

Kompass 2020

Helse i et kompetansepolitisk perspektiv



KOMPASS 2020

Helse i et kompetansepolitisk perspektiv

Forfattere: Linda Berg, Hanne Størset, Olena Tkachenko, Camilla Hovind Ulven

ISBN: 978-82-7724-373-3

© Kompetanse Norge 2020

Grafisk produksjon: Kompetanse Norge

Illustrasjon forside: Kompetanse Norge

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
1. Kompetanse og helse	7
2. Sammenheng mellom helse og kompetanse – og sysselsetting	12
2.1 Helsesituasjonen i befolkningen	13
2.2 Utdanningsnivå, yrkesstatus og helse i befolkningen	15
2.3 Betydningen av grunnleggende ferdigheter og helse for arbeid	22
3. Kompetanse og helse i det norske arbeidslivet	25
3.1 Arbeidslivets betydning for de ansattes helse	26
3.2 Arbeidslivet i endring	27
3.3 Arbeidslivet trenger at alle lærer hele livet, også de som har helseutfordringer	29
4. Kompetanse som virkemiddel	33
4.1 Virkemidler i kompetansepolitikken	34
4.2 Behov for mer forskning på effekter av kompetansetiltak	41
Figurliste	43
Referanser	44

Forord

Norge har en større andel av befolkningen på helserelaterte ytelser enn flere andre land. For å kunne sikre bærekraftige velferdsordninger er det avgjørende å øke sysselsettingsnivået blant befolkningen i yrkesaktiv alder. Mange som mottar helserelaterte ytelser, har medisinske diagnoser som gjør at de ikke kan jobbe. Helseutfordringer er imidlertid ikke den eneste grunnen til utenforskap. Sannsynligheten for å bli uføretrygdet er høyere blant arbeidstakere som ikke har fullført videregående utdanning. Relevant og oppdatert kompetanse er viktig for sysselsettingen og for den enkeltes muligheter til å klare seg i et arbeidsliv med høye krav til produktivitet og store omstillinger.

Denne rapporten peker på hvordan helseutfordringer og kompetanseutfordringer henger sammen på komplekse måter, og på gråsonen mellom helse og kompetanse. Den bidrar med kunnskap om kompetansepolitikkenes rolle i arbeidet med å forebygge frafall fra arbeidslivet, og om tiltak rettet mot personer som har helseutfordringer, og som sliter med å få fotfeste i arbeidslivet. Bakgrunnen for temaet er en større oppmerksomhet mot kompetansetiltak i arbeidet med helserelatert frafall fra arbeidslivet.

Personer med svak tilknytning til arbeidslivet er særlig sårbare for endringer i økonomien. Koronakrisen har ført til høy arbeidsledighet og permitteringer, som spesielt har rammet arbeidstakere med lav kompetanse. Vi har erfart fra tidligere finanskriser at mange flere får dårligere helse og havner permanent utenfor arbeidslivet i perioder med lavkonjunktur, enn i perioder med god økonomi. En sterkere satsing på utdanning og opplæring for de som står lengst unna arbeidslivet, er viktigere nå enn noensinne. Samtidig er det viktig å skaffe mer kunnskap om hvordan vi bør møte helseutfordringer med kompetanseheving.

Kanskje bør noen i fremtiden få kompetanse på blå resept? Mer forskning på hvilke effekter ulike kompetansetiltak har på arbeidsinkludering og forebygging av utenforskap, kan gi grunnlag for en mer kunnskapsbasert og treffsikker kompetansepolitikk også på dette området. Jeg håper denne rapporten kan være en inspirasjon.



Sveinung Skule

Direktør Kompetanse Norge

Sammendrag



Kompass er Kompetanse Norges årlige temabaserte publikasjon. Helse i et kompetansepolitisk perspektiv er temaet for denne utgaven. Vi har samlet inn og oppsummert forskning, statistikk og analyser som kan fortelle oss mer om sammenhengen mellom kompetanse og helse, og om arbeidslivets betydning for helserelatert frafall. I det siste kapitlet ser vi på et utvalg kompetansepolitiske virkemidler med et nytt perspektiv, og beskriver hvordan de kan bidra til å forebygge at personer faller fra eller forblir utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer.

Syssettingsandelen i Norge har falt siden 2000, og er lavere enn i flere andre land. Fallet skyldes i stor grad endringer i befolkningens sammensetting. For grupper med lite formell utdanning kan nedgangen skyldes strukturelle endringer i arbeidsmarkedet og høyere krav til kompetanse.

STADIG FLERE SOM STÅR UTENFOR ARBEID OG UTDANNING, MOTTAR HELSERELATERTE YTELSER. I tillegg faller mange permanent ut av arbeidslivet og går over på uføretrygd, særlig ved omstillinger og endringer i økonomien. Mange av de som er på helserelaterte ytelser, har lite utdanning og mangler etterspurt kompetanse. Både helse og ferdigheter har betydning for arbeidsmarkedsdeltakelse. Sterke grunnleggende ferdigheter er også viktige for at vi skal kunne tilegne oss helseinformasjon, og for måten vi håndterer endringer i helsetilstanden.

KOMPETANSE SOM KREVES I ARBEIDSLIVET, kan være i mange former, som grunnleggende ferdigheter i lesing, skriving og regning, norskferdigheter, sosiale og emosjonelle ferdigheter, digital kompetanse og spesifikke fagkompetanser. Hvilken kompetanse som må til for å delta i arbeidslivet, endrer seg også på grunn av samfunnsendringer som globalisering, migrasjon, grønt skifte og teknologisk utvikling. Personer med svakere grunnleggende ferdigheter er i mindre grad i stand til å tilpasse seg endrede krav til kompetanse som følge av teknologiske endringer.

SAMMENHENGEN MELLOM HELSE OG KOMPETANSE ER KOMPLEKST. Lite kompetanse og lav utdanning gir høyere risiko for arbeidsledighet og ustabil tilknytning til arbeidslivet, som igjen kan gi helseutfordringer. Mange med lav kompetanse får jobber som kan slite på helsa. Utdanningsnivået har en sammenheng med sannsynligheten for å være uføretrygdet. 22 prosent av befolkningen med kun grunnskoleutdanning er uføre, mens dette gjelder 4 prosent av befolkningen med høyere utdanning. Kompetanser som grunnleggende ferdigheter og karrierekompetanse er viktige for å kunne ta helsegunstige valg. Samtidig kan helseutfordringer være et hinder for mange i å delta i kompetanseutvikling og arbeidsliv. KOMPETENT ARBEIDSKRAFT SOM SIKRER AT ARBEIDSMARKEDET FUNGERER GODT, ER VIKTIG. Arbeidslivet i

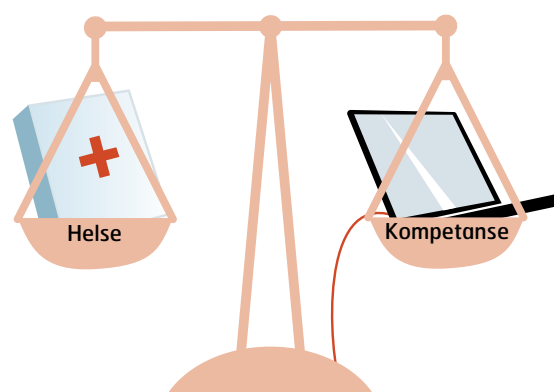
Norge er preget av omstillinger, og næringsstrukturen har endret seg i retning av økende tjenesteytende næringer som stiller store krav til formell utdanning, og samtidig blir de sosiale og emosjonelle ferdighetene viktigere enn før. Arbeidsgivere investerer mye i kompetanseutvikling for sine ansatte. De som har minst formell utdanning, deltar minst i etter- og videreutdanning. Videre deltar personer med ustabil tilknytning til arbeidslivet mindre i kompetansehevede tiltak enn personer som har fast ansettelse og hele stillinger. Trepertssamarbeidet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet er viktig for kompetansepolitikken. Samarbeidet bidrar til både inkludering av personer med nedsatt arbeidsevne, forebygging av sykefravær og kompetanseutvikling i arbeidslivet.

KOMPETANSEPOLITIKK ER GOD INKLUDERINGSPOLITIKK. Inkluderingspolitikkenes mål er å gjøre det mulig for personer med helse- og sosiale utfordringer å bli en del arbeidslivet. Oppdatert og etterspurt kompetanse blir stadig viktigere for å lykkes i arbeidsmarkedet. Kompetansepolitikken har virkemidler og tiltak som gir voksne kompetanseutvikling som trengs for å delta i utdanning og arbeidsliv, produserer kunnskap om kompetanseetterspørsel i arbeidslivet, og gir personer med helseutfordringer bedre tilgang til kompetanseutvikling. Koronakrisen har på lik linje med tidligere kriser rammet skjevt, der de med lite utdanning i større grad ble arbeidsledige. Forskning på konsekvenser av store nedbemanninger og høy arbeidsledighet tyder på at de med lavest kompetanse skyves ut i uførhet på grunn av manglende etterspørsel i arbeidslivet. Ved å rette søkelys på de ulike kompetansene som arbeidslivet etterspør, og på ulike måter å tilegne seg dem, kan kompetansepolitikken bidra inn i inkluderingsarbeidet.

1

Kompetanse og helse

Et av målene i den nasjonale kompetansepolitiske strategien (NKPS) som partene i arbeidslivet gikk sammen om i 2017, var at flest mulig må inkluderes i et læringsintensivt arbeidsliv. Regjeringens Kompetansereform *Lære hele livet* bygger på denne strategien, og er rettet mot arbeidslivets og befolkningens kompetansebehov. Investering i egen kompetanse er viktig for den enkeltes velferd, personlig utvikling og samfunnsdeltakelse, og kan også ha betydning for den enkeltes helse (NOU 2020: 2, 2020, s. 5).



Helse og kompetanse henger tett sammen, og påvirker hverandre. God helse gir gode muligheter til å fullføre utdanning og tilegne seg kompetanse, og personer med lange utdanninger har bedre helse enn de med lite utdanning. Helse og kompetanse er også to viktige faktorer som påvirker deltakelse i arbeidslivet, frafall og muligheter for videreutvikling av kompetanse. Denne rapporten har som mål å bidra med kunnskap om kompetansepoltikkens rolle i arbeidet med å forebygge at personer faller fra eller forblir utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer. Bakgrunnen for rapporten er den siste utviklingen i arbeids-, sosial og kompetansepoltikken, som viser at kompetansetiltak har større potensial i arbeidet med helserelatert frafall. Flere offentlige ekspertutvalg og den siste IA-avtalen peker i retning av en større bruk av utdanningstiltak i situasjoner der arbeidsmarkeds- og helsetiltak ble brukt tidligere.

Kan kompetansetiltak bidra til færre helserelaterte frafall fra arbeidslivet? Hvordan kan flere med helseutfordringer utvikle kompetansen sin slik at de kan komme tilbake i arbeidslivet? Hvilke mekanismer og prosesser ligger bak helseulikhetene? Hvordan påvirker vårt utdanningsnivå ulike helseutfall? Hvilken betydning har kompetansepoltikken for utjevning av helseforskjeller, og for forebygging av frafallet fra arbeidslivet? Hvilke kompetansepoltiske tiltak kan i større grad brukes i inkluderingsarbeidet?

I de neste tre kapitlene forsøker vi å belyse disse og flere andre problemstillinger. Kapittel 2 gir en oversikt over statistikk og forskning som viser den komplekse sammenhengen mellom kompetanse og helse.

Kapitlet beskriver kjennetegn ved personer som har så store kompetanse- og helseutfordringer at de blir hindret fra deltakelse i arbeidslivet, eller har vansker med å komme tilbake etter sykdom. Kapittel 3 handler om arbeidsgivernes og arbeidslivets betydning for helse og kompetanseutvikling, mens kapittel 4 beskriver et utvalg kompetansepoltiske virkemidler, og hvordan disse kan bidra til å forebygge helserelaterte frafall.

HELSEUTFORDRINGER OG SVAK KOMPETANSE ER GJENSIDIG FORSTERKENDE

Et høyt sysselsettingsnivå er avgjørende for å opprettholde velferd i Norge. Å være en del av arbeidslivet er viktig for den enkeltes levestandard, tilhørighet og helse. Andelen sysselsatte i Norge ligger på et høyt nivå sammenlignet med mange andre land, men samtidig har sysselsettingsnivået falt med 2 prosentpoeng siden årtusenskiftet. I aldersgruppa 25–54 år er hele 17 prosent ikke sysselsatte (NOU 2019:7, 2019, s. 16). En av fem i alderen 25 til 64 år har ikke fullført videregående opplæring, og skårer lavt på målinger av grunnleggende ferdigheter som lesing, skriving, regning og digitale ferdigheter.

«Utenforskap og svak kompetanse er gjensidig forsterkende, og personer med svak kompetanse er overrepresentert blant arbeidsledige og mottakere av helserelaterte ytelser»

(NOU 2020: 2, 2020, s. 6).

Helseproblemer og svak kompetanse er hovedårsaker til frafall fra arbeidslivet. Tradisjonelt regnes arbeidsledige jobbsøkere som en arbeidskraftreserve. De fleste arbeidsledige kommer tilbake i jobb etter en kort ledighetsperiode. Det er imidlertid mange som har en diagnosebasert ytelse, og som står utenfor arbeidslivet, som har store utfordringer med å komme inn i arbeidslivet. En forklaring kan ligge i utdatert eller manglende kompetanse som ikke samsvarer med etterspørselen i arbeidsmarkedet (Fevang, Markusen, & Røed, 2020). Sysselsettingsutvalget mener at helseproblemer ikke trenger være til hinder for arbeid, og at svak kompetanse kan forbedres (NOU 2019: 7, 2019, s. 22).

Arbeidslinja og arbeidslivspolitikken støtter opp om at mennesker som må leve med ulike sykdommer, funksjonsnedsettelse og andre helseplager, i hele eller deler av livet, har mulighet på lik linje med andre til å være en del av samfunnet på alle områder, og til å være en del av arbeidslivet. Det krever en samordnet innsats fra mange aktører i politikken, forvaltningen og arbeidslivet. Arbeidsmarkedspolitikken og helsepolitikken har en betydning for hvorvidt personer med nedsatt arbeidsevne havner på helserelaterte ytelser, eller om de får en mulighet til å bli en del arbeidsmarkedet (OECD, 2019).

For at målet i Nasjonal kompetansepoltisk strategi om færrest mulig utenfor arbeidslivet skal kunne nås, er kompetansepoltikken avhengig av samarbeid med andre politikkområder. Kompetansepoltikken kan være en del av løsningen på den frafallsproblematikken som skyldes manglende kompetanse. Norge har et høyproduktivt arbeidsliv. Dette gir færre muligheter for personer med lave kvalifikasjoner og dårlig helse til å skaffe seg en jobb eller komme inn i arbeidslivet etter et lengre fravær (NOU 2020:2, 2020: OECD 2019). Forståelsen av hvilke kompetanser det er behov for i ulike deler av arbeids- og samfunnslivet, er viktig for å kunne utvikle treffsikre tiltak for både de som er en del av arbeidslivet, og de som står utenfor. Kompetanse og livslang læring har fått en økende betydning i det norske arbeids- og samfunnslivet.

«Relevant og oppdatert kompetanse blir stadig viktigere for å greie seg godt i arbeidslivet. Flere må fullføre videregående opplæring, og det må utvikles bedre veier inn i arbeidslivet for personer som ikke lykkes med videregående utdanning. Kompetansen må styrkes også for voksne med svake grunnleggende ferdigheter»

(NOU 2019: 7, 2019, s. 11).

Flere offentlige utvalg som har vært nedsatt for å vurdere hvilke virkemidler og strategier som kan øke deltakelse i arbeidslivet, har beskrevet utfordringer med både helse og kompetanse blant personer i yrkesaktiv alder (NOU 2000: 21, 2000; NOU 2000: 27, 2000; NOU 2011, 7; 2000 NOU 2019: 7, 2019). Allerede i 2000 pekte Sandman-utvalget på det paradokset at befolkningens helsetilstand forbedrer seg, mens sykefravær og uførepensjonering øker (NOU 2000: 27, 2000). Utvalget viser til at andelen helserelaterte ytelser øker, og knytter det til endringer i arbeidslivet og større krav til både helse og kompetanse.

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) kom på plass som en oppfølging av tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygd. Avtalen for 2019–2022 inneholder forslag om utprøving av kompetansetiltak for langtidssykmeldte, som tyder på en større anerkjennelse av at kompetanseproblemer kan være et stort hinder for enkelte arbeidstakere i tillegg til de helseutfordringene de har. (Regjeringen, 2018). Sysselsettingsutvalget, som ble satt ned i 2018 for å vurdere tiltak for økt sysselsetting, har foreslått en rekke økonomiske insentiver i tillegg til tettere oppfølging og økt bruk av arbeidsrettet oppfølging, kvalifiseringsprogrammet og lønnstilskudd rettet mot de som har større sannsynlighet for å komme tilbake i jobb, og tidlig i sykefraværperioden (NOU 2019:7, 2019).

«Mulige grunner til dette tilsynelatende paradokset er at terskelen for å rapportere om redusert helse er lavere og/eller at arbeidslivets helsekrav har økt. Førstnevnte hypotese underbygges av en sterk sykdomsfokusering i media og i samfunnet, og økt forbruk av helsetjenester. Sistnevnte tese styrkes ved at muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser dominerer og er økende blant sykmeldte og nye uførepensjonister» (NOU 2000: 27).

HELSE OG KOMPETANSE HENGER TETT SAMMEN

Det har vært en vesentlig økning i befolkningens utdanningsnivå i Norge de siste 40 årene. Helsestatistikken indikerer at innbyggerne har det bedre nå enn for flere tiår siden. Det vises på både mål for selvopplevd helse og levealder. Bak gjennomsnittstallene finner vi imidlertid enkelte grupper innbyggere som har store helseutfordringer, kortere levealder og større sannsynlighet for å falle fra arbeidslivet på grunn av helse. De samme gruppene skiller seg også ut med dårlig skår på grunnleggende ferdigheter, lavt utdanningsnivå, svake norskerferdigheter, mer ustabil tilknytning til arbeidslivet og lavere pensjonsalder. Mange fra denne gruppa er enten utenfor arbeidslivet eller i jobber som har stor fysisk og psykisk belastning, lite autonomi og selvbestemmelse, og færre får muligheter til å velge en annen karrierevei.

Forholdet mellom kompetanse og helse er komplekst. Årsakssammenhengen går begge veier. Helsetilstanden påvirker sannsynligheten for å utdanne seg, få seg en jobb og bli værende i arbeid og dessuten en mulighet til å videreutvikle kompetansen gjennom hele livsløpet. Utdanningsnivå og sosioøkonomisk bakgrunn har en sammenheng med helseatferd og helseutfall, og for hvordan vi håndterer ulike endringer i helse. En av forklaringene på kompetansens betydning for helse er at økt kompetanse gir bedre muligheter til å tilegne seg mer kunnskap gjennom livet. Ferdigheten lære å lære er spesielt viktig for å kunne tilegne seg mer kunnskap om bedre helsevaner gjennom hele livsløpet, og for å kunne håndtere store og små endringer i helsesituasjoner som kan oppstå i løpet av livet. Utdanning styrker også troen på mestring, og på at det er mulig å påvirke egne levevaner (Veestra & Slagsvold, 2009).

Uavhengig av helsemål er det slik at de som har mye utdanning, oppgir bedre helse, har lavere dødelighet, færre kroniske sykdommer, lavere forekomst av psykiske lidelser og transportulykker enn de som har lite utdanning. Kompetanse i form av formell utdanning og andre fagspesifikke og sosiale og emosjonelle ferdigheter ser dermed ut til å spille en viktig rolle både for at personer skal kunne komme inn i arbeidslivet, og for å forebygge frafallet. Kapittel 2 gir en oversikt over tall og statistikk som viser hvordan helseutfordringer og kompetanse henger sammen, og hva som kjennetegner de som har mest behov for ulike kompetansepolitiske tiltak.

KOMPETANSEPOLITIKK OG ARBEIDSINKLUDERING AV PERSONER MED HELSEUTFORDRINGER

Verdien av kunnskap og kompetanse har vokst med tida i både arbeids- og samfunnslivet. Høy kompetanse er ikke ensbetydende med høyere utdanning. Innbyggere trenger ulike typer kompetanser for å kunne leve gode liv. Livslang læring er en viktig forutsetning for å forbli en del av arbeidslivet, og for å delta i samfunnslivet på ulike arenaer og i ulike livssituasjoner. Norge er ett av de få landene som har en nasjonal kompetansepolitisk strategi (NKPS). Strategien ble utviklet som en følge av OECDs anbefaling til Norge om å utvikle en helhetlig, sektorovergripende kompetansepolitikk (OECD Skills Strategy 2014).

Med NKPS har mange sektorer forpliktet seg til å jobbe med kompetanseheving for de i og utenfor arbeidslivet. I strategien påpekes det at mange med helseproblemer også har manglende kompetanse, noe som kan forsterke utfordringen deres med å komme inn, eller bli værende, i arbeidsmarkedet. Å stå utenfor arbeidslivet bidrar også til lavere deltakelse i læringsaktiviteter, noe som betyr at personer som faller ut av arbeidslivet på grunn av helseproblemer, også kan få lavere kompetanse på sikt og større problemer med å komme tilbake til arbeidslivet (NKPS 2017-2021 s. 11; 21).

Oppfølgingen av NKPS har skapt og videreutviklet ulike virkemidler som kan bidra til at færre personer faller ut eller forblir ute av arbeidslivet på grunn av helseproblemer. Virkemidlene bidrar til å gi voksne kompetanseheving som kan forebygge og fremme deres helse, og gi voksne med helseutfordringer bedre mulighet til kompetanseheving.

Kompetanse Norge jobber, som hovedaktør innenfor kompetansepolitikken, for at mennesker i og utenfor arbeidslivet skal ha den nødvendige kompetansen som arbeidslivet etterspør. Formidling og utvikling av kunnskap om kompetansebehov er en av Kompetanse Norges viktige oppgaver (Kompetanse Norge 2020). Kompetanse Norge er også sekretariat for Kompetansebehovsutvalget, som våren 2020 ble besluttet videreført, og direktøren i Kompetanse Norge er ny utvalgsleder.

«Kompetanse er en kilde til selvstendighet, sosial mobilitet og deltakelse. Samtidig byr kunnskapssamfunnet på utfordringer. Når kompetanse i større grad påvirker livet til den enkelte, blir også konsekvensene større for dem som faller utenfor»

(Kunnskapsdepartementet, 2016, s. 9)

KOMPETANSE ER MER ENN FORMELL UTDANNING

For å kunne se på sammenhengen mellom helse og kompetanse må vi forstå hva kompetanse er og betyr. I dagligtalen omtaler vi ofte kompetanse som kunnskap om noe, og det å være i stand til å utføre ulike oppgaver hjemme, på jobb eller på fritida. Kompetansebehovsutvalget definerer kompetanse som kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier (NOU 2020: 2, 2020). De fleste av oss tilegner oss ulike typer kompetanse gjennom ulike faser av livet og i forskjellige situasjoner. Det finnes formell, uformell, og ikke-formell kompetanse.

Innbyggere trenger flere typer kompetanser for å delta i arbeids- og samfunnsliv (NOU 2020:2, 2020). Arbeidslivets kompetansebehov varierer etter næring, region og konjunktur. Kompetansebehovene i arbeidslivet møtes gjennom mobilisering, fornying og videreutvikling av kompetansen som ansatte har, rekruttering av kompetente, nye arbeidstakere til å utføre arbeidsoppgaver som virksomhetene har og får i framtida, og gjennom kompetanseutvikling til arbeidsledige og personer utenfor arbeidsstyrken for å gjøre dem i stand til å delta i arbeidslivet (NOU 2019: 2, 2019, s. 15).



Kompetanse er et samlebegrep på kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Ferdigheter kan være kognitive som tallforståelse, lesing, skriving og digitale ferdigheter samt evne til kritisk tenking. De grunnleggende kognitive ferdighetene, som leseferdigheter, regneferdigheter og andre ferdigheter fra fag og disipliner i grunnskolen, danner et grunnlag for videre læring. Det samme gjelder sosiale og emosjonelle ferdigheter, som påvirker vår evne til å tilegne oss grunnleggende ferdigheter og annen type kompetanse. Digital kompetanse er i tiltagende grad grunnleggende for arbeids- og samfunnslivet

NOU 2020: 2, 2020, s. 15

Grunnleggende ferdigheter, digital kompetanse og sosiale og emosjonelle ferdigheter danner et viktig grunnlag for livslang læring, og er et fundament for god kompetanse (NOU 2020: 2). Personer med svakere grunnleggende ferdigheter er i mindre grad i stand til å tilpasse seg endrede krav til kompetanse som følge av teknologiske endringer (Hanushek et al., 2017).

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 5). Helsekompetanse henger tett sammen med gode grunnleggende ferdigheter. Satsing på grunnleggende ferdigheter øker dermed befolkningens helsekompetanse.

Sosiale og emosjonelle ferdigheter er ikke-kognitive ferdigheter. I hvilken grad man har disse ferdighetene, har en økende betydning for suksess i arbeidsmarkedet og for livsmestring (OECD, 2015). Emosjonell stabilitet, planmessighet og medmenneskelighet har sterk sammenheng med positive helserelaterte utfall, særlig for psykisk helse, men også for den allmenne helsetilstanden mer generelt, og for helserelatert adferd (NOU 2020: 2, 2020, s. 34).

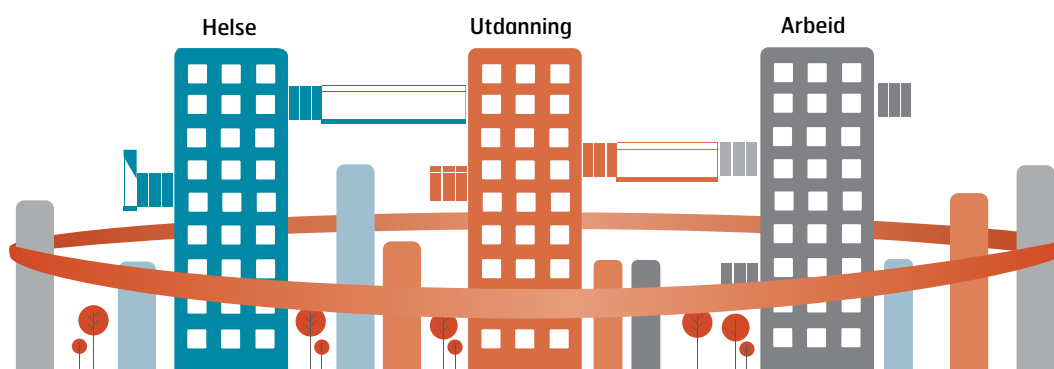
Karrierekompetanse er kompetanse som setter mennesker i stand til å håndtere sin karriere, også i forandring og overgang. Det er kompetanse til å kjenne og forstå seg selv og sin kontekst, til å handle og ta valg og til å håndtere dilemmaer og spenninger knyttet til liv, læring og arbeid (Kompetanse Norge, 2019a). Karrierekompetanse kan bli tilegnet gjennom karrierelæring.

For å kunne stå lenge i jobb og klare seg i det moderne arbeidslivet trenger arbeidstakerne å utvikle og lære en rekke ferdigheter gjennom hele livet. Vi har også bruk for ulike kompetanser i forskjellige faser og situasjoner i livet. Kartlegging av kompetanse og kompetansemangler krever en systematisk tilnærming og et bevisst forhold til at kompetanse er mer enn formell utdanning. Karriereveiledning, systematisk utvikling av sosiale og emosjonelle ferdigheter, satsing på helsekompetanse og grunnleggende ferdigheter er noen kompetansepolitiske virkemidler fra de ulike sektorene i forvaltningen som blir belyst i denne rapporten.

«Arbeidslivets behov utgjør en vesentlig del av samfunnets behov, men det er også viktige kompetansebehov som strekker seg utover dette. Hvert enkelt menneske har behov for betydelig kompetanse for å kunne håndtere sitt eget liv, og livet til de nærmeste, på en god måte. Vi har også behov for kompetanse for å kunne fungere som gode samfunnsborgere. I vårt demokratiske system må innbyggerne kjenne sine plikter og rettigheter, samt evne å tenke kritisk og vurdere ulike informasjonskilder. De bør også ha kjennskap til hvilke muligheter som finnes for politisk innflytelse» (NOU 2019: 2, 2019).

2

Sammenheng mellom helse og kompetanse – og sysselsetting



Norge kommer i verdenssammenheng godt ut når det kommer til helse, kompetanse og arbeidsmarked. Folkehelsen i Norge er i hovedsak god (Folkehelseinstituttet, 2018a). I tillegg er både levealder og friske leveår ventet å fortsette å øke. I befolkningen har stadig flere høyere utdanning, og Norge har relativt høy sysselsetting og lav arbeidsledighet sammenlignet med andre land. Det store bildet er altså positivt, men det er likevel et høyt antall personer som faller fra eller forblir utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer. Hvordan ser utfordringene ut når vi ser på sammenhengen mellom helse og kompetanse, og hvem som er utsatt for å havne utenfor arbeidslivet?

I dette kapitlet ser vi nærmere på statistikk og analyser som kan vise oss sammenhengen mellom helse og kompetanse, og hvordan det henger sammen med sysselsetting. Kapitlet går også gjennom data over noen grupper av befolkningen som har større risiko for å havne utenfor arbeidslivet på grunn av helse og kompetanse.

Forskjellene i helse er relativt systematiske når vi ser på statistikk som sammenlikner ulike sosiale grupper i samfunnet; blant personer med lav sosioøkonomisk status er det høyere andel med helseutfordringer enn blant personer med høy sosioøkonomisk status. Dette blir omtalt som sosiale helseforskjeller, og gjelder

stort sett alle sykdommer, skader og plager. Blant annet har gruppa med lang utdanning en høyere andel med god helse enn de med kortere utdanning. Likevel er det ikke gitt at helseforskjellene blir borte selv om alle har like lang utdanning. Helsemyndighetene påpeker at sosiale helseforskjeller er sosialt skapt, og derfor mulig å gjøre noe med (Helsedirektoratet, 2018a). Hver enkelt bakgrunnsfaktor, som utdanning, er uttrykk for tilgang til en rekke ressurser – både materielle og psykososiale – som gir bedre helse.

En lang rekke ressurser har direkte eller indirekte helsemessig betydning. Økonomi og arbeid er eksempler på bakenforliggende, omfattende og komplekse faktorer som påvirker helse. Tobakk og fysisk miljø er eksempler på faktorer med enklere og mer direkte påvirkning på helsa. Det er hovedsakelig påvirkningsfaktorene som kommer først, og helsa kommer som en konsekvens av disse. I arbeid med tiltak mot helseforskjellene skriver Helsedirektoratet at de har vektlagt å se på hele årsakskjeden – inkludert «årsakene til årsakene» (Helsedirektoratet, 2018a), med andre ord å se på bakenforliggende faktorer som utdanning og, i forlengelsen av dette, hvilke muligheter kompetanseheving kan gi.

Alle sosialt skjevt fordelte forhold som påvirker folkehelsa, kan bidra til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse. Figur 1 viser faktorer som påvirker sosiale helseforskjeller, og en årsakskjede som viser hvor vi kan legge inn innsats for å forhindre sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet, 2018a). Faktorer som måler vår sosioøkonomiske status, som utdanning og arbeid, har en sammenheng med helsa vår. Disse faktorene har også en sammenheng med levevaner, sosial støtte og andre miljøfaktorer som kan ha en mer direkte påvirkning på helse. Grunnleggende sosiale forhold, der utdanning inngår, påvirker hele årsakskjeden. Levevaner, sosial støtte og andre fysiske og sosiale miljøfaktorer virker direkte inn på helsa. Helsetjenester kommer lenger ut i årsakskjeden, og kan demme opp for ulikheter som er skapt tidligere i kjeden. Sysselsetting og tilpasset opplæring kan også være bidrag ut i årsakskjeden som tiltak for å demme opp for ulikheter (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det vil si at kompetanse kan være med på å legge et grunnlag for å redusere ulikhet i helse med utgangspunkt i utdanningen. Det handler om det formelle utdanningsnivået en person har. Samtidig kan tilpasset opplæring, som kan være noe annet eller et tillegg til formell utdanning, være en annen måte å bidra til mer likeverdig helse.

FIGUR 1 Årsakskjeden og områder der innsats kan redusere sosiale helseforskjeller, lengst til venstre de bakenforliggende årsakene.



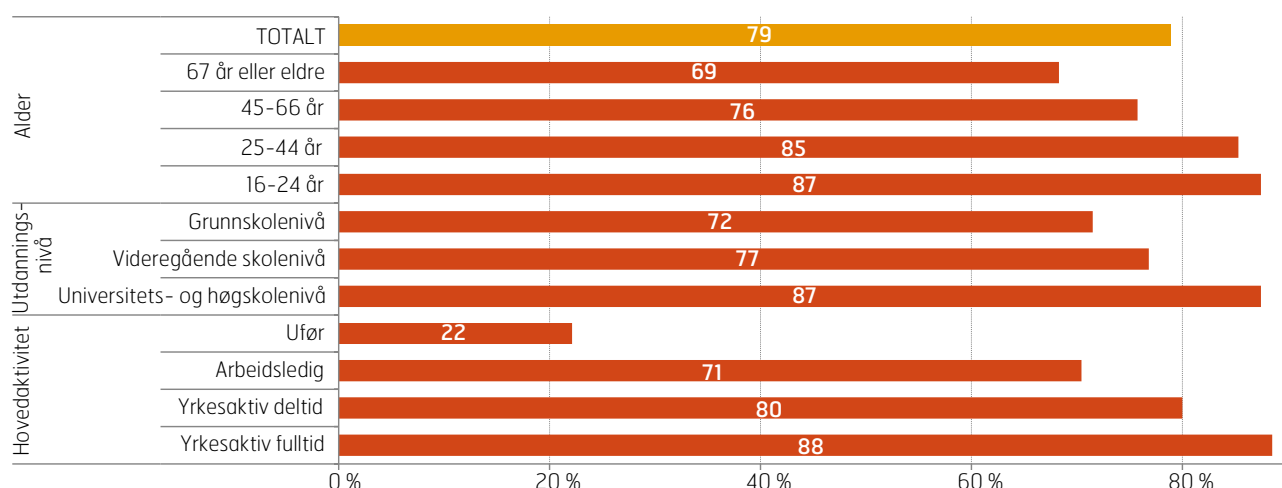
Kilde: Helsedirektoratet.

2.1 Helsesituasjonen i befolkningen

Helse blir målt på flere måter. Ett internasjonalt mål er egenvurdert helse, som blir rapportert gjennom spørreundersøkelser. De aller fleste i den norske befolkningen oppgir at de har god helse (With, 2017). I levekårsundersøkelsen fra 2019 oppga 79 prosent av befolkningen at de har svært god eller god helse. 7 prosent mente de hadde svært dårlig eller dårlig helse. Kvinner oppgir litt dårligere helse enn menn. Helsa blir, ikke uventet, dårligere med økende alder, slik vi ser det i figur 2 (Statistisk sentralbyrå, 2020a).

Det er tydelig forskjell i rapportert helse etter utdanningsnivå. Figur 2 viser rapportert helse etter utdanningsnivå, alder og hovedaktivitet (Statistisk sentralbyrå, 2020b). 87 prosent av høyt utdannede rapporterer god helse, sammenlignet med 77 prosent i gruppa med fullført videregående utdanning, og 72 prosent blant personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Yrkesaktive som jobber heltid, oppgir god helse i større grad enn de som jobber deltid, og i enda større grad enn de som er arbeidsledige. Uføre skiller seg ut ved at kun 22 prosent oppgir at de har god helse.

FIGUR 2 Andel av befolkningen 16 år og eldre som vurderer sin helse som god eller svært god i 2019, fordelt på alder, utdanningsnivå og hovedaktivitet*. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helseforskjellene er særlig store mellom utdanningsgruppene, og forskjellene er større i Norge enn i mange europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018a). I Norge er forskjellene økende, særlig blant kvinner. Helse og sosial status henger sammen, men årsaksretningen er ikke entydig. Sosial status påvirker helse, men helseplager kan også gi problemer med utdanning og arbeidsliv, og dermed lav sosioøkonomisk posisjon. I tillegg kommer økt risiko for helseplager og sykdom ved problemer med økonomi og arbeidsliv.

I tillegg til å måle helse ved hjelp av selvrapporing kan man se på omfanget av sykdommer og helserelaterte ytelser. Ifølge Folkehelseinstituttet er de viktigste årsakene til sykdom og redusert helse muskel- og skjelettsykdommer, psykiske plager og lidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft (Folkehelseinstituttet, 2018a). Ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kols og demens er også en vesentlig del av sykdomsbyrden. Årsakene til sykdom gjenspeiles i diagnosemønsteret blant de som mottar helserelaterte ytelser. Imidlertid omtaler Nav at konjunktorene på arbeidsmarkedet virker inn på hvor mange som får innvilget en helserelatert ytelse, og som går ut av slike ytelser. Frischsenterets rapport Gråsoner i arbeidsmarkedet og størrelsen på arbeidskraftreserven har sett nærmere på dette (Fevang, Markussen og Røed, 2020). Fram til 2004 var det en markant økning i andelen av de ikke-sysselsatte som ble vurdert å ha nedsatt arbeidsevne, og som følge av dette mottok en helserelatert trygdeytelse. Deretter har tendensen flatet ut for populasjonen som helhet, men den har fortsatt å øke blant de yngste norskfødte, særlig blant kvinner.

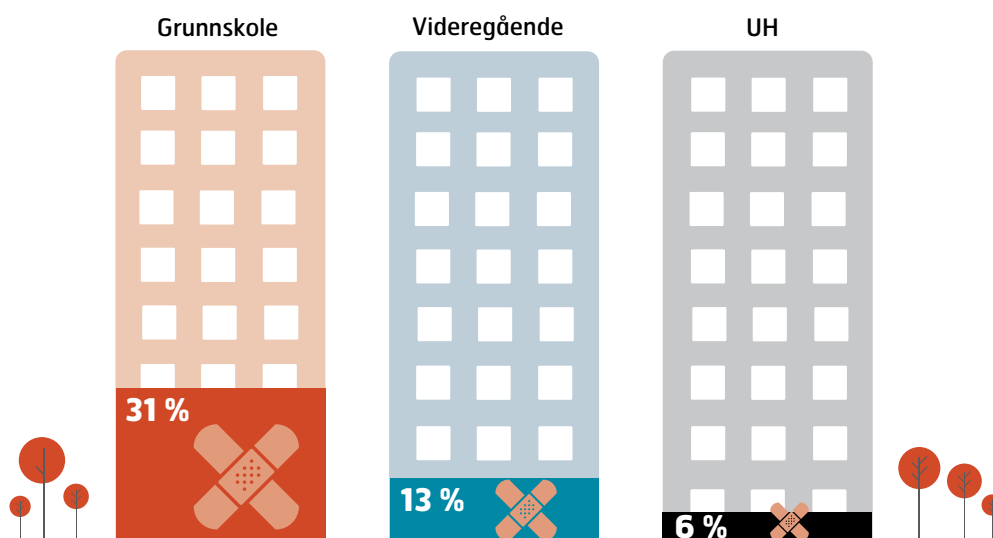
Mottakere av helserelaterte ytelsene er i hovedsak personer i aldersgruppa opp til pensjonsalder. I 2018 var det i aldersgruppa 30–61 år 9 prosent av befolkningen som mottok uføretrygd, hvorav 2 prosent som sysselsatte. Figur 3 viser store forskjeller mellom utdanningsgruppene, hvor 22 prosent i gruppea med fullført grunnskole mottar uføretrygd, mens de som mottar uføretrygd utgjør 3 prosent blant de med høyere utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2020c). Ser vi på andelen i befolkningen når innvandrere er tatt ut, så øker andelen i gruppa med grunnskoleutdanning, til 27 prosent. Innvandrere har altså lavere andel som mottar disse helserelaterte ytelsene.

Helserelaterte ytelser

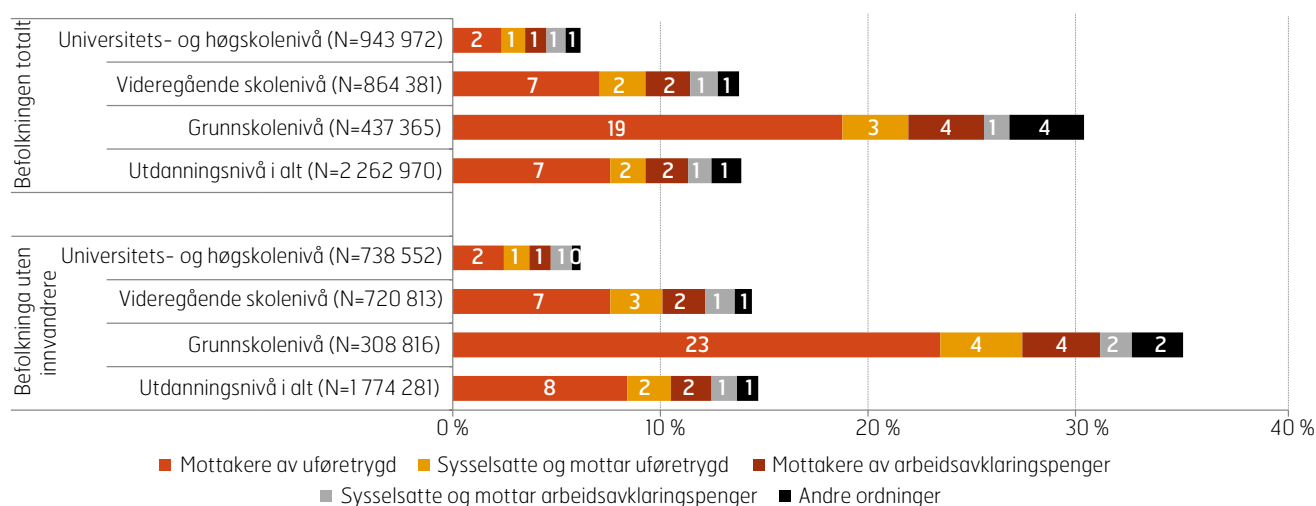
De helserelaterte ytelsene er statlige folketrygdytelser som sikrer inntekt for personer med sykdom eller skade, og ytelsene har ulik varighet.

Ordningene endrer seg over tid, og utgjør i dag:

- sykepenger, som er en kortvarig ytelse med maksimal varighet i 1 år
- arbeidsavklaringspenger (AAP), som er en midlertidig ytelse som gis i maksimalt 3 år
- uføretrygd, som er en varig helserelatert ytelse



FIGUR 3 Andelen av befolkningen med og uten innvandrere 30–61 år med helse relaterte ytelser i 2018, etter utdanningsnivå og alder. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12423

Høy arbeidsinnvandring har bidratt til å trekke ned andelen på helse relaterte ytelser de siste ti årene. Innvandringen har vært særlig høy i aldersgrupper med lav trygdetilbøyelighet (Faggruppen for IA-avtalen, 2019). I tillegg har nyankomne innvandrere ikke opparbeidet seg trygderettigheter i særlig grad, som retten til uføretrygd. I IA-rapporten blir det antatt å være en midlertidig effekt dersom mange blir værende permanent i Norge. Det avhenger av om personene har korte utdanninger, manglende kompetanse og/eller jobber som innebærer stor risiko for å samvarierte med uførhet. Mange innvandrere med svake norskerferdigheter og manglende formell utdanning kan risikere å få varige helseutfordringer som følge av fysisk belastende jobber og vanskeligheter med å endre karrierevei.

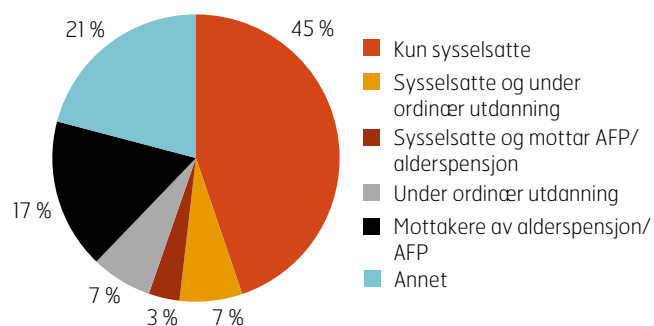
2.2 Utdanningsnivå, yrkesstatus og helse i befolkningen

Den norske befolkningen er, som omtalt over, i stor grad sysselsatt, har utdanning og god helse. Andelen av befolkningen som er arbeidsledige eller er ute av arbeidsstyrken, har vært historisk lav fram til 2020, men har endret seg som følge av covid-19-pandemien. Videre presenterer vi tall og forskning som viser hvilken betydning utdanningsnivå og helse ser ut til å ha for å være sysselsatt, og for overganger fra å være utenfor arbeid til å bli sysselsatt igjen, eller havne utenfor arbeidsstyrken.

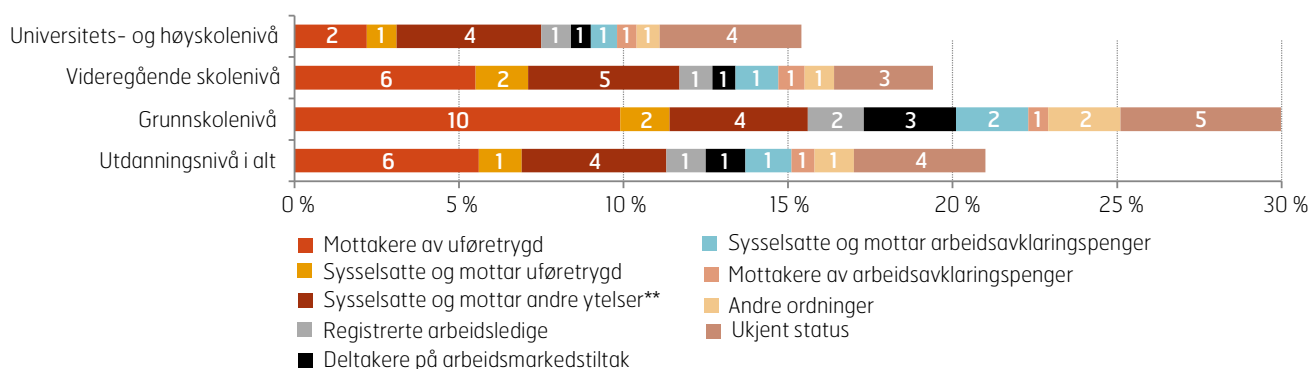
I 2018 var befolkningen på 15 år og eldre i underkant av 4 400 000 personer (Statistisk sentralbyrå, 2019). Av disse var 63 prosent en del av arbeidsstyrken. 45 prosent var kun sysselsatte, mens 17 prosent var sysselsatte med annen status i tillegg. I overkant av 1 prosent var arbeidsledige. Totalt 14 prosent var under ordinær utdanning, hvorav halvparten arbeidet ved siden av, og halvparten var utenfor arbeidsstyrken. Den største gruppa utenfor arbeidsstyrken er de som er pensjonerte, som utgjør 17 prosent. Deretter kommer personer under ordinær utdanning, som utgjør 7 prosent, de som mottar uføretrygd, 6 prosent, og personer med ukjent status, 4 prosent.

Figur 4 viser gruppene som er i arbeid og utdanning, eller som har avsluttet arbeidskarrieren sin med alderspensjon. I figuren er 21 prosent oppført med «Annet», og disse følger vi opp i figur 5. Figuren viser utdanningsnivået blant mottakere av ulike velferdsordninger. Gruppen med lavest utdanningsnivå har klart større andeler enn de andre utdanningsnivåene. Blant de med grunnskole utgjør mottakere av uføretrygd 12 prosent, hvorav 2 prosent er sysselsatte. Blant personer med fullført videregående skole og høyere utdanning utgjør de uføretrygdene henholdsvis 8 og 3 prosent.

FIGUR 4 Tilknytning til arbeid, utdanning og pensjon i befolkningen 15 år og over i 2018. Prosent.



FIGUR 5 Tilknytning til velferdsordninger* i befolkningen 15 år og over i 2018, fordelt på utdanningsnivå. Prosent.



*Disse ordningene er kategoriene som utgjør «Annet» i figur 4.

**«Sysselsatte og mottar andre ytelser» er en samlekategori for sysselsatte som i tillegg mottar ytelser som ikke er nevnt. Disse ytelsene inkluderer blant annet sykepenger, dagpenger, kontantstøtte, sosialhjelp og pensjoner fra andre enn Nav (blant annet pensjoner i arbeidsforhold og føderådssytelser).

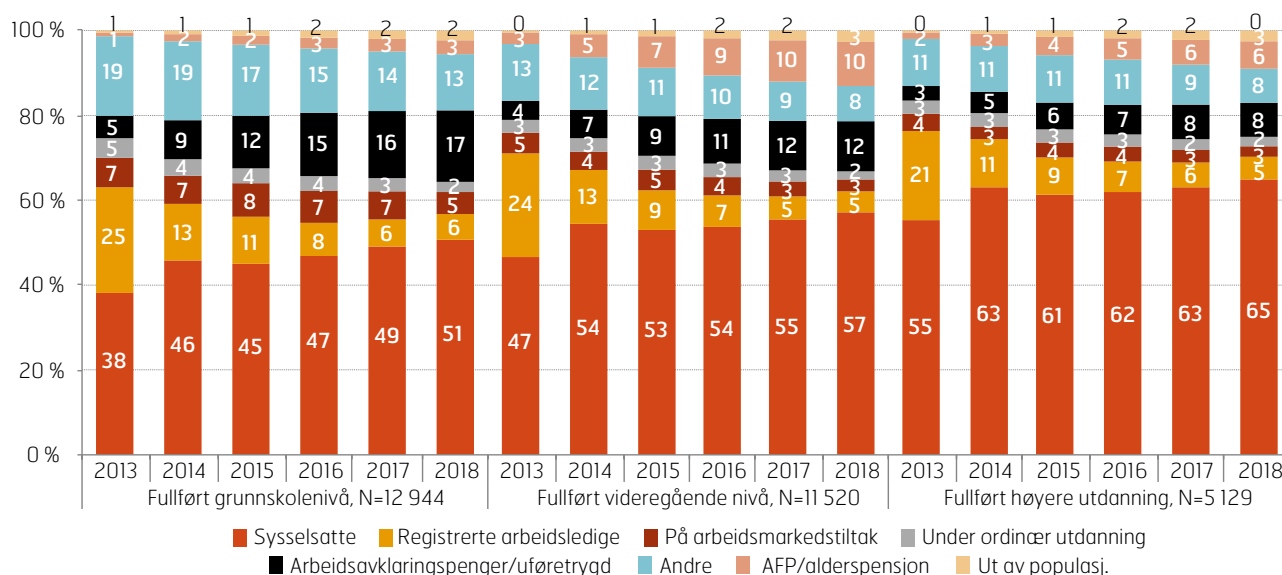
Kilde: Statistisk sentralbyrå

De utfordringene vi omtaler i denne rapporten, handler om i hvilken grad kompetanseheving kan bidra til at flere ikke-sysselsatte med helseutfordringer kan bli del av de sysselsatte, og om kompetanseheving kan bidra til at flere forblir sysselsatte. Figur 5 viser at det er en del personer med uføretrygd og arbeidsavklaringspenger (AAP) som telles som del av arbeidsstyrken. Selv om det er små andeler av befolkningen, utgjør det en god del personer. Personene utenfor arbeidsstyrken på uføretrygd utgjorde omtrent 250 000 personer, mens sysselsatte som mottok uføretrygd, utgjorde 57 000 personer. I tillegg var omtrent 60 000 på arbeidsavklaringspenger utenfor arbeidsstyrken, og i underkant av 30 000 mottok slik støtte ved siden av arbeid.

Arbeidsledighet i Norge har vært historisk lav fram til covid-19-pandemien inntraff. Personer som er arbeidsledige, kommer i arbeid relativt raskt fordi mange har arbeidserfaring, og står nærmere arbeidsmarkedet sammenlignet med de som mottar helserelaterte ytelser. Figur 6 viser yrkesstatusen til personer som var arbeidsledige i 2012 i de påfølgende årene (Statistisk sentralbyrå, 2020d). De fleste av de arbeids-

ledige kommer seg i jobb relativt raskt, men personer med lav utdanning har lavere sjanse for å komme seg i arbeid. Blant personer med fullført grunnskole er det en økning i andelen som havnet på arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, fra 5 prosent i 2013 til 17 prosent i 2018. Andelen i gruppa «Andre» holder seg også relativt stor for de med grunnskoleutdanning, mellom 19 og 13 prosent. Figuren viser altså at en større andel med lav kompetanse ikke kommer seg i arbeid igjen, og ender på helserelaterte ytelser.

FIGUR 6 Arbeidsledige i befolkningen over 15 år uten innvandrere* i 2012, fordelt på status de påfølgende årene og utdanningsnivå.



*Innvandrere er ikke tatt med. De har tilsvarende fordeling som den øvrige befolkningen, men med fullført videregående eller høyere har de relativt store andeler «ut av populasjonen», antakelig utvandring.
Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 12427

UFØRETRYGDEDES HELSE, UTDANNINGSNIVÅ OG ARBEIDSDELTADELSE

348 800 mottakere av uføretrygd var registrert per september 2019. Det utgjør 10,5 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder (Statistisk sentralbyrå, 2020e). Samlede utgifter til uføretrygd var i 2016 på omtrent 80 milliarder kroner. Andelen uføretrygdde øker med alderen inntil retten til alderspensjon tiltrer. Uansett alder er andelen uføretrygdde klart større for gruppa med kun grunnskoleutdanning, enn for gruppene som har fullført mer utdanning, se figur 7 (Statistisk sentralbyrå, 2020c). For hele befolkningen over 15 år utgjør de uføretrygdde blant de med grunnskole, 12 prosent, sammenlignet med 8 prosent blant de med fullført videregående opplæring.

Sammenhengen mellom mottak av helserelatert ytelse og utdanningsnivå kan imidlertid ikke tolkes som en årsaks-sammenheng. Helseutfordringer reduserer muligheter til å ta utdanning, og utdanning fremmer helse (NOU 2019: 7, 2019, s. 68). Det er blant de yngste, opp til 29 år, at det er størst forskjell mellom andelen «uoppgitt eller ikke fullført utdanning» og andelen for hele befolkningsgruppa. Når vi ser nærmere på tallene for denne gruppa, er det i hovedsak unge i befolkningen uten innvandrere som ikke har fullført grunnskolen, og ikke innvandrere med uoppgitt utdanning, som drar denne andelen opp. Det vil si at andelen i stor grad viser til unge, som ikke har vært i stand til å fullføre vanlig grunnskole. Blant eldre uføretrygdde uten fullført grunnskole vil vi kunne anta at de fleste fortsetter å være uføretrygdde livet ut. Svak helse

Arbeidsintensitet

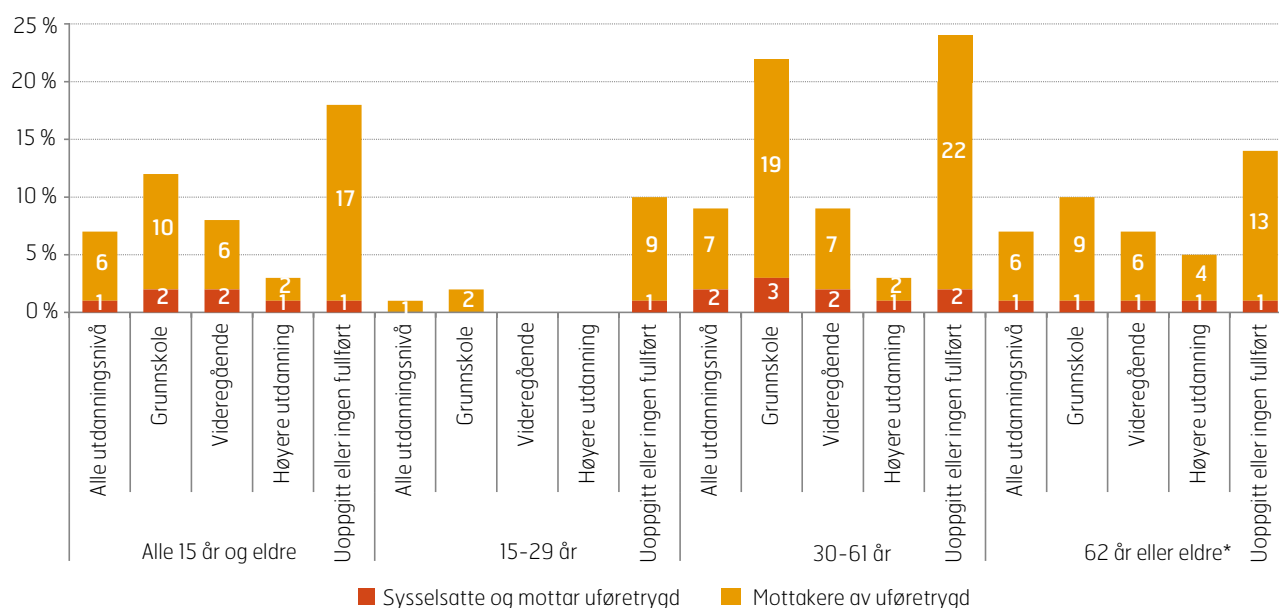
Arbeidsintensitet handler om hvor mye den uføre arbeider ved siden av uføretrygd. Det regnes ut ved å ta antall måneder som sysselsatt lønnskaker samtidig som man er uføretrygd, delt på antall måneder som uføretrygd.

Skala for arbeidsintensitet:

- 0 betyr ingen arbeidsintensitet,
- mindre enn 0,5 betyr lav
- 0,5 opp til 1 betyr høy
- 1 betyr full arbeidsintensitet, ved at man arbeider alle måneder som ufør.

vil gjøre at de som har fullført grunnskolen, har mindre sannsynlighet for å fullføre ytterligere utdanning. Det bidrar til at andelen med uføretrygd blant grunnskoleutdannede holder seg størst selv når alderen øker andelen uføretrygd for de andre utdanningsnivåene.

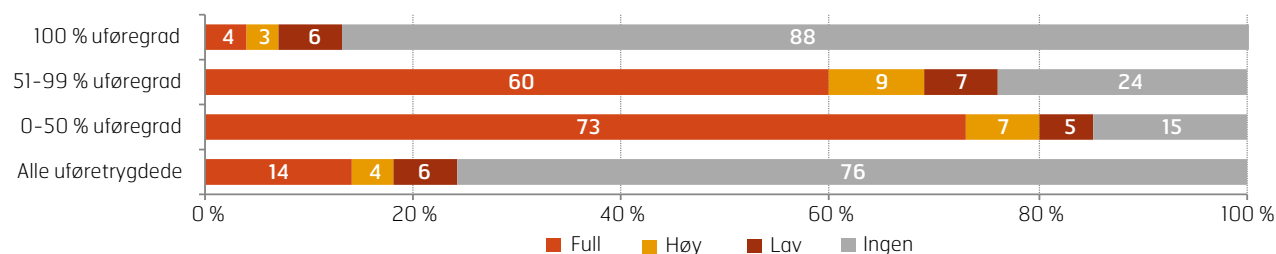
FIGUR 7 Andeler av befolkningen 15 år og eldre som mottar uføretrygd i 2018, etter fullført utdanningsnivå og alder. Prosent.



*På grunn av alderspensjonsrettigheter fra folketrygden vil andelen som mottar uføretrygd, framstå som lave i aldersgruppa 62 år og eldre.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

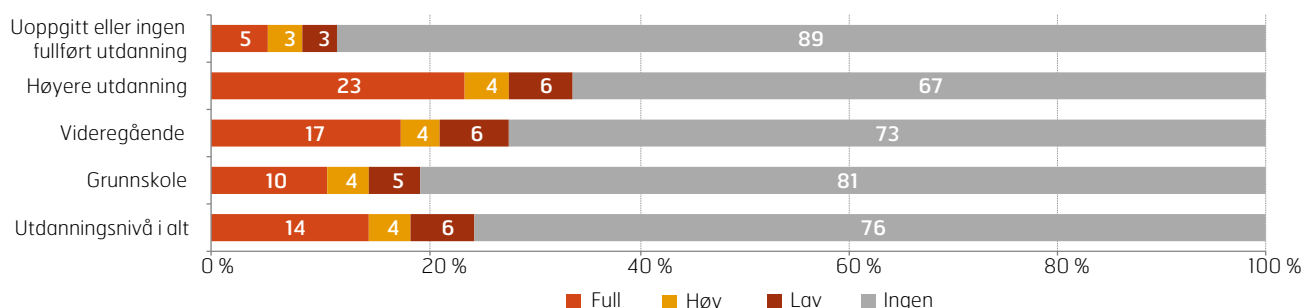
Uføregrad gjenspeiles i det som kalles arbeidsintensitet, se figur 8 (Statistisk sentralbyrå, 2020f). Blant personer med inntil 50 prosent uførhet har et stort flertall, 73 prosent, full arbeidsintensitet, mens blant personer med 100 prosent uførhet er det et lite mindretall, 4 prosent (Normann, 2010). Det er flere kvinner enn menn som er uføretrygdet, men kvinner kombinerer i større grad trygd med arbeid (Normann, 2018). Gruppen med 100 prosent uføregrad utgjør 83 prosent av alle uføre. Blant uføre menn utgjør dette 88 prosent, mens for kvinner 80 prosent. I en analyse fra Statistisk sentralbyrå i 2010 blir det antatt at en betydelig del av de som jobber med full arbeidsintensitet, jobber deltid. Det viser likevel at selv om kvinner oftere enn menn er uføretrygdet, er de også oftere uføretrygdde med arbeid.

FIGUR 8 Arbeidsintensitet for uføretrygdde i 2018 etter uføregrad. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 11856

Det er stor forskjell i arbeidsintensitet mellom utdanningsgruppene, som figur 9 viser (Statistisk sentralbyrå, 2020g). Det er over dobbelt så stor andel av uføre med høyere utdanning som har full arbeidsintensitet (23 prosent), sammenlignet med uføre med grunnskole (10 prosent). Det tilsier at en større andel av de høyt utdannede har gradert uførhet.

FIGUR 9 Arbeidsintensitet for uføretrygdede i 2018, fordelt på utdanningsnivå. Prosent.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 11852

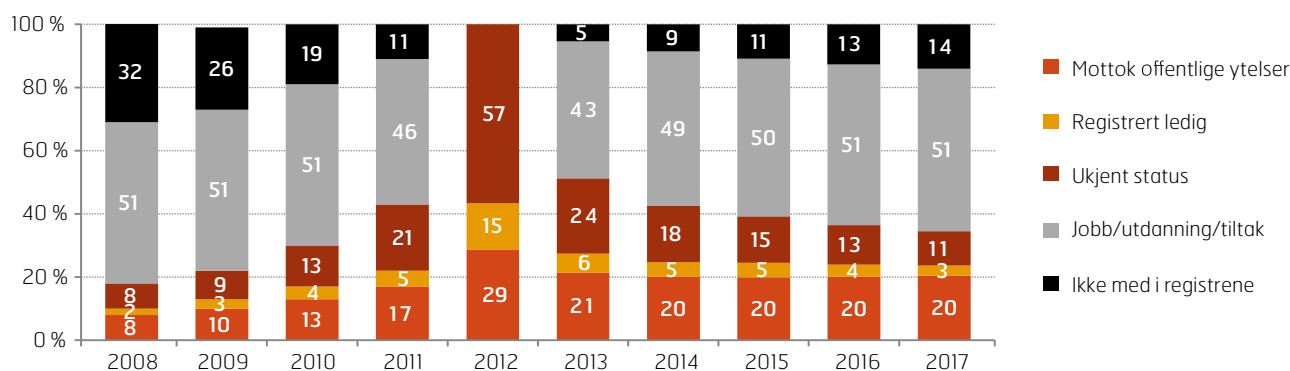
En analyse av Levekårsundersøkelsen fra 2006 viser at uførhet er mer enn bare helse (Normann, 2010). Lav utdanning forsterker helseeffekten, men helse påvirker uførhet i større grad. Analysen viser at blant lavt utdannede var andelen uføre 29 prosentpoeng høyere for gruppa med svekket helse enn blant de med god helse. Den tilsvarende differansen for gruppa med høy utdanning og henholdsvis svekket og god helse var 12 prosentpoeng. Helse er den viktigste faktoren for å forklare uførhet, men helse forklarer ikke alt. Lavt utdannede er oftere uføre enn høyt utdannede, også når det blir kontrollert for alder, kjønn og helse. Risikofaktoren for å bli uføretrygdet er ikke utdanningen i seg selv, men sannsynligvis hvordan utdanningen påvirker arbeidslivet gjennom yrke og arbeidssituasjon. Sammenhengene kan blant annet handle om at høyt utdannede har arbeid eller et arbeidsmarked som lettere lar seg tilpasses uføres behov, og/eller at uføre med høy utdanning har flere ressurser som gir økt arbeidsintensitet.

Kvinner er oftere uføre enn menn når det blir kontrollert for alder, utdanning og helse. Kjønnsdelt arbeidsmarked, arbeidsdeling i hjemmet og andre forhold som skiller menn og kvinner, er noen av forklaringene på kjønnsforskjellene (Normann, 2010). Videre blir det oppsummert at når velferdsstaten skal møte utfordringen med å få flest mulig i yrkesaktiv alder til å delta i arbeidslivet, kreves tiltak som tar hensyn til at veien ut av arbeidslivet er sammensatt, og at dette skyldes flere forhold enn bare helse. Norge har et arbeidsmarked preget av høy yrkesdeltakelse, spesielt blant kvinner og blant eldre. Blant annet disse to faktorene bør ses i sammenheng, for å kunne ta i betraktning kompleksiteten.

UNGE UTENFOR ARBEID OG UTDANNING – DERES HELSE OG SYSSELSETTINGSMULIGHETER

Internasjonale sammenligninger fra OECD viser at lavt utdannet ungdom i større grad enn ungdom med mye formell kompetanse havner utenfor arbeid og utdanning, og blir såkalte NEETs (Not in Education, Employment or Training). Samtidig er andelen unge med dårlig helse mye høyere blant NEETs enn den øvrige ungdomsbefolkningen. I Norge har en overvekt av NEET-ungdom, 60 prosent, kun fullført grunnskolen, mens andelen er noe lavere i andre nordiske land (Hardoy, Røed, von Simson, & Zhang, 2016).

De fleste med NEET-status har denne statusen kun i en kort periode. Statistisk sentralbyrå har undersøkt de unges status i årene før og etter 2012, som er det året de var registrert som NEET (Fedoryshyn, 2019). I figur 10 er det altså 100 prosent som var NEET i 2012, og mottok offentlige ytelser, var registrert ledige eller hadde ukjent status. Figuren viser at to år tidligere, i 2010, var 30 prosent av disse registrert som NEET. To år etter i 2014 var kun 40 prosent fortsatt registrert med NEET-status. Bortimot halvparten av personene med NEET-status i 2012 var i arbeid eller utdanning året før og året etter. Andelen som holder seg mest stabil, gjelder mottakere av offentlige ytelser. Mange av de som fortsatt hadde NEET-status i 2014, mottok stønad fra det offentlige. Unge mottakere av offentlige ytelser ser ut til å ha høyere sannsynlighet for å forbli utenfor arbeid og utdanning enn de andre gruppene. Mottakere av helserelaterte ytelser, som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, utgjorde omtrent halvparten av NEETs. Dette ser også ut til å forbli status framover i tid, siden andelen mottakere av ytelser er stabil ut perioden.

FIGUR 10 Personer i aldersgruppa 15–29 år utenfor arbeid og utdanning i 2012, etter arbeidsstyrkestatus 2008–2017. Prosent.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Uføreforamen fra 2015 skulle gjøre det enklere å kombinere trygd og arbeid. Det viser seg imidlertid at andelen uføre som arbeider og mottar trygd, falt litt fra 2015 til 2018. Samtidig har det vært en liten, positiv utvikling blant 18–24-åringene, for andelen uføre uten arbeid falt noe i perioden. Det var en mer positiv utvikling blant unge uføre enn eldre når det kommer til full arbeidsintensitet. De unge hadde en økning fra 5,2 til 6,6 prosent, men det er fortsatt et lite mindretall.

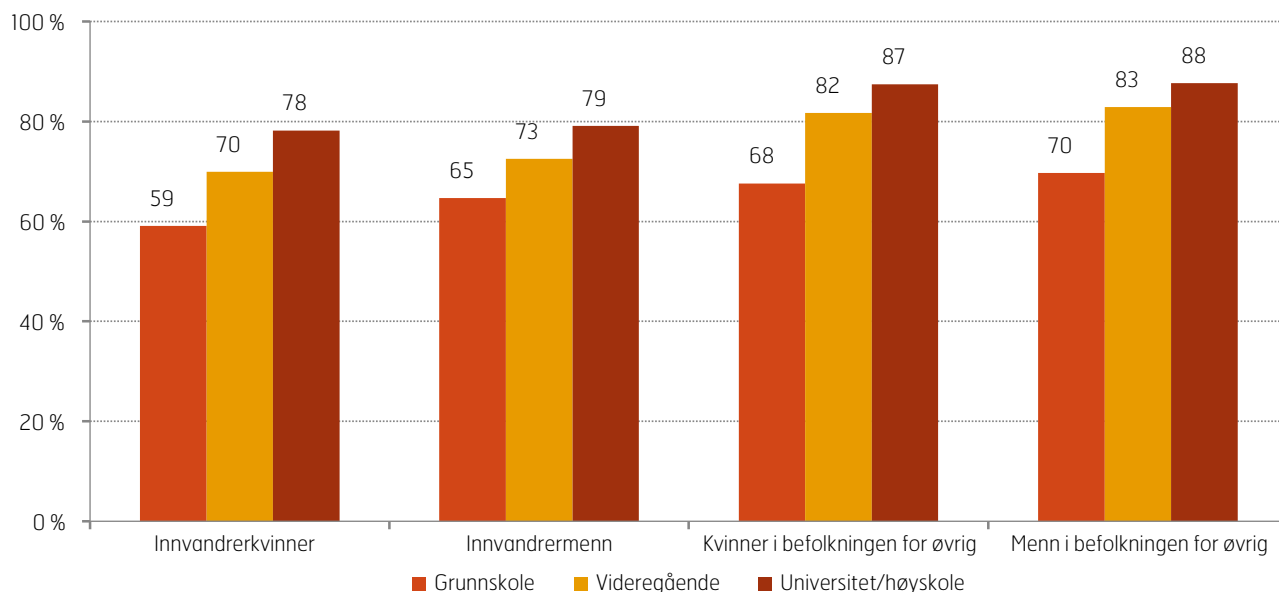
En undersøkelse OECD har gjort, viser at NEET-gruppa i Norge har signifikant lavere livstilfredshet enn i andre land (OECD, 2018). Personer i NEET-gruppa i Norge har også større sannsynlighet for svak mental helse enn ungdommer i jobb og utdanning, sammenlignet med ungdommer i EU-land. Samtidig har norske ungdommer i utdanning og arbeid bedre livstilfredshet enn tilsvarende i de andre landene. Dataene viser ikke om det å være utenfor arbeid og utdanning gir dårlig helse, eller om det motsatt er dårlig helse som gjør at ungdommene havner utenfor arbeid og utdanning. Men det at sannsynligheten for svak mental helse er så mye høyere i Norge enn på tvers av EU-landene, blir tolket av OECD som at mentale helseproblemer er utslagsgivende. Forskjellen i arbeidsledighet mellom de unge med mentale helseproblemer og de uten slike problemer er størst i Norge. En høy andel av de unge uten jobb i Norge mottar stønader. OECD mener dette kan tyde på at unge med mentale helseutfordringer har problemer med å bli inkludert i vårt høy-produktive arbeidsmarked.

INNVANDRERE – HELSE, KOMPETANSE OG SYSSELSETTINGSMULIGHETER

Sysselettingen blant personer med innvandrerbakgrunn er lavere enn i den øvrige befolkningen. Rask integrering i arbeidslivet av innvandrere med fluktbakgrunn og sikring av en stabil tilknytning til arbeidslivet er nedfelt som regjeringens mål i stortingsmeldingen *Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk* (Justis- og beredskapsdepartementet, 2016).

Innvandrerbefolkningen i Norge er en heterogen gruppe, og er sammensatt av mennesker med ulike alder, kompetanse, helse og andre forutsetninger som har betydning for å være sysselsatt. Personer med fluktbakgrunn og de som kommer på grunn av familiejenforening, har vansker med å komme på arbeidsmarkedet. Helseutfordringer kombinert med svak kompetanse og svake norskkunnskaper er sentrale hindre til manglende deltakelse i arbeidslivet (Bratsberg et al., 2017; NOU 2017: 2, 2017). Etter sju års botid er halvparten av overføringsflyktningene i arbeid, men mange er ikke i fulltidsstillinger. Nyere kohorter med flyktninger har langsommere overgang til jobb. Det kan ha sammenheng med endringer i hvilke land flyktningene kommer fra (NOU 2019: 7, 2019, s. 45).

Helse varierer i stor grad mellom innvandrere fra ulike land. Omtrent 80 prosent av både kvinner og menn i den øvrige befolkningen vurderte sin egen helse som god, som vist i figur 11 (Kjøllesdal, et al., 2019). De tilsvarende andelenene for innvandrere var noe lavere (68 prosent kvinner, 75 prosent menn). Personer med fluktbakgrunn opplever i større grad psykiske helseutfordringer som følge av opplevd krig, turtur, vold og andre hendelser relatert til flukt. Andelen med psykiske plager var dobbelt så høy blant polske innvandrere som i den øvrige befolkningen (Kjøllesdal, et al., 2019).

FIGUR 11 Andel med god egenvurdert helse etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. Prosent.

Kilde: Kjøllesdal et al., 2019

Mange innvandrere har jobber som kjennetegnes av stor usikkerhet, midlertidighet, lavere krav til kompetanse og stor helsebelastning (Elgvin & Svalund, 2020). Arbeidsmarkedet i Norge kjennetegnes av en minskende andel jobber uten formelle krav til arbeidstakere. Krav til norskkunnskaper blir stadig høyere, også i de jobbene uten formelle kompetansekrav (Proba samfunnsanalyse, 2020). Mange av tiltakene som er rettet mot integrering av innvandrere inn i arbeidslivet, handler om rask innpass i arbeidslivet. Fafos undersøkelse, av innvandrernes sysselsettingsmuligheter viser at mye av opplæring til innvandrere er kortsiktig og handler om å skaffe første jobb raskt framfor å satse på gode grunnleggende ferdigheter (Elgvin & Svalund, 2020).

«I dag er det mye vekt på at aktiveringspolitikken skal være arbeidsrettet, også når det gjelder innvandrere. Men slik det i økende grad har blitt oppmerksomhet rundt, ser det ut til at mange innvandrere faller ut av arbeidsmarkedet relativt raskt. Det kan indikere at opplæringen hittil har vært for kortsiktig: Man satser på tiltak som får innvandrere raskt ut i sin første jobb, men fordi innvandrere ikke klarer å avansere videre, ender de med å falle ut igjen. Et annet problem ved disse tiltakene kan være at de har tilbudt «feil» type kompetanse.

Kanskje bør man derfor satse mer på opplæring av grunnleggende ferdigheter som er nyttige på tvers av ulike jobber og på ulike steder i arbeidsmarkedet, og ikke bare på enkle ferdigheter som er nyttige for den første jobben»

(Elgvin & Svalund, 2020, s. 40).

Opplæring i norsk og samfunnskunnskap er en viktig del av Introduksjonsprogrammet. Litt over 40 000 personer har deltatt i opplæring i løpet av 2018 (Tabell 1). De aller fleste voksne har enten grunnskoleutdanning eller uoppgitt utdanningsnivå. Et mindretall har videregående eller høyere utdanning. Behovet for opplæring blant innvandrere med fluktbakgrunn er stort.

TABELL 1 Deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere, fordelt etter kjønn og utdanningsnivå 2018. Antall og prosent.

	I alt		Menn		Kvinner	
	Deltakere	Deltakere	Deltakere (prosent)	Deltakere	Deltakere (prosent)	
Utdanningsnivå i alt	40342	18538	100	21804		100
Ingen fullført utdanning	483	116	0,6	367		1,7
Grunnskolenivå	9635	5427	29,3	4208		19,3
Videregående skolenivå	772	325	1,8	447		2,1
Universitets- og høyskolenivå, kort	2705	1251	6,7	1454		6,7
Universitets- og høyskolenivå, lang	1588	567	3,1	1021		4,7
Uoppgitt utdanning	24906	10742	57,9	14164		65

Kilde: Statistisk Sentralbyrå. Tabell 11311

Psykologiske traumer, sanse- og spesifikke lese- og skrivevansker er noen av de helseutfordringene som kan påvirke deltakernes læringsutbytte. 80 prosent av opplæringsstedene oppgir at de har deltakere med tilretteleggingsbehov. Mange deltakere får ikke nødvendig tilrettelegging, og mister verdifull opplæring i norsk. Noen av årsakene til manglende tilrettelegging er utilstrekkelig finansiering, fagpersonenes kompetanse og manglende samarbeid mellom helse og andre relevante fagmiljøer (Berge, Birkeland, Havgar 2017).

2.3 Betydningen av grunnleggende ferdigheter og helse for arbeid

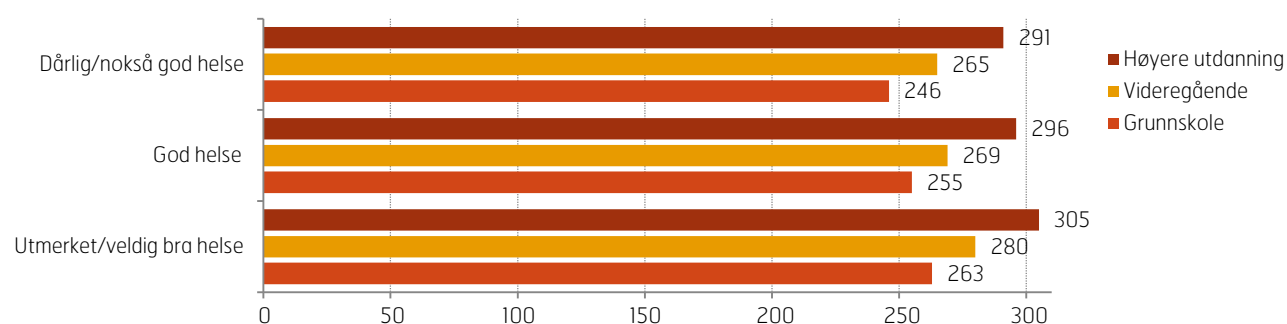
I kapittel 1 så vi at utdanning har en sammenheng med helse. En av årsakene til det kan være at utdanning styrker de grunnleggende ferdighetene. I dette delkapitlet vil se nærmere på denne påstanden, i tillegg til hvorvidt det har sammenheng med sysselsetting.

PIAAC-undersøkelsen gir informasjon om befolkningens grunnleggende ferdigheter. I den andre rapporten fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om PIAAC-resultater fra Norge oppgir SSB hvordan leseferdigheter fordeler seg på utdanningsnivå og helsesituasjon, se figur 12. Jo høyere utdanning, jo høyere ferdighetsskår i lesing innenfor hvert av helsenivåene. Samtidig er det en økning i ferdighet innenfor hvert utdanningsnivå, jo bedre helse som er oppgitt. Kombinasjonen av dårlig helse og lav utdanning gir lavest leseferdighet. Helsesituasjonen ser ut til å ha størst betydning for de som har lav utdanning. Det er størst forskjell i leseferdighet mellom de som har dårlig helse og utmerket helse i gruppa med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. SSB finner også en klar sammenheng mellom helse og alder. Slike resultater finner de også for ferdighet i regning.



Fakta om PIAAC

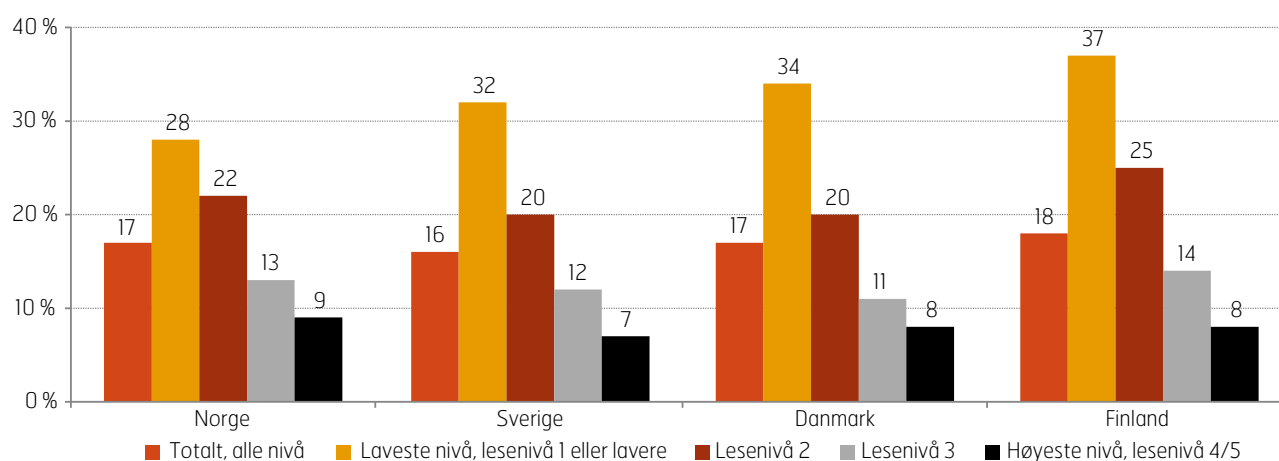
- PIAAC er en OECD-undersøkelse, og er den største internasjonale undersøkelsen om voksnes kompetanse.
- PIAAC står for Programme for the International Assessment of Adult Competencies. Undersøkelsen omtales også som Survey of Adult Skills.
- Den første runden av PIAAC (2011–2018) målte voksnes ferdigheter i lesing, regning og problemløsning med ikt. Over 40 land deltok.
- Statistisk sentralbyrå er ansvarlig for den norske delen av undersøkelsen, som finansieres av Kunnskapsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.
- Lese- og regneferdighetene er delt inn i fem nivåer med bakgrunn i poengskår på testen.

FIGUR 12 Ferdighet i lesing, fordelt på fullført utdanningsnivå og egenvurdert helsesituasjon. Poengskår i PIAAC-test.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

PIAAC-data fra Norden er brukt for å se nærmere på om grunnleggende leseferdigheter har en egen påvirkning på helse, eller om det er en indirekte sammenheng (Lundetræ & Gabrielsen, 2016). PIAAC-data viser sammenheng mellom helse og ferdigheter, men både utdanningsnivå og alder er, som omtalt, andre forhold som viser tilsvarende sammenhenger.

Figur 13 viser at det totalt var mellom 16 og 18 prosent i de nordiske landene som rapporterte at de ikke hadde god helse, som innebar svaralternativene «dårlig/nokså god helse» (Lundetræ & Gabrielsen, 2016). I Norge var andelen 17 prosent. Resultatene for Norge viser videre at det var 28 prosent som rapporterte at de ikke hadde god helse i gruppa med svake leseferdigheter på nivå 1 eller lavere. Andelen falt til 22 prosent i gruppa med ferdigheter på nivå 2, videre til 13 prosent på nivå 3, og til 9 prosent i gruppa med de sterkeste ferdighetene på nivå 4/5. Norge hadde minst forskjell mellom ferdighetsnivåene av de nordiske landene. Finland hadde størst forskjell, med 37 prosent som rapporterte at de ikke hadde god helse blant de svakeste leserne, og 8 prosent blant de sterkeste.

FIGUR 13 Andeler som oppgir dårlig/nokså god helse, fordelt på lesenivå og land. Prosent.

Kilde: Lundetræ og Gabrielsen, 2016

Tilsvarende forskjeller gjaldt for utdanningsnivå og for alder (ikke illustrert). I Norge var det 30 prosent i gruppa med lav utdanning som rapporterte at de ikke hadde god helse, mot 10 prosent i gruppa med høy utdanning. Forskjellen ut fra alder gikk fra 30 prosent i gruppa 55–65 år som rapporterte at de ikke hadde god helse, mot 10 prosent i gruppa 16–24 år.

Lundetræ og Gabrielsen finner at det er en sammenheng mellom leseferdighet og helse, selv med kontroll for kjønn, alder og utdanningsnivå (Lundetræ & Gabrielsen, 2016). Det viste seg å være dobbelt så stor sjanse for å rapportere at helsa ikke er god i gruppa med ferdigheter på nivå 1 eller lavere, sammenlignet med personer på nivå 4/5, når kjønn, alder og utdanningsnivå er likt. Det var litt over to og en halv gang

større sjanse for å rapportere at helsa ikke var god når gruppa med lavt utdanningsnivå ble sammenlignet med gruppa som hadde høyt utdanningsnivå, kontrollert for ferdighetsnivå, kjønn og alder.

I rapporten *Sammenhengen mellom ferdigheter og arbeidsmarkedssituasjon for utsatte grupper* er PIAAC-data for både lese- og regneferdigheter tatt i betraktning (Barth, Vaag Iversen, Schøne, von Simson, & Strøm, 2016). De oppsummerer at personer med gode ferdigheter og god helse har høyere arbeidsdeltakelse enn personer med svake ferdigheter og dårlig helse. Forskerne finner disse sammenhengene for alle landene som er med i undersøkelsen. Resultatene indikerer at ferdigheter og helse påvirker sannsynligheten for sysselsetting i større grad i Norge, enn for gjennomsnittet av andre PIAAC land. Dette kan være forenlig med en hypotese om at slike egenskaper er spesielt viktige i et land som Norge, med høye krav til produktivitet.

Menn har høyere yrkesdeltakelse enn kvinner i alle land, men kvinner i Norge har den klart høyeste yrkesdeltakelsen i de utvalgte landene, med omtrent 70 prosent. Kvinner har altså generelt lavere yrkesdeltakelse, men ett unntak er gruppa med dårlig helse i Norge, hvor det ikke er noen kjønnsforskjell i yrkesdeltakelsen.

Yrkesdeltakelsen er langt lavere blant utsatte grupper enn for befolkningen som helhet. Blant de med dårlig helse ligger andelen mellom 40 og 60 prosent. Norge har høy sysselsetting, og personer med svake ferdigheter har fortsatt høy sysselsetting sammenliknet med den samme gruppa i de fleste andre land, selv om forskjellen fra de som har gode ferdigheter, er større. Norske kvinner med svak helse har høyest sysselsettingsrate sammenliknet med den tilsvarende gruppa i andre land. Norske menn med dårlig helse har lavere sysselsetting enn de fleste tilsvarende grupper i landene i utvalget.

Forskerne ønsket å kunne si noe om den relative betydningen av helse og ferdigheter på arbeidsmarkedsstatus (Barth, Vaag Iversen, Schøne, von Simson, & Strøm, 2016). Dette var vanskelig å svare på, ikke minst fordi helse og ferdigheter påvirker hverandre. I en enkel analyse presenterer de likevel resultater som indikerer at helse er viktigere enn ferdigheter for å forklare arbeidsmarkedsdeltakelse. Samtidig viser resultatene at sammenhengen mellom sysselsetting og ferdigheter er sterkere for individer med svak helse. For personer med svak helse kan det derfor være mye å hente på å styrke ferdighetene, og kompetansehevende tiltak for denne gruppa kan være en god politikk.

3

Kompetanse og helse i det norske arbeidslivet



Arbeidslivet i Norge er i stadig utvikling. Næringsstrukturen forandrer seg, og nye arbeidsoppgaver oppstår, samtidig som det blir mindre etterspørsel etter andre typer arbeidsoppgaver. Dette stiller store krav til arbeidstakerne, og manglende kompetanse og helseutfordringer kan få konsekvenser for folks muligheter på arbeidsmarkedet (Helsedirektoratet, 2010, s. 94). Teknologisk utvikling og digitalisering endrer etterspørselen etter ulike typer arbeidskraft og kompetanse:

Politikk som bidrar til kompetanseutvikling, mekanismer for livslang læring, jobb-til-jobb mobilitet, geografisk mobilitet og generelle tiltak som stimulerer til nyskaping, innovasjon og til å ta i bruk ny teknologi i bedriftene vil derfor samtidig være tiltak som vil være til hjelp når vi nå går inn i en ny fase med robotifisering og digitalisering

(Barth, 2019, s. 56).

Samtidig anbefaler Sysselsettingsutvalget at sysselsettingen i Norge økes (NOU 2019: 7, 2019). Antallet personer som er i stand til å jobbe, og som vil jobbe, er avgjørende for sysselsettingen (s. 16). Begge forholdene blir påvirket av både helse og kompetanse i tillegg til situasjonen på arbeidsmarkedet. De som er i jobb, og som kan jobbe, må ha kompetanse som samsvarer med arbeidsmarkedets behov. De må også ha fysisk og psykisk helse som gir dem mulighet til å stå i jobb og utvikle seg. Arbeid bidrar også til bedre helse og til mer læring.

I en tid med kontinuerlige endringer forbundet med teknologi, digitalisering og verdensøkonomien er satsing på kompetanseutvikling viktigere enn noen gang. Mange arbeidsgivere tilrettelegger for opplæring på jobb. Enkelte yrkesgrupper deltar imidlertid i mindre grad i opplæringsaktiviteter. Vi har tidligere sett at kompetanse har en sammenheng med helse, og at utdanning øker ens bevissthet rundt livsstilvalg og andre helserelaterte utfall. Satsing på kompetanseutvikling, spesielt på grunnleggende ferdigheter og digital kompetanse, er viktig for både helse og for å kunne stå lenge i arbeidslivet.

Norsk ledelseskultur er kjennetegnet ved tillit, åpenhet og medvirkning, og dialogen mellom ledelse og tillitsvalgte er god (Agenda, 2018). Det er bred enighet om at den norske modellen har hatt stor betydning for utviklingen av det norske samfunnet og arbeidslivet i etterkrigstiden. Den norske arbeidslivsmodellen bygger på kobling mellom økonomisk styring, organisert arbeidsliv og offentlig velferd (Dølvik, Fløtten, Hippe, & Jordfald, 2014). Universelle velferdsordninger og offentlige tjenester understøtter et velfungerende arbeidsmarked. Samarbeid mellom partene i arbeidslivet og myndighetene bidrar til en felles forståelse av situasjonen i norsk økonomi og arbeidsmarkedet (NOU 2020: 2, 2020, s. 27). Partene i arbeidslivet og myndighetene samarbeider om mange tiltak som er rettet mot frafall fra arbeidslivet og arbeidsinkludering (NHO; Virke; LO). Nasjonal kompetansepolitisk strategi (NKPS), IA-avtalen og Inkluderingsdugnaden er noen av eksemplene på et samarbeid om problemstillinger knyttet til kompetanseutvikling blant personer med helseutfordringer og forebygging av helseproblemer ved hjelp av kompetanseheving.

I resten av dette kapitlet presenterer vi tall og forskning om betydningen av helse og kompetanse for arbeidslivet, hvordan arbeidslivet påvirker helse, og hva som kjennetegner arbeidslivet med de største utfordringene knyttet til helse og kompetanse.

3.1 Arbeidslivets betydning for de ansattes helse

Arbeidslivet i Norge er preget av høy formell kompetanse og høy deltakelse i etter- og videreutdanning, sammenlignet med andre land i Europa (Bjørkeng & Lagerstrøm, 2014; Ulstein, 2019). Norske arbeidstakere skårer høyt på trivsel på arbeidsplassen (Randstad, 2019). De trives godt på jobben, og sammenlignet med arbeidstakere i EU-land har de en høy grad av jobbkvalitet (intensitet i arbeidet, ferdigheter og medbestemmelse, framtidsutsikter, arbeidstid og sosialt og fysisk miljø). Samtidig har Norge det høyeste sykefraværet i Europa (Aagestad, Bjerkan, & Gravseth, 2017). Selv om det norske arbeidslivet generelt er preget av høy trivsel, høy kompetanse og høy deltakelse i etter- og videreutdanning, varierer dette etter yrke, bransje og utdanningsnivå. Arbeidsplasser er ulike med hensyn til hvilke muligheter de

ansatte har for å komme tilbake til jobb etter en sykdomsperiode, og medarbeidere med lite formell utdanning kan være spesielt sårbare for omorganiseringer og omstillinger (Dahl, van der Wel, & Harsløf, 2010).

YS' Arbeidslivsbarometer viser at ansatte med lav utdanning og lav inntekt i minst grad opplever at de har en interessant jobb, mens ansatte med høy utdanning og høy inntekt i størst grad har en interessant jobb (Steen & Ingelsrud, 2019). Det er størst andel som svarer at de sjelden har hardt fysisk arbeid blant de med høy utdanning og høy inntekt (s. 34), og størst andel som sjelden opplever tidspress blant de med lav utdanning og lav inntekt (s. 36). The European Working Conditions Survey (EWCS) viser at arbeidsmiljøet på norske arbeidsplasser generelt er veldig godt, men at forholdene kan bli bedre i enkelte yrker og næringer (Aagestad, Bjerkan, & Gravseth, 2017). Undersøkelsen viser at Norge har en høy andel personer som jobber i yrker som krever høyere utdanning. Norge er det landet som har størst andel ansatte i helse- og sosialtjenester. Sammenlignet med yrkesaktive i andre europeiske land er det få norske arbeidstakere som svarer at de er for slitne til å gjøre oppgaver hjemme etter jobb, og at arbeidet har gått utover tid sammen med familien. En større andel av norske arbeidstakere enn andelen av ansatte i EU-land svarer at helsa blir positivt påvirket av jobben. De norske respondentene hadde høyest andel som svarte at jobben har en positiv effekt på helsa.

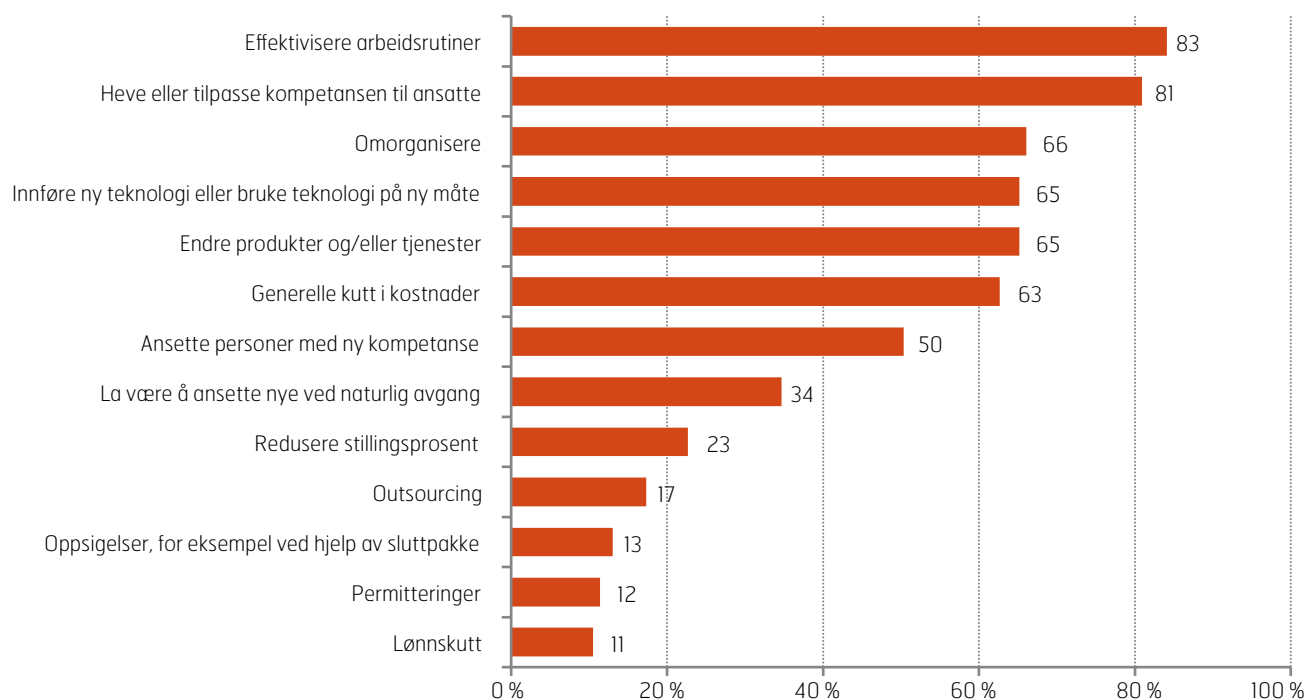
Hvorvidt man kan fortsette i jobben hvis man får helseproblemer, avhenger av hva slags jobb og arbeidsoppgaver man har. Ansatte med mange manuelle og rutinemessige arbeidsoppgaver vil for eksempel være mer avhengige av fysisk helse enn personer ansatt i andre typer yrker (Arbeidsdepartementet, 2013). Sammenlignet med andre land har det norske arbeidslivet få forekomster av arbeidsulykker og mange HMS-inspeksjoner ute på arbeidsplassene (ILO, 2018). De arbeidsulykkene som skjer i Norge, er i stor grad begrenset til enkelte yrker. Data fra Levekårsundersøkelsen viser at ansatte med lavt utdanningsnivå er mest utsatt for stadig gjentatte arbeidsoppgaver, tunge løft og middels til stor skaderisiko (Tynes, et al., 2018, ss. 247–252).

3.2 Arbeidslivet i endring

Næringsstrukturen i Norge har endret seg mye over tid: I år 1900 utgjorde primærnæringene 47 prosent av arbeidsplassene i Norge, mens de i 2018 utgjorde tre prosent. I 2018 besto 78 prosent av det norske arbeidslivet av tjenestenæringer som varehandel og offentlig virksomhet (Statistisk sentralbyrå, 2020c). I 1950 besto 30 prosent det norske arbeidslivet av sekundærnæringer, det vil si vareproduksjon, med blant annet industri. I 2018 utgjorde sekundærnæringene 19 prosent av arbeidslivet. Med endringer i næringsstrukturen skjer det også endringer i arbeidsoppgaver og kravene til kompetanse – og i de arbeidsrelaterte helseutfordringene.

Dagens arbeidsliv er i høy grad preget av omstillinger i form av omorganiseringer og bruk av ny teknologi, og dette kan få store konsekvenser for det psykososiale arbeidsmiljøet (Tynes, et al., 2018, s. 59). En litteraturstudie av digitalisering og ny teknologi i arbeidslivet viser at det avgjørende for om teknologi oppleves som positivt blant de ansatte, er om de opplever styrket eller svekket autonomi som følge av den nye teknologien (Christensen, Finne, Garde, Nielsen, & Vleeshouwers, 2020).

I Kompetanse Norges Virksomhetsbarometer 2016 svarte 35 prosent av virksomhetslederne at deres virksomhet hadde gjennomført en form for omstilling i løpet av de siste to årene, og 29 prosent at de hadde planer om å gjøre det i løpet av de neste to årene (Holte, 2017). Over 80 prosent av de som hadde gjennomført eller hadde planer om omstilling, svarte at omstillingen innebar effektivisering av arbeidsrutiner og kompetanseheving, mens to tredjedeler svarte at omorganisering, innføring av ny teknologi eller bruk av teknologi på ny måte og endring av produkter og/eller tjenester var en del av omstillingen (figur 14).

FIGUR 14 Strategier blant virksomheter som har gjennomført eller har planer om omstilling. Prosent. n=1341

Kilde: Kompetanse Norge. Virksomhetsbarometeret 2016

I 2015 beregnet forskere at en tredjedel av jobbene i Norge og Finland vil være utsatt for automatisering innen 10–20 år (Pajarinen, Rouvinen, & Ekeland, 2015). Det er vanskelig å forutse hvordan den teknologiske utviklingen vil slå inn. Like fullt kan vi regne med at mange arbeidsoppgaver vil bli automatisert bort. De som er i risikozonen for å miste jobben på grunn av ny teknologi, er typisk lavtlønte, har lav utdanning og jobber i privat sektor (Bye & Næsheim, 2016) innen industri og privat tjenesteyting.

I Kompetanse Norges Virksomhetsbarometer 2016 rapporterte kun fire prosent av virksomhetslederne at innføring av ny teknologi de siste to årene hadde ført til at ansatte hadde mistet jobben (Holte, 2017). 73 prosent svarte at ansatte hadde fått nye arbeidsoppgaver som følge av den nye teknologien, og 66 prosent svarte at nye arbeidsoppgaver hadde oppstått. Tankesmien Agenda intervjuet tidligere ansatte i Posten som sluttet i jobben på grunn av digitalisering og nedbemanning (Agenda, 2019). Mange hadde hatt rutinebaserte arbeidsoppgaver, blant annet bud, i skranke og på postterminaler. Blant de positive erfaringene var ledelsens åpenhet om nødvendigheten av omstilling, prosessen med nedbemanning og tilbudet om å delta på relevant videreutdanning. Posten jobber kontinuerlig med opplæring og systematisk HMS-arbeid blant de ansatte. Dette har ført til at sykefraværet er redusert med over to prosentpoeng siden 2004, og at antallet nye uføre er gått ned (Bakstad, 2009).

Mange endringer i næringslivet og verdensøkonomien fører til endrede kompetansebehov og arbeidsoppgaver. Partene i arbeidslivet samarbeider med myndighetene om kompetansetiltak i den nye Kompetanse-reformen og om helse- og arbeidsmiljøtiltak i IA-avtalen og i inkluderingsdugnaden. Dette samarbeidet er viktig for å opprettholde høyt sysselsettingsnivå, og for å finne gode løsninger for å inkludere flest mulig inn i arbeidslivet.

SOSIALE OG EMOSJONELLE FERDIGHETER ER VIKTIGE I TJENESTEYTENDE NÆRINGER

Hva slags jobber som finnes i arbeidsmarkedet, er ikke konstant. Det endrer seg kontinuerlig, også hvilke typer arbeidsoppgaver folk har (Tynes, et al., 2018, s. 30). Ifølge SSBs framskrivninger fra 2018 vil andelen virksomheter innen olje- og gassutvinning og industri gå ned fram mot 2030, mens tjenestenæringene vil øke (Nav, 2019a). Behovet for formell utdanning øker i det norske arbeidslivet. Men kompetanse handler ikke bare om hvor godt vi kan ulike fag, men også om sosiale og emosjonelle ferdigheter. Det handler om hvordan vi samhandler med andre mennesker, og hvordan vi oppfatter oss selv og håndterer egne

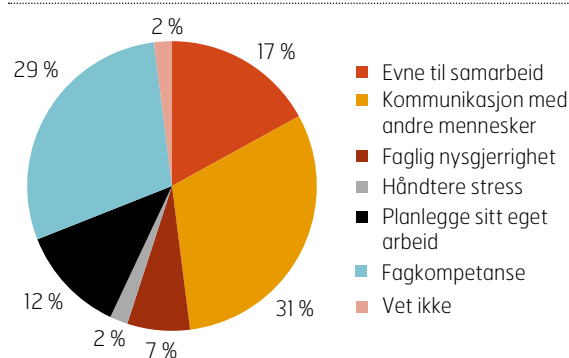
følelser (OECD, 2020). OECD framhever at disse ferdighetene kan læres og utvikles, og at de har stor betydning for individers fysiske og psykiske helse.

Det at næringsstrukturen endrer seg, og at det blir flere ansatte i tertiærnæringer i det norske arbeidslivet, vil føre til at emosjonelle og sosiale ferdigheter blir viktigere enn noen gang før i arbeidslivet, og arbeidsoppgavene vil for mange stille krav om samhandling og kommunikasjon med andre (Tynes, et al., 2018; NOU 2020: 2, 2020). Sosiale og emosjonelle ferdigheter har innvirkning på folks helse, og på hvordan man lykkes i arbeidslivet (Heckman & Kautz, 2013). Det er også en økt bevissthet om viktigheten av sosiale og emosjonelle ferdigheter i den norske kompetansepolitikken. I Kunnskapsløftet 2020, som er det nye læreplanverket for grunnskolen og videregående opplæring i Norge, er Folkehelse og livsmestring et tverrfaglig tema, og sosiallæring og utvikling og det å lære å lære er viktige prinsipper (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Yrker som krever høy kompetanse, krever i stadig større grad også sosiale ferdigheter (Deming, 2017, s. 4) fordi teknologien ikke kan erstatte menneskenes tause kunnskap og evne til interaksjon (Autor, 2015, s. 27). Kompetanse Norges Virksomhetsbarometeret viser at mange virksomheter setter pris på det å kunne kommunisere og samarbeide med andre i tillegg til fagkompetanse (figur 15), (Berg, Bjønnes, & Tkachenko, 2020).



FIGUR 15 Den viktigste ferdigheten for virksomheten. Prosent. n=2503



Kilde: Kompetanse Norge. Virksomhetsbarometer 2019.

3.3 Arbeidslivet trenger at alle lærer hele livet, også de som har helseutfordringer

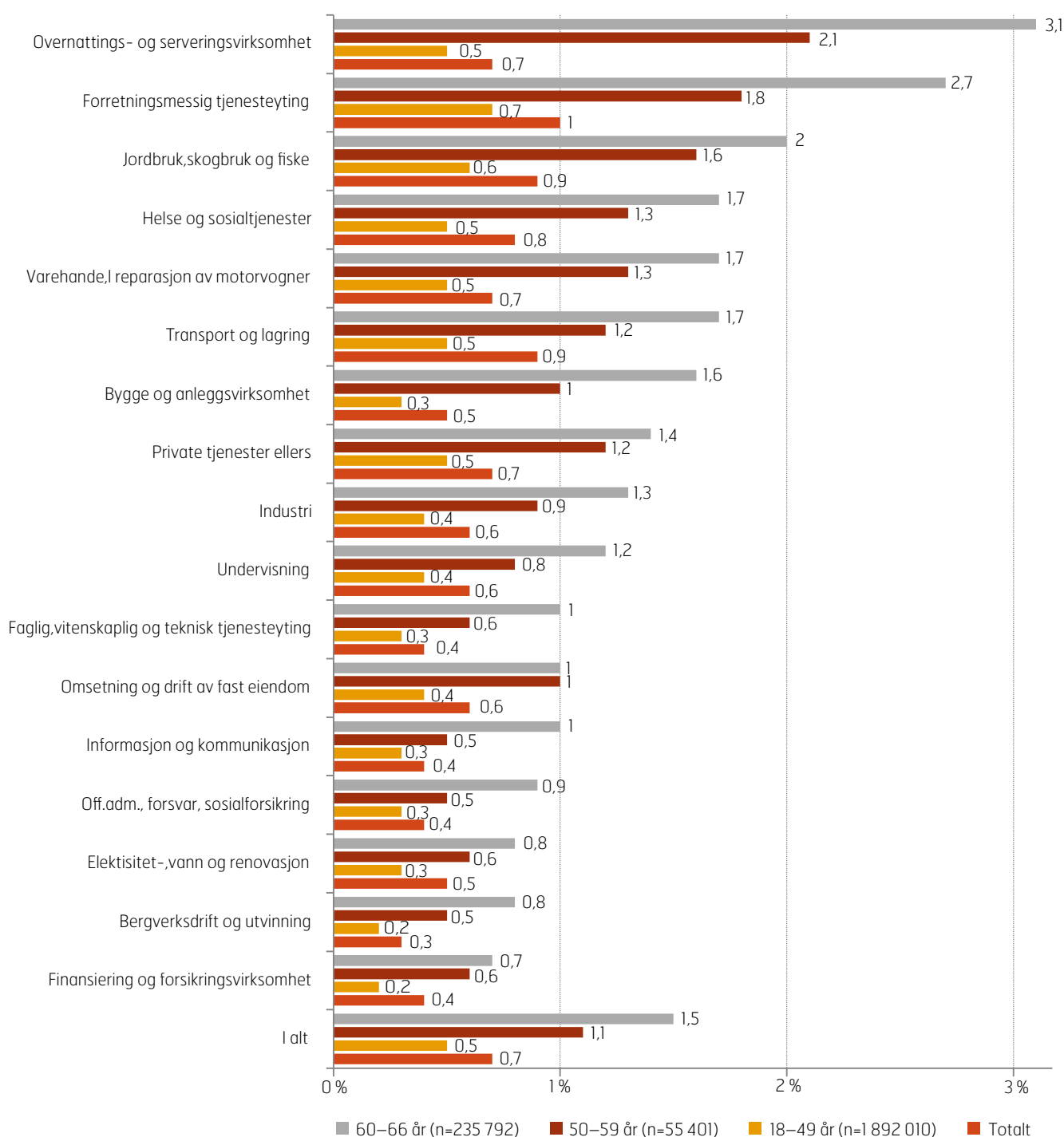
Arbeid kan virke helsebringende (Helsedirektoratet, 2010; Tynes, et al., 2018), og Sysselsettingsutvalget anbefaler at det norske trygdesystemet i større grad oppmuntrer mottakere av stønader til å orientere seg mot arbeidslivet (NOU 2019: 7, s. 11). Dette er i tråd med arbeidslinja, som har vært en sentral del av norsk arbeidslivspolitikken siden 1990-tallet (Meld. St. 46., 2012-2013). Integreringsdugnaden og IA-avtalen setter arbeidsplassen i sentrum, og den politiske utviklingen går i retning av at ordinære arbeidsplasser skal brukes som inkluderingsarena, framfor skjermede tiltak i regi av Nav (Mandal, Midtgård, & Mordal, 2019).

EVU-utvalget framhever at kompetanseheving kan ha en positiv helseeffekt (NOU 2019: 12, 2019, s. 212). Mye av den livslange læringen skjer innenfor arbeidslivet. De ansatte som har høyest formell kompetanse og lærer mest gjennom de daglige arbeidsoppgavene, deltar mest i etter- og videreutdanning (Ulstein, 2019). For personer som står utenfor arbeidslivet av helserelaterte årsaker, kan derfor kompetanseheving være avgjørende for at de skal få en plass i arbeidslivet. EVU-utvalget foreslår derfor at langtidssykemeldte skal ha mulighet til å delta på utdanning som er relevant for arbeidsmarkedet, samtidig som de mottar sykepenger (NOU 2019:12, s. 224). Blant tiltakene i kompetansereformen Lære hele livet for de som har en svak tilknytning til arbeidslivet, er modulstrukturert opplæring, som blant annet blir tilbudt personer på Nav-tiltak, og en endring av opplæringssystemet i regi av Nav, slik at opplæringstiltakene blir mer relevante for arbeidslivet (Kunnskapsdepartementet, 2020a, ss. 65–68).

BETYDNINGEN AV KOMPETANSE OG HELSE FOR ARBEIDSTAKERE I ULIKE ALDRE

På grunn av utviklingen i alderen i befolkningen vil det i framtida være behov for at flere eldre fortsetter å være yrkesaktive for at vi skal kunne opprettholde velferdsstaten (Finansdepartementet, 2019; Statistisk sentralbyrå, 2018). Det er størst andel i alderen 55–66 år i yrker som krever høyere utdanning, og minst andel i yrker som ikke stiller noen krav til utdanning (Tynes, et al., 2018, s. 37). Det er også flest i alderen 25–66 år som har gått ut av arbeidslivet på grunn av helseproblemer som helt eller delvis skyldtes jobben, i yrker uten krav til utdanning, og færrest i akademiske yrker (s. 18). Statistikk fra Nav over nye mottakere av uføretrygd i 2019 viser at det var størst andel seniorer i alderen 50–66 år som ble uføretrygdet i 2019 innen overnattings- og serveringsvirksomhet, forretningsmessig tjenesteyting og primærnæringene (figur 16).

FIGUR 16 Nye mottakere av uføretrygd i 2019, andel av aldersgrupper i de ulike næringene. Prosent. n=2 687 203



Yrkesaktive seniorer med høyere utdanning har markant større interesse for å stå i jobben fram til de fyller 70 år, enn de som ikke har høyere utdanning (Berg L. , 2019).

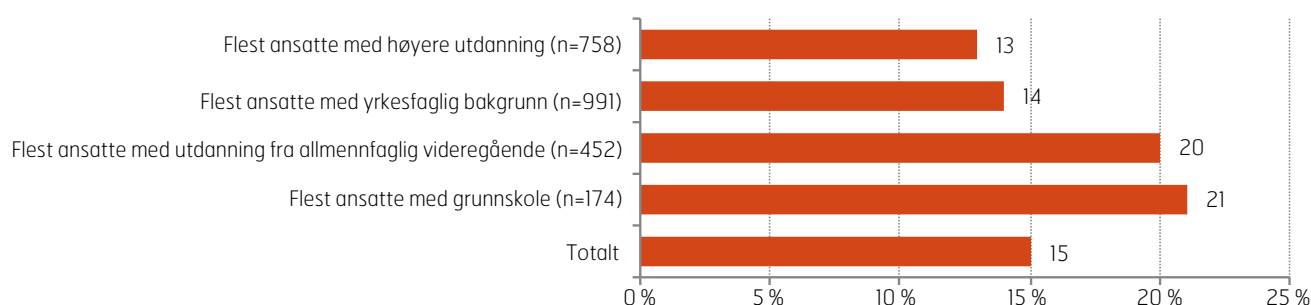
For at seniorene skal stå lenge i arbeidslivet, er det avgjørende at de får mulighet til å oppdatere kompetansen sin. I barometeret til Senter for seniorpolitikk svarte 15 prosent i lederundersøkelsen at eldre arbeidstakere sjeldnere enn de andre får være med på kurs og opplæring i arbeidstida, og 64 prosent svarte at yngre arbeidstakere blir foretrukket når virksomhetene skal innføre ny teknologi eller nye arbeidsmåter (Ipsos, 2019). Det er størst andel av private bedrifter som inkluderer eldre i kompetanseheving og ny teknologi og nye arbeidsmåter. I befolkningsundersøkelsen fra 2018 var de respondentene som var 60 år eller eldre, mindre interessert i utdanning og opplæring enn de yngre, og de opplevde også i mindre grad at arbeidsgiveren var positiv til at de deltok i utdanning og opplæring (Berg L. , 2019). For alle aldersgruppene, også blant seniorene, hadde de respondentene som hadde høyere utdanning, størst interesse for kompetanseheving, og opplevde i størst grad at arbeidsgiveren var positiv til at de deltok. I en studie om oppfatninger om eldre i arbeidslivet er konklusjonen at seniorer er en uensartet gruppe, og at holdningene til seniorer ikke bare er et produkt av stereotypier, men også av konkrete erfaringer og posisjonerings- og polariseringsmekanismer som oppstår i arbeidsmiljøet (Frøyland & Terjesen, 2020). Dette stiller store krav til ledere som ønsker å utnytte kompetansen til seniorer og forhindre at de pensjonerer seg.

Ifølge STAMI jobber mange unge i yrker som ikke krever mye utdanning, og de blir ofte utsatt for ulike typer belastninger i arbeidet (Tynes, et al., 2018). I en arbeidsgiverundersøkelse om holdninger til unge med psykiske problemer og hull i CV-en svarte 17 prosent at de i løpet av de siste to årene hadde ansatt unge med psykiske helseproblemer (Vedeler, Evensen, Ugreninov, & Haug, 2018). Et kriterium for at arbeidsgiverne i denne undersøkelsen skal innkalle unge med psykiske helseproblemer til intervju, er at de har riktige kvalifikasjoner.

Om man har lyst til å jobbe til tross for helseutfordringer, er det ikke dermed sagt at man får en jobb som man ønsker seg. Forskningsprosjektet Arbeidsinkludering – med arbeidsgiverne med på laget (2016–2019) søkte å finne svar på hva som motiverer arbeidsgivere til å ansette personer med fravær fra arbeidslivet (Mandal, Midtgård & Mordal, 2019). En av konklusjonene var at private bedrifter oftere ansetter personer med nedsatt funksjonsevne enn offentlige virksomheter. En mulig forklaring kan være at offentlig sektor har høye kompetansekrav. I prosjektet til Sintef hadde offentlige virksomheter mest behov for folk med høyere utdanning, mens private bedrifter trengte folk med fagbrev. 19 prosent av de private bedriftene svarte at de tok imot ufaglærte personer og lærte dem opp selv (s. 11).

I Kompetanse Norges Virksomhetsbarometer våren 2019 svarte 15 prosent av virksomhetene at de hadde ansatt noen med langvarig fravær fra arbeidslivet¹ i løpet av de siste tolv månedene (figur 17) (Berg, Bjønnes & Tkachenko, 2020). 20 prosent av de offentlige virksomhetene og 15 prosent av private bedrifter hadde ansatt noen med langvarig fravær fra arbeidslivet.

FIGUR 17 Andel av virksomhetene som har ansatt personer med langvarig fravær fra arbeidslivet, etter utdanningsnivået i virksomheten. Prosent. n=2503



Kilde: Kompetanse Norge. Virksomhetsbarometer 2019.

¹ Det var ingen konkretisering i spørreskjemaet om årsaken til det lange fraværet. Vi vet derfor ikke sikkert om alt fraværet har helsemessige årsaker.

GRÅSONE MELLOM HELSE- OG KOMPETANSEUTFORDRINGER

I tråd med arbeidslinja er det ønskelig at alle som har mulighet til å være yrkesaktive, på en eller annen måte har en tilknytning til arbeidslivet. Sysselsettingen i Norge har falt siden 2000, men sammenlignet med andre land er sysselsettingen av personer med dårlig helse god i Norge (Barth, 2019). Barth konkluderer med at nedgangen i sysselsettingen mest sannsynlig skyldes konjunktursvingninger i det norske markedet (s. 50). Nedgangen i sysselsetting har skjedd blant personer med god helse, og ikke blant utsatte grupper (s. 38).

Like fullt antyder andre data at søknader om uføretrygd i enkelte tilfeller egentlig kan være et kompetanseproblem. Livsoppholdsutvalgets beregninger av statistikk fra SSB viser at andelen sysselsatte i majoritetsbefolkningen² med kun grunnskoleutdanning har gått ned fra 2001 til 2016, og at sysselsettingen synker jo yngre kohorten er (NOU 2018: 13, 2018, s. 45). I den samme tidsperioden har andelen uføretrygdede i majoritetsbefolkningen med kun grunnskoleutdanning økt i alle kohorter (s. 47). Vi har tidligere sett at forskere ved Frisch-senteret konkluderer med at det er en gråsoner mellom uføretrygd og arbeidsledighet (Bratsberg, Fevang, & Røed, 2010). Fevang et al. 2020 finner at det er flere som kunne ha vært i arbeid enn det som blir fanget opp av ledighetsstatistikken, og at lokal etterspørsel etter arbeidskraft har betydning for sysselsettingen til alle ikke-sysselsatte unntatt de som mottar varig uføretrygd (s. 2). En gjennomgang av registerdata fra SSB om permitteringsforløp i 145 000 virksomheter viser at 8 prosent av de ansatte (flere enn 61 000 personer) som ble permittert mellom 2004 og 2014, hadde en «annen overgang», det vil si verken tilbake til den opprinnelige jobben, en ny jobb eller ordinær ledighet, men til arbeidsavklaringspenger, uførhet, alderspensjon og AFP, utdanning eller ut av arbeidsmarkedet (Falch, Røed & Zhang, 2018, s. 16).

Det er en økende tendens til at unge ikke-sysselsatte mottar helserelaterte ytelser. Tveråmo et al. forklarer dette med det de kaller «medikalisering av lav ertvisevne»: Individuer som ikke passer helt inn i det ordinære systemet med utdanning og jobb, ender opp på et legekontor, og får en diagnose som fører til en helserelatert ytelse (Tveråmo, Johnsen & Meland, 2019; NOU 2019, 7, 2019). Ifølge OECD er det nettopp dette som skjer med mange unge som verken er i jobb eller utdanning (OECD, 2018). En studie om arbeidsinkludering av unge konkluderer med at suksessfaktorene er tett oppfølging fra Nav, arbeidsinkludering i det ordinære arbeidslivet, og ikke i skjermede tiltak, og veilederkompetanse både blant Nav-ansatte og de som skal følge opp de unge på arbeidsplassene (Kvam & Jakobsen 2018).

² Majoritetsbefolkningen blir definert som «alle som ikke har innvandret og de som har innvandret før de var 12 år» (NOU 2018: 13, s. 45).

4

Kompetanse som virkemiddel

Befolkningens kompetanse er samfunnets viktigste ressurs, og er grunnlag for velferd, vekst, verdiskaping og bærekraft. En kompetent arbeidsstyrke er avgjørende for norsk økonomi. Befolkningens kompetanse og arbeidsinnsats utgjør 75 prosent av Norges nasjonalformuen (Finansdepartementet 2017). Det betyr at investeringer i innbyggernes kompetanse og økning i sysselsettingsandelen kan gi mer avkastning og velferd enn andre typer investeringer.

Kompetansepolitikken har stått sentralt på den politiske agendaen i de siste årene. I februar 2017 ble Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017–2021 (NKPS) signert av regjeringen, partene i arbeidslivet, Voksenopplæringsforbundet og Sametinget. Målet med NKPS er å bidra til at enkeltmennesker og virksomheter har kompetanse som gir Norge et konkurransedyktig næringsliv, en effektiv og god offentlig sektor, og gjør at færrest mulig står utenfor arbeidslivet (Kompetanse Norge, 2017). I april 2020 la regjeringen fram Stortingsmelding 14, som danner grunnlag for Kompetansereformen Lære hele livet. Kompetansereformen bygger på det samarbeidet mellom regjeringen og partene i arbeidslivet som ble startet da NKPS ble undertegnet. Kompetansereformen har to mål. Det første målet er at ingen skal gå ut på dato på grunn av manglende kompetanse, og det andre er å tette kompetansesgapet mellom det arbeidslivet trenger av kompetanse, og den kompetansen arbeidstakerne faktisk har (Kunnskapsdepartementet, 2020a).

Den siste utviklingen i politikkutformingen rettet mot frafall fra arbeidslivet tyder på at kompetansepolitisk virkemiddel har fått en mer aktiv rolle enn tidligere. Flere offentlige utvalg som har utredet tiltak i både sysselsettings- og kompetansepolitikken, tar til orde for å øke bruken av kompetansetiltak for



personer som mottar helserelaterte ytelser fra Nav. Tiltak rettet mot den delen av befolkningen som faller ut av arbeidslivet på grunn av helse, har tradisjonelt vært utviklet av aktører innen arbeids- og sosialsektoren og helsesektoren. Disse politikkområdene har hatt et tettere samarbeid om arbeid og helse de siste årene (Nav & Helsedirektoratet, 2016).

IA-avtalen har tradisjonelt vært et virkemiddel for økt inkludering ved hjelp av ulike arbeidsmiljø- og helsetiltak. Avtalen for perioden 2014–2018 hadde 3 delmål rettet mot arbeidsmiljø, sykefravær og økt pensjonsalder (Regjeringen, 2017). Avtalen som ble undertegnet av regjeringen og partene i arbeidslivet for perioden 2019–2022, har kompetanse som et nytt tiltak for å kunne redusere frafall fra arbeidslivet på grunn av helse (Regjeringen, 2018). Forslaget til IA er å prøve ut utvidet bruk av kompetansetiltak for langtidssykmeldte arbeidstakere. Målgruppa er begrenset til personer som på grunn av skade eller sykdom ikke er i stand til å komme tilbake til arbeidsgiveren sin. Videre blir denne målgruppa definert som personer med behov for kompetansetiltak, slik at de kan kvalifisere seg til en annen type jobb. Hovedmålet med dette forsøket er å skaffe kunnskap om hvorvidt kompetansetiltak er egnet for å hjelpe personer med helseutfordringer å styrke sin arbeidstilknytning.

Det offentlige ekspertutvalget for etter- og videreutdanning (EVU-utvalget), som ble satt ned av Kunnskapsdepartementet, har pekt på flere muligheter for kompetansebygging for personer med helseutfordringer (NOU 2019: 12, 2019). Utvalgets mandat var hovedsakelig rettet mot arbeidstakere, men utvalget foreslår også tiltak rettet mot personer som mottar dagpenger og sykepenger. EVU-utvalget mener at utdanningstiltak kan brukes for å få flere av de arbeidsledige, men også arbeidstakere som er sykmeldte, ut i jobb igjen. Utvalget tar til orde for at personer som blir langtidssykmeldte, skal kunne ta inntil 15 studiepoeng mens de mottar sykepenger (NOU 2019: 12, 2019 s. 216).

Kompetansebehovsutvalget (KBU) viser til viktigheten av oppdatering og videreutvikling av kompetanse for personer som har falt ut av arbeidslivet (NOU 2020: 2, 2020). KBU nevner frafall fra arbeidslivet som en av utfordringene for kompetansepoltikken (NOU 2019: 2, 2019). Frafall fra arbeidslivet handler i stor grad om helse og kompetanse i tillegg til sosiale og økonomiske forhold. Kunnskap om kompetansebehov, det regionale arbeidsmarkedet og om hvordan personer med helseutfordringer i større grad kan nærme seg arbeidslivet, er viktige i inkluderingsarbeidet. Samarbeid mellom de ulike aktørene om karriereveiledning, norskopplæring, grunnleggende ferdigheter, digital kompetanse og realkompetansevurdering kan i større grad bidra til å bringe personer utenfor arbeidslivet inn igjen.

Samordning og koordinering mellom aktører er like viktig for
et system for å lære hele livet, som for kompetansepoltikken
som sådan. Det er særlig viktig å se virkemidler fra de
ulike departementene i sammenheng

(NOU 2019: 12, 2019, s. 122).

4.1 Virkemidler i kompetansepoltikken

Myndighetene har ulike virkemidler til å utøve sin inkluderingspoltikk, som har som hovedmål å få flere inn i arbeidslivet. Virkemidlene som blir brukt, kan være juridiske i form av lover og forskrifter eller økonomiske i form av ulike ytelser og ordninger som skal sikre livsopphold og samtidig stimulere til økt sysselsetting. Mye av poltikken i Norge er basert på arbeidslinja, der aktive tiltak som arbeidsmarkedstiltak brukes til å kompensere for mangel på kompetanse til å stå i jobb (Nordisk Ministerråd, 2002).

Kompetansepoltiske tiltak, som utdanning, er i mindre grad brukt som et virkemiddel i arbeidet med helserelatert frafall fra arbeidslivet. Ordninger fra Lånekassen til voksne som tar utdanning på ulike nivåer,

har blitt utvidet i det siste med sikte på å gi flere mulighet til å utvikle sin kompetanse. Diskusjoner om økt bruk av utdanning som tiltak til å hjelpe flere i arbeid er blitt aktualisert i den siste tida, samtidig som det er lite systematisk kunnskap om effekter av kompetansetiltak på sysselsettingen (Meneses-Echavez, et al., 2020). Blant tiltakene i Kompetansereformen finner vi digital karriereveiledning, bransjeprogrammer, Kompetansepluss, modulstrukturert opplæring og ordninger fra Lånekassen tilpasset voksne. Resten av kapitlet presenterer et utvalg av kompetansepoltiske virkemidler som har en sammenheng med helse og sysselsetting.

KARRIEREVEILEDNING

Økte krav til arbeidstakere som følge av ny teknologi, digitalisering, globalisering og andre endringer i verdensøkonomien gir nye utfordringer, men også nye muligheter. Vi vil skifte jobb oftere, og endre karrierevei i løpet av yrkeskarrieren. De fleste av oss vil ha behov for påfyll av kompetanse oftere for å kunne være lenge i arbeidslivet. Det vil også bli flere overganger mellom det å være under opplæring, arbeidssøker og i arbeid. Et resultat av dette er at personer med lav produktivitet og omstillingsevne vil ha økt risiko for ledighet og utstøting fra arbeidslivet (NOU 2016: 7, 2026, s. 177).

I dette komplekse landskapet med økte krav må den enkelte være forberedt på å håndtere overganger og utfordringer i løpet av karrieren og i ulike livsfaser. Det er viktig både for enkeltpersoner og for samfunnet som helhet at befolkningen har forutsetninger til å ta reflekterte valg om utdanning og arbeid, og til å manøvrere seg gjennom kompleksiteten (Kompetanse Norge, 2019a, ss. 41-42). Et virkemiddel som kan bidra til dette, er *karriereveiledning*. Målet med karriereveiledning er at mennesker blir bedre i stand til å håndtere overganger, og til å ta meningsfulle valg knyttet til utdanning, læring og arbeid gjennom livet. Karriereveiledning gir mulighet til å utforske den enkeltes situasjon, ønsker og muligheter, og kan gi støtte når man står overfor valgsituasjoner.

Karriereveiledning skal også bidra til at man utvikler karrierekompetanse (Kompetanse Norge, 2019a, s. 37). Karrierekompetanse gjør mennesker i stand til å håndtere ulike forandringer i livet. Det å tilegne seg karrierekompetanse kan være spesielt viktig for personer med helseutfordringer som gir begrensninger innen karriere, eller personer som må ha endring i karrieren for å ivareta egen helse. Dette kan for eksempel være personer som er i fare for å bli utbrente i jobben sin, og som må skifte jobb eller yrke for å ikke bli syk. Karrierekompetanse kan bidra til at personer håndterer utfordringer knyttet til det å møte begrensninger i arbeidslivet på en bedre måte og evner å ta gode valg og egen karriere. På denne måten kan karriereveiledning bidra til at færre personer forblir eller faller utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer.



Karriereveiledning

Fylkeskommunene har offentlige karrieresentre som tilbyr gratis karriereveiledning til sine innbyggere. De offentlige karrieresentrene jobber også med kompetanseheving av rådgivere og veiledere i skolesystemet og Nav (Kompetanse Norge, 2020a).

Kompetanse Norge har et nasjonalt systemansvar for de offentlige karriereveiledningstjenestene. Målet er å øke tilgangen til karriereveiledning, styrke kvaliteten og bidra til et likeverdig tilbud for unge og voksne i alle livsfaser.

Karriereveiledning kan foregå individuelt og i gruppe, både fysisk og digitalt, og innenfor rammene av ulike sektorer og organisasjoner.

Over 19 500 personer gjennomførte individuell karriereveiledning på et offentlig karrieresenter i 2018. Det ble også gjennomført 930 gruppeveiledninger (Bettum, 2019). Flertallet av de som deltar i karriereveiledning på offentlige karrieresentre, er fornøyd med tilbudet. Mange oppgir at karriereveiledningen ga dem motivasjon til å gå i gang med jobbsøking eller utdanning, at det gjorde det tydeligere hvilke karrieremuligheter de har, og at det ga dem mer bevissthet over deres egen kompetanse og ressurser (Bettum et al., 2019).

Karriereveiledningsutvalget påpekte i 2016 at et inkluderende arbeidsliv for lange yrkesliv fordrer økt bruk av karriereveiledning, og at karriereveiledning i tilknytning til Nav er et særlig relevant virkemiddel for blant annet personer med nedsatt arbeidsevne på grunn av helseutfordringer (NOU 2016: 7, 2016, s. 177). Nav og offentlige karrieresentre har et samarbeid i mange fylker, men det er store forskjeller på hvordan de samarbeider, både når det gjelder finansiering og organisering, men også målgrupper (Proba Samfunnsanalyse, 2014).

Karriereveiledning i sykemeldingsperioden var prøvd ut i et utvalg av Nav-kontor som samarbeidet med de offentlige karrieresentrene (Kjærgård et al., 2019). Forskernes anbefaling var å starte karriereveiledning tidlig i sykemeldingsperioden og gjennomføre i en prosess over tid. Forskerne foreslo at karriereveiledning kan være et hjelpemiddel til å tilrettelegge arbeidsplassen slik at den sykemeldte kan komme tilbake raskere, eller at tjenestene kan brukes til å finne en ny jobb eller karriereretning for personer som innser at de ikke kan fungere i den nåværende jobben, eller som en god overgang til andre tiltak for å kunne komme raskere tilbake i arbeidslivet. Nav-kontoret som var med i utprøvingen har hatt god nytte av prosjektet, og anbefalte at sykemeldte blir tilbudt profesjonell og systematisk karriereveiledning på et karrieresenter (Kjærgård et al., 2019, s. 57).

OPPLÆRING I NORSK OG SAMFUNNSKUNNSKAP FOR VOKSNE INNVANDRERE

Som nevnt i kapittel 2 er sysselsetting blant innvandrere samlet sett lavere enn i den øvrige befolkningen (Olsen, 2020). Opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere er et tiltak som kan øke sysselsetting, og hindre at man faller ut eller forblir utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer.

På mange arbeidsplasser i Norge er norsk felles arbeidsspråk, og flere arbeidsgivere stiller derfor krav til norskferdigheter når de ansetter personer med innvandrerbakgrunn. Arbeidstakerne må ha gode nok norskferdigheter til å kunne forstå og utføre arbeidsoppgavene sine, og til å kunne kommunisere med kollegaer, kunder og samarbeidspartnere (Birkeland, Tkachenko, & Ulven H. 2019). Gode norskferdigheter er også nødvendig for å ta høyere utdanning i Norge (Samordna Opptak, 2020), noe vi har sett har en sammenheng med helse. Det er mange forskningsstudier som finner at lav utdanning og svake norskferdigheter er viktige forklaringer for lav sysselsetting blant innvandrerbefolkningen (Proba samfunnsanalyse, 2020, s. 26). Opplæring i norsk er derfor et viktig tiltak for at innvandrere skal komme inn i arbeidslivet.

For at personer ikke skal falle ut av arbeidslivet på grunn av helseutfordringer, er det nødvendig at man får hjelp og informasjon ved sykdom eller funksjonsnedsettelse. Gode norskferdigheter gjør det lettere å kommunisere med helsevesenet, og å oppfatte råd og informasjon fra helsemyndigheter. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at svake norskferdigheter kan være en barriere mot tilgang til helsetjenester, noe som kan gi svekket helse over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 54). Studier av minoritetsspråklige som mottar helsetjenester, viser at språk- og kommunikasjonsproblemer skaper barrierer i selve behandlingen og i informasjonsformidlingen om sykdommen eller funksjonsnedsettelsen (Helsedirektoratet, 2009, ss. 36-37).

For å forebygge barrierer mot tilgang til helsetjenester er det også nødvendig at personer som innvandrer til Norge, får kunnskap om det norske helsevesenet og helsetjenester. Ett av emnene i opplæringen i samfunnskunnskap for voksne innvandrere er helse (Vox, 2012). Målene for opplæringen i emnet helse er at deltakeren skal

- få kjennskap til hvordan det norske helsevesenet fungerer
- få kunnskap om hvordan en får tilgang til ulike helsetjenester
- kunne samtale om ulike syn på fysisk og psykisk helse, og om hvordan en selv kan forebygge sosiale og helsemessige problemer



Opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere

Hvem deltar i opplæring?

Personer mellom 16 og 67 år som har kommet til Norge som flyktning, og deres familiemedlemmer, har rett og plikt til å gjennomføre opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Å ha rett til opplæring betyr at man har rett til gratis opplæring. Arbeidsinnvandrere mellom 16 og 67 år fra land utenfor EØS og deres familiemedlemmer har plikt til å gjennomføre opplæring, men må betale for det selv. Andre innvandrere som verken har rett eller plikt, kan betale for opplæring hvis de ønsker.

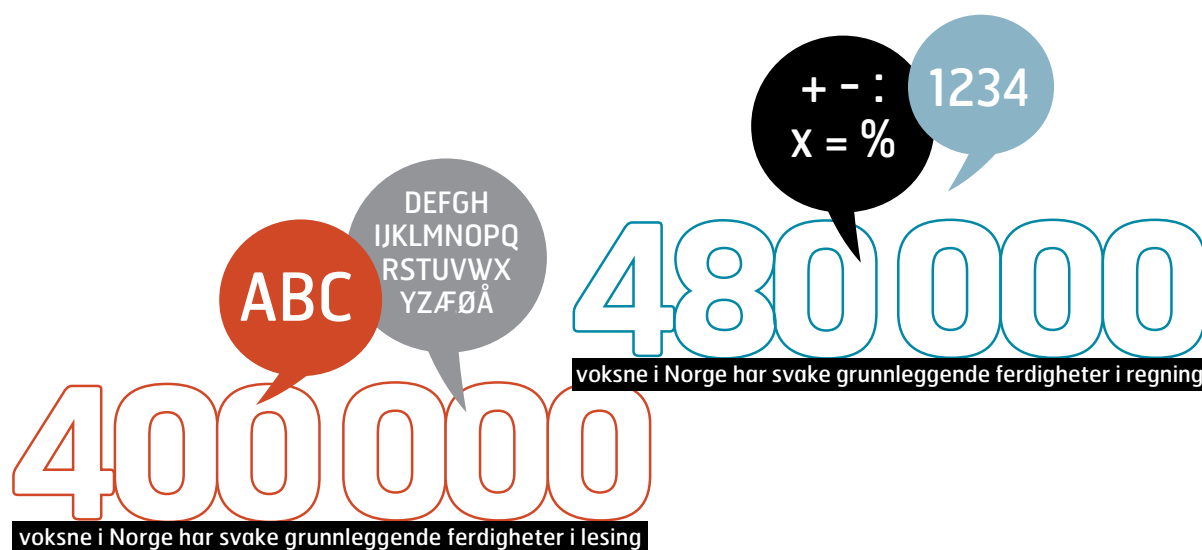
Hvem tilbyr opplæring?

Kommunen skal gi tilbud om opplæring i norsk og samfunnskunnskap for deres innbyggere. Det finnes også private tilbydere av opplæring i norsk og samfunnskunnskap som er godkjente av Kompetanse Norge (se oversikt på Kompetanse Norges nettsider).

Virksomheter og frivilligheten kan søke tilskudd via Kompetansepluss for å tilby norskopplæring.

Hvilket regelverk gjelder?

Opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere er regulert av introduksjonsloven med tilhørende forskrifter. Norskopplæring via Kompetansepluss er ikke omfattet av dette regelverket.



KOMPETANSEPLUSS

Kompetansepluss er en statlig tilskuddsordning for å gi den voksne befolkningen opplæring i grunnleggende ferdigheter. Virksomheter og frivillige organisasjoner kan søke om penger gjennom ordningen for å gi voksne opplæring i de grunnleggende ferdighetene lesing, skriving, regning, muntlig, norsk eller samisk, og digitale ferdigheter. Det gjennomføres også en utprøving av Kompetansepluss fagopplæring, hvor ansatte i virksomheter får opplæring som er spesifikt rettet mot å oppnå fagbrev gjennom praksiskandidatordningen.

Vi har sett i tidligere kapitler at grunnleggende ferdigheter har en sammenheng med helse og tilknytning til arbeidslivet. 400 000 voksne i Norge har svake grunnleggende ferdigheter i lesing og 480 000 voksne i Norge har svake grunnleggende ferdigheter i regning (tallforståelse) (Kompetanse Norge, 2020b). Om lag 18 prosent av voksne har svake grunnleggende digitale ferdigheter eller ikke bruker digitale verktøy og internett i det hele tatt (Kompetanse Norge, 2019b). Dette tyder på at det er et stort antall voksne som har

behov for å styrke sine grunnleggende ferdigheter for å komme inn i arbeidslivet eller for å forhindre at de faller ut av arbeidslivet.

Som vi har sett i kapittel 2, har personer med svake grunnleggende ferdigheter større sannsynlighet for å ha dårlig helse. En av årsakene til dette er at personer med svake grunnleggende ferdigheter kan ha utfordringer med å tilegne seg helsekompetanse, noe som innebærer å forstå helseinformasjon og omdanne det til gode valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, ss. 8-9). Man trenger grunnleggende leseferdigheter og norskferdigheter for å kunne lese og oppfatte informasjon fra norske helsemyndigheter, og man trenger i større grad enn tidligere digitale ferdigheter for å finne fram til informasjon og kommunisere med helsetjenester på Internett. Grunnleggende leseferdigheter innebærer også å kunne vurdere kilders troverdighet (Kompetanse Norge, 2018). Dette kan være viktig for å forebygge eller bedre helse siden det finnes mange kilder til helseinformasjon, også kilder som motstrider helsemyndighetenes råd, og er helseskadelige.

VOKSENOPPLÆRING

Mange voksne har behov for grunnskoleopplæring. De fleste i denne målgruppen er personer som har innvandret til Norge og som har en annen skolebakgrunn, som har fått avbrutt skolegang på grunn av flukt, eller som ikke har skolegang fra før. I målgruppen er det også voksne som trenger ny opplæring på grunn av sykdom eller skade, og voksne som trenger bedre grunnleggende ferdigheter for å kunne utdanne seg eller få jobb (Utdanningsdirektoratet, 2016a). Mange har også behov for videregående opplæring i voksen alder for å få studie- eller yrkeskompetanse.

Som vi har sett i tidligere kapitler, har utdanning en sammenheng med helse og sysselsetting. Personer med lav utdanning har større sannsynlighet for å ha ustabil tilknytning til arbeidslivet og dårligere helse enn personer med høy utdanning. Fagrådet for sosial ulikhet i helse har et mål om at flest mulig gjennomfører videregående opplæring fordi de ser at dette kan virke positivt inn på levekår, og forebygge helseproblemer senere i livet. Ett av tiltakene de anbefaler for å nå dette målet, er å bedre mulighetene for voksenopplæring for folk med begrenset grunnutdanning (Helsedirektoratet, 2018b, ss. 10-11). Regjeringens strategi for god psykisk helse har også et mål om å øke andelen som fullfører videregående opplæring fordi personer uten videregående opplæring har økt risiko for fysiske og psykiske helseplager (Departementene, 2017).

En svakhet med dagens voksenopplæring er at tilbudet ikke er godt nok tilpasset målgruppen. Over 90 prosent av voksne i grunnskoleopplæring, og omtrent en tredjedel av voksne i videregående opplæring, har innvandrerbakgrunn (Kompetanse Norges statistikkbank). Samtidig er det mange av lærerne som mangler utdanning innen pedagogikk for voksne og personer med innvandrerbakgrunn. En viktig årsak til frafall i voksenopplæringen er at tilbudet ikke møter behovene til personer med mangelfulle faglige og språklige forutsetninger. Tap av lønn og arbeidsforpliktelser er også en viktig årsak til frafall (Dæhlen, Danielsen, Strandbu & Seppel, 2013).

Kompetansepluss arbeid

- Formålet med Kompetansepluss arbeid er å bidra til at voksne får nødvendig kompetanse til å mestre krav og omstillinger i arbeidslivet
- Målgruppen er primært voksne med lav formell utdanning som er i arbeid
- Virksomheter (opplæringsmottaker) og opplærings-tilbydere kan søke om penger fra Kompetanse Norge til kurs i grunnleggende ferdigheter

Kompetansepluss frivillighet

- Formålet med Kompetansepluss frivillighet er at flere kan ta del i opplæring og utdanning, og få styrket sine muligheter til å delta i arbeids- og samfunnsliv
- Målgruppen er primært voksne med lav formell utdanning
- Frivillige organisasjoner som er registrert i Frivillighetsregisteret, kan søke penger fra Kompetanse Norge til kurs i grunnleggende ferdigheter

Se mer informasjon om Kompetansepluss på

www.kompetansenorge.no

Et tiltak for å gi flere voksne nødvendig opplæring for at de skal få en mer stabil tilknytning til arbeidslivet, er under utprøving i et utvalg kommuner og fylker. Det pågår forsøk med modulstrukturert opplæring for voksne på nivået under videregående opplæring (forsøk med forberedende voksenopplæring (FVO)), i fag- og yrkesopplæring i utvalgte lærefag, samt et kombinasjonsforsøk der man kombinerer opplæring på begge nivåer. Tiltaket innebærer å endre på struktur og innhold i opplæring for voksne. Det har blitt utviklet modulstrukturerte læreplaner tilpasset voksne, herunder en egen læreplan i faget norsk for språklige minoriteter. Majoriteten av deltakerne jobber med fag og språk samtidig, og læreplanene ivaretar dette perspektivet. Målet med forsøket er å prøve ut en opplæring som er mer relevant og bedre tilpasset målgruppen, både når det gjelder innhold og fleksibilitet. Ambisjonen er at den voksne skal få kvalifiserende opplæring som er tilpasset den enkeltes forutsetninger, behov og livssituasjon. Forsøket varer ut skoleåret 2022–2023, og Ideas2Evidence gjennomfører følgeforskning på alle tre delforsøkene i oppdrag fra Kunnskapsdepartementet³.



Grunnskole og videregående opplæring for voksne

Kilde: (Utdanningsdirektoratet, 2016a) (Utdanningsdirektoratet, 2016b)

Hvem har rett til grunnskole for voksne?

For å ha rett til grunnskoleopplæring som voksen må du

- være over opplæringspliktig alder
- ha behov for grunnskoleopplæring
- ha lovlig opphold i Norge

Retten til grunnskoleopplæring som voksen gjelder også for de som tidligere har fullført grunnskolen, men som likevel har behov for mer grunnskoleopplæring. Kommunen kan velge å tilby grunnskoleopplæring til voksne som venter på vedtak om oppholdstillatelse.

Hvem har rett til videregående opplæring for voksne?

For å ha rett til videregående opplæring som voksen må du

- være 25 år eller eldre
- ha fullført grunnskolen, men ikke videregående opplæring
- ha lovlig opphold i Norge

Voksne uten rett til videregående opplæring og voksne innvandre som venter på vedtak om oppholdstillatelse, kan også søke om skoleplass. Fylkeskommunen avgjør om de vil bli tilbudt skoleplass.

Hvem har ansvaret for opplæringen?

Kommunen har ansvaret for grunnskole for voksne, mens fylkeskommunen har ansvaret for videregående opplæring for voksne.

Hvilket regelverk gjelder?

Voksnes rett til grunnskole og videregående opplæring er regulert i opplæringsloven kapittel 4A, og presisert i rundskriv Udir-2-2008 og Udir-3-2012.

³ Les mer om forsøkene på kompetansenorge.no

REALKOMPETANSEVURDERING

Formell kompetanse blir høyt verdsatt av arbeidsgivere. Å ikke ha dokumentert kompetanse kan være et hinder for å delta i jobb eller utdanning. Helseutfordringer kan være en medvirkende årsak til frafall fra utdanning og vansker med å få en varig tilknytning til arbeidslivet. Personer som ikke har hatt mulighet til å fullføre skole- og utdanningsløp, kan likevel ha kompetanse man kan bygge videre på, og som kan være verdifull for både arbeids- og samfunnsliv.

Definisjonen av realkompetanse bygger på anerkjennelsen og forståelsen av at læring skjer på ulike arenaer og i mange sammenhenger. Det betyr at det er mulig å oppnå kompetanse som er likeverdig, og på nivå med, den kompetansen man får innenfor det formelle utdanningssystemet (Kompetanse Norge, 2020c).

Realkompetansevurdering er en måte å vurdere den enkeltes kompetanse opp mot fastsatte kriterier. Ordningen kan gi avkortet opplæring, opptak til studier, fritak fra deler av studium, ny jobb eller høyere lønn. Personer som skal delta i grunnskole eller videregående opplæring for voksne, skal tilbys realkompetansevurdering før inntak slik at opplæringen tilpasses den enkeltes kompetanse og behov (Udir, 2016a, Udir, 2016b). I høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoler) kan realkompetanse gi grunnlag for inntak til studier eller fritak fra deler av studier.

Dokumentasjon og vurdering av realkompetanse kan bidra til mer effektiv utnyttelse av kompetanse i hele befolkningen, også blant personer med helseutfordringer som har arbeidsevne. Det kan bidra til at personer som ikke har hatt forutsetninger til å gjennomføre utdanning på grunn av helseutfordringer, får inngang til utdanning eller arbeidsliv.

Det norske systemet for realkompetansevurdering i formell utdanning er anerkjent på politisk nivå og i lovgivningen⁴, men det gjenstår noen utfordringer. En av utfordringene er at realkompetansevurdering ikke er godt nok kjent hos alle relevante parter, som i grunnskolen, Nav og arbeidslivet (Olsen et al., 2018). Kun en tredjedel av virksomheter som kartlegger de ansattes kompetanse, kjenner godt til realkompetansevurdering. Virksomheter som kartlegger de ansattes kompetanse, og som kjenner godt til realkompetansevurdering, er for det meste store, offentlige virksomheter med ansatte som er høyt utdannet (Berg et al., 2020, ss. 17-19). En annen utfordring er at ordningen med å vurdere realkompetanse, spesielt ved inntak og fritak til høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning, innebærer en tidkrevende og omfattende dokumentasjonsprosess, både for utdanningsinstitusjonene og for søkerne. I tillegg kan krevende IKT-systemer føre til upålitelig statistikk (Alfsen & Christensen, 2019).

Til tross for dagens utfordringer kan realkompetansevurdering bidra til at flere i befolkningen skal kunne delta i utdanning og arbeidsliv, også de som mangler formell utdanning på grunn av helseutfordringer. Det er derfor viktig at arbeidet med å informere om og forbedre ordningen fortsetter.

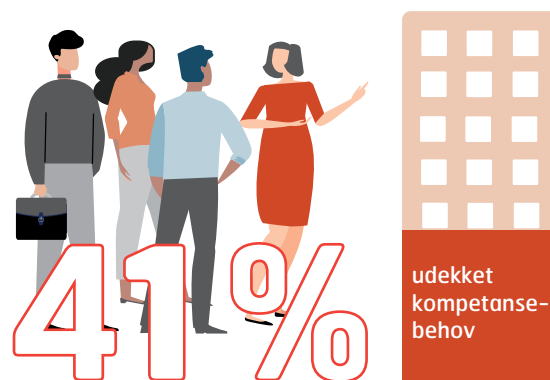
BRANSJEPROGRAM FOR KOMPETANSEUTVIKLING

Deltakelse i arbeidslivet kan være helsefremmende i seg selv. De som er i arbeid, har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Det å delta i arbeidslivet er viktig for mestring, deltagelse, aktivitet, inkludering, integrering, tilhørighet og økonomisk trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 58). Mye av arbeidslivet er imidlertid mer preget av omstillinger og høyere endringstakt enn tidligere, blant annet som følge av digitalisering og teknologisk utvikling. Som arbeidstaker kan man oppleve at kompetansen man sitter på, er blitt utdatert, eller at man ofte må lære seg noe nytt for å gjennomføre arbeidsoppgavene. Å sikre at arbeidstakere har gode muligheter til kompetanseutvikling slik at de ikke faller ut av arbeidslivet, kan derfor være et virkemiddel for å forebygge helseutfordringer.

⁴ Rett til realkompetansevurdering er regulert i opplæringsloven, fagskoleloven og universitets- og høyskoleloven.

Treparts bransjeprogram for kompetanseutvikling er en tilskuddsordning for å utvikle og prøve ut opplæringstilbud til ansatte i bransjer der det i dag ikke finnes tilbud som er tilpasset bedriftenes behov. Målet er å bidra til kompetanseutvikling i tråd med bransjenes behov, slik at ansatte kan takle omstillinger og stå lenger i jobb, samtidig som virksomhetene blir mer konkurransedyktige (Kompetanse Norge, 2020d); (Kompetanse Norge, 2020e). Bransjeprogram for kompetanseutvikling er en del av regjeringens kompetansereform Lære hele livet, og bransjeprogrammene blir utviklet i samarbeid med partene i arbeidslivet. Ordningen er et spleiselag der staten betaler for utvikling og drift av opplæringstilbudene, virksomheter investerer egne ressurser, og den enkelte ansatte investerer noe av sin fritid (NOU 2019: 12, 2019, ss. 52-53).

Bakgrunnen for satsingen er de store og raske endringene i arbeidslivet, blant annet teknologisk utvikling, som fører til nye og endrede kompetansebehov. I Kompetanse Norges Virksomhetsbarometer fra 2019 oppga 41 prosent av norske virksomheter at de hadde et udekket kompetansebehov (Berg, Bjønnes, & Tkachenko, 2020, ss. 12-13). Kompetanseutvikling av ansatte kan hjelpe virksomhetene med å levere bedre tjenester og bli mer konkurransedyktige, men det kan også hjelpe den enkelte arbeidstakeren med å få en sterkere tilknytning til arbeidslivet.



I 2018/19 ble det opprettet to bransjeprogram for kompetanseutvikling: bransjeprogram for kommunal helse- og omsorgssektor og bransjeprogram for industri- og byggenæringen (Kompetanse Norge, 2020d) (Kompetanse Norge, 2020e). Det er i 2020 også bevilget penger til å opprette seks nye bransjeprogram for følgende bransjer: reiselivsnæringen, varehandelen, frisørbransjen, mat- og drikkevarerindustrien, anleggsbransjen samt elektro/automasjon- og fornybar/kraftnæringen (Kunnskapsdepartementet, 2020b).

Samtidig er det opprettet bransjeprogrammer under IA-avtalen, der målet er å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2019). På samme måte som bransjeprogram for kompetanseutvikling er opprettet for å imøtekomme omstillinger i arbeidslivet, prioriterer IA-bransjeprogrammene bransjer som er særlig utsatte for omstilling. Årsaken er at omstillinger og høy endringstakt i arbeidslivet har sammenheng med de ansattes helse, sykefravær og frafall fra arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2019, s. 8; 11). Her kan det også være en årsakssammenheng ved at nye kompetansekrav fra omstillinger kan føre til helseutfordringer, i hvert fall når det ikke finnes gode muligheter for å imøtekomme kravene.

I arbeidet med å forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet kan en del av løsningen være kompetanseutvikling. Et eksempel er Maritippen barnehage i Kristiansand, som har lyktes med et stabilt, lavt sykefravær på to prosent over flere år. Som svar på årsaken til det lave sykefraværet trekker barnehagen selv fram hvordan de jobber aktivt med sosiale ferdigheter og kursing av ansatte for å få et godt arbeidsmiljø (Kvernes, 2017).

4.2 Behov for mer forskning på effekter av kompetansetiltak

Kompetansopolitikken har vært en viktig del av den politiske agendaen i Norge de siste tiårene. Virkemidler og tiltak for å styrke befolkningens kompetanse har fått mye oppmerksomhet i både politikken og i det offentlige ordskiftet. Bakgrunnen for denne utviklingen er en økende anerkjennelse av at for stor andel av elevene har svake grunnleggende ferdigheter, og ikke klarer å fullføre videregående skole. For mange i denne gruppa er utfordringene sammensatte, og dreier seg om både sosiale og helsemessige forhold. Personer med svak kompetanse, svake norsksferdigheter, lite arbeidserfaring og helseutfordringer har vesentlig større risiko for å ha en ustabil tilknytning til arbeidslivet (NOU 2020: 2, 2020).

En nylig gjennomført systematisk oversikt over effekter av utdanning på bedre arbeidsmarkedsmuligheter for voksne med svak tilknytning til arbeidslivet viser at det er ganske stor usikkerhet rundt hvorvidt utdanningstiltak for personer utenfor arbeidslivet øker sannsynlighet for å komme i jobb. Studien viser at enkelte utdanningsprogrammer kan øke sannsynligheten for at innvandrere og voksne som er sykmeldt, kan komme i arbeid. Folkehelseinstituttet som har gjennomført studien, påpeker at det er svært lav kvalitet på de gjennomførte RCT-studiene om effekter av kompetansehevede tiltak, og at det er et stort behov for forskning av god kvalitet (Meneses-Echavez, et al., 2020).

Det finnes mange kompetansepoltiske virkemidler, også flere enn de som er nevnt i denne rapporten, som har som formål å styrke personers tilgang til utdanning og arbeidsliv. For mange av virkemidlene mangler det sikker kunnskap om hvorvidt og hvor godt de bidrar til dette formålet. Kunnskap om virkemidlenes måloppnåelse er ikke bare viktig for å sikre at personer får den kompetanseutviklingen de trenger, men også for å finne ut om det mangler virkemidler for deler av befolkningen. Til tross for manglende forskning, vet vi at det er en sammenheng mellom kompetanse og helse, og at dette både påvirker og påvirkes av arbeidsdeltakelse. Kompetansepoltiske virkemidler er derfor viktige for å gi kompetanse som kan fremme helse, og gi personer med helseutfordringer bedre tilgang til kompetanseutvikling.

Kompetanse er ikke et virkemiddel som alene kan forhindre at enkelte faller ut av eller forblir utenfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringer. Sykdom og skader rammer mange personer uavhengig av deres kompetanse, og mange har kroniske eller langvarige helseutfordringer som ikke gjør dem i stand til å delta i kompetanseutvikling og arbeid. Alle sektorer bidrar på hver sin måte til å forhindre sosiale helseforskjeller og til at personer med helseutfordringer skal kunne leve gode liv. Sammenhengen mellom helse, kompetanse og arbeid, som vi har sett i denne rapporten poengterer hvor viktig det er med (mer) tverrsektorielt arbeid.

Figurliste

Figur 1	Årsakskjeden og områder der innsats kan redusere sosiale helseforskjeller, lengst til venstre de bakenforliggende årsakene.	13
Figur 2	Andel av befolkningen 16 år og eldre som vurderer sin helse som god eller svært god i 2019, fordelt på alder, utdanningsnivå og hovedaktivitet*. Prosent.	14
Figur 3	Andelen av befolkningen med og uten innvandrere 30–61 år med helserelaterte ytelser i 2018, etter utdanningsnivå og alder. Prosent.	15
Figur 4	Tilknytning til arbeid, utdanning og pensjon i befolkningen 15 år og over i 2018. Prosent.	16
Figur 5	Tilknytning til velferdsordninger* i befolkningen 15 år og over i 2018, fordelt på utdanningsnivå. Prosent.	16
Figur 6	Arbeidsledige i befolkningen over 15 år uten innvandrere* i 2012, fordelt på status de påfølgende årene og utdanningsnivå.	17
Figur 7	Andeler av befolkningen 15 år og eldre som mottar uføretrygd i 2018, etter fullført utdanningsnivå og alder. Prosent.	18
Figur 8	Arbeidsintensitet for uføretrygdde i 2018 etter uføregrad. Prosent.	18
Figur 9	Arbeidsintensitet for uføretrygdde i 2018, fordelt på utdanningsnivå. Prosent.	19
Figur 10	Personer i aldersgruppa 15–29 år utenfor arbeid og utdanning i 2012, etter arbeidsstyrkestatus 2008–2017. Prosent.	20
Figur 11	Andel med god egenvurdert helse etter utdanningsnivå og kjønn, innvandrere og befolkningen for øvrig. Prosent.	21
Figur 12	Ferdighet i lesing, fordelt på fullført utdanningsnivå og egenvurdert helsesituasjon. Poengskår i PIAAC-test.	23
Figur 13	Andeler som oppgir dårlig/nokså god helse, fordelt på lesenivå og land. Prosent.	23
Figur 14	Strategier blant virksomheter som har gjennomført eller har planer om omstilling. Prosent. n=1341.	28
Figur 15	Den viktigste ferdigheten for virksomheten. Prosent. n=2503.	29
Figur 16	Nye mottakere av uføretrygd i 2019, andel av aldersgrupper i de ulike næringene. Prosent. n=2 687 203.	30
Figur 17	Andel av virksomhetene som har ansatt personer med langvarig fravær fra arbeidslivet, etter utdanningsnivået i virksomheten. Prosent. n=2503.	31
Figur 16	Nye mottakere av uføretrygd i 2019, andel av aldersgrupper i de ulike næringene. Prosent. n=2 687 203.	30
Figur 17	Andel av virksomhetene som har ansatt personer med langvarig fravær fra arbeidslivet, etter utdanningsnivået i virksomheten. Prosent. n=2503.	32

Referanser

- Aagestad, C., Bjerkan, A. M., & Gravseth, H. M. (2017). *Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenlikning. Basert på data fra European Working Conditions Survey*. Hentet fra <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/288370>
- Agenda. (2018). *Den norske lederen*. Hentet fra <https://tankesmienagenda.no/uploads/documents/post/Webklar-Den-norske-lederen-korrekturlest-23.5.2018.compressed.pdf>
- Agenda. (2019). *Alltid foran. Hva kan Posten lære oss om framtidens arbeidsliv?* Hentet fra <https://tankesmienagenda.no/uploads/documents/post/Webversjon-20190524-Alltid-foran-rapport-Agenda-Postkom-compressed.pdf>
- Alfsen, C., & Christensen, H. (2019). *The implementation of validation arrangements in Norway*.
- Arbeidsdepartementet. (2013). *Flere i arbeid (Meld. St. 46 (2012–2013))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/?ch=1>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2019). *IA-avtalen 2019-2022 Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Et arbeidsliv med plass for alle*.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2019). *Bransjeprogrammer under IA-avtalen 2019-2022. Forslag fra partssammensatt arbeidsgruppe 1. mai 2019*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/21819f43d6b84966ab4a30416e*ce31e5/bransjeprogrammer-under-ia-avtalen-20192022.pdf
- Autor, D. H. (2015). Why Are There Still So Many Jobs? The History and Future of Workplace Automation. *Journal of Economic Perspectives*, 29, ss. 3–30. Hentet fra <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.29.3.3>
- Bakstad, G (2009). Strategi for omstilling i Posten. *Praktisk økonomi & finans*, 25(3). <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871>
- Barth, E. (2019). *Sammenheng mellom ferdigheter og arbeidsmarkedssituasjon for utsatte grupper* (ISF-rapport 2016:11). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/b9ac9f756f21467f8a3230e9a8cdafa4/no/sved/3_barth_sysselsettingsutviklingen.pdf
- Barth, E., Vaag Iversen, J. M., Schøne, P., von Simson, K., & Strøm, B. (2016). Sammenheng mellom ferdigheter og arbeidsmarkedssituasjon for utsatte grupper. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2442441>
- Berg, L. (2019). *Seniorane lærer gjerne heile livet. Stort potensial for etter- og vidareutdanning blant seniorane i det norske arbeidslivet*. Hentet fra https://www.kompetansenorge.no/contentassets/10ad6d8b0a5b4a5088cee24ac839583c/seniorane_larer_gjerne_heile_livet.pdf
- Berg, L., Bjønnes, A., & Tkachenko, O. (2020). *Virksomhetsbarometer 2019. Arbeidslivets kompetansebehov handler om mer enn fagkunnskap*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/contentassets/0b923de002d6442bb2cb5430fe5a808/virksomhetsbarometeret.pdf>
- Bettum, K, Lervik A, Midttun, K & Tkachenko, O. (2019). Utbytte av karriereveiledning – undersøkelse ved de offentlige karrieresentrene. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/rapport-utbytte-av-karriereveiledning--undersokelse-ved-de-offentlige-karrieresentrene/>
- Bettum, K. (2019). Offentlige karrieresentre – mer enn bare individuell veiledning. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/offentlige-karrieresentre--mer-enn-bare-individuell-veiledning/>
- Birkeland, P, Tkachenko, O., & Ulven H. , C. (2019). Krav til norskferdigheter ved ansettelser. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/krav-til-norskferdigheter-ved-ansettelser/>
- Bjørkeng, B., & Lagerstrøm, B. O. (2014). *Voksnes basisferdigheter - resultater fra PIAAC*. Hentet fra https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/195061?_ts=1483b732920
- Bratsberg, B., Fevang, E., & Røed, K. (2010). *Disability in the Welfare State: An Unemployment Problem in Disguise?* Bonn: IZA. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10419/36816>
- Bye, T., & Næsheim, H. (2016). Drivkrefter bak endringer i yrkesstrukturen. *Økonomiske analyser*, 4, ss. 48–52. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/278298?_ts=15724bf6ab8
- Christensen, J. O., Finne, L. B., Garde, A. H., Nielsen, M. B., & Vleeshouwers, J. (2020). *The influence of digitalization and new technologies on psychosocial work environment and employee health: a literature review* (STAMI-rapport 2/2020). Hentet fra <https://stami.no/content/uploads/2020/04/Rapport-The-influence-of-digitalization-and-new-technologies-on-psychosocial-work-environment-and-employee-health.pdf>
- Dahl, E., van der Wel, K. A., & Harsløf, I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf/_attachment/inline/86c1686a-8166-4ff3-837b-55fc5dc8651f:54aa16a950124eb34669940d1db7c80f527f14b3/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf

- Deming, D. J. (2017, November). *The growing Importance of Social Skills in the Labor Market*. The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 4, ss. 1593–1640. Hentet fra https://scholar.harvard.edu/files/ddeming/files/deming_socialskills_qje.pdf
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Dæhlen, M., Danielsen, K., Strandbu, Å., & Seppel, Ø. (2013). *Voksne i grunnskole og videregående opplæring* (NOVA-rapport 7/13). Hentet fra <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/Hvem-deltar-i-voksenoppleringen/>
- Dølvik, J. E., Fløtten, T., Hippe, J. M., & Jordfald, B. (2014). *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* (Fafo-rapport 2014:46). Hentet fra <https://fafo.no/images/pub/2014/20393.pdf>
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C. & Kunst, A. E. (2008). *Health Inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries*. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), ss. 565–82. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01073.x>
- Ekeland, A., & Krüger, I. B. (2020). *Robotene og arbeidsmarkedet. Et kritisk blikk på Frey og Osbornes analyse*. *Praktisk økonomi & finans*, 36(1), ss. 47–58. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871>
- Elgvin, O., & Svalund, J. (2020). *Kunnskapsoppsummering om tiltak for varig sysselsetting*. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2020/10236.pdf>
- Faggruppen for IA-avtalen. (2019). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2019/ia-rapport_2019_uuweb.pdf
- Falch, N. S., Røed, K., & Zhang, T. (2018). *Virkninger av endringer i permitteringsregelverket*. Hentet fra https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp18_02.pdf
- Fedoryshyn, N. (2019). *Hvordan går det med unge som faller utenfor?* Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/hvordan-gar-det-med-unge-som-faller-utenfor>
- Fevang, E., Markussen, S., & Røed, K. (2020). *Gråsoner i arbeidsmarkedet og størrelsen på arbeidskraftreserven*.
- Finansdepartementet. (2017). *Perspektivmeldingen 2017 (Meld. St. 29 (2016–2017))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/>
- Finansdepartementet (2019, 5.oktober). *Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/bruk-av-oljepenger/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/
- Folkehelseinstituttet. (2018, 15. mai). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Frey, C. B., & Osborne, M. (2013). *The Future of Employment: How Susceptible Are Jobs To Computerisation?* Hentet fra <https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/future-of-employment.pdf>
- Frøyland, K., & Terjesen, H. C. (2020). *Workplace Perceptions of Older Workers and Implications for Job Retention*. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 10(2). <https://doi.org/10.18291/njwls.v10i2.120819>
- Hanushek, E. A., Schwerdt, G., Woessmann, L. & Zhang, L. (2017). *General Education, Vocational Education, and Labor-Market Outcomes over the Lifecycle*. *Journal of Human Resources*, 52(1), ss. 48–87. Hentet fra <http://jhr.uwpress.org/content/52/1/48.short>
- Hardoy, I., Røed, K., von Simson, K., & Zhang, T. (2016). *En komparativ analyse av effekter av innsats for å inkludere utsatte unge i arbeid i Norden*. (ISF-rapport 2016:13). Hentet fra https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2442577/Rapport%2b2016_150321.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Heckman, J. J., & Kautz, T. (2013). *Fostering and measuring skills: Interventions that improve character and cognition*. NBER Working PAPER No 19656. Hentet fra <https://www.nber.org/papers/w19656>
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2019a). *Strategi for å øke helse- kompetansen i befolkningen 2019–2023*.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/flyktninger-og-innvandrere/rapporter/migrasjon-og-helse>
- Helsedirektoratet. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf/_/attachment/inline/86c1686a-8166-4ff3-837b-55fc5dc8651f:54aa16a950124eb34669940d1db7c80f527f14b3/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf
- Helsedirektoratet. (2018a, 30. august). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse*.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Folkehelsemeldinga – Gode liv for eit trygt samfunn (Meldt. St. 19 (2018–2019))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>
- Holte, J. H. (2017). Ny teknologi og endringer i arbeidsmarkedet. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/ny-teknologi-og-endringer-i-arbeidsmarkedet/>
- ILO. (2018). ILOSTAT. Statistics on safety and health at work: Hentet fra <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/>
- Ipsos. (2019). *Norsk seniorpolitisk barometer 2019. Ledere i arbeidslivet*. Hentet fra <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-11/endelig-rapport-ledere.pdf>
- Kjærgård, R., Bøckman, K., Enerstvedt, T. R., Birkeland, M.B., Fredriksen, S., Gudbrandsen, S. & Flatland, Ø. (2019). *Karriereveiledning for NAV-brukere. Hvordan kan NAV og karrieresentre samarbeide om karriereveiledning?*
- Kjøllesdal, M., Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, Grewal, N. K. & Indseth, T. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levekarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019, 19. november). *Inkluderingsdugnaden*. Hentet fra Integreringsdugnaden: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/Statlig-arbeidsgiverpolitikk/inkluderingsdugnaden/id2678301/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020 *En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse (Meld. St. 30 (2019–2020))*). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/14fce122212d46668253087e6301cec9/no/pdfs/stm201920200030000dddpdfs.pdf>
- Kompetanse Norge. (2017). *Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017–2021*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c84148f2f394539a3eefdfa27f7524d/nasjonal-strategi-kompetanse-nett.pdf>
- Kompetanse Norge. (2018). *Læringsmål i grunnleggende ferdigheter*.
- Kompetanse Norge. (2019a). *Nasjonalt kvalitetsrammeverk for karriereveiledning. Faglig forslag til områdene etikk, karrierekompetanse og kompetansestandarder*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/Karriereveiledning/kvalitet-i-karriereveiledning/oppdatert-versjon-kvalitetsrammeverket/>
- Kompetanse Norge. (2019b). *Grunnleggende digitale ferdigheter i befolkningen*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/grunnleggende-digital-ferdigheter/grunnleggende-digitale-ferdigheter-i-befolkningen/>
- Kompetanse Norge. (2020a, 11. februar). *Offentlige karrieresentre*. Hentet fra Offentlige karrieresentre: <https://www.kompetansenorge.no/Karriereveiledning/offentlige-karrieresentre/>
- Kompetanse Norge. (2020b, 16 april) *Ny internasjonal undersøkelse av voksnes ferdigheter*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/statistikk-og-analyse-om-grunnleggende-ferdigheter/piaac/>
- Kompetanse Norge (2020 c, 16. mars) *Realkompetansevurdering*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/realkompetanse/realkompetansevurdering>
- Kompetanse Norge (2020c). *Treparts bransjeprogram for kommunal helse- og omsorgssektor*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/nyheter/treparts-bransjeprogram-for-kommunal-helse--og-omsorgssektor/>
- Kompetanse Norge. (2020e, 20. februar). *Treparts bransjeprogram for industri- og byggenæringen*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/nyheter/treparts-bransjeprogram-for-industri--og-byggenaringen/>
- Koubova, V., & Buchko, A. A. (2013, 06). Life-work balance. Emotional intelligence as a crucial component of achieving both personal life and work performance. *Management Research Review*, 36 (7), ss. 700–719. Hentet fra <https://ideas.repec.org/a/eme/mrrpps/v36y2013i7p700-719.html>
- Kunnskapsdepartementet. (2016). *Fra utenforskap til ny sjanse -Samordnet innsats for voksnes læring. (Meld. St. 16 (2015–2016))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20152016/id2476199/?ch=1>
- Kunnskapsdepartementet. (2020a). *Kompetansereformen – Lære hele livet (Meld. St. 14 (2019–2020))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/?ch=1>
- Kunnskapsdepartementet. (2020, mars 04). *Flere utdanningstilbud til permitterte og arbeidsledige*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/flere-utdanningstilbud-til-permitterte-og-arbeidsledige/id2696625/>
- Kvam, L., & Jakobsen, K. (2018). *Gråsonegruppa. Arbeidsinkludering av unge med kognitive utfordringer*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskningsrapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/reduert-funksjonsevne-rapportarkiv/arbeidsinkludering-av-unge-med-kognitive-utfordringer-grasonegruppa>
- Kvernes, O. (2017, 19 oktober). *Her har de nesten ikke fravær*. Hentet fra Her har de nesten ikke sykefravær: <https://www.idebanken.org/inspirasjon/artikler/her-har-de-nesten-ikke-sykefravaer>
- LO. (u.d.). *Den norske modellen*. Hentet fra: <https://www.lo.no/hva-vi-mener/den-norske-modellen/>

- Lundetræ, K., & Gabrielsen, E. (2016). Relationship between literacy skills and self-reported health in the Nordic Countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(8), ss. 758–764. Hentet fra <https://doi.org/10.1177/1403494816668082>
- Mandal, R., Midtgård, T., & Mordal, S. (2019). *Arbeidsinkludering. Med arbeidsgiverne på laget*. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/arbeidsinkludering---med-arbeidsgiveren-pa-laget-rapport.pdf>
- Meneses-Echavez, J., Steiro, A., Rose, C., Myrhaug, H., Nøkleby, H., & Siqveland, J. (2020). *Utdanning for å bedre arbeidsmarkedsmuligheter: en systematisk oversikt*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2020/utdanning-for-a-bedre-arbeidsmarkedsmuligheter/>
- Nav. (2019a). *NAVs omverdensanalyse 2019. Utvikling, trender og konsekvenser fram mot 2030*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/analyser/navs-omverdensanalyse-2019>
- Nav. (2019b). *Antall nye mottakere av uføretrygd, etter alder og næring 2018 og 2019. Antall og prosent*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/tabeller/antall-nye-mottakere-av-uforetrygd-etter-alder-og-naering-2018-og-2019.antall-og-prosent>
- NAV & Helsedirektoratet. (2016). *Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse*.
- NHO. (u.d.) *Den norske modellen: Trepårtssamarbeidet skaper jobber og bidrar til lønnsomhet*. Hentet fra <https://www.nho.no/tema/arbeidsliv/artikler/partssamarbeidet-skaper-jobber-og-bidrar-til-lonnsomhet/>
- Nordisk Ministerråd. (2002). *Inkluderende arbeidsliv i Norden*. Hentet fra https://books.google.no/books?id=Sx9-4jsoE8EC&pg=PT1&lpg=PT1&dq=Inkluderende+arbeidsliv+i+Norden+bok&source=bl&ots=dH6294nmAZ&sig=ACfU3U3rbA-RCf6z4e6ee4tIR_tGUizT4A&hl=no&sa=X&ved=2ahUKEwilh6fjhr3qAhVn16YKHWndDNUQ6AEwAXoECA8QAQ#v=onepage&q=Inkluderende%20
- Normann, T. M. (2010, 3. mai). *Uførehet er mer enn bare helse*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/uforhet-er-mer-enn-bare-helse>
- Normann, T. M. (2018, 16.april). *Kvinner kombinerer uføretrygd og arbeid oftere enn menn*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/kvinner-kombinerer-uforetrygd-og-arbeid-oftere-enn-menn>
- NOU 2016: 7 (2016) *Norge i omstilling – karriereveiledning for individ og samfunn*.
- NOU 2018:13 (2018) *Voksne i grunnskole- og videregående opplæring — Finansiering av livsopphold*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-13/id2620876/>
- NOU 2019: 2 (2019) *Fremtidige kompetansebehov II. Utfordringer for kompetansepolitikken*.
- NOU 2019: 7. (2019). *Arbeid og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-7/id2637967/>
- NOU 2019:12 (2019) *Lærekraftig utvikling. Livslang læring for omstilling og konkurranseevne*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/pdfs/nou201920190012000dddpdfs.pdf>
- NOU 2020:2 (2020) *Fremtidige kompetansebehov III. Læring og kompetanse i alle ledd*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/053481d65fb845be9a2b1674c35d6d14/no/pdfs/nou202020200002000dddpdfs.pdf>
- OECD. (2015). *Skills for Social Progress. The Power of Social and Emotional Skills*. Hentet fra <https://doi.org/10.1787/9789264226159-en>
- OECD. (2018). *Investing in Youth: Norway*. Hentet fra <https://dx.doi.org/10.1787/9789264283671-en>
- OECD. (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities in Health Systems*. Hentet fra <https://www.oecd.org/health/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>
- OECD. (2020). *Social and Emotional Skills. Well-being, connectedness and success*. Hentet fra [https://www.oecd.org/education/school/UPDATED%20Social%20and%20Emotional%20Skills%20-%20Well-being,%20connectedness%20and%20success.pdf%20\(website\).pdf](https://www.oecd.org/education/school/UPDATED%20Social%20and%20Emotional%20Skills%20-%20Well-being,%20connectedness%20and%20success.pdf%20(website).pdf)
- Olsen, D. S., Bubikova-Moan, J., Aamodt, P. O., Skjellbred, S. E., Elken, M., Waagene, E., & Hellan Larsen, E. (2018). *Realkompetansevurdering: En studie av systemet for vurdering av realkompetanse i utdanning og arbeidsliv*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/statistikk-og-analyse/publikasjoner/en-studie-av-systemet-for-vurdering-av-realkompetanse-i-utdanning-og-arbeidsliv/>
- Olsen, B. (2020, 2. mars). *Noe økning i sysselsettingen blant innvandrere*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/noe-okning-i-sysselsettingen-blant-innvandrere>
- Pajarinen, M., Rouvinen, P., & Ekeland, A. (2015). *Computerization Threatens One-Third of Finnish and Norwegian Employment*. Hentet fra <https://www.etla.fi/wp-content/uploads/ETLA-Muistio-Brief-34.pdf>

- Proba Samfunnsanalyse. (2014). *Evaluerings av de fylkesvise karrieresentrene – med søkelys på sambandlingen med NAV*. Proba samfunnsanalyse. (2020). *Hvorfor faller flyktninger ut av arbeidslivet?* Proba-rapport 2020 - 5. Hentet fra <https://www.imdi.no/om-imdi/rapporter/2020/hvorfor-faller-flyktninger-ut-av-arbeidslivet/>
- Randstad. (2019). *Randstad Workmonitor Q4 2019*. Hentet fra <https://workforceinsights.randstad.com/hr-research-reports-workmonitor-q42019#anchor55>
- Regjeringen (2018, 21. desember). *IA-avtalen 2019–2022*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/
- Samordna opptak. (2020, 17. juni). *Krav til norsk og engelsk*. Hentet fra https://www.samordnaopptak.no/info/utenlandsk_utdanning/sprakkkrav/krav-til-norsk-og-engelsk-for_hoyere_utdannning/
- Senter for seniorpolitikk. (2020, 17.februar). *Kvar jobbar seniorane?* Hentet fra <https://seniorpolitikk.no/nyheter/kvar-jobbar-seniorane/>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). *11667: Framskrevet folkemengde 1. januar, 2018 - 2100*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11667/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019, 17. desember). *Tilknytning til arbeid, utdanning og velferdsordninger*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/arbstatus>
- Statistisk sentralbyrå. (2020a). *11190: Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonsbemming, etter kjønn og alder (prosent) 1998 - 2019*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11190/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 19. juni). *Fakta om norsk næringsliv*. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/faktaside/norsk-naeringsliv>
- Statistisk sentralbyrå. (2020e, 2. juli). *Uføretrygdede*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/ufore>
- Statistisk sentralbyrå. (2020f). *11856: Uføretrygdede, etter kjønn, uføregrad og arbeidsintensitet 2015 - 2019*. Hentet fra [ssb.no/statbank/table/11856](https://www.ssb.no/statbank/table/11856)
- Statistisk sentralbyrå. (2020g). *11852: Uføretrygdede, etter alder, utdanningsnivå og arbeidsintensitet 2015 - 2019*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11852>
- Statistisk sentralbyrå. (2020h). *11311: Utdanningsnivå og kjønn for deltakere i opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere 2014 - 2019*.
- Steen, A. H., & Ingelsrud, M. H. (2019). *YS Arbeidslivsbarometer. Norsk arbeidsliv 2019. Kompetanse i det digitale arbeidslivet*. Hentet fra https://ys.no/wp-content/uploads/2019/08/Rapport-Arbeidslivsbarometer_2019.pdf
- Tveråmo, A., Johnsen, I. M., & Meland, E. (2019). *Medikalisering av lav ervervsevne – et samfunnsperspektiv*. Utposten, 7, ss. 34-37. Hentet fra <https://www.utposten.no/i/2019/7/m-899>
- Tynes, T., Sterud, T., Løvseth, E. K., Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., Bjerkan, A. M., Bakke Bagestad, C. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse. Status og utviklingstrekk*. (STAMI-rapport, 19(3)). Hentet fra <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2018-status-og-utviklingstrekk/>
- Udir. (2016b). *Videregående opplæring for voksne*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/voksenopplaring/videregaende-opplaring/>
- Ulstein, J. H. (2019). *Livslang læring 2008-2018: Resultater fra lærevilkårsmonitoren*. Hentet fra https://www.kompetansenorge.no/contentassets/508bf22cf3ad473e9620a4ab51462019/livslang_laring_20082018.pdf
- Utdanningsdirektoratet. (2016a, 12 oktober). *Grunnskole for voksne*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/voksenopplaring/grunnskole/>
- Utdanningsdirektoratet. (2016b, 12. oktober). *Videregående opplæring for voksne*. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/voksenopplaring/videregaende-opplaring/>
- Utdanningsdirektoratet. (2020). *Folkehelse og livsmestring*. Hentet fra <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>
- Vedeler, J. S., Evensen, M., Ugreninov, E., & Haug, A. V. (2018). *Arbeidsgiveres inkluderingspraksiser. Hva kjennetegner arbeidsgivere som ønsker å rekruttere unge med psykiske helseproblemer og "bull i CV-en"?* Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/fou-midler/nyheter/arbeidsgivere-er-positive-til-a-inkludere>
- Veestra, M., & Slagsvold, B. (2009, 9. mars). *Hva betyr utdanning for vår helseatferd? Samfunnsspeilet, 1, ss. 45 – 51*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-betyr-utdanning-for-vaar-helseatferd>
- Virke. (u.d.). *Arbeidslivspolitik*. Hentet fra <https://www.virke.no/politiske-saker/arbeidslivspolitik/#header-Hovedomr%C3%A5derinnenforarbeidslivspolitik-5>

- Vox. (2012). *Læreplan i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere gjelder for opplæring etter introduksjonsloven*. Hentet fra <https://www.kompetansenorge.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/Lareplan/>
- With, M. (2017). *Helse. Slik har vi det – Livskvalitet og levekår*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>



Karl Johans gate 7. Postboks 236 Sentrum, 0103 Oslo
Telefon: 23 38 13 00

kompetansenorge.no
postmottak@kompetansenorge.no

