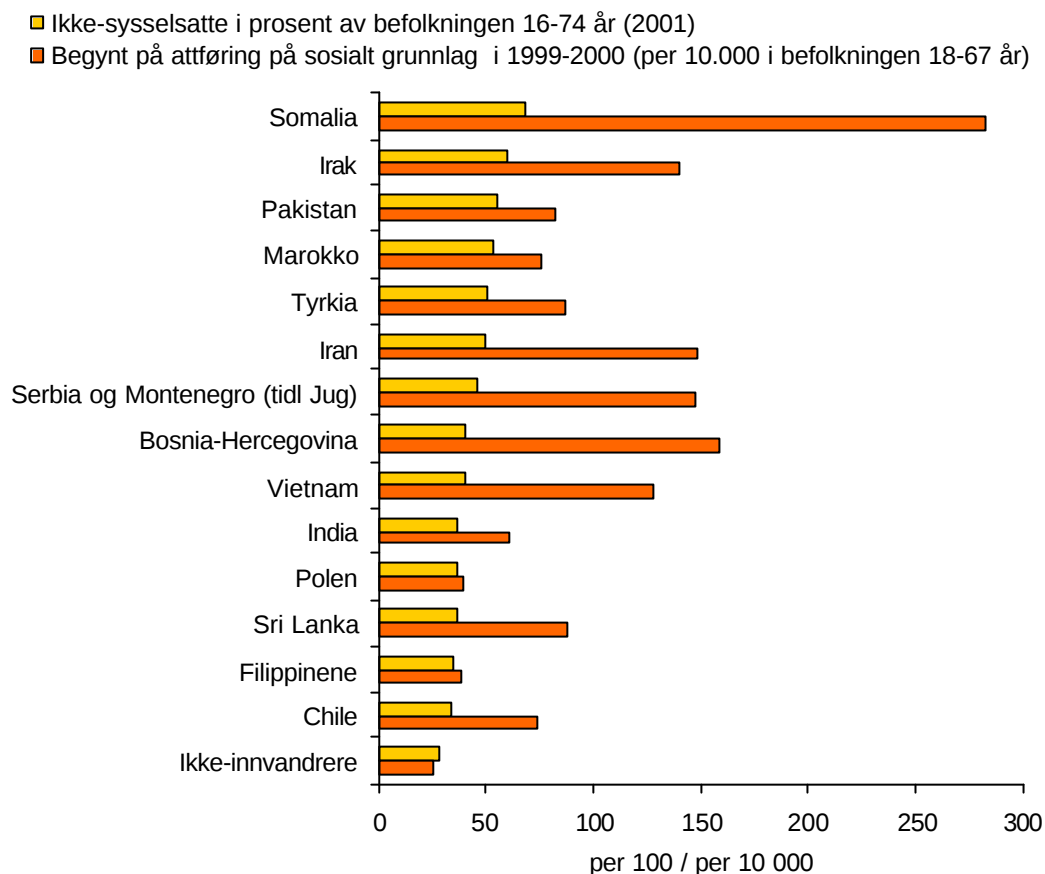


Kilde: Sykefraværstall og antall bosatte er hentet fra SSB

I Figur 2.16 ser vi på andelen av befolkningen som begynner på attføring på sosialt grunnlag, og setter dette opp mot andelen ikke-sysselsatte. (Arbeidsledighetstall er ikke tilgjengelig for enkelte nasjonaliteter i den aktuelle perioden.) Nasjonalitetene er sortert etter andelen ikke-sysselsatte. Også her ser vi at det er en viss korrelasjon mellom de to tallene, med en del unntak. Somaliere, som har lavest sysselsetting, er også den gruppa hvor flest kommer på attføring på sosialt grunnlag, mens filippinere og polakker, som har relativt høye sysselsettingsgrader, i liten grad kommer på attføring på sosialt grunnlag.

De gruppene som ser ut til å være "underrepresentert" på attføring, er de samme gruppene som ofte har helseproblemer og hvor mange er på uførepensjon: Pakistanere, marokkanere og tyrkere. Årsaken kan være at få av dem er sysselsatt fordi mange er på uførepensjon (og ikke fordi de er arbeidsledige).

Figur 2.16 *Andel ikke-sysselsatte av befolkningen og andelen som har begynt på attføring på sosialt grunnlag, i utvalgte nasjonaliteter*



Kilde: Antall ikke-sysselsatte og antall bosatte er hentet fra SSB

Alt i alt gir ikke statistikken noe grunnlag for å konkludere med at innvandrere er underrepresentert på attføring. Det synes snarere som om rekrutteringen til attføring varierer mellom ulike grupper om lag på samme måte som behovet varierer mellom gruppene.

2.4 Historie før attføringen

Hva kan registerdataene fortelle oss om historien til de som begynner på attføring? Ved å kople sammen informasjon om arbeid, arbeidsledighet, trygd, sosialhjelp og utdanning, kan vi gi et bilde av det.

Vi har først sett på den yrkeshemmedes siste kjente status før attføringen begynner. I Tabell 2.1 viser vi fordeling på slik status. Vi har gått opptil tre måneder tilbake i tid for å finne en status. Likevel er det en viss andel (3-6 prosent, siste alternativ i tabellen) som ikke forekommer i noen av de aktuelle registrene i månedene før attføringen. Mange er registrert med flere statuser samtidig. Vi har da valgt en av dem, prioritert i den rekkefølgen de er satt opp i tabellen. Årsaken til den valgte prioriteringsrekkefølgen, er at vi i denne sammenheng først og fremst er interessert i hvilke av "velferdsetatene" de yrkeshemmede sist var i kontakt med; Aetat, trygdeetaten eller sosialtjenesten. Vi kan for

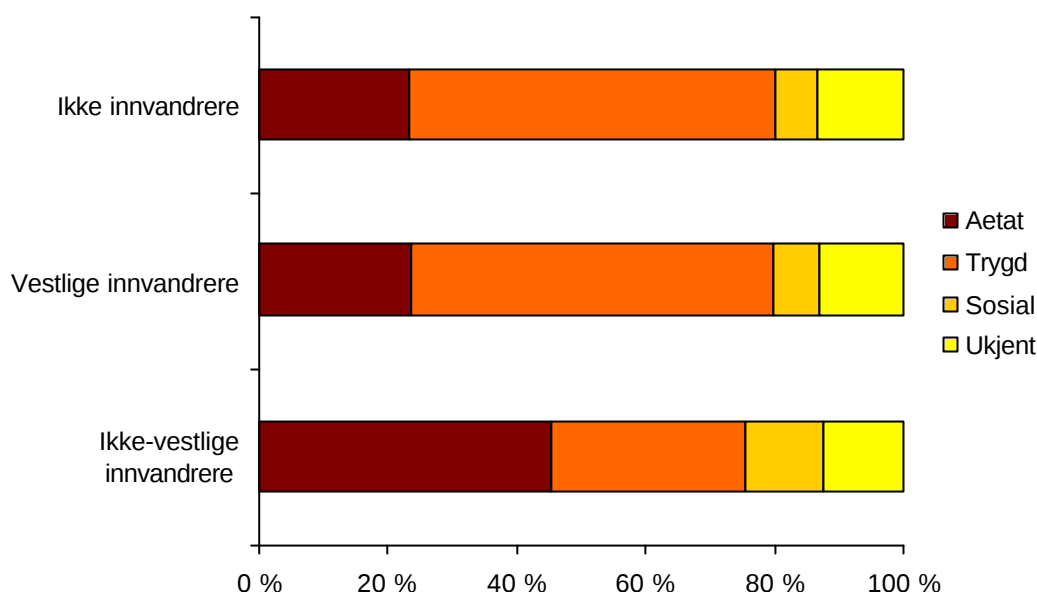
eksempel si at de er ”henvist fra” trygdeetaten, dersom de sist mottok sykepenges, rehabiliteringspenges eller uføretrygd før attføringen. Dette er vist i Figur 2.17.

I Tabell 2.1 ser vi at for nordmenn er den aller vanligste registrering før attføringen sykepenges (31 prosent), deretter kommer rehabiliteringspenges (21 prosent), og arbeidsledighet (20 prosent). For ikke-vestlige innvandrere er det imidlertid mest vanlig å være arbeidsledig før attføringen (hele 38 prosent er det), deretter kommer sykepenges (16 prosent). Sosialhjelp er også relativt vanlig (12 prosent). Vestlige innvandrere skiller seg lite fra nordmenn. De største forskjellene illustreres i Figur 2.17, der vi har slått sammen alle registreringer hos henholdsvis Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten.

Tabell 2.1 Siste kjente status før attføringen (opptil 3 måneder tilbake, prioritert status i denne rekkefølgen)

	Ikke innvandrere	Vestlige innvandrere	Ikke-vestlige innvandrere
Helt ledig	20,3	21,2	37,7
Delvis sysselsatt	1,6	1,1	2,2
Ordinært tiltak	1,2	1,1	5,2
Rehabilitering	21,4	19,6	13,5
Uføretrygd	4,2	2,5	1,1
Sykepenges	31,3	34,5	15,6
Sosialhjelp	6,4	6,9	12,0
Heltidsarbeid /selvstendig	4,5	6,1	3,8
Deltidsarbeid /ukjent arbeidstid	2,5	2,8	2,2
Utdanning	2,6	0,9	1,1
Annet/ukjent	3,9	3,4	5,7
Sum	100,0	100,0	100,0
N	43616	888	3563

Figur 2.17 "Henvist fra" – siste registrering før attføringen hos Aetat, trygdeetaten eller sosialtjenesten

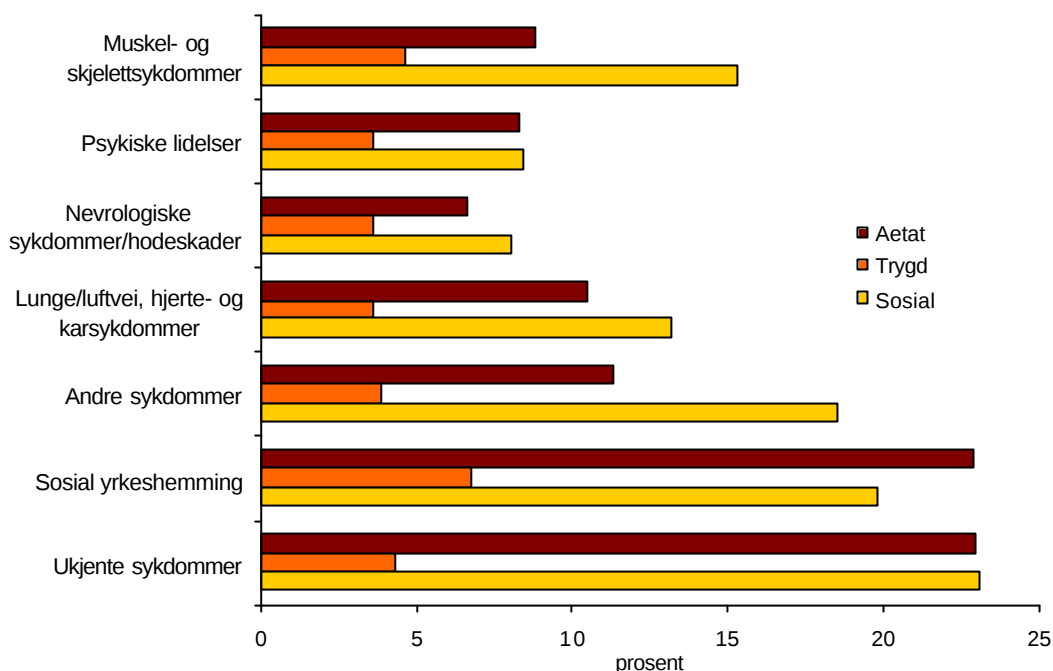


Figuren illustrerer at det er en betydelig større andel av de ikke-vestlige innvandrerne som begynner på attføring som er henvist fra Aetat, og en større andel som er henvist fra sosialkontoret, enn det som gjelder nordmenn og vestlige innvandrere. Sett på en annen måte, kan vi si at det er en større andel av de yrkeshemmede som "henvises fra" Aetat og sosialkontoret, som er innvandrere, enn det som gjelder de som er henvist fra trygdekontoret.

Det at innvandrere oftere henvises til attføring fra Aetat og sosialkontoret enn nordmenn, stemmer godt overens med at en større andel av innvandrerne er på attføring på sosialt grunnlag. Som vi ser i Figur 2.18, gjelder det imidlertid uansett diagnosegruppe: Andelen innvandrere er mye lavere blant de som sist var registrert som brukere av trygdekontoret, enn blant de som kommer fra sosialhjelp eller Aetat. Under 5 prosent av de som kommer fra trygdekontoret, er ikke-vestlige innvandrere, nesten uansett diagnose. Blant de som kommer fra Aetat eller sosial, er 10-20 prosent ikke-vestlige innvandrere, avhengig av om det gjelder personer som kommer på attføring på medisinsk eller sosialt grunnlag.

Årsaken til at så lav andel av de som blir henvist fra trygdekontoret er innvandrere uansett diagnosegruppene, ser ut til å være ulik arbeidslivstilknytning: Personer som ikke har vært i arbeid, vil ikke ha rett til sykepengen, og vil derfor sannsynligvis ikke henvende seg til trygdekontoret.

Figur 2.18 *Andel i de ulike diagnosegrupper som er "henvist fra" Aetat, trygd og sosial som er ikke-vestlige innvandrere*

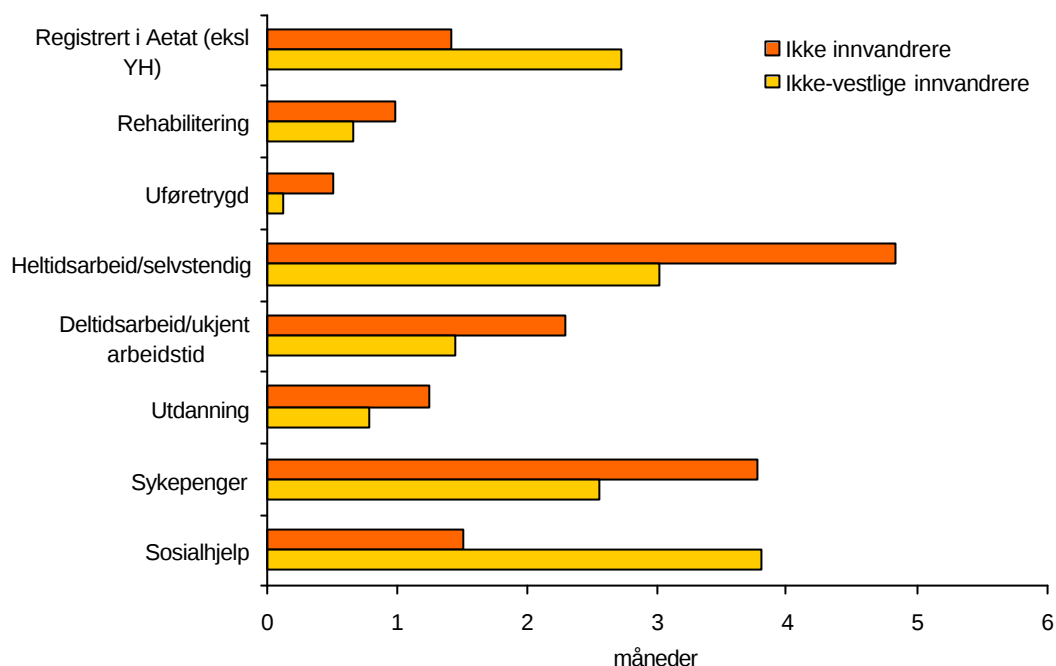


I Figur 2.19 viser vi i hvilket omfang personene har hatt ulike arbeidsmarkeds-statuser i årene før de begynte på attføring. Noen av disse statusene er mulig å ha samtidig. Figuren viser gjennomsnittlig antall måneder per år med hver status, blant alle som begynte på attføring i 1999-2000, med andre ord også de som *ikke* har hatt den aktuelle statusen. For de fleste statusene har vi inkludert informasjon fra tre hele år før de begynte på attføring. For sykepenger og sosialhjelp (nederst), har vi imidlertid bare informasjon knyttet til kalenderåret, og mens vi for noens del har informasjon om tre hele kalenderår før attføringen, har vi for andre bare informasjon om to år.

Vi ser at den vanligste statusen før attføring er arbeid. Ikke-innvandrere har i gjennomsnitt vært i arbeid (heltid eller deltid) i overkant av 7 måneder per år i de siste tre årene før de begynte på attføringen, mens det tilsvarende tallet for ikke-vestlige innvandrere bare er 4½ måneder. På den annen side har ikke-vestlige innvandrere i mye større grad vært registrert hos Aetat før attføringen – i gjennomsnitt i 2,7 måneder per år, mot 1,4 måneder per år blant nordmenn.

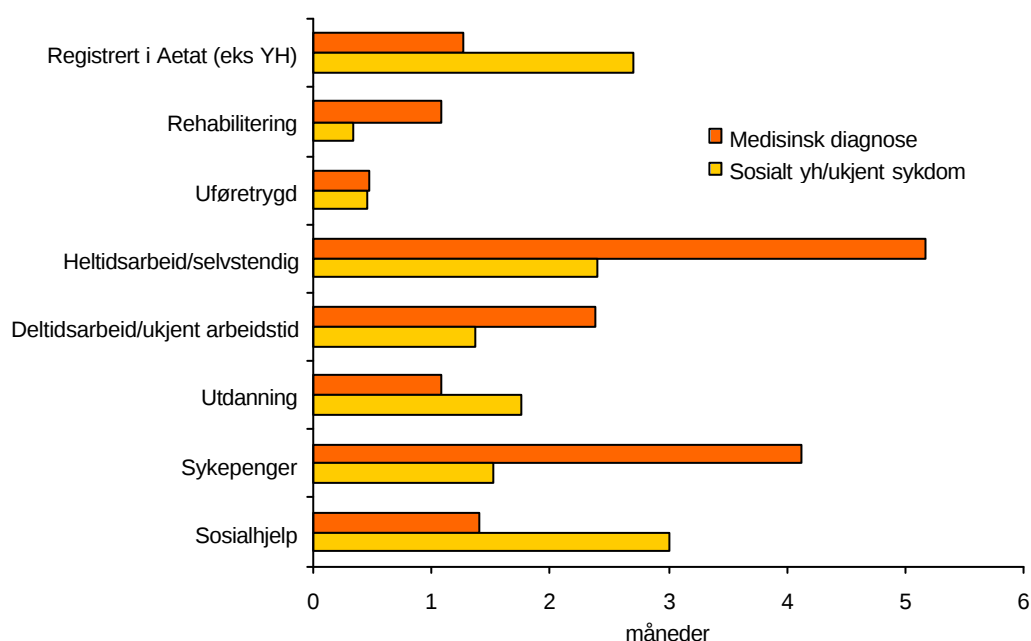
Videre ser vi at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt har vært mindre på sykepenger, rehabiliteringspenger eller uføretrygd, mens de har mottatt sosialhjelp i betydelig lengre tid enn nordmenn (i 3,8 mot 1,5 måneder i gjennomsnitt per år).

Figur 2.19 Arbeidsmarkedsstatuser de siste årene før attføringen.
Gjennomsnittlig antall måneder per år blant alle



Mye av forskjellene i Figur 2.19 har sammenheng med at en mindre andel av innvandrerne er på attføring på medisinsk grunnlag, mens en større del er sosialt yrkeshemmede. I Figur 2.20 ser vi at det nettopp er mer vanlig blant sosialt yrkeshemmede å ha vært registrert hos Aetat, og mindre vanlig å ha vært i arbeid/hatt sykepenger eller rehabiliteringspenger.

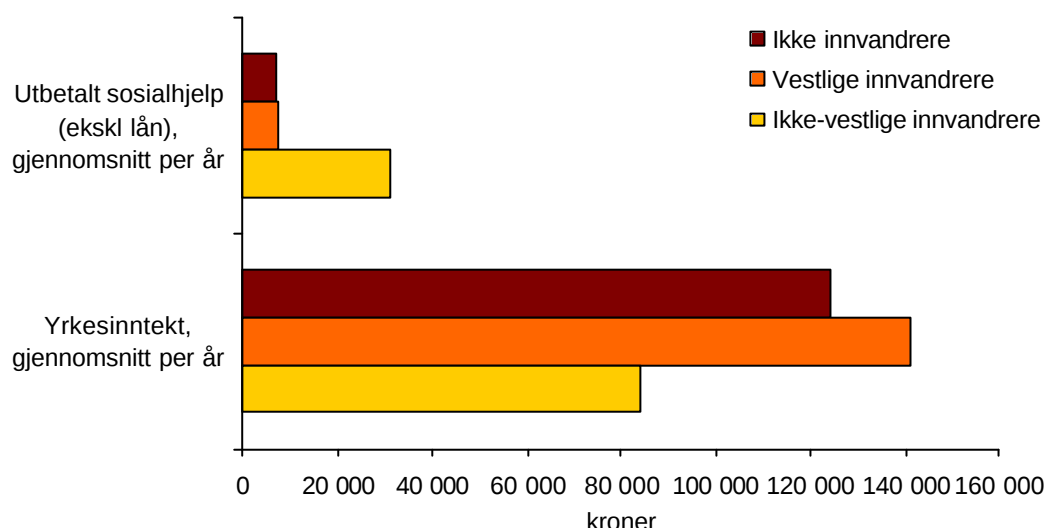
Figur 2.20 Arbeidsmarkedsstatuser de siste årene før attføringen, blant alle yrkeshemmede med en medisinsk diagnose og alle sosialt yrkeshemmede. Gjennomsnittlig antall måneder per år



Hvis vi beregner gjennomsnittlig varighet av ulik arbeidsmarkedsstatus bare for de som har hatt den aktuelle statusen, er ikke forskjellene mellom innvandrere og nordmenn så store. Det betyr altså at forskjellene består i hvorvidt en person har hatt den aktuelle statusen eller ikke, ikke i hvor lenge denne statuser har vart. Det er et par unntak fra dette: Ikke-vestlige innvandrere som har mottatt sosialhjelp, har mottatt sosialhjelp over lenger tid enn nordmenn som har mottatt sosialhjelp, og ikke-vestlige innvandrere som har vært i arbeid, har vært mindre i arbeid enn nordmenn som har vært i arbeid.

I Figur 2.21 ser vi nærmere på to inntektskilder som vi har tilgang til i dataene: Yrkesinntekt og sosialstønad. Vi ser at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt hadde mye lavere yrkesinntekt enn nordmenn før attføringen, men mottok betydelig mer sosialhjelp. Her er det forskjell både på forekomsten og beløpet: Flere innvandrere enn nordmenn mottok sosialhjelp noen gang i løpet av de siste par årene før attføringen, og de som fikk det mottok mer. Flere nordmenn enn innvandrere hadde yrkesinntekt, og de som hadde det tjente mer.

Figur 2.21 Sosialhjelp og yrkesinntekt i årene før attføringen. Gjennomsnitt blant alle



2.5 Rekrutteringen til attføring: Informasjon fra intervjuene

Ansvarsfordelingen

I Folketrygden er ytelser under yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11. Paragrafene 11-5 og 11-6 omtaler henholdsvis inngangsvilkårene og tiltakene. Fram til 1. juli 2004 hadde *trygdeetaten* ansvaret for å vurdere om inngangsvilkårene var oppfylt – det vil si om de medisinske vilkårene for attføring var tilstede (§11-5):

Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at medlemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte

a) har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) varig nedsatt, eller

b) har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket.

Når det skal vurderes om vilkåret i første ledd bokstav a eller b er oppfylt, legges det vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid.

Trygdekontoret gjorde vedtak om oppfyllelse av disse kravene, og oversendte attføringssøkeren til Aetat, som skulle vurdere hvorvidt attføringstiltak var nødvendig og hensiktsmessig (§11-6):

Ytelser etter dette kapitlet gis i forbindelse med tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at medlemmet skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid.

Når det skal vurderes om et attføringstiltak er nødvendig og hensiktsmessig, gjelder §11-5 andre ledd tilsvarende.

Etter den 1. juli 2004 har Aetat overtatt ansvaret også for den første delen av denne saksbehandlingen. Likevel kan trygdeetaten fremdeles være sentrale i å rekruttere personer til attføring. Årsaken er at de har ansvar for sykepenger og rehabiliteringspenget. I regelverket for sykepenger heter det at den sykemeldte så tidlig som mulig skal prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, og at

Dersom bedriftsinterne tiltak ikke fører frem, skal det så tidlig som mulig vurderes om yrkesrettet attføring bør prøves.

Kommunenes sosialtjeneste skal alltid forsøke å finne inntektsmuligheter til klienter som henvender seg til dem. I sosialtjenesteloven heter det om stønad til livsopphold (§5-1):

De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad.

Dette innebærer at sosialkontoret alltid skal undersøke hvorvidt personene har noen inntektsmuligheter, om de har rettigheter i Folketrygden, og også vil vurdere hvorvidt personen kan ha nytte av et tiltak hos Aetat.

For å få mer utfyllende informasjon om rekrutteringen av personer til attføring, har vi intervjuet saksbehandlere ved noen Aetat lokalkontorer, trygdekontorer og sosialkontorer. Vi oppsummerer her inntrykket fra intervjuene.

Henvisning til Aetat og/eller til attføring

Det varierer mellom de Aetat lokalkontorene vi har hatt kontakt med, hvorvidt det er de samme eller forskjellige saksbehandlere som jobber med sosialt yrkeshemmede og personer med rett til yrkesrettet attføring. I noen tilfeller er det et strengt skille mellom de to gruppene.

Personer som tidligere ble henvist fra trygdekontoret til Aetat hadde som regel med seg et vedtak om attføringspenger. De søkte om attføring på trygdekontoret, trygdekontoret gjorde vedtak om ytelser, og overførte saken til Aetat, for vedtak om tiltak. Også etter ansvarsendingen sommeren 2004, er det slik at de aller fleste som kommer på attføring har hatt sykepenger eller rehabiliteringspenger, og de kommer derfor til Aetat via trygdekontoret.

Våre informanter mener at trygdekontoret sjelden henviste personer til Aetat dersom de *ikke* hadde et vedtak om attføringspenger.

De kommunale sosialkontorene henviser som regel alle arbeidsføre sosialhjelpsmottakere til Aetat, for at de skal registrere seg som arbeidssøkere. De blir innkalt til samtale på Aetat, og saksbehandler skal vurdere på vanlig måte om vedkommende kan ha behov for mer omfattende kvalifisering. Dersom sosialkontoret i utgangspunktet mener at en person må regnes som sosialt yrkeshemmet og derfor har behov for særlig bistand, kan de sende personen til Aetat med en sosialrapport, eller ta opp vedkommendes sak i samarbeidsmøte med Aetat. Aetat kan også be om en sosialrapport. Flere Aetat lokalkontorer har faste samarbeidsmøter med sosialkontoret. En saksbehandler sier det slik:

Vi har samarbeidsmøter med sosialkontoret som ofte munner ut i at vi finner ut at enkelte av personene som diskuteres trenger attføringsbistand.

Her er det annerledes [enn for de som kommer fra trygdekontoret]. Noen ser en klart til å begynne med at det skal attføring til, for andre er det ikke klart før vi har avklart mer.

Selv om sosialkontorene ofte opplever at Aetat har dårlig kapasitet, framhever de saksbehandlerne vi intervjuet at samarbeidet med Aetat fungerer godt. En fortalte at dersom han skaffet en klient en praksisplass, så stiller Aetat med midlene. Flere påpeker også at de har gode muligheter til å få plass på AMB for å avklare en klients arbeidsevne. Som en sa det:

Det holder at vi sier ”Denne personen vil vi ha inn på AMB”, så order det seg.

I slike tilfeller kan det også vise seg etter hvert at personen har en sykdom som kan gi rett til attføringspenger.

Ved ett av sosialkontorene oppgir vår informant at når de mistenker at det ligger noe medisinsk bak, ber de om samtykke for å kunne ta kontakt med lege, eller de ber klienten om å skaffe seg en funksjonsvurdering fra lege for å finne ut om de kvalifiserer for en trygdeytelse. I slike tilfeller ville de før ansvarsendingen 1. juli 2004 gå via trygdekontoret, mens de nå ville søke attføring direkte hos Aetat.

I tillegg til de som blir ”henvist fra” trygdekontoret og sosialkontoret til attføring, blir arbeidssøkere kanalisert til attføring fra Aetats eget jobbsenter. Noen møter selv opp hos Aetat, og ber om å få snakke med en saksbehandler om mulighetene for attføring.

Saksbehandlingen i Aetat ble tidligere litt forskjellig, avhengig av om arbeidssøkeren kom fra trygdekontoret eller sosialkontoret. Vi stilte spørsmålet om Aetat vurderte hvorvidt arbeidssøkere skal på attføring på medisinsk eller sosialt

grunnlag *uavhengig* av hvor de er henvist fra, og fikk svært sprikende svar. Et par av saksbehandlerne i Aetat svarte bestemt nei, et par svarte like bestemt ja. Det kan synes som om alle mener at det i prinsippet skal være slik, mens noen mener at det i realiteten ikke er slik.

De som svarer ja på dette spørsmålet legger vekt på at det er viktig å få avklart folks rettigheter, uavhengig av om de har vært innom trygdekontoret. Og omvendt:

Selv om man har fått innvilget attføring, skal vi vurdere hva slags arbeid personen kan ha. Hvis vi mener det finnes et arbeid som folk kan ta umiddelbart, setter vi ikke i gang attføring. Men det skjer sjelden [at det ikke settes i gang attføring når en person har fått vedtak fra trygdekontoret], i alle fall når det gjelder innvandrere.

Mens en annen sier:

De som kommer fra trygdekontoret overprøver vi ikke. De gjennomgår yrkesrettet attføring. De som blir henvist fra sosialkontoret med en rapport om attføring på sosialt grunnlag kan overprøves hos oss.

Et mye omtalt problem har vært kasteballsproblematikken mellom Aetat og trygdeetaten: At de to instansene ikke alltid er enige om en person skal på attføring. Uenigheten handlet som regel om at saksbehandlere i Aetat mente at en del av de som søker attføring ikke er reelle arbeidssøkere, og/eller at de er for syke til å være i aktivitet. Intervjuene våre tyder imidlertid på at slik uenighet var mer vanlig tidligere, og at man ved hjelp av basismøter, avklaringsmøter og lignende har redusert forskjellene i vurderingene.

Saksbehandlere i Aetat framhever riktignok at en del av de som ble henvist fra trygdekontoret er svært vanskelig å få ut i jobb. De virkelige problemene kan imidlertid være skjult i utgangspunktet, og først komme for dagen når personen prøver seg i aktivitet. Til slik utprøving benyttes avklaringstiltaket AMB fase 1, og eventuelt APS (arbeidspraksis i skjermet virksomhet).

Som sagt mener de fleste at uenighet mellom de to instansene ikke lenger er noe stort problem. Oftest har det vært forhåndskontakt mellom Aetat og trygdekontoret, og det er klart for alle parter at noe aktivitet skal prøves. Eventuell tilbakeføring til trygdeetaten skjer også i dialog med trygdekontoret, blir det hevdet.

De fleste vi har intervjuet i Aetat tror ikke det er forskjeller mellom innvandrere og ikke-innvandrere når det gjelder sammenfallet i vurderingene fra trygdeetaten og Aetat. Blant de vi intervjuet på trygdekontorene, er det imidlertid noen som mener at det oftere kan ha vært uenighet om innvandrere. Årsaken er kommunikasjonsproblemer, og at innvandrerne i en del tilfeller ikke skjønner "poenget" med attføring.

Vi stilte spørsmål i intervjuene om hvorfor en større andel av de som blir henvist fra sosialkontoret enn fra trygdekontoret til attføring er innvandrere. De fleste la vekt på at mange innvandrere ikke har vært i jobb i Norge, og dermed ikke har rett til sykepenger når de blir syke. En saksbehandler på trygdekontoret sa:

De som kommer fra oss har jo hatt sykepenger fordi de har hatt et arbeidsforhold. Det er mye færre innvandrere som er i arbeid. Rehabiliteringspenger kan de søke om selv om de ikke er i jobb, men her er det strenge krav: De skal ha vært syke og under behandling i minst 52 uker før kravet blir framsatt. Og det skal være bekreftet av lege.

Noen mente at mange innvandrere kjenner rettighetene sine for dårlig, på grunn av dårlige norskkunnskaper. Mange tror dessuten at de må ha en jobb for å komme på attføring.

En sa:

Informasjon om rettigheter er for dårlig. Alle de kvinnene som aldri har jobbet og er syke har ikke noe kontakt med trygdekontoret og får dermed ikke muligheten for attføring.

Men som noen påpekte: Man kan også bli henvist fra sosialkontoret til attføring. Og det er det en del som blir.

Saksbehandlingen – rett til attføringspenger?

Når trygdekontoret og Aetat skal gjøre vedtak om attføring etter Folketrygden, skjer det på følgende måte: Først vurderes om vedkommende oppfyller det medisinske inngangskriteriet (arbeidsevne) for rett til attføring. Deretter vurderes om attføringstiltak er hensiktsmessig, og om personen er motivert og villig til å gjennomføre det. Dersom det medisinske kravet ikke oppfylles, vurderes om det er sosiale grunner til redusert arbeidsevne, som likevel gjør attføringstiltak aktuelt.

Arbeidsevnevurderingen skal være en helhetsvurdering, hvor man skal se de medisinske begrensningene i lys av arbeidsmuligheter. Arbeidserfaring, utdanning, språkkunnskaper, alder, det lokale arbeidsmarkedet, med videre, er faktorer som spiller inn. Før 1. juli 2004 var det trygdekontoret som gjorde denne vurderingen. En ansatt i trygdeetaten sier:

Det avgjørende er det medisinske, at de har varig nedsatt arbeidsevne, eller vesentlig innskrenkede valgmuligheter på grunn av sykdom. Det er de medisinske opplysninger som teller, og var vi i tvil, brukte vi rådgivende lege. Deretter la vi vekt på alder, evner, utdanning osv. Denne helheten ble ofte diskutert i basismøter.

Noen av de vi intervjuet mente at vurderingen slår annerledes ut for innvandrere enn for nordmenn fordi de ofte har dårlige norskkunnskaper, ofte lite eller ingen arbeidserfaring fra Norge og lav eller ingen utdanning. Dette innebærer at innvandrere kan komme på attføring selv om de ikke like klart oppfyller de medisinske kriteriene.

Det er imidlertid litt delte meninger om det er lettere eller vanskeligere for innvandrere enn nordmenn å få attføring etter Folketrygden. Noen mener at dårlige norskkunnskaper ikke skal telle med – det skal det bare for attføring på sosialt grunnlag. En saksbehandler sier det så sterkt at hun kjenner til at noen har fått *avslag* på attføring pga dårlig språk – fordi de ikke kan nyttiggjøre seg tiltak.

Hvilken betydning har ansvarsendringen 1. juli 2004? Saksbehandlerne i Aetat er ikke samstemte om endringen har noen betydning for hvem og for hvor mange som kommer på attføring. Også tidligere skulle de medisinske kriteriene vurderes opp mot personenes arbeidsmuligheter. I Aetat mener flere saksbehandlere at de har bedre forutsetninger for å vurdere dette enn ansatte i trygdeetaten. Dessuten er det noen som påpeker at Aetat lettere kan fange opp behov hos personer som får avslag på yrkesrettet attføring. Ingen av de vi har intervjuet mener imidlertid at endringen vil ha noen særlig betydning for *innvandrere*.

En saksbehandler ved et trygdekontor påpekte imidlertid at innvandrere ofte ble sendt fram og tilbake mellom trygdekontoret og Aetat, ”fordi vi har et system de ikke skjønner”: Når de søker attføringspenger er det ”om å gjøre å være syk nok”, mens Aetat krever at de skal være friske nok til å gå på tiltak. De kommer til Aetat og sier at de er for syke, blir sendt tilbake og søker uførepensjon, får avslag, osv, samme person får 2-3 avslag på uførepensjon.

Sosialt yrkeshemmede

Saksbehandlingen når det gjelder å sette i gang attføring på sosialt grunnlag, er en helt annen enn for de som søker attføringspenger. Aetat innhenter ofte sosialrapport fra sosialkontoret, men det er ikke nødvendig. Aetat kan ta beslutningen om attføring selv. Man ser at enkelte arbeidssøkere har svært sammensatte behov og behov for utvidet bistand. I slike tilfeller kan de ofte ha nytte av det virkemiddelapparatet man disponerer for yrkeshemmede (AMB, APS osv.) For å kunne benytte dette blir personen definert som sosialt yrkeshemmet. Det skal skje i forståelse med arbeidssøkeren selv.

Sosiale grunner til redusert arbeidsevne kan være av ulike slag. De saksbehandlerne vi intervjuet nevnte:

Sammensatte sosiale problemer, det kan være rus, psykiske problemer, personlige familieforhold.

Begrensningene [i arbeidsevne] handler ofte om [manglende] stabilitet.

En blanding av å ha fysiske plager i kombinasjon med å ha vært lenge uten jobb. Ofte er det personer som er isolerte, har lite nettverk og som har vanskelig for å ta kontakt med arbeidsgivere.

Ofte handler det om skjulte rusproblemer. Eller tidligere rusproblemer – arbeidsgivere er skeptiske til det.

Dette er ganske likt for nordmenn og innvandrere. Unntatt rusproblemer, det gjelder bare nordmenn.

En saksbehandler oppgir som eksempel at folk kan klage over fysiske plager som gjør at de velger å ikke søke bestemte jobber. Dette kan være utgangspunkt for at Aetat henviser dem til AMB for å få en avklaring/utprøving.

Noen mener at tiltaksnivået har betydning for hvorvidt en person blir registrert som sosialt yrkeshemmet eller ikke. En sier:

Ja, helt klart. For de som har rettigheter er det nesten ingen grenser mht hva vi kan få til, for sosialt yrkeshemmede avhenger det av ledige tiltaksmidler.

Mens andre saksbehandlere protesterer:

Det skal ikke ha betydning for om noen skal vurderes som sosialt yrkeshemmet at vi ikke har tiltak! Man kan ikke la være å sette folk i den kategorien fordi det ikke er penger – penger er IKKE et av vurderingskriteriene. Men det kan ha betydning for de planene som legges, kan gi lengre ventetid, noe dårligere tiltak.

De fleste saksbehandlerne ved Aetat lokal mener at dårlige norskkunnskaper alene ikke skal være grunnlag for attføring. Men det er ofte en tilleggsfaktor. Noen innvandrere er dessuten analfabeter. En del har aldri vært i jobb i Norge.

Det gir et tilleggsproblem: De aner ikke hvordan arbeidslivet fungerer her. Ofte vil de ønske at familien skal gå foran en jobb – for eksempel vil de gjerne følge barn til skolen.

Problemene som følger av dårlige norskkunnskaper er selvsagt like store blant de sosialt yrkeshemmede som blant de som har rett til attføringspenger. Noen mener at dårlige norskkunnskaper absolutt er grunnlag for attføringstiltak, mens andre mener at det er kommunenes ansvar å bringe folk opp på grunnskolenivå.

Ved et sosialkontor i Oslo setter de som vilkår for sosialhjelpen at klientene gjør noe aktivt for å bedre norskkunnskapene sine. Det finnes et norskkurs med arbeidspraksis i bydelen.

Innvandrerens behov for attføringsbistand

Mange av de vi intervjuet framhevet at det er mer sammensatte årsakssammenhenger som gjør seg gjeldende for ikke-vestlige innvandrere som er på attføring enn for nordmenn. Innvandrere har mer sammensatte behov og det er ofte mange faktorer som gir redusert arbeidsevne. Ofte er saksbehandleren rett og slett usikker på hva som egentlig er problemet. Attføringstiltak kan avdekke en del ting som en er usikker på, derfor kan det være mer aktuelt for innvandrere enn for nordmenn.

Når det gjelder sykdom og helseplager, er det tre typer forhold hvor intervjuobjektene våre mener at innvandrere skiller seg ut:

- Noen sykdommer forekommer oftere blant innvandrere enn nordmenn, det gjelder for eksempel diabetes 2.
- Mange innvandrere blir tidligere syke/utslitt enn nordmenn – ofte anser 40-50-åringer seg ferdig med arbeidslivet. Dette kan ha sammenheng med at mange har jobbet lenge i tunge yrker, det kan være kulturelt betinget, og/eller det kan ha å gjøre med lite tradisjon for å holde seg i form, dårlig kosthold mv.
- Såkalte ”vondter” er svært utbredt blant noen nasjonaliteter. Dette er smerter som legene ikke finner noen objektiv forklaring på, sannsynligvis ofte

psykisk betinget. I noen kulturer er det mer vanlig enn det er i Norge å relatere psykiske problemer til fysiske plager.

De aller fleste vi intervjuet mener at det er relativt stor forskjell på sykdomsbildet blant innvandrere og nordmenn. Imidlertid er det også store forskjeller på hvordan disse forskjellene tolkes blant de ansatte i velferdsetatene. Her er tre varianter:

Sykdomsoppfatningen er helt annerledes enn hos nordmenn: Har du litt vondt i et ben, er du syk.

Nordmenn har oftere rettigheter [lidelser med en rettighetsforankring] – ofte alkohol eller psykiske problemer som vi klarer å konkretisere, som vi forstår. Innvandrere har ikke alkoholproblemer. De har ”vondter”, det kan være fysisk eller psykisk, disse er ofte vanskelige å forstå og konkretisere.

Mangel på vilje er det som er det største problemet.

I tillegg til de helsemessige faktorene, har mange innvandrere flere andre kjennetegn som gjør det vanskelig å komme i arbeid: Dårlige norskkunnskaper, manglende utdanning, ingen arbeidserfaring eller ensidig erfaring fra fysisk krevende arbeid. Slitasje og psykiske problemer, mange kjenner kodene i norsk arbeidsliv dårlig.

Språkkunnskapene er likevel den enkeltfaktoren som flest av intervjuobjektene nevner som et problem. Det gjelder også innvandrere som har vært relativt lenge i Norge – som jo er tilfellet med de fleste som er på attføring. De som har arbeidserfaring, har det kanskje fra butikken til en slektning, eller fra rengjøringsbransjen, der de har klart seg med dårlige norskkunnskaper. Eller det er slik at norskkunnskapene deres var ”greie nok” så lenge de var i en jobb, men ikke tilstrekkelig gode til å få en annen jobb, og heller ikke bra nok til å nyttiggjøre seg teoretisk kunnskap. Det betyr at de ikke klarer å nyttiggjøre seg et vanlig arbeidsmarkedskurs.

Igjen er det noen av de vi intervjuet som mente at dette i høy grad er selvforskyldt, fordi det å lære seg et språk krever at man aktivt går inn i situasjoner hvor man må bruke det, mens mange innvandrere holder seg til sin egen gruppe. Videre er det noen som mener at enkelte innvandrere forstår og snakker norsk bedre enn de ønsker å gi inntrykk av overfor hjelpeapparatet.

I intervjuene stilte vi spørsmål om hva som er de viktigste skillelinjene med betydning for hvor store problemer en innvandrer har på arbeidsmarkedet. *Språk* er som nevnt svært viktig. Som en sier det:

Men det er unntak! Det finnes jo innvandrere som snakker flytende norsk pluss har arbeidserfaring. Men disse har vi ikke noe problemer med, jeg tenker ikke på dem som ”innvandrere”.

Alder nevnes av mange som en viktig faktor. Vi har allerede nevnt at mange innvandrere er ”ferdige” med arbeidslivet i 50-års-alderen. Flere av de vi intervjuet pekte på at mange av dem da har jobbet svært lenge, og at mange har hatt flere jobber, og/eller tunge jobber. En ansatt på sosialkontoret sier:

Over 50 blir det veldig vanskelig. Vi pensjonerer folk på sosialhjelp. De har søkt på uføretrygd, fått avslag, osv. Men vi kaller dem inn en gang i året, hvis det skulle skje noe som endrer situasjonen.

Utdanning er en annen viktig faktor, særlig når en person mangler grunnutdanning blir det vanskelig.

De som har utdanning og blir syke tror jeg klarer seg bedre.

Vi stilte spørsmål om noen nasjonaliteter pekte seg ut, og mange av saksbehandlerne svarte ja på det. De pekte på følgende typer forskjeller:

- Noen av de nasjonalitetene som har vært lenge i Norge har lav motivasjon.
- Noen nasjonaliteter blir eldre før oss, det har å gjøre med forventet levetid/pensjonsalder i hjemlandet.
- Noen nasjonaliteter er ofte syke.
- En nasjonalitet har særlig mye smerter ("vondter"). Dette kan være kulturelt: Hva defineres som psykisk, hva er fysisk smerte? Den samme nasjonaliteten er kjennetegnet av at mange er analfabeter og mangler norskkunnskaper.
- Noen nasjonaliteter har ofte psykiske problemer.
- Noen nasjonaliteter skiller seg ut, fordi de ofte har veldig lav utdanning.
- Noen nasjonaliteter skiller seg ut i positiv retning, de er villige til å ta all slags arbeid!

Det er ulike meninger om hvilken betydning kjønn har. Mange saksbehandlere påpekte at kvinner i enkelte nasjonaliteter ikke beveger seg utenfor lokal-samfunnet sitt, de snakker overhodet ikke norsk, har ingen arbeidserfaring, og mange har ingen grunnutdanning /er analfabeter. Andre pekte på at det i noen tilfeller kunne være mer effektivt å jobbe målrettet mot kvinnene.

Innvandreres eget initiativ og motivasjon

Vi stilte spørsmål i intervjuene om det er forskjell på initiativ til attføring mellom innvandrere og nordmenn. De fleste saksbehandlerne opplevde at det er en forskjell, ved at nordmenn oftere selv tar initiativ, og legger opp løpet sitt selv, for eksempel ved at de kommer med forslag til en utdanning. Årsaken er forskjeller i kunnskap om mulighetene.

Noen nordmenn, særlig unge, kommer til Aetat med en ferdig handlingsplan og krever attføring. Innvandrere har sjelden de store visjonene. Men det gjelder jo også mange godt voksne nordmenn.

Blant innvandrere er det mer: "Fortell meg hva jeg skal gjøre", mange er mer passive.

I alle fall de innvandrerne som ikke har noen utdanning, de har ikke så store ambisjoner.

Det var større uenighet omkring om det er forskjeller i motivasjon. Noen mener at innvandrere ofte har lavere motivasjon enn nordmenn. De skjønner ofte ikke

grunnen til at de skal på attføring, har gitt opp, etter mange nederlag har de lav selvtillit i forhold til arbeidsmarkedet. Nordmenn skjønner mer av systemet/regelverket, og har større tro på egne evner.

Innvandrere sier ja, ja, men de vet ikke hva de sier ja til. Jeg tror mange sier ja til attføring for å få ytelsene, det er ikke målet som er det avgjørende.

Alle er enige i at motivasjon er en svært viktig faktor for å lykkes med attføring. Men noen mener at dette varierer helt individuelt, og ikke er avhengig av om arbeidssøkeren er innvandrere eller ikke. En mener at dette er helt likt:

Noen er superivrige. Kanskje innvandrere faktisk er litt mer pågående.

En annen sier det slik:

Når folk skjønner hva det dreier seg om er motivasjonen ganske lik. Men de som er litt eldre (50+) ser ikke vitsen. I deres hjemland er det legitimt å være hjemme, for eksempel for å ta en del av omsorgsansvaret i familien. Dessuten har de kanskje jobbet like mange år som en gjennomsnitts nordmann fordi de startet tidlig [i arbeidslivet].

Det er ganske mange som nevner noe av det samme: At motivasjonen kan være lav fordi man ikke forstår, ikke ser vitsen, og/eller at den blir lav med alderen. Flere påpeker at mange 40-50-årige innvandrere virker eldre enn en like gammel nordmann, og har mindre tro på egne muligheter enn en like gammel nordmann.

Føler at de er ferdige med yrkeslivet tidligere enn det vi er, ser ikke helt mulighetene i arbeidslivet, kjenner ikke arbeidslivet så godt. En del kvinner får ikke lov til å jobbe av mennene sine. Noen er redde smerter, de trener ikke, ikke kultur for å holde seg i form, ofte overvektige, ryggproblemer osv.

En påpeker at det skal mye motivasjon til dersom man ser for seg et langt attføringsløp når man allerede er i 50-årene. For noen handler det da om å begynne fra grunnen av og lære å lese.

En mener at det som kan se ut som manglende motivasjon ofte handler om angst for å ikke forstå, på grunn av dårlige norskkunnskaper. Flere påpeker at 2. generasjonsinnvandrere har en helt annen motivasjon enn sine foreldre.

De økonomiske insentivene kan påvirke motivasjonen, noe som blir påpekt av en ansatt på sosialkontoret:

En typisk klient som er vanskelig å få i jobb er over 40 år, snakker dårlig norsk. Han snakker dårligere og dårligere norsk ettersom han blir presset. Det å oppføre seg dårlig på intervjuer er en taktikk som brukes. Hvis de har mange barn, er det ikke lønnsomt å ta jobb. Den eneste måten å ikke tape penger på er å jobbe svart. Kafeer, restauranter.

Når vi stilte spørsmål om regelverket for beregning av attføringspenger skulle ha betydning for om en innvandrere ønsket å være på attføring eller dagpenger, var det imidlertid ingen av de ansatte i Aetat som kjente igjen problemstillingen.

En omvei til uførepensjon?

Relatert til spørsmålet om en person er motivert for attføring er spørsmålet om vedkommende primært ønsker uførepensjon, men er "tvunget til" å forsøke attføring fordi regelverket sier det. Vi stilte spørsmålet i intervjuene om dette er mer vanlig blant innvandrere enn andre. Svarene var svært usikre. De fleste tror dette er ganske likt fordelt mellom innvandrere og nordmenn.

Flere påpeker som nevnt at mange innvandrere "ikke skjønner systemet", det vil si at de ikke forstår hvorfor de må på attføring når de søker trygd, og at de dermed er lite motiverte.

Det er imidlertid sterk uenighet om det er vanskeligere eller enklere for innvandrere enn nordmenn å få uførepensjon. Som vi var inne på i kapittel 2.2, har Statistisk sentralbyrå nylig offentliggjort statistikk over uførepensjonering i ulike nasjonaliteter og aldersgrupper (Østby, red, 2004). Denne viser at uføreandelen er svært høy i enkelte grupper.

Noen av våre intervjuobjekter mener at en del innvandrergupper lettere får trygdeytelser enn andre.

Årsaken er at de har tilleggsproblemer i tillegg til helse: Manglende språk. Men det er veldig mye manglende vilje. Det er noe galt når så mange er på uføretrygd! Mange av de første pakistanerne som kom jobbet utrolig mye og er kanskje utslitt, men det gjelder jo også andre grupper som ikke er på uførepensjon, f eks vietnamesere.

En annen saksbehandler mener at det er lettere for en innvandrers å få uførepensjon enn en nordmann, fordi hjelpeapparatet ikke finner andre utveier, og man gir opp.

Andre mener at innvandrere har vanskeligere for å få uføretrygd enn andre. En hevder at mange går sjelden til lege. Viktigere er det kanskje at mange som søker om uførepensjon får satt uføredatoen lik første oppholdsdato i Norge, fordi man ikke kan dokumentere at man ble ufør på et senere tidspunkt. Som en sier:

De faller mellom 2 stoler: De som er syke når de kommer til landet, de har ikke rett til ytelse, spesielt ikke uførepensjon. Vi har jobbet med en del som har vært ordentlig syke, ikke tvil om det, men de var det når de kom til landet. Prøver å pensjonere dem på sosialhjelp, de får lengre vedtak. Men det blir en del rettigheter som blir borte, de kan for eksempel ikke dra på ferie ut av landet.

En saksbehandler i Aetat peker på en ulempe med attføring på sosialt grunnlag: Dersom man etter et tiltak mener at personen bør søke uførepensjon, vil de få avslag fordi de ikke har "prøvd yrkesrettet attføring". Her er det tydeligvis en del uenighet med trygdeetaten – Aetat mener attføring er prøvd, det er jo akkurat de samme tiltakene det er snakk om, mens trygdeetaten mener at man skal ha prøvd attføring under folketrygden.

De fleste opplever at mange ikke-vestlige innvandrere pensjoneres tidlig, enten det er på uføretrygd eller sosialhjelp. Årsaken er at det er få alternativer for en 50-åring som har dårlige norskkunnskaper. De vanlige arbeidsmarkedstiltakene fungerer ikke, og det er i seneste laget å begynne å lære norsk.

En saksbehandler oppsummerer situasjonen slik:

De fleste har hatt tunge fysiske jobber, noen er påført løsemiddelskader, noen er utslitt fordi de har jobbet så tungt, hatt to jobber, renhold og tung-industri, utslitt, men kanskje fyller de ikke vilkårene for uførepensjon. Norge hadde behov for dem da de kom, vi utnyttet arbeidskraften, men det er vanskelig når de er utslitt. De kvalifiserer ikke nødvendigvis for uførepensjon, da må det være noe mer objektivt og alvorlig. Attføring må prøves, noen kommer tilbake og får uførepensjon senere, de blir sykere etter hvert.

2.6 Oppsummering inntak til attføring

I dette kapitlet har vi beskrevet kjennetegn ved personer som begynner på attføring, og drøftet hvorvidt innvandrere er underrepresentert på attføring.

Blant alle som begynte på attføring i løpet av 1999-2000, var 7,4 prosent ikke-vestlige innvandrere. Vi finner at ikke-vestlige innvandrere som er på attføring oftere er sosialt yrkeshemmet, eller har en ukjent diagnose, mens de sjeldnere har en medisinsk diagnose, enn nordmenn på attføring. Dette innebærer at en mindre andel av dem mottar attføringspenger.

Nordmenn som begynner på attføring har vanligvis hatt sykepenger eller rehabiliteringspenger før attføringen, blant de ikke-vestlige innvandrerne er det vanligere å komme fra arbeidsledighet. Denne forskjellen har trolig å gjøre med personenes tidligere arbeidslivstilknytning, hvor færre innvandrere har opparbeidet seg trygderettigheter gjennom deltakelse i det norske arbeidslivet.

Hvordan er omfanget av attføring i forhold til behovet blant innvandrere og nordmenn? Basert på informasjon om sykefravær og uførepensjonering kan vi fastslå at behovet for attføring på medisinsk grunnlag kan være svært stort i noen innvandrergupper, men at det ikke gjelder alle nasjonaliteter. På linje med dette finner vi at det er en større andel ikke-vestlige innvandrere på attføring (medisinsk) enn den andelen de utgjør av arbeidstakerne.

Vi finner videre at det er en større andel ikke-vestlige innvandrere som er sosialt yrkeshemmet enn den andelen de utgjør av de arbeidsledige. Det er naturlig, siden de har større problemer med å få jobb enn norske arbeidsledige.

Selv om det ikke lar seg tallfeste helt presist, må vi likevel konkludere med at det ikke er noe som tyder på at innvandrere er underrepresentert på attføring. Vi har på den annen side heller ikke noe grunnlag for hevde det motsatte.

I intervjuene fikk vi et bilde av saksgangen for personer som begynner på attføring. Før ansvarsendringen i 2004 ble oftest personer henvist fra trygdeetaten til Aetat med et vedtak om at de medisinske vilkårene for attføring var oppfylt. En del personer kunne også bli henvist fra sosialkontoret for en vurdering av attføringstiltak, noen med en sosialrapport. Hos Aetat var det ulik praksis med hensyn til om sakene ble vurdert fra grunnen av – noen oppgir at man automatisk gjorde vedtak om tiltak for de som ble henvist fra trygdeetaten, mens man i større grad gjorde en ny vurdering av sakene som kom fra sosialkontorene.

Den vurderingen som tidligere trygdekontoret, nå Aetat, gjør av om en attførings søker oppfyller de medisinske kriteriene for attføring, skal ta utgangspunkt i sykdommen. Videre skal man se sykdommen i et helhetsperspektiv, i sammenheng med søkerens andre forutsetninger. For mange ikke-vestlige innvandrere er det slik at de har måttet slutte i en jobb på grunn av en sykdom, men at de har vanskeligheter med å få en annen jobb på grunn av dårlige norskkunnskaper.

Saksbehandlere ved Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten oppgir at ikke-vestlige innvandrere ofte har andre behov for attføring enn nordmenn. Dårlige norskkunnskaper er den viktigste faktoren som gjør det vanskelig å komme i arbeid. En del innvandrere snakker svært dårlig norsk selv om de har jobbet lenge i Norge. Videre er det mange som har lav utdanning og/eller lite yrkeserfaring. De som har jobbet i mange år i Norge har på den annen side ofte hatt fysisk tunge jobber, og blir tidlig gamle/utslitte. Det er mange som klager over smerter.

Blant saksbehandlerne i alle de tre etatene er det delte meninger om motivasjonen for attføring: Noen mener at innvandrere ofte er lite motiverte, særlig når de kommer i 40-50-årene og hvis de snakker dårlig norsk. Som noen påpeker: Den lavere motivasjonen kan også være et uttrykk for realisme. Andre saksbehandlere ser ingen systematisk forskjell mellom innvandrere og nordmenn på dette området.

Det er også delte meninger om overgangen til uførepensjon: Noen saksbehandlere mener det er lettere for innvandrere å få uførepensjon enn for nordmenn, de fleste mener det er vanskeligere.

3 Attføringsløpet

I dette kapitlet presenterer vi kjennetegn ved attføringsløpet, slik det framkommer i registerdataene, og resultatene fra intervjuene når det gjelder innholdet i attføringen.

3.1 Varighet og innhold i attføringen ifølge registerdata

I registerdataene har vi tilgang til to kjennetegn ved attføringsløpene: Hvor lenge de varer, og hvilke typer tiltak de består av. Vi ser her nærmere på disse kjennetegnene blant alle som startet på attføring i 1999-2000 – over 48.000 personer.

Varighet

Hva betyr det å avslutte attføring? Noen av attføringsdeltakerne har kortere eller lengre perioder hvor de ikke er registrert på attføring før de kommer tilbake i attføring. Vi har valgt å definere avgang fra attføring som det å ikke være registrert på attføring i minst ett år, og vi har definert varigheten som tiden fra personen startet på attføring fram til denne avgangen (inkludert eventuelle pauser).

Noen av attføringsdeltakerne hadde ennå ikke avsluttet attføringen i 2003, når våre data slutter. Dersom vi regnet ut gjennomsnittelig varighet av attføringen, ville vi dermed undervurdert varigheten. I Figur 3.1 har vi derfor benyttet en metode som estimerer varigheten og tar hensyn til sensurerte observasjoner⁹.

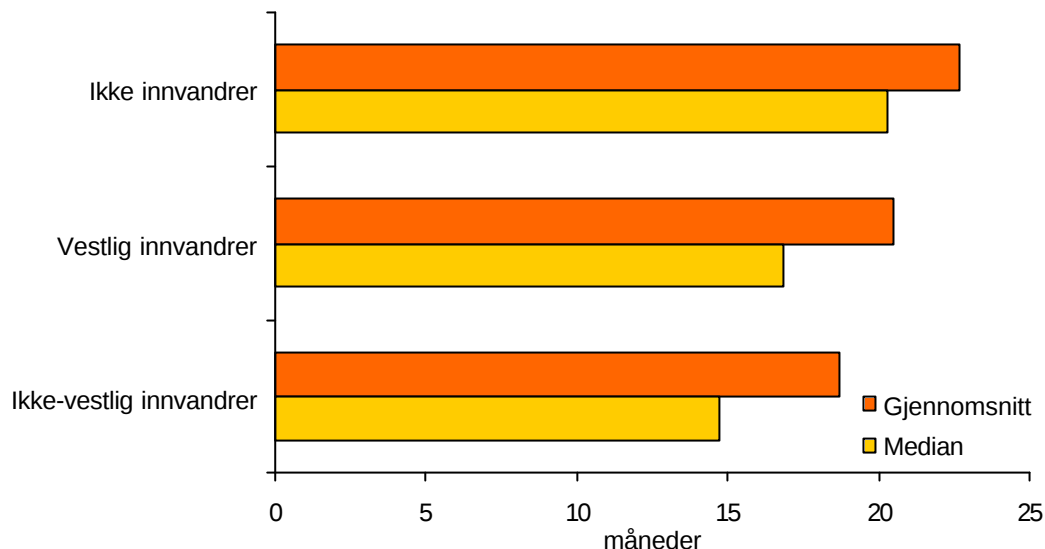
Vi ser at ikke-vestlige innvandrere har kortere varighet av attføringen enn vestlige innvandrere, som har kortere varighet enn ikke-innvandrere. Når medianen er mindre enn gjennomsnittet, innebærer det at det er noen relativt få som har svært lang varighet av attføringen, og trekker gjennomsnittet opp. For en ikke-innvandrer er den gjennomsnittlige varigheten av attføringen beregnet til 23 måneder. For en vestlig innvandrer er den 21, og for en ikke-vestlig innvandrer 19 måneder.

I Figur 3.2 ser vi at personer som er på attføring på sosialt grunnlag, har kortere varighet enn de som har en medisinsk diagnose. Dette forklarer noe av forskjellen mellom innvandrere og nordmenn – siden ikke-vestlige innvandrere oftere er registrert som sosialt yrkeshemmede enn nordmenn. Imidlertid ser vi at også

⁹ Kaplan-Meier-modellen for estimering av varighet.

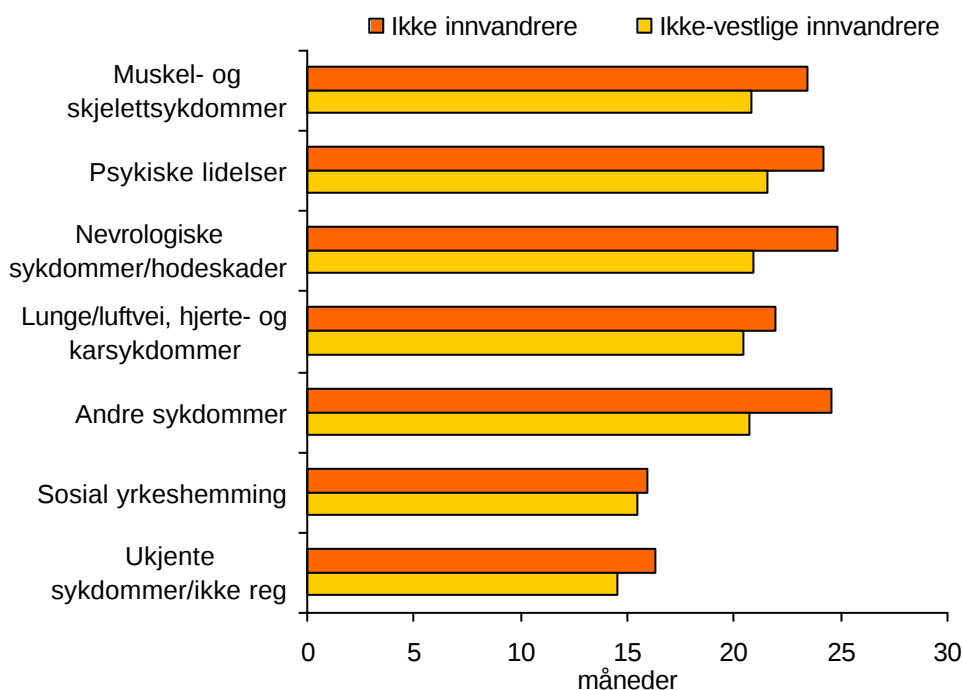
innenfor hver enkelt av de medisinske diagnosene, har innvandrere kortere varighet enn ikke-innvandrere.

Figur 3.1 Varighet av attføringen: Beregnet antall måneder fram til avgang*



* Estimert ved hjelp av Kaplan-Meier-modellen

Figur 3.2 Beregnet varighet av attføringen etter diagnose



Som tidligere nevnt, kan også variabelen attføringspenger/ikke attføringspenger brukes som en (upresis) indikator for hvem som har rettigheter i folketrygden. Dersom vi skiller mellom de som har attføringspenger og de som ikke har det (ved avslutningen av attføringen), finner vi også at innvandrere har kortere varighet

uansett. Forskjellen i varighet oppstår fordi nordmenn oftere enn innvandrere har spesielt langvarige attføringsløp – over 2 år. Det er altså ikke slik at innvandrere spesielt ofte har svært korte attføringsløp.

Varigheten av attføringen er litt kortere for ikke-vestlige innvandrere også når vi kontrollerer for flere variabler samtidig: Kjønn, alder, utdanningsnivå, diagnose, hvor de ble henvist fra og om de har attføringspenger eller ikke ved avslutning av attføringen. Vi finner ellers at personer over 50 år har vesentlig kortere varighet enn yngre, de med svært lavt eller ukjent utdanningsnivå har kortere varighet enn andre, personer som er på attføring på sosialt grunnlag har kortere varighet, mens de som har attføringspenger og/eller sist var registrert på trygdekontoret før attføringen, har lengre varighet enn andre.

Typers tiltak

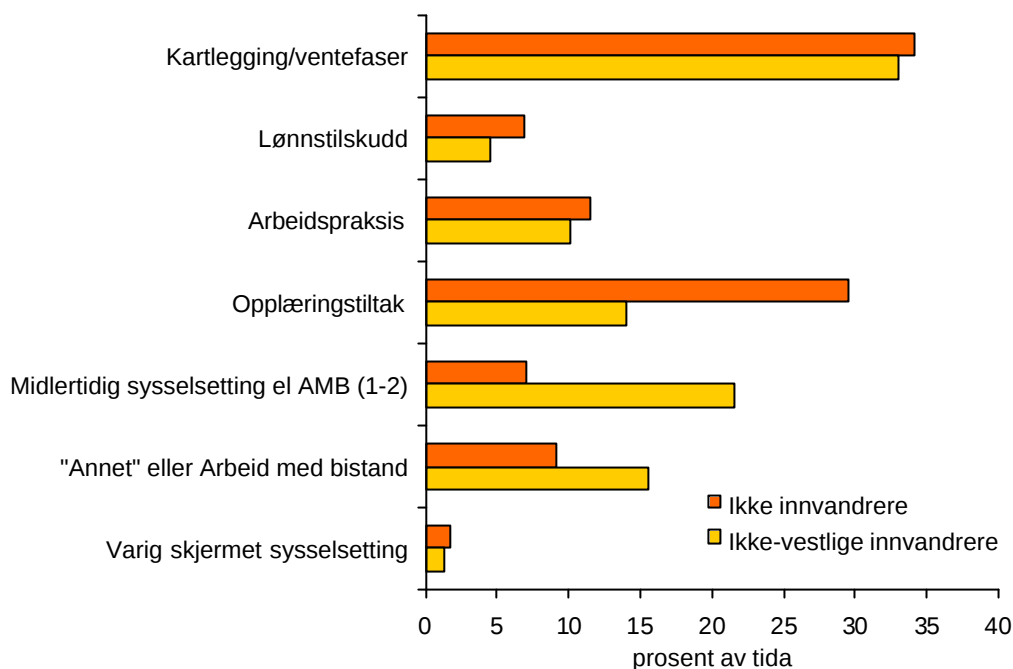
Et attføringsløp kan bestå av flere tiltak, og også perioder uten tiltak. Det siste kan være perioder med kartlegging av behov og ønsker, og det kan være ventetid før eller mellom tiltak. Dersom en person skal ha en utdanning, kan det hende vedkommende må vente i flere måneder på at et nytt semester eller skoleår skal starte opp. I Aetats registre er det registrert hvilken type tiltak de yrkeshemmede er i til enhver tid. I Figur 3.3 viser vi hvor stor andel av tida som yrkeshemmet som i gjennomsnitt benyttes i ulike typer tiltak, for ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere.

I gjennomsnitt går over 1/3 av tida i attføring med til utredning/kartlegging og til å vente på tiltak. Dette gjelder i like stor grad for innvandrere og ikke-innvandrere. Det gjelder imidlertid i mye mindre grad for de som er sosialt yrkeshemmet enn de som er registrert med en medisinsk diagnose. Når vi kontrollerer for diagnose, finner vi at blant ikke-vestlige innvandrere med en medisinsk diagnose, brukes en større andel av tida på kartlegging og å vente på tiltak, enn blant nordmenn med en medisinsk diagnose. Blant de som er sosialt yrkeshemmet er det omvendt: En større andel av tida brukes på kartlegging/venting blant nordmenn enn blant innvandrere.

Samlet sett ser vi at det er forskjeller mellom nordmenn og innvandrere særlig på tre områder: Ikke-innvandrere er i mye større grad enn ikke-vestlige innvandrere i opplæringstiltak, mens ikke-vestlige innvandrere i større grad enn nordmenn er i AMB (fase 1-2), eller midlertidige sysselsettingstiltak, samt "Annet eller Arbeid med bistand". Denne samlegruppa består av flere mindre tiltakstyper.

Figuren viser gjennomsnitt blant alle, både de som har vært i tiltakene og de som ikke har vært det. Det vil si at gjennomsnittet både er påvirket av andelen som har vært i det aktuelle tiltaket, og hvor lenge de er der. Dersom vi ser på gjennomsnittlig varighet bare blant de som har vært i de aktuelle tiltakene, er forskjellene mellom innvandrere og ikke-innvandrere betydelig mindre. Det er likevel slik at innvandrere som har vært i opplæringstiltak eller skole, har vært dette i kortere tid enn ikke-innvandrere, mens de som har vært i AMB eller midlertidig sysselsetting, har vært det i lenger tid.

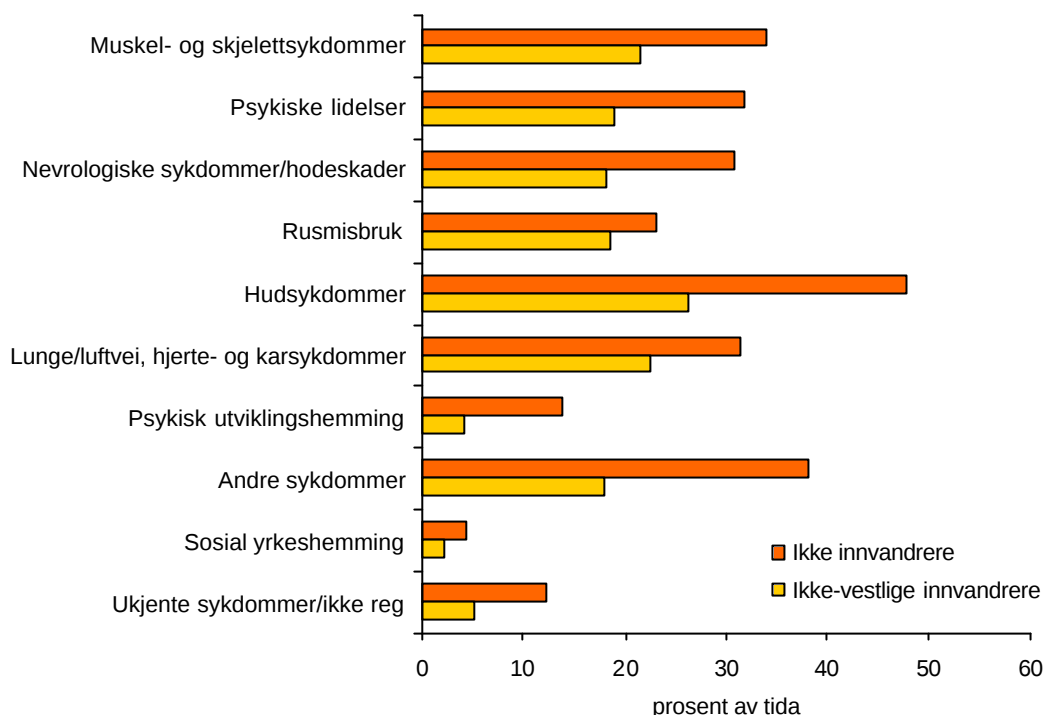
Figur 3.3 Prosent av tida i attføring som benyttes i ulike typer tiltak / kartlegging, gjennomsnitt for alle



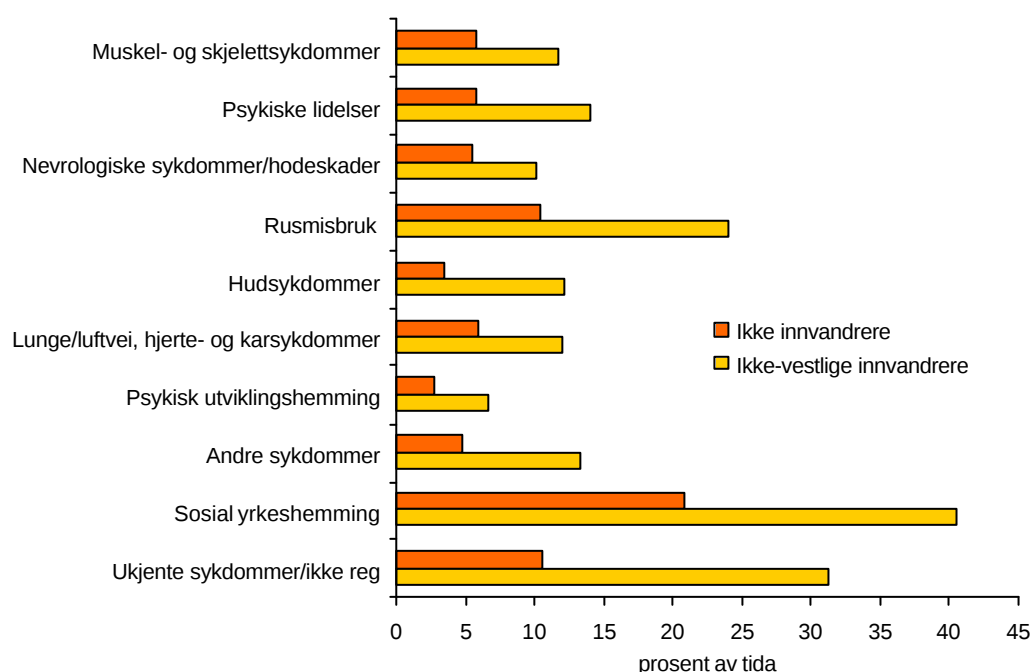
Det kan være en sammenheng mellom om personen er på attføring på medisinsk eller sosialt grunnlag og hvilke typer tiltak som er mest aktuelle. I Figur 3.4 viser vi prosent av tida som brukes i opplæringstiltak, etter diagnose. Det er mindre vanlig å være i opplæringstiltak blant de som er på attføring på sosialt grunnlag, enn blant de som har en medisinsk diagnose. Naturlig nok er det også mindre vanlig blant psykisk utviklingshemmede enn i andre diagnosegrupper. Innvandrere er oftere enn andre sosialt yrkeshemmet, og derfor mindre i opplærings-tiltak. Imidlertid er opplæringstiltak mindre vanlig blant innvandrere enn nordmenn innen hver av de medisinske diagnosegruppene.

I Figur 3.5 viser vi den samme informasjonen for AMB og midlertidig sysselsetting. Her er mønsteret helt omvendt. Disse tiltakene er mye mer vanlige blant personer med sosial yrkeshemming enn blant de med en medisinsk diagnose. Det er likevel slik at det er mer vanlig blant innvandrere enn ikke-innvandrere, uansett diagnosegruppe.

Figur 3.4 Prosent av tida i attføring som benyttes i opplæringstiltak, gjennomsnitt etter diagnose og innvandrerstatus



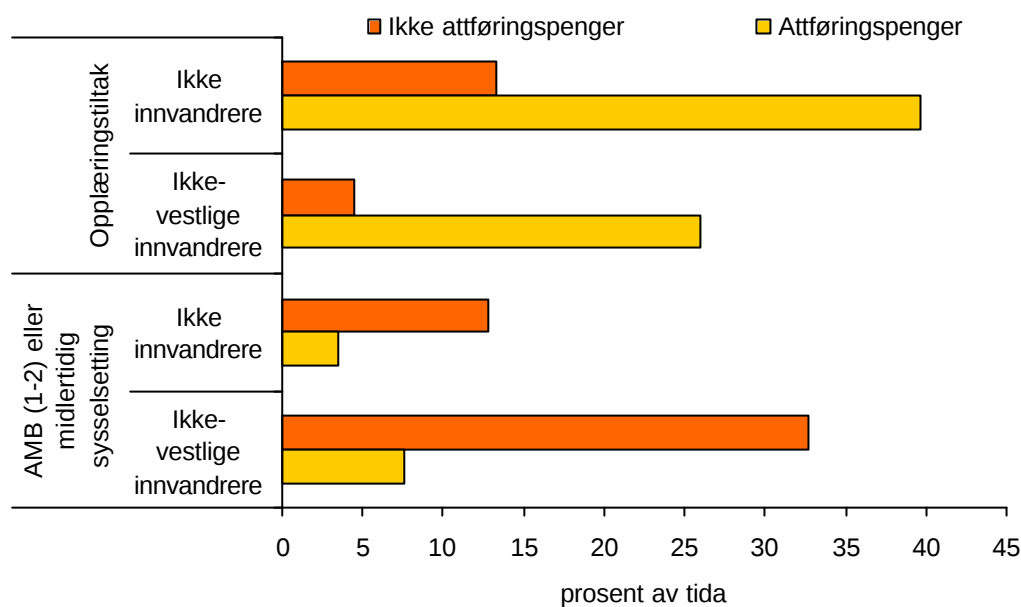
Figur 3.5 Prosent av tida i attføring som benyttes i AMB (fase 1-2) og midlertidig sysselsettingstiltak, gjennomsnitt etter diagnose og innvandrerstatus



Tendensen til at nordmenn oftere er i opplæringstiltak mens innvandrere oftere er på AMB, kan være forårsaket av at nordmenn oftere enn innvandrere har attføringspenger. Opplæringstiltak innebærer gjerne mer langvarige løp, som er lettere å få finansiert under folketrygden. I Figur 3.6 ser vi at opplæringstiltak er svært lite vanlig blant de som ikke har attføringspenger, mens AMB og midler-

tidig sysselsetting er lite vanlig blant de som *har* attføringspenger. Igjen er det likevel slik at forskjellen mellom innvandrere og nordmenn består innen de to gruppene.

Figur 3.6 Prosent av tida i attføring som benyttes i henholdsvis opplæringstiltak og AMB (fase 1-2)/midlertidig sysselsettingstiltak, gjennomsnitt etter om personen mottar attføringspenger eller ikke ved slutten av attføringsløpet

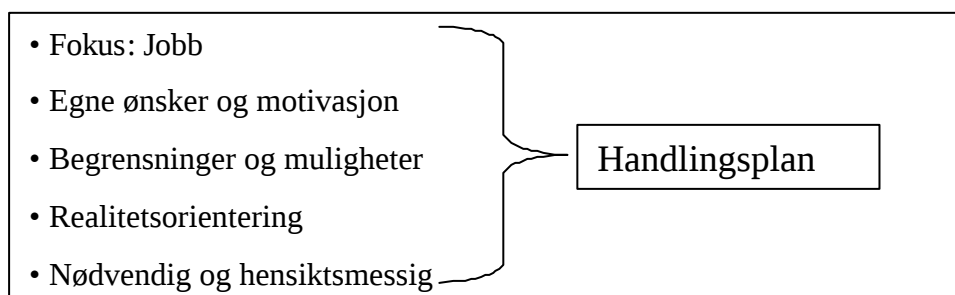


3.2 Informasjon fra intervjuer: Aetat og attføringsbedriftene

Handlingsplan i Aetat

Planlegging av innholdet i attføringen starter for de aller fleste hos Aetat. En del Aetat lokal har felles informasjonsmøter for yrkeshemmede arbeidssøkere der de gir generell informasjon om hva yrkesrettet attføring er. Etter informasjonsmøtet blir den enkelte innkalt til et individuelt møte med saksbehandler. I samarbeid med saksbehandler starter arbeidet med å legge en handlingsplan for attføringen.

Figur 3.7 Utgangspunktet for en handlingsplan



En handlingsplan tar utgangspunkt i den enkelte yrkeshemmedes ønsker. Hva kan den enkelte tenke seg som framtidig jobb, hva skal til for å nå ønsket yrkesmål og

er målet realistisk i forhold til egne begrensninger og muligheter på arbeidsmarkedet? For mange sosialt yrkeshemmede og innvandrere er det mer usikkerhet knyttet til arbeidsevne og yrkesmål, og da benyttes ofte AMB til avklaring og utprøving. Som en saksbehandler i Aetat uttalte det:

Vi prøver å oppfylle folks ønsker dersom de er i tråd med de helsemessige begrensningene. Har arbeidssøkerne motivasjon og ønsker, forsøker vi å strekke oss lengst mulig.

Egen motivasjon er viktig for det attføringsløpet som legges.

Det (motivasjon) har stor påvirkning, både for lengre og kortere løp. Noen kan være veldig motivert for utdanning, andre for et kort løp for å komme raskt i jobb.

På spørsmål om handlingsplaner for sosialt og medisinsk yrkeshemmede skiller seg fra hverandre, svarte en saksbehandler følgende:

Ofte legges en løsere handlingsplan for sosialt yrkeshemmede enn for de på medisinsk attføring, vi legger ikke like mye arbeid i disse planene. Vi har mer penger på medisinsk attføring. De sosialt yrkeshemmede kan ikke være kresne, ofte blir det AMB.

Det oppgis flere årsaker til at arbeidet med en handlingsplan for sosialt og medisinsk yrkeshemmede ofte er forskjellig. Det kan være større grad av usikkerhet knyttet til arbeidsevne hos sosialt yrkeshemmede. Det innebærer at det ofte er nødvendig med avklaring og utprøving før en detaljert handlingsplan legges. Aktuelle tiltak for denne gruppen er derfor ofte avklaringstiltak AMB fase 1 eller APS. Ofte vil målet med tiltaket være å legge en handlingsplan.

En annen årsak til forskjellen er at personer på medisinsk attføring har en rettighet som utløser ytelser, mens tiltak for de sosialt yrkeshemmede er avhengig av at det er ledige tiltaksmidler. Personer med attføringspenger har i praksis større rettigheter når det gjelder kvalifisering (ordinær utdanning) enn personer med individstønad. Personer med attføringspenger vil derfor oftere gjennomføre et opplæringsløp innenfor det ordinære skoleverket, mens personer med individstønad oftere er å finne på Aetats arbeidsmarkedstiltak.

Hvilke rettigheter og dermed ytelser den enkelte yrkeshemmede har, er med andre ord medbestemmende for den enkeltes attføringsløp.

Trygdekontorene hadde liten innvirkning på attføringsløpet. I noen tilfeller hendte det at det kom forslag til tiltak i basismøter, eller at legen kunne komme med forslag. Men selve attføringsprosessen startet og ble bestemt hos Aetat.

Det hendte det var forslag fra basismøter, men vi skal starte attføringsprosessen hos oss. Noen er i gang med ting når de kommer til oss, for eksempel praksisplass i psykiatri, da fortsetter de med det.

Attføringsbedriftenes innvirkning på handlingsplanen

Som vi har sett starter arbeidet med å legge en handlingsplan hos Aetat, men ofte er den enkeltes arbeidsevne og muligheter så usikker at vedkommende blir søkt

inn på avklaring i en attføringsbedrift. Et viktig mål med avklaringen er å utarbeide en mer detaljert handlingsplan for attføringen.

De har som regel ikke lagt handlingsplan, men søker dem inn på tiltaks-kjeding, søker til AMB fase 1, så videre til fase 2 eller Arbeid med bistand.

I alle tiltak skal det utarbeides en sluttrapport og i denne skal det dokumenteres hva som er gjort i tiltaket samt begrunne forslag til veien videre for den enkelte. Tiltaksarrangørene oppgir at det er veldig sjelden at Aetat ikke følger deres anbefalinger. Tiltaksarrangørene har med andre ord stor innflytelse på det videre attføringsløpet når en person først har kommet på tiltak hos dem.

Veivalg (AMB fase 1) er en avklaring for å foreslå veien videre. Først lager vi en avklaringsrapport til Aetat hvor vi kommer med personenes forut-setninger og begrensninger i forhold til arbeidsmarkedet. Så et forslag til veien videre. Som oftest følger Aetat våre forslag.

Vi har sett at ytelser påvirker attføringsløp hos Aetat, ved at rett til attførings-penger gir større valgmuligheter. Når de yrkeshemmede er søkt inn hos en attføringsbedrift, ser det ikke ut til at ytelsene lenger legger noen føringer for det videre løpet. På spørsmål om forskjellen i attføringsløpet til en sosialt og medisinsk yrkeshemmet person svarer en tiltaksarrangør følgende:

Løpet er ganske likt. Dette er individuelt styrt og ikke avhengig av midlene. Vi jobber på samme måte uavhengig av ytelsene.

Et unntak synes å være ved behov for å kjøpe eksterne kurs:

Hvis handlingsplanen inneholder noe som koster penger, for eksempel truckførerkurs, er det lettere å få aksept hvis vedkommende har attførings-penger.

Utover det synes det ikke som om det er systematisk forskjell i innholdet i handlingsplanen til en person med attføringsytelser og en med individstønad.

Egen motivasjon

Motivasjon blir tillagt stor vekt i Aetat når handlingsplanen legges. Også hos tiltaksarrangørene er den enkeltes motivasjon svært viktig. En sentral jobb for attføringsbedriftene er nettopp å motivere de yrkeshemmede til å gjennomføre det planlagte løpet. Flere tiltaksarrangører fremhevet at særlig innvandrere som har dårlig språk, opplever at de har begrensede muligheter på arbeidsmarkedet, noe som virker negativt på motivasjonen for attføring.

Det kan være vanskelig å motivere innvandrere fordi det er så langt til målet (jobb) og mulighetene på arbeidsmarkedet synes for mange små. For nordmenn er det ikke det samme.

Mange innvandrere som er på attføring har komplekse behov, og det er ofte mange flere faktorer som gir redusert arbeidsevne enn det er for nordmenn på attføring. De fleste tiltaksarrangører mener likevel at målet med attføringen er det samme for innvandrere og nordmenn: *Jobb*. Selv om målet er det samme, vil

likevel mulighetene til å lykkes kunne være forskjellige, noe som vil påvirke motivasjonen.

Innvandrere er tydelige på at skal de få seg en jobb må de være bedre enn nordmenn. Når de har dårlig språk på toppen av andre ting, føler de ofte en avmakt i forhold til å lykkes med å få seg jobb. Da er det kanskje ikke andre muligheter, med unntak av sosialhjelp, enn en trygdeytelse. Mange ser ikke seg selv som vinnerloddet i "flaxen".

Mange innvandrere opplever at arbeidsgivere er lite villige til å ansette innvandrere. Uansett hvilke tiltak de da gjennomfører tror de at mulighetene for å få jobb etterpå er små. Derfor ønsker de ofte kortvarige løsninger for attføringsløpet.

Det ble også framhevet av mange attføringsbedrifter at innvandrerne er mer interessert i å komme seg raskt ut i jobb og mindre interessert i utdanningsløp, enn nordmenn.

Innvandrere er opptatt av å komme raskt ut i jobb, uansett hva slags jobb det er. Dette kan også ha med å gjøre at de er nødt. Mange har store familier og bare én inntekt. Da rekker ikke attføringspengene langt.

Det er tydeligvis forskjeller i motivasjonen for attføring hos en del innvandrere og nordmenn. Manglende motivasjonen er ikke nødvendigvis et personlighetstrekk, sitatene gjenspeiler at motivasjon i stor grad er påvirket av ytre faktorer som den enkelte har små eller ingen muligheter for å påvirke.

Dårlige norskkunnskaper

Dårlige norskkunnskaper nevnes av alle tiltaksarrangører som et tilleggsproblem for mange innvandrere og noe som også påvirker attføringsløpet. En saksbehandler i Aetat sier det slik:

Norskkunnskapene begrenser hva slags muligheter de har. Vi kan ikke sende dem på et vanlig kurs, heller ikke i arbeidspraksis i ordinær virksomhet. Dessuten er vi ofte usikre på den faktiske arbeidsevne, noe som også har med språkproblemer å gjøre.

Dårlige norskkunnskaper innskrenker innvandrerens valgmuligheter både i tilknytning til attføringen og senere jobbmuligheter. Mange innvandrere kommer på attføring fra fysisk tunge jobber som renhold, kjøkken/hotell og industri. I disse jobbene har de har klart seg med et lavt nivå på norskkunnskapene. For de fleste jobber i dag kreves det imidlertid at de ansatte behersker norsk relativt bra både skriftlig og muntlig.

Når innvandrerne får behov for å skifte jobb eller omskoleres til en annen jobb på grunn av helsen, blir norskkunnskapene en betydelig begrensende faktor. Dårlige norskkunnskaper påvirker attføringsløpene i den forstand at kvalifiseringstiltak ofte er uaktuelle og også tiltak i ordinær virksomhet. De tiltakene som gjenstår er avklaring og tiltak i skjærmede omgivelser. Dette stemmer godt med det registeranalysene viser, nemlig at innvandrere er sterkt underrepresentert i opplærings-tiltak og overrepresentert i skjærmede tiltak som AMB og midlertidig sysselsettings-tiltak.

Dårlige norskkunnskaper begrenser også hvilke muligheter innvandrerne har innenfor en attføringsbedrift. En tiltaksarrangør sier:

De med dårligst språk kan ikke delta på alle praksisområdene, på kontoravdelingen for eksempel er det få innvandrere, for der må de beherske språket godt, i renhold er det nesten bare innvandrere.

Saksbehandlerne i Aetat som vi intervjuet, framhevet at dårlig norsk ikke er en yrkeshemming alene, men at det ofte kommer på toppen av andre problemer. Det legger sterke begrensninger på innvandreres valgmuligheter og mange opplever at det er norskkunnskapene som er den største hindringen for å få seg jobb.

For innvandrere som er på attføring på sosialt grunnlag er det stort sett alltid språk som er den sosiale mistilpasningen. Er dårlig norsk en yrkeshemming?

Aetat ønsker ikke å definere [dårlig] språk som en yrkeshemming, det er for så vidt riktig ut fra definisjonen [av yrkeshemming]. Når de skal formidles merker en imidlertid at det er en yrkeshindring. Vi bør kunne tilby et opplegg der vi kombinerer språk med arbeidspraksis.

Tiltak spesielt tilrettelagt for innvandrere

Språkproblemer legger som vi har sett sterke føringer og begrensninger på innvandrernes valgmuligheter. Det kan være problemer for alle parter å ha innvandrere som i liten grad behersker norsk i samme gruppe som nordmenn og innvandrere som behersker språket.

Ofte må vi bruke veldig mye tid for å forklare begrep for innvandrerne, det blir fort kjedelig for nordmenn når vi forklarer samme begrep for 5. gang. Innvandrere kommer heller ikke så langt i løpet av 8 ukers avklaring, flere innvandrere fortsetter avklaringen i APS.

På spørsmål om attføringsbedriftene mener det er behov for tiltak som er spesielt tilrettelagt for innvandrere, svarer de fleste at det er det. Attføringsbedriftene er vant til å tilrettelegge innholdet i attføringen etter den enkeltes behov, men likevel opplever de at det å ha innvandrere med dårlig norskkunnskap og nordmenn i samme grupper, kan by på problemer for begge parter. Flere av attføringsbedriftene vi intervjuet har tatt konsekvensene av dette og tilbyr spesielle tiltak rettet mot innvandrere, både AMB fase 1 (Veivalg), norsk og samfunnskunnskap og kurs som de driver i samarbeid med annen tradisjonell voksenopplæring.

For grupper som er svakest i språk er det et behov for spesielt tilrettelagt tilbud. Det er litt av bakgrunnen for at er det nødvendig å kjøre noe teoretisk ved siden av, for å skjønne hva de snakker om i en butikk. Språkbiten blir barrieren.

Også de attføringsbedriftene som ikke har spesielle tilbud til de med svakest norskkunnskaper ser behovet for det. Noen har hatt et tilbud tidligere, men har lagt det ned fordi verken Aetat eller kommunene vil betale for tilbudet.

Et problem er at det er mye teori i AMB fase 1. Vi ser at mange innvandrere faller fra. Kanskje kan det være fornuftig med et eget opplegg for innvandrere.

Har hatt et samarbeid med Aetat og voksenopplæringen, om språk-opplæring i fase 2. Det var et tilbud der den enkelte har hatt 10 timers norskundervisning rettet mot det de holder på med i fase 2. Det er slutt nå. Det er ikke rom for å drive med slik tilleggskvalifisering. Verken Aetat eller kommunen vil betale for det.

Har Aetat det nødvendige virkemiddelapparatet?

På spørsmål om Aetat har det virkemiddelapparatet som er nødvendig for å bistå yrkeshemmede innvandrere i å komme i jobb, framhever de fleste attføringsbedriftene problematikken rundt behovet for språkopplæring i kombinasjon med arbeidspraksis.:

Skulle ønske Aetat hadde større mulighet for å backe opp om språk-undervisningen. Manglende språk er en vesentlig yrkeshemming og Aetat bør derfor ha mulighet til å støtte språkopplæring til innvandrere med behov for det. Kombinert språkopplæring og attføring/arbeidstrening er veldig bra.

Tror at de burde hatt mer tiltaksmidler til å tilrettelegge yrkesfaglig språkundervisning. I dagens Norge blir det færre og færre arbeidsplasser der kommunikasjon ikke er nødvendig.

Behovet for språkopplæring i kombinasjon med arbeidspraksis er tydeligvis stort for de innvandrerne som har dårligst nivå i norsk. For at de skal kunne nyttiggjøre seg tiltakstilbudet og ha en mulighet for å integreres i ordinært arbeid, må de ha språkopplæring utover det de allerede har fått i kommunene. Mange av attføringsbedriftene framhevet behovet for språkopplæring i kombinasjon med arbeidstrening som det mest effektive for denne gruppen. Siden norskopplæring i dag er kommunens ansvarsområde, er det litt tilfeldig om Aetat vil betale for språkopplæring hos attføringsbedriftene. Noen gjør det, mens andre ikke. En saksbehandler sier:

Så lenge vi ser at det er det (språket) som stopper folk i arbeidslivet, bør vi kanskje ha tiltak som tar seg av det.

Andre mente dette ikke var Aetats ansvar, men den enkelte yrkeshemmede.

Det er noen som kan ha flere tusen timer i norsk og fortsatt er for dårlig til å kommunisere effektivt. Det handler om strukturelle forhold, at norsk blir dagligspråket. Altså ikke noe Aetat kan gjøre noe med, det ligger på et annet plan, folk må integreres.

3.3 Oppsummering attføringsløpet

I dette kapitlet har vi beskrevet attføringsløpet for innvandrere og ikke-innvandrere, dels ved de kjennetegn som framkommer i registrene, dels med informasjon fra intervjuene.

Vi finner at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt har kortere attføringsløp enn nordmenn. Vi finner også at ikke-vestlige innvandrere oftere er i AMB-tiltak og i midlertidig sysselsetting, mens nordmenn oftere er i opplæringstiltak. Forskjellen består uavhengig av diagnose og uavhengig av om personene har attføringspenger eller ei.

I intervjuene får vi vite at ytelsene påvirker attføringsløpet: Mange saksbehandlere opplever at når en person har rett til attføringspenger gir det "ubegrensede" muligheter, og at den yrkeshemmede derfor ofte kommer i opplæringstiltak, som kan være langvarig. Motsatt er det et mer begrenset utvalg av tiltak som er tilgjengelig for sosialt yrkeshemmede.

I tillegg er den yrkeshemmedes egen motivasjon svært viktig for valget av tiltak. Mange saksbehandlere i Aetat og ansatte i attføringsbedriftene opplever at det er forskjell på motivasjonen hos nordmenn og innvandrere. Mange innvandrere er opptatt av å komme raskt i arbeid, og lite innstilt på en langvarig attføringsprosess. Dårlige norskkunnskaper kan dessuten begrense mulighetene for (eller realismen i) utdanning i betydelig grad.

Når yrkeshemmede først er kommet på tiltak hos en attføringsbedrift, har attføringsbedriften stor innflytelse på handlingsplanen. Da mener de at det er liten forskjell på attføringsløpet til en sosialt og medisinsk yrkeshemmet. Unntaket fra dette er når det er behov for å kjøpe eksterne kurs – det er vanskeligere å få til for sosialt yrkeshemmede enn for de med en medisinsk diagnose.

Alle vi intervjuet nevnte dårlige norskkunnskaper hos ikke-vestlige innvandrere som en begrensende faktor. Ifølge flere av dem innebærer dårlige norskkunnskaper i mange tilfeller svært innskrenkede valgmuligheter med hensyn til tiltak.

Flere av attføringsbedriftene har eller har hatt spesielle tiltak for innvandrere. De fleste mener det er et behov for flere tiltak som kombinerer norskopplæring med praksis. Noen har imidlertid opplevd problemer med finansieringen av slike tiltak. Vi mener det er behov for en forbedring av tilbudet om norskopplæring i tilknytning til attføringstiltak.

4 Resultat av attføringen

I dette kapitlet gjengir vi analysen av registerdataene som omhandler resultatene av attføringen: Hvordan er forløpet på arbeidsmarkedet etter at attføringen er avsluttet?

For å belyse forskjeller i forløp på arbeidsmarkedet etter attføringen, har vi valgt å se på alle som *avsluttet* attføring i løpet av årene 1999-2000. Dette er gjort for å sikre oss at vi kan følge personene en tid etter attføringen – blant de som *startet* attføringen i disse årene, er det en god del som ikke avslutter attføringen i løpet av den perioden dataene våre dekker.

Vi har valgt å definere ”å avslutte attføringen” som det å være ett år uten registrering som yrkeshemmet i Aetats register. Ifølge denne definisjonen var det 51.330 personer som avsluttet attføring i løpet av de to årene 1999-2000. 8,9 prosent av dem var førstegenerasjons innvandrere, 7,2 prosent fra et ikke-vestlig land. Denne gruppen av personer som avsluttet attføring likner på den gruppen som startet på attføring i perioden, og som vi beskrev i kapittel 2. Det gjelder slike kjennetegn som landbakgrunn, botid, diagnoser, kjønn, alder mv.

4.1 Status på ulike tidspunkter etter attføringen

For hver måned etter at attføringen er avsluttet, kan vi på grunnlag av informasjonen i registrene tilordne personene en status på arbeidsmarkedet. Siden en person kan ha flere statuser i løpet av en måned, må vi velge en hovedstatus. Valget er gjort etter følgende prioriteringsrekkefølge:

- Alle registreringer i Aetats registre unntatt jobbskiftesøker/skoleelev (dvs. helt arbeidsledig, delvis sysselsatt, arbeidsmarkedstiltak eller yrkeshemmet)
- Deltidsarbeid
- Alderspensjon
- Uførepensjon
- Heltidsarbeid eller selvstendig næringsdrivende
- Utdanning
- Sosialhjelp.

Dette betyr for eksempel at en person bare får hovedstatus ”sosialhjelp” hvis vedkommende ikke er registrert under utdanning, i arbeid, med pensjon eller hos

Aetat den aktuelle måneden. Videre får en person hovedstatus "heltidsarbeid", bare hvis vedkommende ikke samtidig mottar pensjon eller er registrert hos Aetat.

I Tabell 4.1 viser vi hvordan alle som avsluttet attføring i årene 1999-2000 fordeler seg på de nevnte hovedstatusene på ulike tidspunkter etter attføringen. Vi ser at måneden etter attføringen er heltidsarbeid den vanligste statusen (20 prosent). Nesten like mange (18 prosent) er registrert som arbeidsledige, og like mange har vi ingen registrerte opplysninger om på det tidspunktet. Videre er det ganske mange som har deltidsarbeid (15 prosent). 10 prosent mottar uførepensjon, og 12 prosent mottar sosialhjelp uten at vi finner dem igjen i noe annet register.

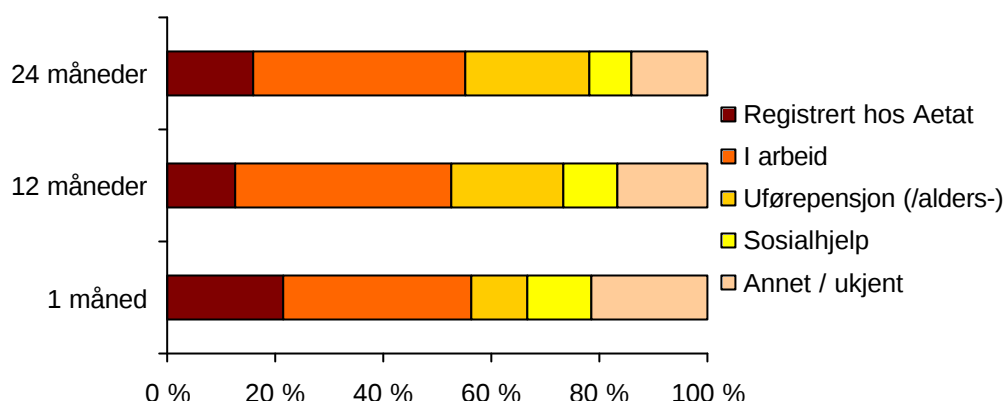
Når det er gått ett år etter attføringen har det skjedd relativt store endringer. Betydelig færre er nå arbeidsledige (10 prosent), mens flere er i jobb på heltid eller deltid. Det er også en sterk økning i andelen som har uførepensjon (21 prosent), mens det er færre som vi ikke vet noe om. Mellom ett og to år etter attføringen skjer det små endringer, den største er at en del kommer tilbake til attføring. Tre år etter attføringen er det svært mange, over halvparten, vi ikke kjenner statusen til – årsaken er at vi ikke har data lenger enn til 2002-2003. Vi har derfor ikke tatt med fordelingen på senere tidspunkter i tabellen.

I Figur 4.1 har vi gruppert statusene samme i fire hovedgrupper: Arbeidssøker (registrert hos Aetat), i arbeid (heltid eller deltid), pensjon og sosialhjelp. "Annet/ukjent" inkluderer da utdanning – noe som det er svært få som har som hovedstatus etter attføringen. Av figuren går det tydelig fram at det skjer en utvikling fra én til 12 måneder etter attføringen, og at fordelingen deretter er ganske stabil til og med to år etter attføringen.

Tabell 4.1 Hovedstatus på arbeidsmarkedet. Prosent av alle som avsluttet attføring i 1999-2000 på ulike tidspunkter etter attføringen

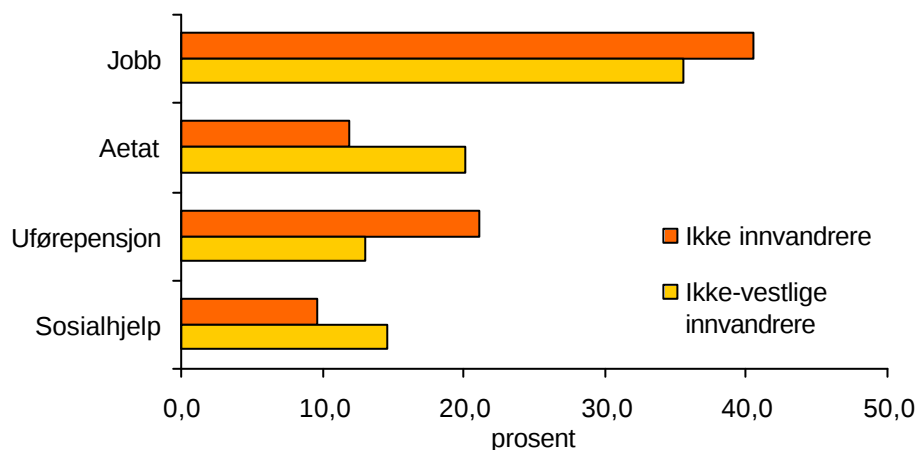
	1 måned	12 måneder	24 måneder
Helt ledig	18,0	10,0	7,7
Ordinært tiltak	3,3	2,0	0,7
Yrkeshemmet	0,0	0,5	7,6
Deltidsarbeid/delvis sysselsatt	14,8	16,7	16,2
Heltidsarbeid/selvstendig	20,2	23,3	22,9
Utdanning	3,4	1,8	1,1
Sosialhjelp	11,7	10,0	7,5
Uføretrygd	10,2	20,5	22,7
Alderspensjon	0,2	0,2	0,3
Annet/ukjent	18,2	14,9	13,1
Sum	100,0	100,0	100,0
N	51 330	51 330	51 330

Figur 4.1 Hovedstatus på ulike tidspunkt etter attføringen blant alle som avsluttet attføring i 1999-2000. Fire hovedtyper



Vi skal se nærmere på hvordan hovedstatus ett år etter attføringen varierer med ulike kjennetegn. I Figur 4.2 viser vi andelen som ett år etter attføringen har hver av de fire typene status, blant ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere. Vi ser at det er en større andel av nordmennene enn av innvandrerne som er i jobb ett år etter attføringen (henholdsvis 41 og 36 prosent), dessuten har en større andel uførepensjon (21 og 13 prosent), mens en betydelig mindre andel er registrert som arbeidssøker (12 og 20 prosent). Andelen som mottar sosialhjelp (uten å ha noen av de andre statusene) er også betydelig lavere blant nordmenn enn ikke-vestlige innvandrere – henholdsvis 10 og 15 prosent.

Figur 4.2 Hovedstatus ett år etter avsluttet attføring. Prosent av ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere



Hvorvidt personene har vært på attføring på medisinsk eller sosialt grunnlag, vil sannsynligvis ha betydning for hvordan det går med dem etterpå. For eksempel er sannsynligheten for å få uførepensjon høyere dersom man på et tidligere tidspunkt har en medisinsk diagnose. I Figur 4.3 viser vi de viktigste statusgruppene ett år etter attføringen, for de som hadde en medisinsk diagnose og de som var registrert som sosialt yrkeshemmede hver for seg.

Andelen som er i jobb på dette tidspunktet er ikke veldig forskjellig i de to gruppene medisinsk diagnose/sosialt yrkeshemmet samlet sett. Blant de som

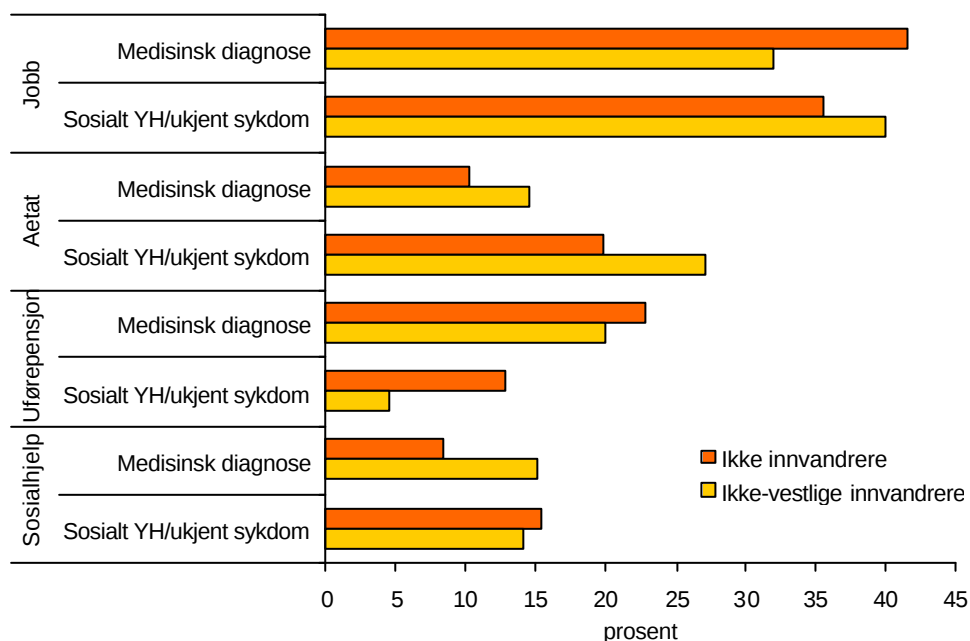
hadde en medisinsk diagnose er det imidlertid en større andel av ikke-innvandrerne enn av innvandrerne som er i jobb, mens blant sosialt yrkeshemmede er det omvendt – noe flere innvandrere er i jobb. Videre ser vi at det er betydelig mer vanlig å være registrert som arbeidssøker ett år etter attføringen blant de som hadde en sosial yrkeshemming enn blant de med en medisinsk diagnose. Dessuten er dette mer vanlig blant innvandrere enn nordmenn i begge diagnosegrupper.

Uførepensjon er som ventet mer vanlig blant de som var på attføring med en medisinsk diagnose enn blant de sosialt yrkeshemmede. Blant de med en medisinsk diagnose er denne andelen relativt lik for nordmenn og innvandrere. Blant de sosialt yrkeshemmede, er imidlertid denne andelen betydelig høyere for nordmenn enn innvandrere.

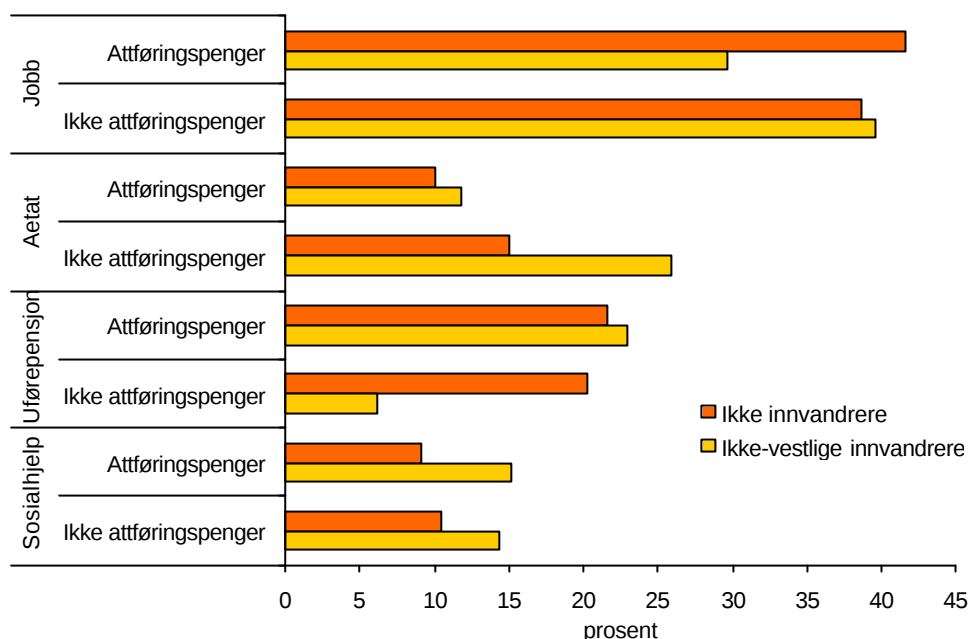
Andelen som ikke er registrert med noen annen status, men mottar sosialhjelp, er omtrent lik blant nordmenn og innvandrere som var på attføring på sosialt grunnlag, mens den er betydelig lavere blant nordmenn enn innvandrere som hadde en medisinsk diagnose.

Omtrent de samme forskjellene som i Figur 4.3 gjør seg gjeldende dersom vi i stedet skiller mellom de som mottok attføringspenger og de som ikke mottok attføringspenger ved avslutningen av attføringen – se Figur 4.4.

Figur 4.3 *Hovedstatus ett år etter avsluttet attføring. Prosent av ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere med en medisinsk diagnose/sosialt yrkeshemmede*



Figur 4.4 Hovedstatus ett år etter avsluttet attføring. Prosent av ikke-innvandrere og ikke-vestlige innvandrere med og uten attføringspenger ved avslutning av attføringen

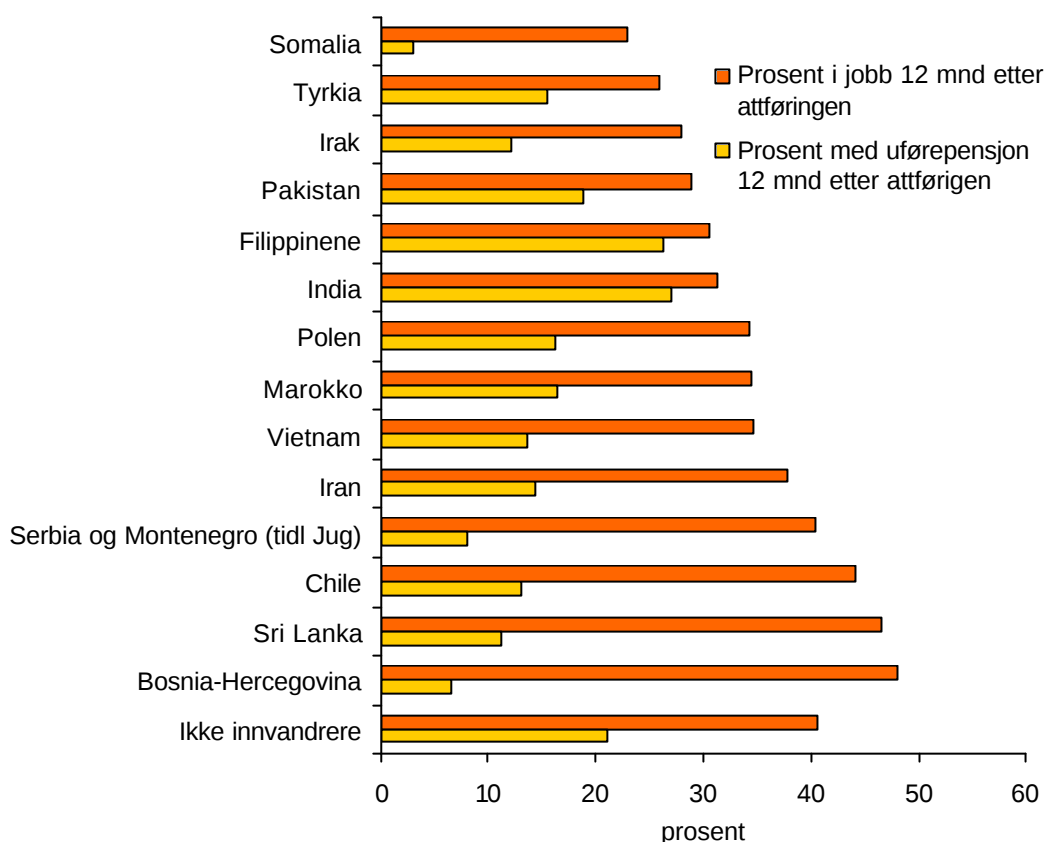


De forskjellene vi finner her kan tyde på at ikke-vestlige innvandrere som er på attføring på sosialt grunnlag er en mer ressurssterk gruppe enn ikke-innvandrere som er sosialt yrkeshemmede. Vi finner støtte til en slik tolkning i intervjuene, der flere mente at sosialt yrkeshemmede nordmenn ofte er svært ressursssvake, mens mange innvandrere som er registrert som sosialt yrkeshemmede kan være relativt ressurssterke når vi ser bort fra dårlige norskkunnskaper.

I Figur 4.5 ser vi at det er store forskjeller mellom ulike nasjonaliteter i andelen som er i jobb og andelen som er på uførepensjon etter attføringen. Somaliere er den nasjonaliteten som i minst grad kommer i arbeid etter attføringen, men de kommer heller ikke i særlig grad på uførepensjon. Høyest andel på uførepensjon etter attføringen har filippinere og indere, som er de eneste av disse nasjonalitetene som har høyere overgang til uførepensjon etter attføring enn nordmenn. Høyest andel i jobb etter attføringen har innvandrere fra Bosnia-Hercegovina og Sri Lanka. Dette er samtidig nasjonaliteter hvor en liten andel går til uførepensjon.

I denne figuren blir det *ikke* tatt hensyn til andre kjennetegn som påvirker forløpet, slik som aldersfordeling, diagnose, ol. For å kunne analysere hvorvidt resultatet av attføringen er forskjellig for innvandrere og andre, må vi kontrollere for flere andre kjennetegn som påvirker resultatet. I de følgende avsnittene analyserer vi hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å komme i jobb, og sannsynligheten for å få uførepensjon, i tiden etter attføringen.

Figur 4.5 Hovedstatus ett år etter avsluttet attføring. Prosent av innvandrere fra utvalgte nasjonaliteter og ikke-innvandrere som er i jobb og har uførepensjon



4.2 Overgang til arbeid

I Figur 4.6 viser vi en kurve som illustrerer sannsynligheten for å ha overgang til arbeid (heltid eller deltid) i tiden etter attføring. Tidsaksen viser antall måneder etter attføringen, mens den vertikale aksens viser andelen av alle som avsluttet attføring i årene 1999-2000 som ennå *ikke* har fått ordinært arbeid i hver måned etterpå (betinget av at vi kan observere dem). Kurven viser med andre ord det motsatte av hva vi er interessert i. Differansen mellom 1 og andelen på den vertikale aksens, er den beregnede sannsynligheten for å ha kommet i ordinært arbeid når det har gått x måneder etter attføring.

Vi bruker denne framstillingsmåten fordi vi har sensurerte observasjoner: Det er ikke alle som får jobb i løpet av den tiden vi kan observere dem, og vi vet da ikke om de vil få det på et senere tidspunkt. Varighetsanalyse er en metode som er egnet til å analysere slike data. Vi kan da utnytte det vi vet om de sensurerte observasjonene: At tiden fram til jobb er *minst* så lang som det vi kan observere. Vi registrerer for hver måned vi kan observere en person, hvorvidt vedkommende har fått jobb eller ikke. Personer som vi ikke lenger kan observere fordi vi er kommet til sommeren 2003, teller bare med før dette tidspunktet.

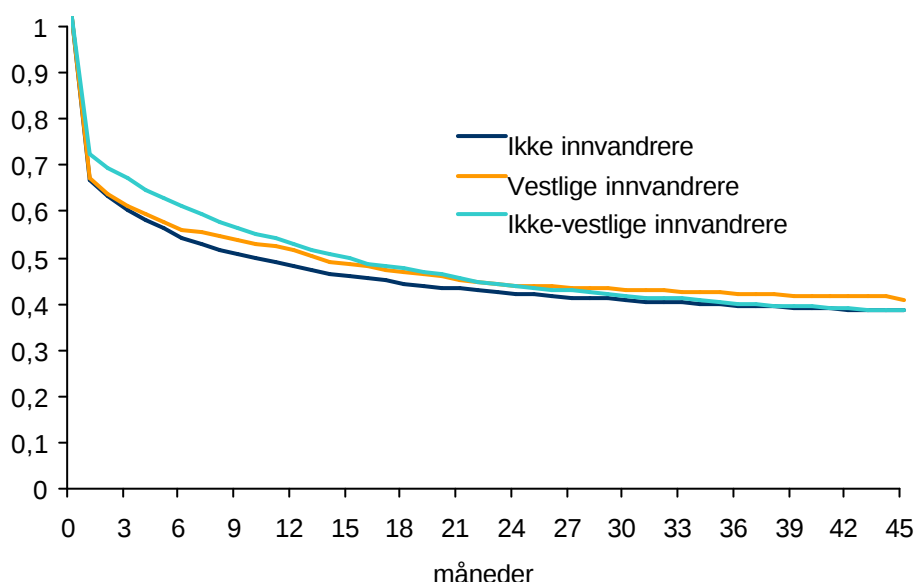
Figur 4.6 viser som nevnt for hver måned etter attføringen, andelen av personene som ennå *ikke* har hatt overgangen til heltids- eller deltidsarbeid, gitt at vi frem-

deles kan observere vedkommende. For de som har hatt overgang til arbeid, forteller figuren ingenting om hvor lenge disse arbeidsforholdene varer.

Vi ser at det er relativt liten forskjell mellom ikke-innvandrere, vestlige og ikke-vestlige innvandrere, i sannsynligheten for å komme i arbeid etter attføringen. Den første måneden etter attføringen er slutt, er det en klart mindre andel av ikke-vestlige innvandrere enn de andre gruppene, som er i jobb. Sannsynligheten for å komme i arbeid på et senere tidspunkt er imidlertid større blant ikke-vestlige innvandrere enn andre.

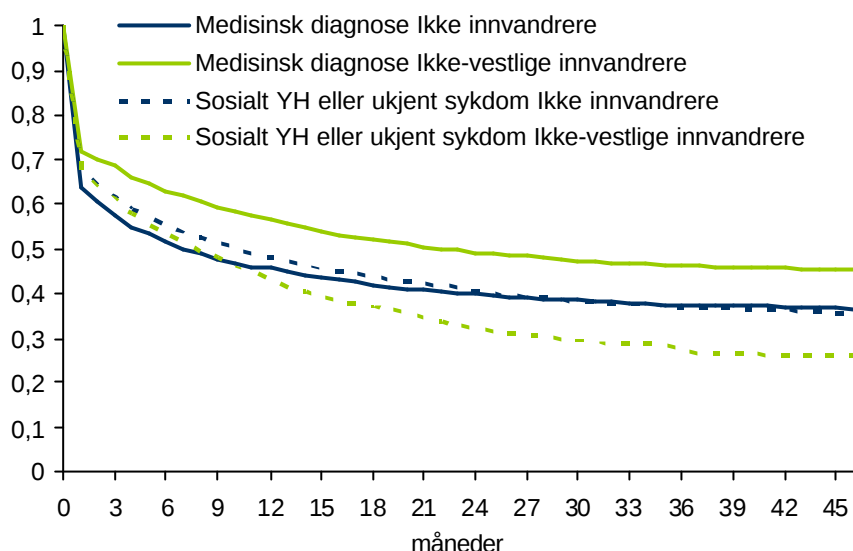
Når det er gått to år etter attføringen er det om lag like stor andel i alle de tre gruppene som har hatt overgang til jobb – 58-60 prosent.

Figur 4.6 *Andel som ennå ikke har hatt overgang til arbeid (heltid eller deltid) x måneder etter attføringen*

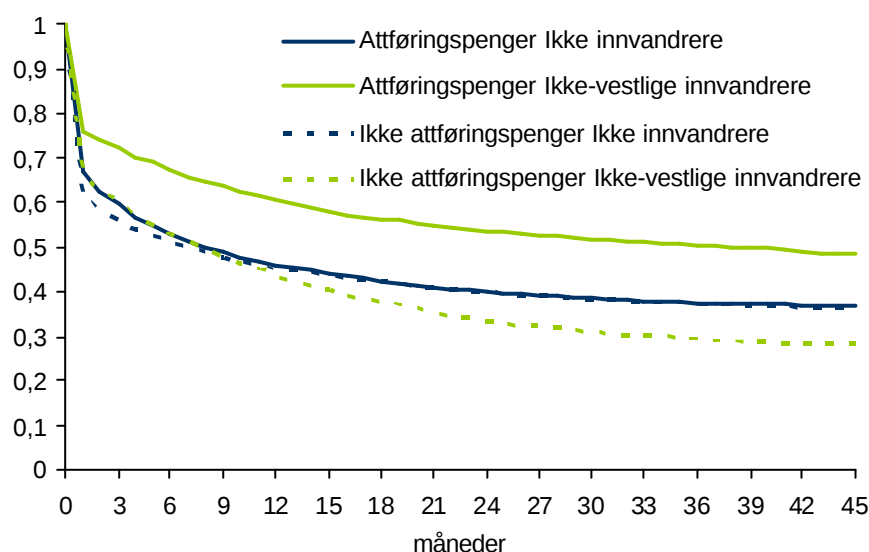


Vi så i forrige avsnitt at det er en del forskjell i forløpet etter attføringen, avhengig av om personen var på attføring på medisinsk eller sosialt grunnlag. I Figur 4.7 og Figur 4.8 viser vi hvordan overgangssannsynligheten til arbeid er for ikke-vestlige innvandrere og nordmenn, avhengig av om de var registrert med en medisinsk diagnose eller ikke, og om de hadde attføringspenger ved avslutning av attføringen eller ikke.

Figur 4.7 *Andel som ennå ikke har hatt overgang til arbeid (heltid eller deltid) x måneder etter attføringen, blant personer med medisinsk og sosialt grunnlag for attføringen*



Figur 4.8 *Andel som ennå ikke har hatt overgang til arbeid (heltid eller deltid) x måneder etter attføringen, blant personer med og uten attføringspenger ved avslutning av attføringen*



De to figurene viser følgende: For ikke-innvandrere har det så å si ingen betydning for sannsynligheten for å komme i arbeid etter attføringen, om de har en medisinsk diagnose eller er sosialt yrkeshemmet, og om de mottar attføringspenger eller ikke. Den heltrukne og den stiplede blå linjen følger hverandre i stor grad. For ikke-vestlige innvandrere er bildet et helt annet: Personer som var registrert som sosialt yrkeshemmet eller med en ukjent sykdom, og på samme måte de som ikke hadde attføringspenger, har betydelig høyere sannsynlighet for å komme i arbeid enn de med en medisinsk diagnose/attføringspenger.

Dette betyr samtidig, at mens innvandrerne har lavere sannsynlighet enn nordmenn for å komme i arbeid etter attføringen hvis de har en medisinsk diagnose/attføringspenger, har de *høyere* sannsynlighet enn nordmenn for å komme i arbeid dersom de var registrert som sosialt yrkeshemmet/med ukjent sykdom eller uten attføringspenger. Vi har imidlertid ennå ikke tatt hensyn til andre faktorer som kan påvirke sannsynligheten for å komme i jobb.

Faktorer som påvirker sannsynligheten for å komme i jobb

Ved hjelp av en regresjonsmetode kan vi beregne effekten av ulike forklaringsvariabler på den månedlige overgangssannsynligheten som ligger bak de foregående figurene. Til dette benytter vi Cox regresjon (se vedlegg 2).

I tabellene Tabell 4.3 - Tabell 4.6 (plassert bak i kapitlet) viser vi resultatene av analyser der vi undersøker effekten av innvandrerstatus og andre variabler på sannsynligheten for å ha overgang til ordinært arbeid etter attføringen. Den ulike helningen på kurvene i Figur 4.7 tyder på at sannsynligheten for å komme i arbeid utvikler seg forskjellig over tid for de som var på attføring med en medisinsk diagnose og de sosialt yrkeshemmede (eller med ukjent sykdom). Vi har derfor valgt å analysere de to gruppene hver for seg.¹⁰

Blant alle som var registrert med en *medisinsk diagnose* (Tabell 4.3), kan vi se at ikke-vestlige innvandrere har betydelig lavere sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen enn ikke-innvandrere. Det gjelder selv når vi kontrollerer for en rekke andre variabler, som har følgende effekt:

- Diagnosene psykisk utviklingshemming, rusmisbruk og psykiske lidelser gir lavest sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen, muskel- og skjelettlidelser og hudsykdommer gir høyest sannsynlighet.
- Menn har noe høyere sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen enn kvinner.
- Jo eldre personen er, desto lavere er sannsynligheten for å komme i arbeid etter attføringen.
- Jo høyere utdanningsnivå, desto høyere sannsynlighet for å få jobb etter attføringen.
- Sannsynligheten for å få jobb etter attføringen er høyere for gifte enn ugifte, og høyere dersom personen har ett eller to barn under 11 år.
- De som avsluttet attføringen i 2000 har litt lavere sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen enn de som avsluttet attføringen i 1999.
- Personer som hadde attføringspenger ved avslutningen av attføringen, har lavere sannsynlighet for å komme i jobb enn de som ikke hadde det. Dette kan ha sammenheng med at en del av de som ikke har attføringspenger på dette tidspunktet er i arbeid med lønnstilskudd. Det kan også være en effekt av at personer som *ikke* har attføringspenger i gjennomsnitt har mindre alvorlige helseproblemer enn de som har attføringspenger.

¹⁰ Hasardfunksjonene for de to gruppene er sannsynligvis ikke proporsjonale, noe som er en viktig forutsetning i Cox regresjon.

Vi har tidligere sett at det er store forskjeller mellom ulike nasjonaliteter blant ikke-vestlige innvandrere, og vi har vært inne på at botid kan ha betydning for deres tilpasning på arbeidsmarkedet. Vi har analysert ikke-vestlige innvandrere for seg, og i tillegg inkludert fødeland og botid i Norge som forklaringsvariabler.

Blant ikke-vestlige innvandrere som hadde en medisinsk diagnose, er effekten av diagnose, kjønn, alder og utdanning om lag som blant alle med en medisinsk diagnose, se Tabell 4.4. I likhet med i den foregående analysen har attføringspenger en negativ effekt: De som har attføringspenger har betydelig lavere sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen enn andre. Sivilstatus og barn har ingen signifikant effekt i denne gruppen.

Når det er kontrollert for alle disse variablene finner vi videre:

- Botid i Norge har ingen betydning for sannsynligheten for å komme i jobb etter attføringen.
- Nasjonalitet har relativt stor betydning. Lavest sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen har innvandrere fra Tyrkia, Irak og Somalia. Høyest sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen har innvandrere fra Sri Lanka, Chile og Serbia og Montenegro.

For personer som var på attføring på *sosialt grunnlag*, eller registrert med ukjent sykdom, er sammenhengene noe annerledes, se Tabell 4.5. Her finner vi ingen signifikant forskjell på innvandrere og nordmenn i sannsynligheten for å komme i jobb etter attføringen. Vi finner videre at:

- Menn har *lavere* sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen enn kvinner.
- Ellers gjelder de samme effektene som vi fant for personer med en medisinsk diagnose.

I Tabell 4.6. ser vi på ikke-vestlige innvandrere som var på attføring på sosialt grunnlag for seg, og har inkludert nasjonalitet og botid som forklaringsvariabler. Heller ikke blant de sosialt yrkeshemmede finner vi noen effekt av botid i Norge på sannsynligheten for å komme i jobb etter attføringen. Alder, utdanning og sivilstatus har forventet effekt, ellers finner vi generelt færre signifikante forskjeller i denne gruppa enn blant personer med en medisinsk diagnose. Det er også noe mindre forskjeller mellom nasjonalitetene her:

- Lavest sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen har innvandrere fra Irak og Somalia, høyest sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen har innvandrere fra Bosnia-Hercegovina.

Type attføringstiltak kunne vært inkludert som kontroll/forklaringsvariabel i disse analysene. Riktignok har vi sett at mange deltar på flere ulike typer tiltak i løpet av attføringen, men vi kunne for eksempel ha inkludert det siste tiltaket vedkommende deltok i.

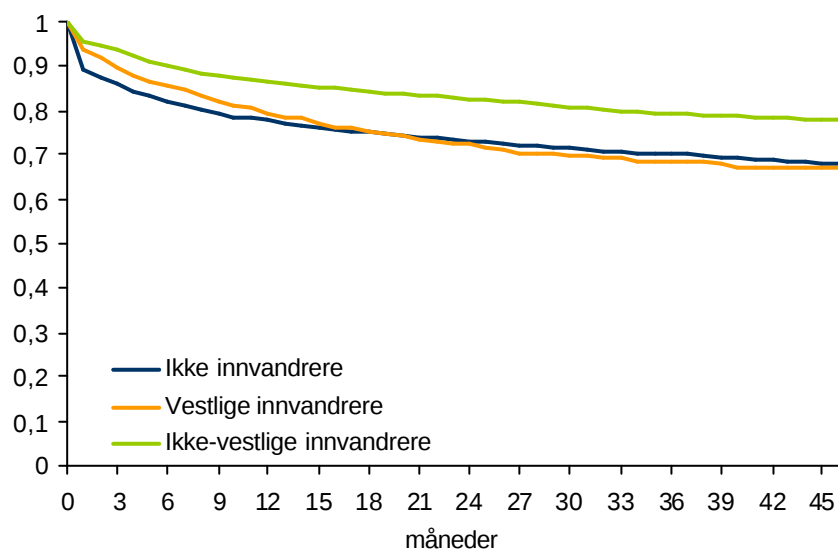
Vi har forøkt å inkludere personenes siste tiltak som forklaringsvariabel i modellen i Tabell 4.3 og Tabell 4.5. Det er en ulempe for denne analysen at 1/3 av alle som avslutter attføring, avslutter attføringen i en vente- eller kartleggingsfase, og ikke med et aktivt tiltak.

Vi finner likevel følgende effekt av å inkludere type tiltak i analysen. Ingen av de andre effektene skifter fortegn. Mange effekter blir svakere, noen blir ikke-signifikante. Type tiltak har en signifikant effekt: Personer som avsluttet attføringen med følgende tiltakstyper har høyest sannsynlighet for å komme i jobb etterpå: Lønns-tilskudd, midlertidig sysselsetting og opplæringstiltak, mens personer som avsluttet attføringen med følgende typer har lavest sannsynlighet: Varig tilrettelagt arbeid, Arbeid med bistand, og de som avslutter i en vente- eller kartleggingsfase. Betydningen av attføringspenger blir mye mindre når vi inkluderer type tiltak i analysen.

4.3 Overgang til uførepensjon

I Figur 4.9 viser vi hvordan sannsynligheten for å få uførepensjon etter attføringen varierer mellom de tre gruppene ikke-innvandrere, vestlige og ikke-vestlige innvandrere. Igjen ser vi at ikke-vestlige innvandrere har en tilpasning som likner på nordmenns. Ikke-vestlige innvandrere som er på attføring, har imidlertid vesentlig lavere sannsynlighet for å komme på uførepensjon etterpå. To år etter attføringen er det 27-28 prosent av nordmennene og de vestlige innvandrerne som har fått uførepensjon, mens andelen av de ikke-vestlige innvandrerne er 17 prosent.

Figur 4.9 *Andel som ennå ikke har hatt overgang til uførepensjon x måneder etter attføringen*

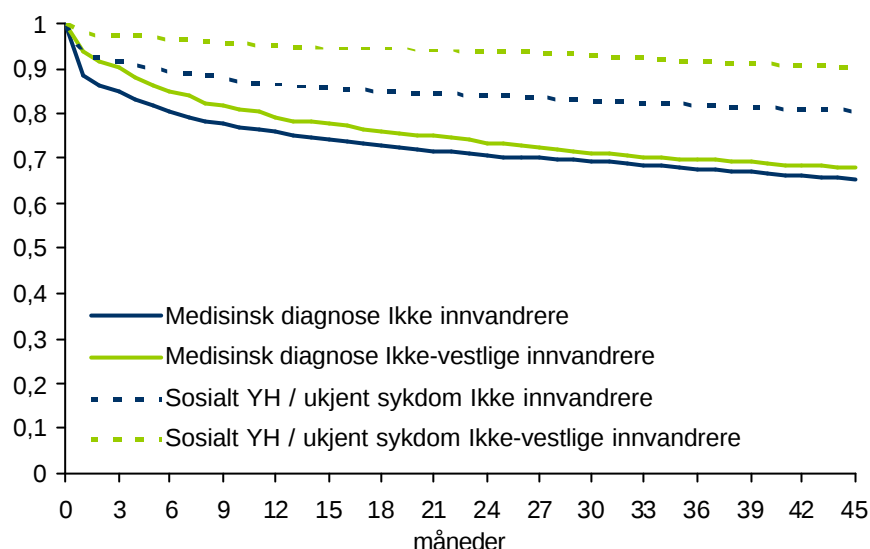


En god del av denne forskjellen kan komme av at de ikke-vestlige innvandrerne oftere er på attføring på sosialt grunnlag. I Figur 4.10 skiller vi derfor på dette. Vi finner at det er betydelig forskjell mellom de to gruppene: Personer som er på attføring med en medisinsk diagnose har vesentlig høyere sannsynlighet for å komme på uførepensjon etterpå, enn de som er sosialt yrkeshemmede. Forskjellen gjelder både nordmenn og innvandrere, men forskjellen er størst blant innvandrere.

Dette betyr at sannsynligheten for å komme på uførepensjon etter attføringen ikke er så ulik for nordmenn og innvandrere som var på attføring med en medisinsk diagnose: Etter to år er andelen henholdsvis 29 og 26 prosent. Blant de sosialt

yrkeshemmede er imidlertid forskjellen svært stor: Etter to år har 16 prosent av nordmennene fått uførepensjon, bare 6 prosent av de ikke-vestlige innvandrerne.

Figur 4.10 *Andel som ennå ikke har hatt overgang til uførepensjon x måneder etter attføringen. Yrkeshemmede med medisinsk diagnose og sosialt yrkeshemmede*



Faktorer som påvirker sannsynligheten for å få uførepensjon

I Tabell 4.7 viser vi resultatet av en analyse av hva som påvirker sannsynligheten for å få uførepensjon blant de som var på attføring med en *medisinsk diagnose*. Vi ser at ikke-vestlige innvandrere har samme sannsynlighet for å få uførepensjon etter attføringen som nordmenn, mens vestlige innvandrere har noe mindre sannsynlighet, når vi kontrollerer for en rekke andre forklaringsfaktorer:

- Personer som har attføringspenger ved avslutningen av attføringen har høyere sannsynlighet for uførepensjon etterpå. Det er naturlig, siden alle i denne gruppa har en diagnose som har gitt rett til attføringspenger (noe som også gjelder noen, men ikke alle, i den gruppa som *ikke* har attføringspenger ved avslutningen av attføringen).
- Følgende diagnoser gir høyest sannsynlighet for overgang til uførepensjon: Psykisk utviklingshemming, nevrologiske sykdommer og psykiske lidelser. Følgende gir lavest sannsynlighet for overgang til uførepensjon: Hudsykdommer, rusmisbruk og muskel- og skjelettsykdommer.
- Menn har lavere sannsynlighet enn kvinner for å komme på uførepensjon etter attføringen.
- Jo eldre, desto større sannsynlighet for å få uførepensjon etter attføringen.
- Jo høyere utdanningsnivå, desto lavere sannsynlighet for uførepensjon etter attføringen.
- Ett eller to barn under 11 år gir lavere sannsynlighet for uførepensjon.
- De som avsluttet attføringen i 2000 har noe lavere sannsynlighet for å komme på uførepensjon etterpå enn de som avsluttet i 1999.

Når vi analyserer ikke-vestlige innvandrere alene (se Tabell 4.8), finner vi akkurat de samme sammenhengene som nevnt over. I tillegg finner vi at botid i Norge har effekt:

- Jo flere år personen har bodd i Norge når attføringen avsluttes, desto større er sannsynligheten for få uførepensjon etterpå.
- Det er ikke så mange signifikante forskjeller mellom nasjonaliteter som det vi fant for overgangen til arbeid. Følgende nasjonaliteter har aller høyest overgang til uførepensjon etter attføringen: Irak, Iran, Vietnam. Følgende har lavest: Somalia og Sri Lanka.

Som nevnt er det færre sosialt yrkeshemmede som kommer på uføretrygd etter attføringen. I Tabell 4.9 ser vi at dette gjelder enda færre ikke-vestlige innvandrere enn andre, også når vi kontrollerer for de andre bakgrunnskjennetegnene.

Også i analysen av overgang til uførepensjon, har vi forsøkt å kontrollere for *tiltakstype* (siste tiltak). Vi finner da at ikke-vestlige innvandrere har betydelig lavere sannsynlighet for uførepensjon enn andre. De andre effektene er like eller noe svakere enn effektene i tabell 4.6. Lavest sannsynlighet for uførepensjon har de som avslutter attføringen med opplæringstiltak eller lønnstilskudd. Høyest sannsynlighet har de som avslutter med Arbeid med bistand eller varig tilrettelagt arbeid.

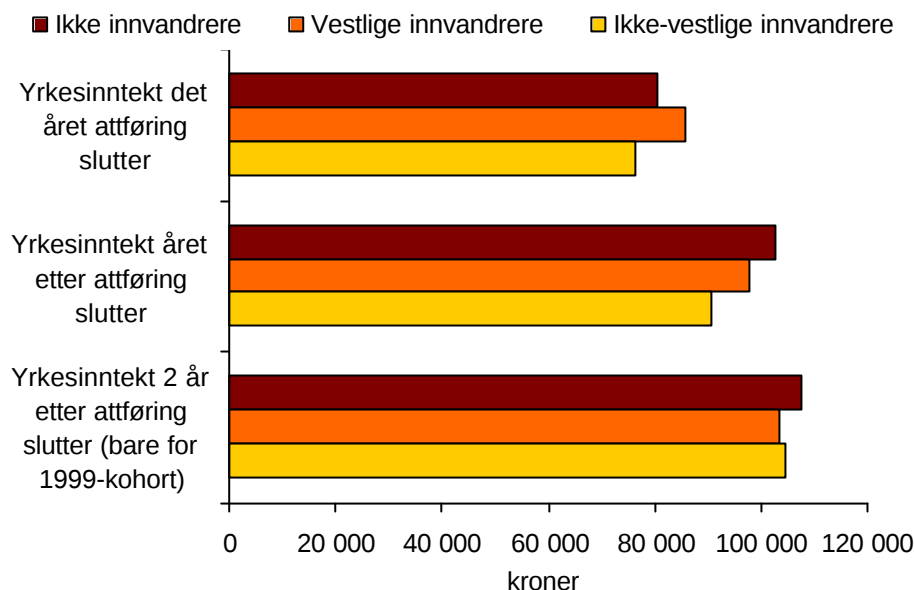
4.4 Yrkesinntekt og sosialhjelp

I tillegg til å se på hva slags arbeidsmarkedsstatuser innvandrere og ikke-innvandrere har etter attføringen, har vi undersøkt hvordan inntekten varierer mellom grupper. I Figur 4.11 viser vi gjennomsnittlig yrkesinntekt blant innvandrere og ikke-innvandrere i årene etter attføringen. Dette er informasjon vi bare har for hele kalender-(liknings-)år, vi har derfor sett på inntekten det året attføringen slutter (1999 eller 2000), året etter og to år etter. Figuren viser gjennomsnittet i hele gruppa – også inkludert de som ikke har noen yrkesinntekt det aktuelle året. Vi har ikke justert for inflasjon eller lønnsvekst i samfunnet.

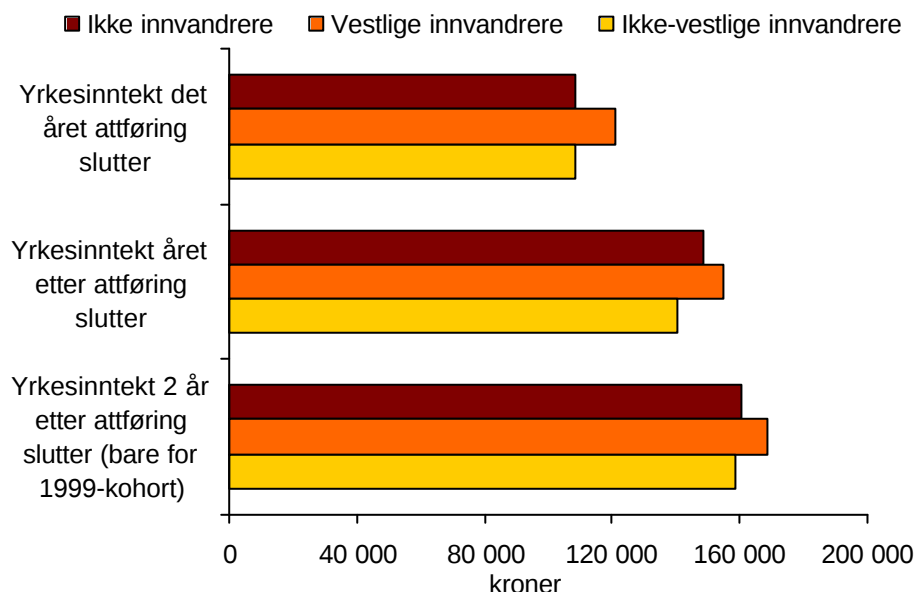
Figuren viser at gjennomsnittinntekten øker sakte men sikkert fra det året attføringen slutter til 2 år senere. Det året attføringen slutter, har vestlige innvandrere høyest inntekt, ikke-vestlige innvandrere har noe lavere inntekt enn nordmenn. Året etter har nordmenns inntekt økt betraktelig, slik at de har høyest inntekt, og ikke-vestlige innvandrere har betydelig lavere inntekt enn nordmenn. Det tredje året har dette imidlertid jevnet seg ut – nordmenn har bare så vidt høyere yrkesinntekt i gjennomsnitt enn de andre gruppene.

Vi har allerede sett at ikke-vestlige innvandrere i mindre grad er i arbeid den første tiden etter attføringen enn nordmenn, så det er ikke overraskende at inntekten deres er noe lavere i begynnelsen. I Figur 4.12 sammenlikner vi derfor yrkesinntekten bare blant de som har slik inntekt i hvert av årene.

Figur 4.11 Yrkesinntekt i tiden etter attføringen. Gjennomsnitt for alle (inkludert de som ikke har inntekt)



Figur 4.12 Yrkesinntekt i tiden etter attføringen. Gjennomsnitt bare blant de som har yrkesinntekt



Vi ser at inntekten her stiger enda mer fra det året attføringen slutter til to år senere. Årsaken er nok at mange av de som har yrkesinntekt det første året, ikke har inntekt hele kalenderåret. Det er imidlertid også en klar økning fra året etter attføringen til to år etter. I samme periode (2000-2002) var den årlige lønnsveksten i arbeidslivet generelt om lag 5 prosent.¹¹ Personer som nylig hadde vært på attføring økte sin yrkesinntekt mer – nordmenn med 8 prosent og ikke-vestlige innvandrere med 13 prosent fra året etter attføringen til to år etter. Blant denne

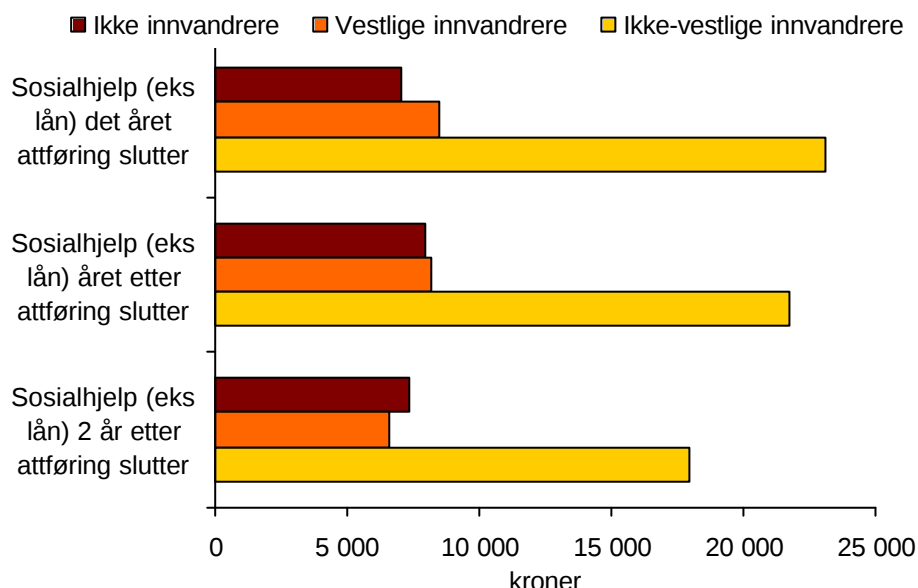
¹¹ Kilde: SSB, nasjonalregnskapet.

gruppa som *har* arbeid, ser vi at vestlige innvandrere har noe høyere inntekt enn de to andre gruppene, ellers er forskjellene relativt små (ikke-vestlige innvandrere har noe lavere inntekt enn nordmenn året etter attføringen).

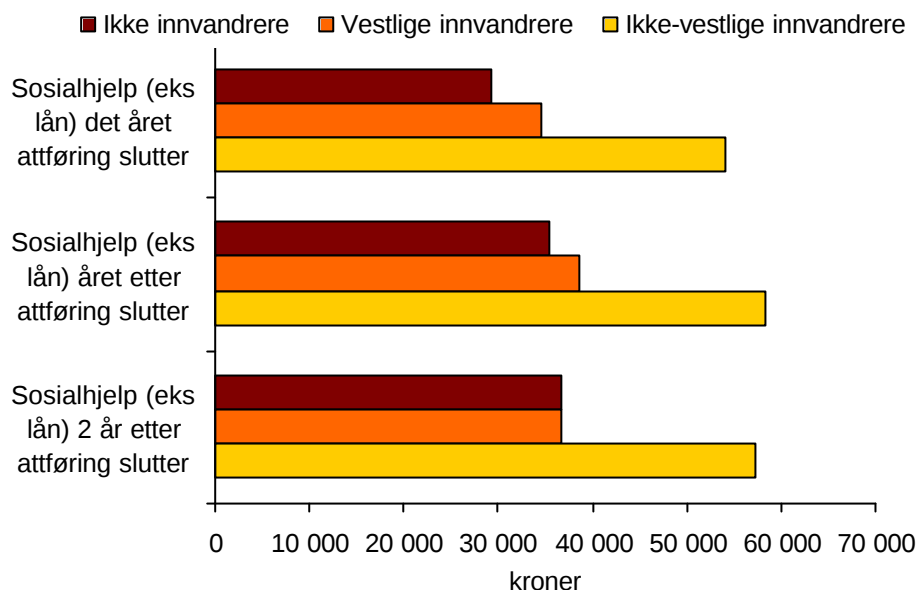
I Figur 4.13 viser vi gjennomsnittlig utbetalt sosialstønad i samme periode. Figuren viser gjennomsnitt blant alle – også de som ikke mottar sosialhjelp. Her er forskjellene svært store, ikke-vestlige innvandrere mottar i gjennomsnitt over dobbelt så mye sosialhjelp som nordmenn etter attføringen. Det er imidlertid ingen stor andel som mottar sosialhjelp – disse tallene vil derfor påvirkes mye av hvor mange som mottar sosialhjelp. I Figur 4.14 sammenlikner vi gjennomsnittlig utbetaling bare blant de som *har* sosialhjelp det aktuelle året.

Det er fremdeles en betydelig forskjell mellom ikke-vestlige innvandrere og andre. Det betyr at ikke-vestlige innvandrere både har større andel som mottar sosialhjelp etter attføringen, og hver av dem mottar et større beløp.

Figur 4.13 *Utbetalt sosial stønad i tiden etter attføring. Gjennomsnitt for alle (også de som ikke mottok sosialhjelp)*



Figur 4.14 *Utbetalt sosial stønad i tiden etter attføring. Gjennomsnitt bare blant de som har sosialhjelp*



4.5 Oppsummering resultatet av attføringen

Dersom vi ikke tar hensyn til noen andre kjennetegn ved de som deltar i attføring, ser det ut til at innvandrere og nordmenn har omtrent samme sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen, mens ikke-vestlige innvandrere har betydelig lavere sannsynlighet enn nordmenn for å få uførepensjon. Dette bildet endres imidlertid en god del når vi tar hensyn til at de to gruppene har ulik sammensetning.

I Tabell 4.2 oppsummerer vi de effektene vi fant i regresjonsanalyser av hva som påvirket sannsynligheten for å ha overgang til arbeid og uførepensjon etter attføringen.

Vi fant at sannsynligheten for å komme i *jobb* etter attføringen er betydelig lavere for ikke-vestlige innvandrere enn for nordmenn blant de som har en medisinsk diagnose. Blant sosialt yrkeshemmede ser det ikke ut til å være en slik forskjell. Dersom vi kontrollerer for type tiltak de yrkeshemmede er på, finner vi likevel at ikke-vestlige innvandrere har lavere sannsynlighet for å komme i jobb etter attføringen. Gitt de tiltakene de yrkeshemmede faktisk deltar i, er det altså ingen slik forskjell.

Sannsynligheten for å komme på *uførepensjon* etter attføringen er om lag lik for nordmenn og ikke-vestlige innvandrere med en medisinsk diagnose. Blant sosialt yrkeshemmede har imidlertid ikke-vestlige innvandrere betydelig lavere sannsynlighet for å få uførepensjon enn nordmenn.

Blant de medisinske diagnosene, er det personer med muskel-/skjelettsykdommer og hudsykdommer som har høyest sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen, de samme gruppene har lav sannsynlighet for å få uførepensjon.

Omvendt har personer med psykiske lidelser og psykiske utviklingshemmede lav sannsynlighet for å komme i jobb og høy sannsynlighet for å få uførepensjon. De som er på attføring på grunn av rusmisbruk har lavere sannsynlighet enn andre *både* for å komme i jobb og for å få uførepensjon etter attføringen.

Blant ikke-vestlige innvandrere, er de nasjonalitetene som har høyest sannsynlighet for å komme i arbeid etter attføringen, personer fra Sri Lanka, Chile og Serbia og Montenegro (medisinsk diagnose), samt Bosnia-Hercegovina (sosialt yrkeshemmede). Lavest sannsynlighet for å komme i arbeid har innvandrere fra Tyrkia, Somalia og Irak. Det er ikke nødvendigvis de samme gruppene som har høyest sannsynlighet for å få uførepensjon. Blant de med en medisinsk diagnose finner vi at innvandrere fra Irak, Iran og Vietnam har høyest overgang til uførepensjon, mens innvandrere fra Somalia og Sri Lanka har lavest.

I dette kapitlet har vi i tillegg til å analysere sannsynligheten for å komme i jobb og få uførepensjon, sett på yrkesinntekt og sosialhjelp i tiden etter attføringen. Vi kan fastslå at ikke-vestlige innvandrere i gjennomsnitt ikke har lavere inntekt enn nordmenn når det er gått 2 år etter attføringen. Det er imidlertid en større andel av dem som mottar sosialhjelp, noe som er naturlig siden en lav andel har trygderettigheter. Ikke-vestlige innvandrere som mottar sosialhjelp etter attføringen, mottar i gjennomsnitt et høyere beløp enn nordmenn. Vi har imidlertid ikke analysert disse inntektsmålene nærmere.

Tabell 4.2 *Oppsummering av hva som påvirker sannsynligheten for jobb og uførepensjon etter attføringen*

	Yrkeshemmede med medisinsk diagnose		Sosialt yrkeshemmede	
	Arbeid (heltid eller deltid)	Uførepensjon	Arbeid (heltid eller deltid)	Uførepensjon
Ikke-vestlige innvandrere	-	0	0 (-)*	-
Attføringspenger ved avslutning	-	+	-	+
Muskel- og skjelettsykdommer	+	-		
Psykiske lidelser	-	+		
Nevrologiske sykdommer		+		
Rusmisbruk	-	-		
Hudsykdommer	+	-		
Psykisk utviklingshemming	-	+		
Menn	+	-	-	-
Alder	-	+	-	+
Utdanningsnivå	+	-	+	-
Gift	+		+	-
Barn under 11 år	+	-	+	-
Botid i Norge	0	+	0	
Serbia og Montenegro (tidl Jug)	+			
Tyrkia	-			
Bosnia-Hercegovina			+	
Somalia	-	-	-	
Sri Lanka	+	-		
Irak	-	+	-	
Iran		+		
Vietnam		+		
Chile	+			

* Effekten blir negativ når det også kontrolleres for tiltakstype

Tabell 4.3 *Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til arbeid etter avsluttet attføring. Personer med en medisinsk diagnose*

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Innvandrergruppe (ikke innvandrere)		0,00		38 600	
Vestlige innvandrere	-0,05	0,27	0,95	722	0,02
Ikke-vestlige innvandrere	-0,30	0,00	0,74	2 057	0,05
Attføringspenger ved avslutning (ja)	-0,17	0,00	0,84	29 347	0,71
Diagnose (Muskel- og skjelettsykdommer)		0,00		19 480	
Psykiske lidelser	-0,35	0,00	0,71	9 275	0,22
Nevrologiske sykdommer/hodeskader	-0,28	0,00	0,76	2 668	0,06
Rusmisbruk	-0,65	0,00	0,52	2 092	0,05
Hudsykdommer	0,20	0,00	1,23	1 162	0,03
Lunge/luftvei, hjerte- og karsykdommer	-0,04	0,14	0,96	2 007	0,05
Psykisk utviklingshemming	-1,23	0,00	0,29	1 112	0,03
Andre sykdommer	-0,09	0,00	0,92	3 583	0,09
Kjønn (mann)	0,04	0,00	1,04	21 287	0,51
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		2 951	
25-29 år	0,02	0,55	1,02	5 406	0,13
30-39 år	-0,10	0,00	0,90	13 300	0,32
40-49 år	-0,21	0,00	0,81	11 724	0,28
50-59 år	-0,48	0,00	0,62	7 119	0,17
60 år el mer	-0,70	0,00	0,50	879	0,02
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,00		12 063	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	0,22	0,00	1,25	13 273	0,32
Fullført vid. utd	0,35	0,00	1,42	6 381	0,15
Påbegynt un./høyskole	0,43	0,00	1,53	1 219	0,03
Fullført un./høyskoleutd.	0,49	0,00	1,62	1 676	0,04
Mangler oppl	0,14	0,00	1,15	6 767	0,16
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,00		17 826	
Gift /reg partner	0,17	0,00	1,18	14 604	0,35
Tidligere gift	0,08	0,00	1,09	8 949	0,22
Barn under 11 år (Nei)		0,00		29 465	
Ett barn u/11	0,06	0,00	1,06	6 355	0,15
To barn u/11	0,05	0,03	1,05	3 705	0,09
Tre el flere barn	-0,03	0,51	0,97	970	0,02
Mangler oppl	-0,06	0,19	0,94	884	0,02
År for avsluttet attføring (2000)	-0,03	0,01	0,97	20 247	0,49
Antall personer				41 379	
-2LL				525028,33	

Tabell 4.4 *Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til arbeid etter avsluttet attføring. Personer med en medisinsk diagnose, bare ikke-vestlige innvandrere*

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Fødeland (annet ikke -vestlig land)		0,00		382	
Serbia og Montenegro (tidl Jug)	0,24	0,05	1,27	150	0,07
Polen	0,03	0,85	1,03	74	0,04
Tyrkia	-0,57	0,00	0,57	147	0,07
Bosnia-Hercegovina	0,14	0,31	1,15	149	0,07
Marokko	-0,07	0,72	0,93	68	0,03
Somalia	-0,29	0,17	0,75	55	0,03
Sri Lanka	0,34	0,02	1,41	100	0,05
Filippinene	0,20	0,30	1,22	53	0,03
India	-0,10	0,60	0,91	76	0,04
Irak	-0,48	0,02	0,62	77	0,04
Iran	0,04	0,73	1,04	232	0,11
Pakistan	-0,13	0,34	0,88	216	0,11
Vietnam	-0,17	0,20	0,84	169	0,08
Chile	0,27	0,05	1,32	109	0,05
Botid i Norge (før attføringen avsluttes)	0,00	0,97	1,00		13,32
Attføringspenger ved avslutning (ja)	-0,44	0,00	0,64	1413	0,69
Diagnose (Muskel- og skjellettsykdommer)		0,00		1055	
Psykiske lidelser	-0,26	0,00	0,77	488	0,24
Nevrologiske sykdommer/hodeskader	-0,31	0,03	0,73	110	0,05
Rusmisbruk	-0,50	0,07	0,61	30	0,01
Hudsykdommer	0,09	0,71	1,09	29	0,01
Lunge/luftvei, hjerte- og karsykdommer	-0,11	0,43	0,89	113	0,05
Psykisk utviklingshemming	-1,38	0,02	0,25	12	0,01
Andre sykdommer	-0,23	0,03	0,80	220	0,11
Kjønn (mann)	0,14	0,04	1,15	1278	0,62
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		65	
25-29 år	0,23	0,24	1,26	151	0,07
30-39 år	-0,06	0,77	0,95	780	0,38
40-49 år	-0,31	0,11	0,74	724	0,35
50-59 år	-0,60	0,00	0,55	305	0,15
60 år el mer	-0,65	0,05	0,52	32	0,02
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,05		802	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	0,20	0,01	1,22	547	0,27
Fullført vid. utd	0,25	0,03	1,28	169	0,08
Påbegynt un./høyskole	0,30	0,03	1,34	122	0,06
Fullført un./høyskoleutd.	0,24	0,11	1,27	96	0,05
Mangler oppl	0,10	0,28	1,11	321	0,16

- ECON Analyse -
Innvandrere og attføring

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,73		402	
Gift /reg partner	0,08	0,43	1,08	1185	0,58
Tidligere gift	0,05	0,63	1,05	470	0,23
Barn under 11 år (Nei)		0,90		898	
Ett barn u/11	0,02	0,86	1,02	424	0,21
To barn u/11	-0,04	0,73	0,97	294	0,14
Tre el flere barn	-0,12	0,38	0,89	157	0,08
Mangler oppl	-0,02	0,84	0,98	284	0,14
År for avsluttet attføring (2000)	-0,10	0,10	0,90	1022	0,50
Antall personer				2057	
-2LL				15946,2615	

Tabell 4.5 Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til arbeid etter avsluttet attføring. Sosialt yrkeshemmede /ukjent sykdom

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Innvandrerggruppe (ikke innvandrere)		0,58		8 155	
Vestlige innvandrere	-0,01	0,89	0,99	149	0,01
Ikke-vestlige innvandrere	0,04	0,31	1,04	1 647	0,17
Attføringspenger ved avslutning (ja)	-0,21	0,00	0,81	1 843	0,19
Kjønn (mann)	-0,05	0,05	0,95	6 394	0,64
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		2 901	
25-29 år	-0,08	0,04	0,92	1 376	0,14
30-39 år	-0,17	0,00	0,85	2 396	0,24
40-49 år	-0,30	0,00	0,74	1 753	0,18
50-59 år	-0,45	0,00	0,64	1 183	0,12
60 år el mer	-0,65	0,00	0,52	342	0,03
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,00		3 496	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	0,24	0,00	1,28	2 670	0,27
Fullført vid. utd	0,43	0,00	1,53	689	0,07
Påbegynt un./høyskole	0,34	0,00	1,40	229	0,02
Fullført un./høyskoleutd.	0,49	0,00	1,63	238	0,02
Mangler oppl	0,06	0,09	1,06	2 629	0,26
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,00		6 252	
Gift /reg partner	0,33	0,00	1,40	2 263	0,23
Tidligere gift	0,19	0,00	1,22	1 436	0,14
Barn under 11 år (Nei)		0,00		7 216	
Ett barn u/11	0,19	0,00	1,21	1 204	0,12
To barn u/11	0,13	0,01	1,14	710	0,07
Tre el flere barn	-0,01	0,88	0,99	220	0,02
Mangler oppl	0,01	0,91	1,01	601	0,06
År for avsluttet attføring (2000)	-0,11	0,00	0,90	4 505	0,45
Antall personer				9 951	
-2LL				112645,84	

Tabell 4.6 *Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til arbeid etter avsluttet attføring. Sosialt yrkeshemmede /ukjent sykdom. Bare ikke-vestlige innvandrere*

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gi-snitt
Fødeland (annet ikke -vestlig land)		0,00		279	
Serbia og Montenegro (tidl Jug)	0,00	0,99	1,00	140	0,09
Polen	-0,22	0,36	0,80	31	0,02
Tyrkia	0,09	0,59	1,09	73	0,04
Bosnia-Hercegovina	0,20	0,09	1,22	176	0,11
Marokko	-0,07	0,73	0,93	42	0,03
Somalia	-0,33	0,01	0,72	167	0,10
Sri Lanka	0,18	0,29	1,19	59	0,04
Filippinene	0,37	0,16	1,45	19	0,01
India	0,19	0,47	1,21	20	0,01
Irak	-0,34	0,02	0,72	112	0,07
Iran	0,08	0,49	1,09	143	0,09
Pakistan	-0,20	0,16	0,82	137	0,08
Vietnam	0,05	0,66	1,05	213	0,13
Chile	0,22	0,28	1,25	36	0,02
Botid i Norge før attføringen avsluttes	-0,01	0,14	0,99		9,55
Attføringspenger ved avslutning (ja)	-0,12	0,36	0,89	107	0,06
Kjønn (mann)	-0,01	0,89	0,99	1 061	0,64
Aldersgruppe (under 25 år)		0,04		294	
25-29 år	-0,08	0,46	0,92	202	0,12
30-39 år	-0,07	0,47	0,93	570	0,35
40-49 år	-0,22	0,06	0,81	414	0,25
50-59 år	-0,46	0,00	0,63	150	0,09
60 år el mer	-0,54	0,12	0,58	17	0,01
Utdanningsnivå (grunnskole el mindre)		0,00		708	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	0,27	0,00	1,30	344	0,21
Fullført vid. utd	0,29	0,03	1,34	85	0,05
Påbegynt un./høyskole	0,24	0,07	1,27	91	0,06
Fullført un./høyskoleutd.	0,42	0,01	1,52	51	0,03
Mangler oppl	-0,07	0,41	0,94	368	0,22
Sivilstatus (ikke gift/manglende oppl)		0,00		592	
Gift /reg partner	0,28	0,00	1,32	798	0,48
Tidligere gift	0,07	0,49	1,08	257	0,16
Barn under 11 år (Nei)		0,55		559	
Ett barn u/11	0,03	0,78	1,03	283	0,17
To barn u/11	0,02	0,82	1,02	253	0,15
Tre el flere barn	-0,19	0,15	0,83	121	0,07
Mangler oppl	0,02	0,80	1,02	431	0,26
År for avsluttet attføring (2000)	-0,25	0,00	0,78	670	0,41
Antall personer				1 647	
-2LL				16433,414	

Tabell 4.7 Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til uførepensjon etter avsluttet attføring. Personer med en medisinsk diagnose

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Innvandrergruppe (Ikke innvandrere)		0,13		38 600	
Vestlige innvandrere	-0,12	0,06	0,88	722	0,02
Ikke-vestlige innvandrere	-0,03	0,51	0,97	2 057	0,05
Attføringspenger ved avslutning (ja)	0,14	0,00	1,16	29 347	0,71
Diagnose (Muskel- og skjelettsykdommer)		0,00		19 480	
Psykiske lidelser	0,38	0,00	1,46	9 275	0,22
Nevrologiske sykdommer/hodeskader	0,71	0,00	2,03	2 668	0,06
Rusmisbruk	-0,02	0,60	0,98	2 092	0,05
Hudsykdommer	-0,55	0,00	0,58	1 162	0,03
Lunge/luftvei, hjerte- og karsykdommer	0,20	0,00	1,22	2 007	0,05
Psykisk utviklingshemming	1,85	0,00	6,39	1 112	0,03
Andre sykdommer	0,22	0,00	1,24	3 583	0,09
Kjønn (menn)	-0,13	0,00	0,88	21 287	0,51
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		2 951	
25-29 år	0,24	0,00	1,27	5 406	0,13
30-39 år	0,64	0,00	1,90	13 300	0,32
40-49 år	1,09	0,00	2,96	11 724	0,28
50-59 år	1,66	0,00	5,28	7 119	0,17
60 år el mer	1,88	0,00	6,58	879	0,02
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,00		12 063	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	-0,21	0,00	0,81	13 273	0,32
Fullført vid. utd	-0,54	0,00	0,58	6 381	0,15
Påbegynt un./høyskole	-0,53	0,00	0,59	1 219	0,03
Fullført un./høyskoleutd.	-0,57	0,00	0,57	1 676	0,04
Mangler oppl	-0,15	0,00	0,86	6 767	0,16
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,51		17 826	
Gift /reg partner	0,03	0,24	1,03	14 604	0,35
Tidligere gift	0,02	0,45	1,02	8 949	0,22
Barn under 11 år (Nei)		0,00		29 465	
Ett barn u/11	-0,31	0,00	0,73	6 355	0,15
To barn u/11	-0,34	0,00	0,71	3 705	0,09
Tre el flere barn	-0,18	0,01	0,83	970	0,02
Mangler oppl	-0,52	0,00	0,59	884	0,02
År for avsluttet attføring (2000)	-0,09	0,00	0,91	20 247	0,49
Antall personer				41 379	
-2LL				269946,04	

Tabell 4.8 *Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til uførepensjon etter avsluttet attføring. Bare ikke-vestlige innvandrere med en medisinsk diagnose*

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Fødeland (annet ikke -vestlig land)		0,01		382	
Serbia og Montenegro (tidl Jug)	-0,20	0,35	0,82	150	0,07
Polen	0,06	0,81	1,06	74	0,04
Tyrkia	0,22	0,21	1,24	147	0,07
Bosnia-Hercegovina	-0,16	0,52	0,85	149	0,07
Marokko	0,15	0,53	1,16	68	0,03
Somalia	-0,32	0,36	0,72	55	0,03
Sri Lanka	-0,24	0,33	0,79	100	0,05
Filippinene	0,21	0,39	1,23	53	0,03
India	0,17	0,42	1,18	76	0,04
Irak	0,78	0,00	2,17	77	0,04
Iran	0,32	0,05	1,37	232	0,11
Pakistan	-0,03	0,83	0,97	216	0,11
Vietnam	0,28	0,10	1,32	169	0,08
Chile	-0,09	0,65	0,91	109	0,05
Botid i Norge (før attføringen avsluttes)	0,03	0,00	1,03		13,32
Attføringspenger ved avslutning (ja)	0,64	0,00	1,90	1 413	0,69
Diagnose (Muskel- og skjellettsykdommer)		0,00		1 055	
Psykiske lidelser	0,41	0,00	1,51	488	0,24
Nevrologiske sykdommer/hodeskader	0,50	0,01	1,66	110	0,05
Rusmisbruk	0,29	0,42	1,34	30	0,01
Hudsykdommer	-0,49	0,28	0,61	29	0,01
Lunge/luftvei, hjerte- og karsykdommer	-0,04	0,84	0,96	113	0,05
Psykisk utviklingshemming	1,43	0,00	4,18	12	0,01
Andre sykdommer	0,29	0,03	1,34	220	0,11
Kjønn (mann)	-0,16	0,08	0,86	1 278	0,62
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		65	
25-29 år	-0,51	0,13	0,60	151	0,07
30-39 år	-0,10	0,73	0,91	780	0,38
40-49 år	0,29	0,31	1,34	724	0,35
50-59 år	0,79	0,01	2,20	305	0,15
60 år el mer	1,23	0,00	3,41	32	0,02
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,09		802	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	-0,21	0,05	0,81	547	0,27
Fullført vid. utd	-0,36	0,05	0,70	169	0,08
Påbegynt un./høyskole	-0,24	0,19	0,78	122	0,06
Fullført un./høyskoleutd.	-0,44	0,04	0,65	96	0,05
Mangler oppl	-0,19	0,11	0,83	321	0,16
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,53		402	
Gift /reg partner	0,11	0,44	1,12	1 185	0,58
Tidligere gift	0,00	0,98	1,00	470	0,23

- ECON Analyse -
Innvandrere og attføring

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Barn under 11 år (Nei)		0,09		898	
Ett barn u/11	-0,25	0,04	0,78	424	0,21
To barn u/11	0,02	0,89	1,02	294	0,14
Tre el flere barn	0,15	0,38	1,16	157	0,08
Mangler oppl	-0,20	0,24	0,82	284	0,14
År for avsluttet attføring (2000)	-0,14	0,11	0,87	1 022	0,50
Antall personer				2 057	
-2LL				8831,4745	

Tabell 4.9 Cox regresjon. Sannsynligheten for overgang til uførepensjon etter avsluttet attføring. Sosialt yrkeshemmede /ukjent sykdom

	B	Sig.	Exp(B)	Antall	Gj-snitt
Innvandergruppe (Ikke innvandrere)		0,00		8 155	
Vestlige innvandrere	-0,14	0,47	0,87	149	0,01
Ikke-vestlige innvandrere	-0,43	0,00	0,65	1 647	0,17
Attføringspenger ved avslutning (ja)	0,83	0,00	2,29	1 843	0,19
Kjønn (menn)	-0,10	0,05	0,90	6 394	0,64
Aldersgruppe (Under 25 år)		0,00		2 901	
25-29 år	0,66	0,00	1,94	1 376	0,14
30-39 år	1,07	0,00	2,91	2 396	0,24
40-49 år	1,72	0,00	5,61	1 753	0,18
50-59 år	2,24	0,00	9,40	1 183	0,12
60 år el mer	2,61	0,00	13,56	342	0,03
Utdanningsnivå (Grunnskole el mindre)		0,00		3 496	
Ikke fullført/godkjent vid. utd	-0,15	0,03	0,86	2 670	0,27
Fullført vid. utd	-0,56	0,00	0,57	689	0,07
Påbegynt un./høyskole	-0,82	0,00	0,44	229	0,02
Fullført un./høyskoleutd.	-0,20	0,16	0,82	238	0,02
Mangler oppl	-0,07	0,25	0,93	2 629	0,26
Sivilstatus (Ikke gift/manglende oppl)		0,00		6 252	
Gift /reg partner	-0,32	0,00	0,73	2 263	0,23
Tidligere gift	-0,20	0,01	0,82	1 436	0,14
Barn under 11 år (Nei)		0,00		7 216	
Ett barn u/11	-0,48	0,00	0,62	1 204	0,12
To barn u/11	-0,39	0,00	0,68	710	0,07
Tre el flere barn	-0,40	0,08	0,67	220	0,02
Mangler oppl	-0,61	0,00	0,54	601	0,06
År for avsluttet attføring (2000)	0,02	0,64	1,02	4 505	0,45
Antall personer				9 951	
-2LL				28238,867	

Referanser

Blom, Svein og Jorun Ramm (1998): "Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke..." i *Samfunnspeilet* nr. 3, 1998. Statistisk sentralbyrå.

Bratsberg, Bernt, Raaum og Røed (2003): *Lifecycle Employment and Earnings of Labor Migrants to Norway*. Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Mars, 2003.

Cox, D.R. og Oaks, D. (1985): *Analysis of Survival Data*. London and NY, Chapman & Hall, England.

Kiefer, Nicholas M. (1988): "Economic Duration Data and Hazard Functions." *Journal of Economic Literature* Vol XXVI (June 1988), s. 646.

Statistisk sentralbyrå: Diverse statistikk hentet fra www.ssb.no.

St.prp. nr. 1 (2003-2004): *Arbeids- og administrasjonsdepartementet*.

Østby (red, 2004): *Innvandrere i Norge – Hvem er de, og hvordan går det med dem? Del I Demografi*. Notater 65/2004. *Del II Levekår*. Notater 65/2004. Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 1: Oversikt over registre og variable

Datafil/kilde	Innhold	Variabler
Person	Uttrekk fra Aetats register:	Kjønn
	Alle som deltok i attføring 1999-2000	Fødselsår
	Utvalgte kjennetegn	Utdanningsnivå
		Yrkesbakgrunn
		Diagnosegruppe
Fodeland	Innvandrerstatus, fødeland mv	Innvandrerkategori
		Fødeland
		Første oppholdsdato
Demografi	Noen demografiske kjennetegn 1996-2000	Sivilstatus
		Antall barn under 11 år
Statushist	Historikk av registreringer hos Aetat 1996-2003	Type status
		(dvs. arbeidsledig/tiltak/attføring mv)
		Kode for livsoppholdsyttelse
		Startdato status/ytelse
		Sluttdato status/ytelse
Sysselsetting	Historikk sysselsetting 1996-2002	Type sysselsetting (ansatt/selvstendig)
		Startdato sysselsetting
		Sluttdato sysselsetting
		Forventet arbeidstid
Utdanning	Historikk av registreringer i utdanningssystemet (ikke kurs) 1996-2002	Startdato utdanning
		Sluttdato utdanning
Alderspensjon	Historikk alderspensjon 1996-2002	Startdato pensjon
		Sluttdato pensjon
Uførepensjon	Historikk uførepensjon 1996-2002	Startdato uførepensjon
		Sluttdato uførepensjon
Attf	Historikk rehabilitering 1996-2000	Startdato rehabilitering
		Sluttdato rehabilitering
Sykepenges	Sykepenges 1996-2001	Antall sykeperioder hvert år
		Antall sykedager hvert år
Sosialhjelp	Sosialhjelp 1996-2002	Antall mnd med sosialhjelp hvert år
		Utbetalt sosialhjelp hvert år
Yrkesinntekt	Yrkesinntekt 1997-2001	Yrkesinntekt hvert år

Vedlegg 2: Cox regresjon

For hver måned som går etter avslutning av attføringen kan vi beregne sannsynligheten for at en overgang *skal* inntreffe, gitt at den ikke har inntruffet tidligere, og gitt at observasjonene ikke er sensurert. Denne betingede overgangssannsynligheten per tidsenhet betegnes som hasardraten, og forløpet av hasardraten over tid betegnes som hasardfunksjonen, $h(t)$.

For å undersøke effekten av ulike forklaringsvariabler på varigheten fram til en overgang benytter vi Cox regresjon.¹² Dette er en såkalt proporsjonal hasardratemodell. I regresjonen blir selve hasardfunksjonen behandlet som avhengig variabel. Denne betraktes som en multiplikativ funksjon av en grunnlinjehasard, $h_0(t)$, et sett av forklaringsfaktorer, X , og et sett av regresjonskoeffisienter, B :

$$h(t) = h_0(t) \cdot e^{BX}$$

Når vi har mer enn én forklaringsfaktor, inngår disse på formen

$$(B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_pX_p)$$

Modellen betegnes som proporsjonal fordi forklaringsvariablene, X , multipliserer grunnlinjehasarden med en faktor, e^{BX} , som er uavhengig av tiden. Samtidig ser vi at grunnlinjehasarden ikke avhenger av forklaringsfaktorene, kun av tiden. Dette innebærer at forholdet mellom hasardratene for ethvert par av observasjoner er proporsjonal gjennom hele observasjonsperioden. Dette er med andre ord en sentral forutsetningen i analysen.

I det tilfellet alle forklaringsfaktorene har verdi lik null, det vil si referansetilfellet, er hasardfunksjonen lik grunnlinjehasarden. Den multiplikative faktoren som viser til variabelen X_1 er e^{B_1} . Denne kalles ofte relativ risiko, og kan tolkes som risikoen for tilfellet der $X_1 = 1$ relativt til risikoen for tilfellet der $X_1 = 0$, for å avslutte en periode (ha en overgang) på ethvert tidspunkt, når vi holder alle variabler konstant på grunnlinjenivå. I tabellene i rapporten gjengir vi relativ risiko som $\exp(B)$.

Modellen sier ingenting om formen på hasardfunksjonen. Til forskjell fra andre mye brukte modeller spesifiseres ikke hasardfunksjonen nærmere, vi sier at vi bruker en fleksibel hasardfunksjon. For å estimere koeffisientene, B , benyttes såkalt partial-likelihood estimering.

¹² Se for eksempel Kiefer (1988), Cox og Oaks (1985).