

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk Rapport 2014

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 30. juni 2014

1. Sammendrag.....	5
2. Innledning.....	15
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	16
4. Overordnet mål: mer inkluderende arbeidsliv.....	17
4.1 IA-avtalens mål.....	17
4.2 Nærmere om utviklingen i sysselsettingen.....	17
4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelaterte ytelsene.....	20
4.4 Oppsummering	24
5. Delmål 1: nedgang i sykefraværet.....	25
5.1 Om sykefraværstatistikken.....	25
5.2 Sykefraværutviklingen siste år.....	25
5.3 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid	27
5.4 Måloppnåelse.....	39
6. Delmål 2: økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne	40
6.1 Innledning.....	40
6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne	41
6.3 Utviklingen i sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne.....	42
6.4 Utviklingen i måleindikatorene for delmål 2.....	52
6.5 Måloppnåelse.....	55
6.6 Mulige effekter av virkemiddelbruk.....	57
7. Delmål 3: forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år	60
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år	60
7.2 Måloppnåelse.....	66
8. Kilder.....	67
Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport.....	70
Vedlegg 2 – Figurer.....	75

1. Sammendrag

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått for første gang i 2001, og det rapporteres her på den tredje avtaleperioden. I henhold til IA-avtalen av 24. februar 2010 er det etablert en egen faggruppe for å styrke oppfølgingen av IA-avtalen. Faggruppen har ansvar for å rapportere til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. I rapporten omtales IA-målenes status og utviklingstrekk. Denne rapporten er faggruppens sjette rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2014.

Utviklingen knyttet til IA-målene

Det er flere problemer knyttet til å vurdere om målene i IA-avtalen nås, bl.a. mangel på dekkende indikatorer for enkelte av målene, og at det er krevende å vurdere hva situasjonen ville vært uten IA-avtalen.

Andelen av befolkningen i alderen 15-66 år som var sysselsatt i 2013 var 1,6 prosentpoeng lavere enn i 2001. Sysselsettingsandelen har i IA-perioden gått mest ned i aldersgruppen 15–24 år og reduksjonen har vært aller størst blant unge menn. Blant kvinner var sysselsettingsandelen den samme i 2013 som i 2001. Blant personer over 50 år har det imidlertid vært økning, særlig har økningen vært betydelig for aldersgruppen 62 – 64 år. Andelen mottakere av helserelaterte ytelser og andelen tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser er omtrent på samme nivå som i 2001. Det ser ut til å ha vært et trendskifte i 2004, året da sykefraværet falt betydelig. De siste årene har det vært en liten reduksjon i antall mottakere av helserelaterte ytelser: I perioden 2010–2013 ble antall mottakere av helserelaterte ytelser redusert med om lag 16 000 (2 prosent).

Sykefraværet har gått ned med 10,8 prosent siden 2001, men målet om 20 prosent reduksjon i det totale sykefraværet er ikke nådd. Det er store forskjeller i den relative endringen mellom ulike aldersgrupper, næringer og fylker, noe som både kan skyldes nivået da avtalen startet, strukturelle forhold ellers og ulikheter i sykefraværsreduserende innsats. Flere grupper har hatt større reduksjon enn 20 prosent, mens reduksjonen har vært langt lavere i andre grupper. Graderingen av sykefraværet økte betydelig i 2004, og det kan se ut til at dette bidro til at økningen i andelen mottakere av helserelaterte ytelser samlet sett stanset opp. Andelen graderte sykefraværstilfeller har på ny tatt seg opp fra 2009.

Inkludering av personer med redusert funksjonsevne er spesielt vanskelig å vurdere med dagens indikatorer og fordi målgruppen er uklart definert i IA-avtalen 2009 - 2013. Basert på en sammenstilling av ulike statistikkilder er det vanskelig å si noe sikkert om utviklingen knyttet til delmål 2 i IA-perioden.

Yrkesaktiviteten for personer over 50 år har økt markert både siden oppstarten av IA-avtalen i 2001 og under IA-avtalen i perioden 2009 - 2013. Sysselsettingsutviklingen blant de over 50 år skiller seg derfor positivt ut fra resten av befolkningen. I særdeleshet gjelder den positive utviklingen for aldersgruppen 62 – 64 år. Delmål 3 i IA-avtalen for perioden 2009 – 2013 var å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med seks måneder sammenliknet med nivået i 2009. En 50-årings forventede gjenværende tid i arbeidslivet økte med snaut fem måneder fra 2009 til 2013. Dette målet ble altså nesten nådd.

Det er viktig å vurdere IA-målene i sammenheng. God måloppnåelse på delmål 2 og 3 kan, alt annet likt, gjøre det mer krevende å oppnå gode resultater for delmål 1. Samtidig vil en

nedgang i det langvarige sykefraværet på sikt kunne virke positivt på delmål 2 og 3 ved at risikoen for varig frafall fra arbeidsstyrken reduseres.

Demografi, konjunkturer og innvandring

Endringer i befolkning, befolkningssammensetning og konjunkturer kan ha stor betydning for utviklingen. I de tolv årene med IA-avtale har den demografiske utviklingen bl.a. vært kjennetegnet av at andelen eldre i arbeidsstyrken har økt. I tillegg har en betydelig arbeidsinnvandring fra 2005 bidratt til sterk økning i befolkningen i yrkesaktiv alder og til endringer i alderssammensetningen. Av økningen i antallet sysselsatte på 360 000 fra 2004 til 2012 kan om lag 60 prosent knyttes til arbeidsinnvandring¹. Fra 2011 til 2012 sto netto-innvandringen for 3/4 av den samlede befolkningstilveksten på 1,7 prosent i aldersgruppen 15–74 år. I perioden før den store arbeidsinnvandringen startet i 2005 var årlig befolkningsvekst langt lavere.

Figur 1 viser andelen mottakere av helserelaterte ytelser for alle bosatte og for undergruppen som var norske statsborgere i perioden 1992–2012. Siden 2005 har forskjellen i andelen mottakere økt mellom de to gruppene, noe som indikerer at arbeidsinnvandringen isolert sett bidrar til å redusere den samlede andelen mottakere av helserelaterte ytelser blant alle bosatte.

Vi må forvente stor arbeidsinnvandring også i årene fremover på grunn av store forskjeller i lønns- og levekår mellom Norge og mange andre land i Europa. Innvandring får konsekvenser for målsettingene i IA-avtalen på forskjellige måter. Befolkningsøkningen innebærer at det blir flere som skal inkluderes i arbeidslivet. Innvandrerens aldersprofil trekker i retning av økt sysselsettingsandel og lavere andel mottakere av helserelaterte ytelser. Lavere sysselsettingsandel blant innvandrere sammenliknet med befolkningen for øvrig i sammenlignbare aldersgrupper, trekker i motsatt retning.² Lett tilgang på billig utenlandsk arbeidskraft kan videre gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge, som ungdom, personer med helseutfordringer og andre innvandrere. Studier kan tyde på at slike effekter har begynt å gjøre seg gjeldene.³ Lav kompetanse, språkutfordringer, holdninger, lav lønn og høy kjøpekraft for norsk trygd i hjemlandet er alle faktorer som kan bidra til lavere inkludering av innvandrere i arbeidslivet på lengre sikt.

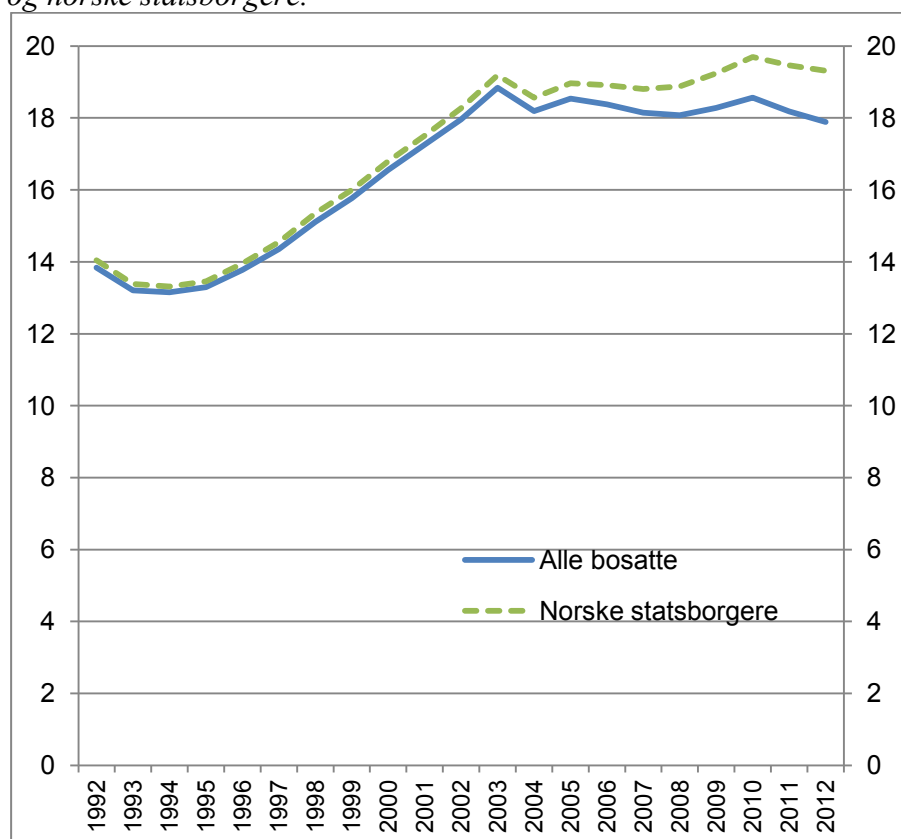
I dag er sysselsettingsandelen innen de enkelte aldersgruppene blant innvandrere fra sentral- og Øst-Europa lavere enn i tilsvarende aldersgrupper blant majoritetsbefolkningen. Når de får en likere aldersstruktur som den øvrige befolkningen trekker det i retning av lavere samlet sysselsettingsandel. Studier av erfaringen med den første bølgen arbeidsinnvandrere som kom på 1970-tallet har vist at denne gruppen hadde et markant fall i sysselsettingen på 1980-tallet, og på lengre sikt fikk langt lavere sysselsettingsrater enn norskfødte med samme kjønns-, alders- og utdanningsfordeling. Hvis gruppen av arbeidsinnvandrere som har kommet de siste årene utvikler seg i tilsvarende retning, vil dette isolert sett kunne bidra til en økning i andelen mottakere av helserelaterte ytelser.

¹ SSB, registerbasert sysselsettingsdata

² På kort sikt kan trygdetilbøyeligheten være lavere blant arbeidsinnvandrere enn for befolkningen for øvrig bl.a. som følge av manglende kunnskap om/opptjening av rettigheter.

³ Bratsberg og Raaum (2013), Bratsberg og Raaum (2012), Bratsberg m.fl. (2010).

Figur 1 Mottakere av helserelaterte ytelser 1992–2012 i prosent av befolkningen. Alle bosatte og norske statsborgere.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Det var et tydelig trendsifte i 2004 med redusert sykefravær. Fra 2001 til 2003 økte andelen av befolkningen som mottok helserelaterte ytelser med 1,6 prosentpoeng. Fra 2005 til 2012 falt andelen som mottok helserelaterte ytelser med om lag 1 prosentpoeng. Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet at endringer i befolkningens alderssammensetning samlet sett i liten grad har hatt betydning for sykefraværet i avtaleperioden. Dette er i tråd med tidligere analyser fra Statistisk sentralbyrå. Befolkningsutviklingen med flere som nærmer seg pensjonsalder bidrar imidlertid isolert sett til en økt andel uførepensjonister i perioden.

Bratsberg og Røed (2011) peker på at økt utdanningsnivå i befolkningen isolert sett trekker i retning av redusert uføretilbøyelighet. De konkluderer med at svært lite av veksten i antall mottakere av helserelaterte ytelser (ekskludert sykepenger) i perioden 1994–2006 kan forklares av endret alders- og utdanningssammensetning i befolkningen samlet sett. Forklaringen i veksten i uføreratene i denne perioden må derfor søkes i mekanismer som gir opphav til økt uførerisiko gitt personers alder og utdanning.

Alderssammensetningen har isolert sett bidratt til å trekke ned den samlede sysselsetningsandelen med om lag 1/6 prosentpoeng per år fra 2001 til 2012.

Det er usikkert i hvilken grad konjunktursvingninger har påvirket sykefraværsutviklingen i IA-perioden. Forskingen er ikke entydig på årsakssammenhenger mellom situasjonen på arbeidsmarkedet og sykefraværet. På 2000-tallet har det vært vanskeligere å identifisere samvariasjon mellom konjunkturer og samlet sykefravær enn på 1990-tallet. Det utelukker ikke at det kan være sterke konjunkturutslag på sykefraværet i enkeltbransjer. I kjølvannet av finanskrisen økte sykefraværet særlig mye i flere av de mest konjunkturutsatte næringene,

bl.a. bygge- og anleggsvirksomhet. Det vises til nærmere drøfting av problemstillingen i faggruppens rapport 2/2011.

Overordnet mål – mer inkluderende arbeidsliv

Faggruppen retter oppmerksomheten på to indikatorer for å vurdere det overordnede målet om å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet, jf. omtale i boks 1 i rapporten:

- sysselsettingsandelen for personer i aldersgruppen 15–66 år
- et estimat på teoretisk tap av årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i prosent av befolkningen mellom 18–66 år

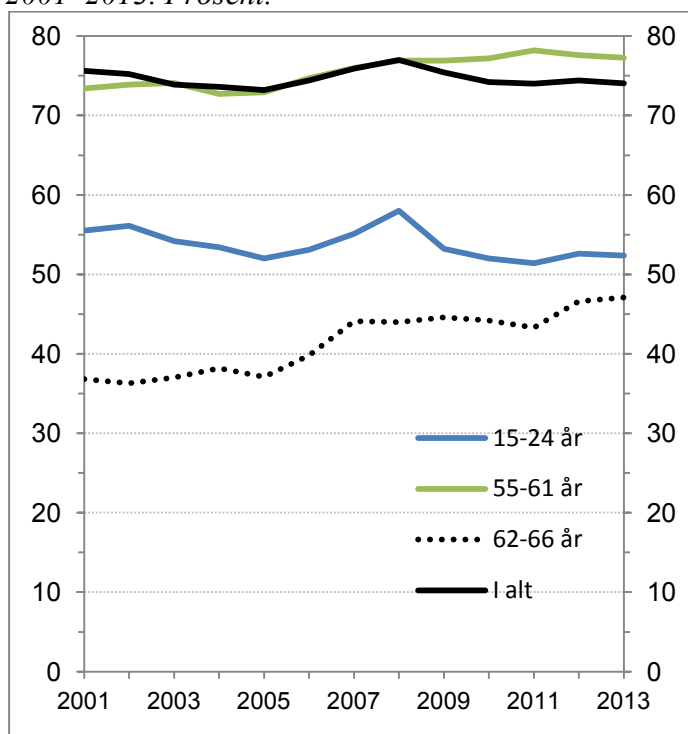
Økt inkluderingsutfordring

Sysselsettingsandelen viser hvor stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder som er i arbeid, og kan derfor over tid sies å være en overordnet indikator for om man har lykket med arbeidslinjen. Sysselsettingsandelen i aldersgruppen 15–66 år er redusert med 1,6 prosentpoeng fra 2001 til 2013 og med 3 prosentpoeng fra det rekordhøye nivået i 2008. Reduksjonen i sysselsettingsandelen etter 2008 skyldes kombinasjonen av høy befolkningsvekst, moderat etterspørsel etter arbeidskraft og flere eldre i befolkningen.

Det er særlig lavere sysselsetting blant ungdom som har trukket den samlede sysselsettingsandelen nedover etter 2008. Blant personer over 50 år har det gjennomgående vært økt sysselsettingsandeler. Aller mest har sysselsettingsandelen økt blant personer i alderen 62 – 66 år, se figur 2. Det må blant annet ses i sammenheng med at unge er den aldersgruppen som blir mest påvirket av konjunktorene og at de over 62 år er de som har blitt mest påvirket av de nye pensjonsreglene. Utviklingen blant seniorene er nærmere omtalt i kapittel 7. Utviklingen har gjennomgående vært svakere blant menn enn kvinner, med unntak for aldersgruppen 62–66 år.

Endringene i sysselsettingsandelen blant ungdom i aldersgruppen 15–24 år følger samme mønster som for befolkningen som helhet, men endringene er langt større. Fra 2008 til 2013 er sysselsettingsandelen blant 15-24-åringene redusert med nær 6 prosentpoeng, mot 3 prosentpoeng i hele arbeidsstyrken. Den reduserte sysselsettingen blant unge kommer delvis til syne som økt arbeidsledighet, men har også sammenheng med økt deltakelse i utdanning, nedgang i unge som kombinerer studier med deltidsjobb og økning i antallet unge med nedsatt arbeidsevne. Samtidig har det gjennom 2000-tallet vært en økning i andelen unge (20-24 år) uføretrygdete, fra 0,9 prosent i 2005 til 1,2 prosent i 2014.

Figur 2 Sysselsatte som andel av befolkningen for utvalgte aldersgrupper. Årsgjennomsnitt 2001–2013. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Indikatoren *tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser* gir et teknisk anslag på mulig økning i utførte årsverk dersom mottakere av helserelaterte ytelser i stedet hadde arbeidet. Tallene gir et mål på en teoretisk arbeidskraftreserve, og må ikke tolkes som at det er realistisk at alle skal i arbeid, eller at alle skal arbeide mer enn de gjør i dag.

Det er teknisk beregnet at 528 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i 2013. Det er en nedgang på om lag 4 600 årsverk, eller 0,9 prosent, sammenliknet med 2012. Sammenliknet med 2001 har antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser økt med om lag 76 000, eller 17 prosent. Mye av økningen fra 2001 skyldes aldringen i befolkningen. Korrigert for endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning, ville det vært en nedgang på om lag 16 000 personer eller 3,5 prosent i tapte årsverk i denne perioden. På den annen side, arbeidsinnvandring har trukket antall tapte årsverk målt som andel av befolkningen ned.

Målt som andel av befolkningen i alderen 18-66 år tilsvarte antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser 16,2 prosent i 2013. Denne andelen er redusert med 0,3 prosentpoeng fra 2012, men økt med 0,3 prosentpoeng fra 2001.

Delmål 1 – nedgang i sykefraværet på 20 prosent

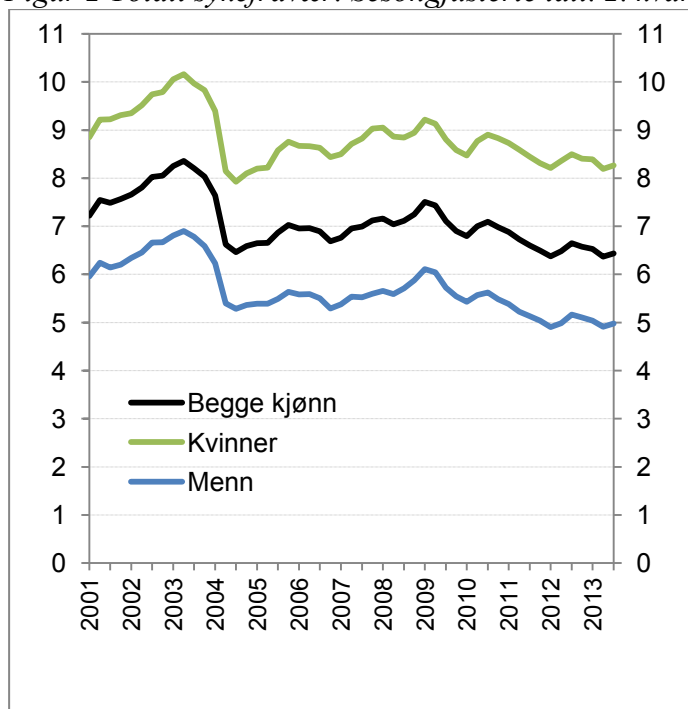
Målet er ikke nådd, men sterk nedgang i flere næringer og fylker

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2013 6,4 prosent, som tilsvarer en nedgang på 10,8 prosent sammenliknet med 2. kvartal 2001. Nedgangen fra 2. kvartal 2001 har vært sterkere for menn (16,4 prosent) enn for kvinner (6,6 prosent). Det er store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen industrien og overnatting og serveringsvirksomhet, samt i syv av landets fylker har det vært nedgang i sykefraværet på 20 prosent eller noe mer⁴. Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen noe mindre, men også nær 20 prosent. "Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring" og "undervisning" er blant næringene med minst nedgang (begge 6 prosent). Hovedbildet de siste årene er at det samlede sykefraværet har vært relativt stabilt fra 2005. Det var en midlertidig økning i 2009, men sykefraværet har vist en nedadgående trend etterpå.

Det totale sykefraværet utgjorde 6,5 prosent i både 2012 og 2013. Det var 5,0 prosent for menn i både 2012 og 2013, mens det gikk ned fra 8,4 til 8,3 for kvinner. Korrigert for normale sesongvariasjoner holdt sykefraværet seg stabilt de to siste kvartalene i 2013. Året sett under ett var det da nedgang de tre første kvartalene, før nedgangen flatet ut.

Både i 2001 og 2012 var helse- og sosialtjenester næringen med høyest sykefravær. Ifølge Almlid-utvalget⁵ forklarer høyt innslag av kvinner i sektoren størstedelen av det høye sykefraværet. Det er mye som tyder på at sektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger.

Figur 2 Totalt sykefravær. Sesongjusterte tall. 2. kvartal 2001 – 4. kvartal 2013. Prosent.

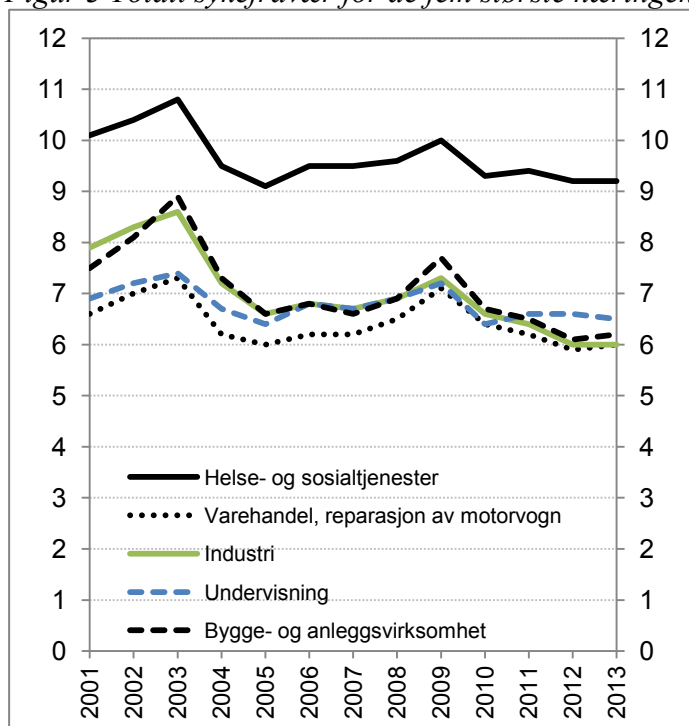


Kilde: Statistisk sentralbyrå

⁴ For næringene refererer nedgangen til årstall for totalt sykefravær. For fylkene refererer nedgangen til legemeldt fravær for 4. kvartal. Fylkene med nedgang på 20 prosent eller mer er Oslo, Hedmark, Finnmark, Nordland, Vest-Agder, Sør-Trøndelag og Telemark.

⁵ NOU 2010: 13 Arbeid for helse

Figur 3 Totalt sykefravær for de fem største næringene. Årstall 2001–2013. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Forskjellen mellom kvinner og menns sykefravær har økt i IA-perioden. I 2013 var sykefraværet blant kvinner 3,3 prosentpoeng (66 prosent) høyere enn blant menn, mot 2,9 prosentpoeng (49 prosent) i 2001. Kjønnsforskjellen varierer mye mellom næringer, jamfør tabell 13 i vedlegg 2. I flere næringer har forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn gått ned. Der det har vært en økning har forskjellen variert gjennom perioden.

Den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden per tapte arbeidsdag gikk klart ned fra 2009 til 2013, noe som indikerer en økning i omfanget av gradering. Økningen kan ha sammenheng med at økt gradering har blitt et uttalt mål i IA-avtalen.

Delmål 2 – Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne

Uklar måloppnåelse – behov for bedre indikatorer

Delmål 2 omfatter både å få flere personer med redusert funksjonsevne som ikke har arbeid i jobb, og å forhindre at personer med redusert funksjonsevne faller ut av arbeidslivet. Målgruppen er ikke klart definert i IA-avtalen. Begrepet redusert funksjonsevne eksisterer heller ikke i offisiell statistikk.

En mye brukt tallserie er SSBs årlige tilleggsundersøkelse til AKU, som beskriver arbeidstilknytningen til personer som selv angir at de har en funksjonshemming. Siden utvalget i undersøkelsen er lite skal det mye til for å få signifikante utslag. Det er videre stor utskifting av hvem som oppfatter seg som funksjonshemmet fra en undersøkelse til en annen.⁶

⁶ Om lag 1/3 av de som oppgir at det har en funksjonsnedsettelse i en undersøkelse, oppgir at de ikke har en funksjonsnedsettelse ett år etter.

I lys av svakhetene ved tilleggsundersøkelsen i AKU har faggruppen hele tiden basert seg på en bredde av indikatorer. I tillegg til AKUs tall for funksjonshemmede ser en på utviklingen i antall og andel uførepensjonister, personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Også disse tallseriene har svakheter. Brudd på grunn av regelverksendringer og reformer gjør det vanskelig å tolke utviklingen over tid, og det er lite opplysninger om arbeidstilknytning. Også etter at arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010⁷, er det krevende å tolke utviklingen. Tallseriene er blant annet fortsatt påvirket av at vi er inne i en reformperiode.

Avgrensningen av målgruppen varierer mellom statistikkene. I AKU er funksjonsnedsettelsen relatert til å fungere i det daglige liv, og tilstanden er basert på respondentenes egne vurderinger. I Arbeids- og velferdsetatens statistikker er det regelverk og etatens vurderinger som er avgjørende for avgrensningene. For å kunne få innvilget arbeidsavklaringspenger og uførepensjon er det krav til at arbeidsevnen/inntektsevnen skal være nedsatt med minst 50 prosent. Det er en strengere avgrensning enn i AKU, der også personer som ikke trenger å ha redusert evne til å fungere i arbeidslivet er omfattet.

I lys av det overforstående mener faggruppen det er behov for å styrke statistikktilfanget på dette området gjennom å utvikle tallserier som går mer direkte på arbeidstilknytningen til personer med nedsatt arbeids-/funksjonsevne

Noen utviklingstrekk basert på det som i dag finnes av statistikk er:

- *Personer registrert med nedsatt arbeidsevne*

Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse arbeids- og velferdsforvaltningen benytter om brukere som på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker mottar eller skal motta spesiell oppfølging. Etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 ble gruppen som er registrert med nedsatt arbeidsevne betydelig utvidet.⁸ Dette gir et brudd i statistikken som gjør at en ikke kan sammenlikne dagens beholdning med beholdningen av personer med nedsatt arbeidsevne/yrkeshemmede før 2010.

Andelen personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten og som har kommet i arbeid, er høyere i 2013 sammenliknet med 2012. I januar 2013 var 47 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere. Dette er 1,4 prosentpoeng lavere enn måltallet på 48,4 prosent i tilleggsavtale til IA-avtalen. I perioden 2010–2013 har det vært svingninger i denne måleindikatoren, men ingen tydelig positiv eller negativ trend.

- *Overgang fra arbeid til passive ytelser*

Denne måleindikatoren er beregnet på grunnlag av andelen personer som har vært sykmeldte i 13 uker eller mer, og som er tilbake i arbeid fire uker etter dette. Målet er at andelen som er tilbake i arbeid er over 70 prosent. I tredje kvartal 2013 var 71,2 prosent av de som hadde vært sykmeldte i minst 13 uker tilbake i arbeid. Indikatoren falt med om lag ett prosentpoeng fra 2012 til 2013.

- *Mottakere av uførepensjon*

⁷ Som erstatning for tidsbegrenset uførestønad og attførings- og rehabiliteringspenger.

⁸ 76 prosent av alle personer registrert med nedsatt arbeidsevne i desember 2012 mottok arbeidsavklaringspenger.

Ved utgangen av 2013 mottok nær 306 000 personer uførepensjon, en reduksjon på 4 000 personer sammenliknet med året før og en økning på om lag 26 000 personer siden utgangen av 2000. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen i alderen 18–67 år falt fra 9,9 prosent til 9,3 prosent i samme periode. I perioden har det vært en vekst i andelen uføre i de yngste aldersgruppene, mens det har vært en betydelig reduksjon i uføreandelen blant de eldste. Det har vært høy innvandring det siste tiåret, og dette har bidratt til reduksjonen i andelen mottakere av uførepensjon. Økningen i antall AFP-pensjonister kan videre ha bidratt til å dempe veksten i antall og andelen eldre mottakere av uførepensjon. En av tre uførepensjonister har arbeidsinntekt i tillegg til uførepensjon. Det er flest som kombinerer uførepensjon med jobb blant unge.

- *Mottakere av arbeidsavklaringspenger*

Fra utgangen av 2000 og fram til utgangen av 2009 var det en markant vekst i antall mottakere av de midlertidige ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. I denne perioden ble antall mottakere av de midlertidige ytelsene mer enn doblet fra i underkant av 78 000 til nær 160 000 mottakere. Andelen mottakere av de midlertidige ytelsene i befolkningen 18–66 år økte fra 2,7 prosent til 5 prosent fra 2000 til 2009. Det er viktig å se trygdeytelsene i sammenheng. En lenger og bevisst satsing fra myndighetene for å hindre at personer med redusert arbeidsevne havner på varig uførepensjon har ført til at en større andel av de som tidligere ville fått innvilget en varig uførepensjon har mottatt ytelser som tidsbegrenset uførestønad og nå arbeidsavklaringspenger. Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger økte fra mars 2010 og fram til sommeren 2011. Fra annet halvår av 2011 har antall mottakere falt. Det var om lag 163 000 personer som mottok ytelsen ved utgangen av 2012. Om lag en av fire kombinerer ytelsen med jobb. Tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personene er, og er noe høyere for kvinner enn menn.

Det samlede inntrykket basert på denne sammenstillingen av data er at det er vanskelig å si noe sikkert om utviklingen knyttet til delmål 2 siden 2001. Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger og de tidligere midlertidige ytelsene har økt betydelig i perioden. Dette har dels sammenheng med at befolkningen har økt. Det kan videre være et uttrykk for at flere får nødvendig oppfølging fra arbeids- og velferdsforvaltningen, men kan også indikere at en større andel med helseproblemer står i utkanten av arbeidsmarkedet. Faggruppen understreker derfor behovet for bedre indikatorer for å kunne vurdere utviklingen.

Delmål 3 – Yrkesaktiviteten etter fylte 50 år forlenges med seks måneder i forhold til 2009

Fortsatt god utvikling blant seniorene, og målet ble nesten nådd

Delmål 3 ble reformulert i forbindelse med inngåelsen av IA-avtalen i 2010. Som indikator for dette målet brukes forventet antall år i arbeid justert for stillingsandel ved 50 år.⁹

Sysselsettingsutviklingen for de eldste aldersgruppene har vært god, både i perioden 2001 – 2013 og i siste fireårsperiode 2009 – 2013.

Delmål 3 i IA-avtalen for perioden 2009 – 2013 var å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med seks måneder sammenliknet med nivået i 2009. En 50-årings forventede

⁹ Indikatoren er ikke betinget på om man var i arbeid ved fylte 50 år. Den kan derfor bli påvirket av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

gjenværende tid i arbeidslivet økte med 0,4 år eller snaut fem måneder fra 2009 til 2013. Delmål 3 ble nesten nådd.

I 2013 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11,3 år i arbeid med full stilling; 0,4 år mer enn i 2009 og 1,7 år mer enn i 2001. Forventet antall år i arbeid har aldri vært høyere. Indikatoren har vist stabilitet eller økning i hele tolvårsperioden, også i perioder da den samlede arbeidsledigheten har økt. Forventet antall år i arbeid med full stilling er høyere for menn enn for kvinner. Den viktigste årsaken til dette er at kvinner jobber mer deltid enn menn.

En rekke faktorer har bidratt til den positive utviklingen for seniorene på arbeidsmarkedet. Det har vært en klar økning i utdanningsnivået, særlig blant kvinner. Incentivene i pensjonsreformen til å fortsette i arbeid ser også ut til å ha hatt en positiv effekt på sysselsettingen blant eldre. Dette gjelder spesielt de som har rett til AFP i privat sektor. Videre har helsenivået blant eldre blitt bedre og holdninger kan være endret i positiv retning, både blant sysselsatte og arbeidsgivere.

Vi vet lite om sysselsettingseffekter av seniorpolitiske tiltak. Det har delvis sammenheng med at det er vanskelig å separere ulike forklaringsfaktorer. En kan imidlertid ikke utelukke at den økte oppmerksomheten om behovet for et mer inkluderende arbeidsliv for seniorene som har kommet i tilknytning til pensjonsreformen og IA-arbeidet kan ligge bak de tydelige holdningsendringene som er registrert. Ifølge seniorpolitisk barometer har arbeidstakerne fått langt mer positive holdninger til å stå lenge i arbeid i løpet av de senere årene, og også blant arbeidsgivere er det registrert bedring.

2. Innledning

I henhold til IA-avtalen av 24. februar 2010 er det etablert en egen faggruppe for å styrke oppfølgingen av IA-avtalen. Faggruppens mandat er å drøfte utviklingen i IA-målene, økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken på disse områdene og metodiske spørsmål i den forbindelse. Herunder skal faggruppen vurdere konsekvenser for tolkningen av utviklingen av konjunktursvingninger, utviklingen i samlet sysselsetting og endringer i sammensetningen av sysselsettingen som endringer i andelen seniorer og andelen kvinner.

Faggruppen har ansvar for å rapportere til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd om status og utviklingstrekk for IA-målene. Denne rapporten er faggruppens sjette rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2014.

Faggruppen ledes av Arbeids- og sosialdepartementet. I faggruppen deltar arbeidsgiverorganisasjonene NHO, KS, Spekter og Virke og arbeidstakerorganisasjonene ved LO, Unio, YS og Akademikerne. I tillegg deltar Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeidstilsynet og Finansdepartementet. Statistisk sentralbyrå er tilknyttet faggruppen.

3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

I IA-avtalen av 24. februar 2010¹⁰ heter det at IA-avtalens overordnede mål er: å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

I IA-avtalen av 24. februar 2010 heter det også at de tre delmålene på nasjonalt nivå videreføres. De tre delmålene er:

Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent.

Delmål 2: Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne. De konkrete målene fra tidligere tilleggsavtaler videreføres.

I tillegg av 15. mai 2007 til Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 2006–2009 er følgende måleindikatorer lagt til i vurderingen av om delmål 2 er nådd:

- a) Redusere andel personer som går fra arbeid til passive ytelser. Måleindikatoren er andelen personer som har brukt 13 uker eller mer av sykepengeperioden og som er tilbake i arbeid fire uker etter dette. Det er et mål at andelen som er tilbake i arbeid er over 70 pst.
- b) Øke andelen langtidssykmeldte som starter opp yrkesrettet (ekstern) attføring i sykmeldingsperioden. Måleindikatoren er andel avsluttede sykepengetilfeller som har påbegynt yrkesrettet attføring i sykepengeperioden. Det er et mål at andelen er minst 2,0 pst.
- c) Øke andelen med redusert funksjonsevne som går fra en trygdeytelse og over til arbeid. Måleindikatoren er andel personer på helserelaterte ytelser (rehabilitering, yrkesrettet attføring og uføreytelser, fra mars 2010 arbeidsavklaringspenger og uførepensjon) som går til arbeid. Det er et mål at andelen økes til 45 pst.

Delmål 3: Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder. Med dette menes en økning sammenliknet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år).

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

I tillegg til ny IA-avtale ble det 24. februar 2010 undertegnet en egen protokoll med en rekke tiltak for raskere og tettere oppfølging av sykmeldte. Dette er bl.a. fulgt opp gjennom endringer i arbeidsmiljøloven og folketrykkløven fra 1. juli 2011, som innebærer tidligere og tettere oppfølging og skjerpede sanksjoner ved manglende etterlevelse av reglene. Det er også satt i verk særskilte tiltak rettet mot sykmelder, herunder faglige veiledere, og systematisk tilbakemelding om egen sykmeldingspraksis. Partene var i protokollen enige om at det er et mål at flere skal få gradert sykmelding ved sykdom.

¹⁰Vi rapporterer på utviklingen frem til utgangen av 2013 i denne rapporten, og forholder oss derfor til den da gjeldende IA-avtalen. Det ble inngått ny fireårig Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014.

4. Overordnet mål: mer inkluderende arbeidsliv

IA-avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. I dette kapittelet diskuteres først hvilke indikatorer som er best egnet til å belyse måloppnåelsen på dette overordnede punktet. To indikatorer er valgt; i) sysselsettingsandel og ii) tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Deretter presenteres utviklingen i sysselsettingen og i omfanget av helserelaterte ytelser gitt ved disse indikatorene.

4.1 IA-avtalens mål

IA-avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Det er ikke enkelt å finne én enkelt indikator som er dekkende for IA-avtalens overordnede mål. Faggruppen har valgt å legge vekt på utvikling i de to indikatorene i) sysselsettingsandel og ii) tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser, se omtalen i boks 1.

Presiseringer og problematiseringer

Inkluderingen i arbeidslivet tilnærmes med sysselsettingsandelen. Sysselsettingsandelen viser hvor stor andel av befolkningen i en gitt aldersgruppe som er i arbeid. Sysselsettingsandelen framkommer som antall sysselsatte dividert på befolkningen, i en gitt aldersgruppe.

Personer utenfor arbeidslivet belyses med indikatoren tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Denne indikatoren måler omfanget av tapte årsverk på et gitt tidspunkt, men sier ikke noe om de som er utenfor arbeidslivet har denne statusen midlertidig eller varig.

4.2 Nærmere om utviklingen i sysselsettingen

Sysselsettingsandelen varierer over tid. Den kortsiktige fluktuasjonen henger sammen med økonomiske konjunkturer. Den langsiktige trenden skyldes endrede strukturer.

Sysselsettingsandelen i aldersgruppen 15 – 66 år er redusert fra 2001 til 2013 med 1,6 prosentpoeng, se tabell 1. I 2013 var nivået 3 prosentpoeng under det rekordhøye nivået i 2008.

Tabell 1 Sysselsatte som andel av befolkningen fra 15 til 66 år. Årsgjennomsnitt 2001–2013¹¹. Prosent.

Prosent	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I alt	75,6	75,2	73,9	73,6	73,2	74,4	75,9	77,0	75,4	74,2	74,0	74,4	74,0
Menn	79,2	78,5	76,9	76,5	76,3	77,5	78,7	79,6	77,4	76,3	76,0	76,5	76,1
Kvinner	71,9	71,9	70,9	70,6	69,9	71,1	73,0	74,2	73,2	72,0	71,8	72,2	71,9
15-24 år	55,5	56,1	54,2	53,4	52,0	53,1	55,1	58,0	53,2	52,0	51,4	52,6	52,4
25-39 år	84,8	84,2	82,1	82,3	82,3	84,0	85,7	86,7	85,9	84,0	84,0	83,7	83,1
40-54 år	85,8	85,1	84,2	84,1	84,3	84,9	85,9	86,9	86,1	85,4	85,3	85,5	85,1
55-61 år	73,4	73,9	74,1	72,7	72,9	74,7	76,0	76,9	76,9	77,2	78,2	77,6	77,3
62-66 år	36,8	36,3	37,0	38,2	37,1	39,8	44,1	44,0	44,6	44,2	43,3	46,6	47,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå

¹¹ I 2006 fant det sted en større omlegging av SSBs arbeidskraftsundersøkelse. Dette er det korrigert for i tabellen slik at tallene før og etter 2006 er sammenliknbare. En mer detaljert alders- og kjønnsfordeling er med i sin helhet, finnes i vedlegg 3, tabell 14.

Boks 1 – Valg av indikatorer for et mer inkluderende arbeidsliv

Overordnet kan en si at en får et mer inkluderende arbeidsliv dersom andelen av befolkningen som er i arbeid av et visst omfang går opp. Det kan for eksempel skje gjennom at:

- Andelen mottakere av helserelaterte ytelser går ned og dette motsvares av at økt andel er i jobb.
- En større andel med nedsatt arbeidsevne får jobb, ev. utvider graden av arbeid.
- Andelen med langvarig sykefravær eller langvarig arbeidsledighet går ned. Det må ses i sammenheng med at risikoen for varig frafall fra arbeidslivet øker ved langvarig sykefravær og langvarig arbeidsledighet.

Andelen av befolkningen som er sysselsatt er en indikator som mer direkte fanger opp andelen som er inkludert i arbeidslivet. Tallserien fanger opp personer som er i jobb eller som er midlertidig fraværende bl.a. pga. sykdom, eller deltar på sysselsettingstiltak med lønn fra arbeidsgiver. Indikatoren sier ikke noe om stillingsgrad eller arbeidsintensitet. Sysselsatte og befolkningen er avgrenset til de som ifølge Det sentrale folkeregisteret er registrert som bosatt i Norge, det vil si forventes å oppholde seg minst seks måneder i landet.

Indikatoren *tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser* tar hensyn til at mange har graderte ytelser og hvor stor andel av året man mottar en ytelse. En får også korrigert for at noen kan være mottakere av flere ytelser. Når en måler tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen, får en dessuten tatt hensyn til befolkningens størrelse. Indikatoren gir et teknisk anslag på mulig økning i utførte årsverk dersom mottakere av helserelaterte ytelser i stedet hadde arbeidet. Tallene gir et mål på en teoretisk arbeidskraftsreserve, og må ikke tolkes som at det er realistisk at alle skal jobbe heltid. Indikatoren gir likevel nyttig informasjon, jf. nærmere omtale i teksten senere.

Indikatoren kan imidlertid gi et feilaktig inntrykk av at arbeidslivet er mer inkluderende, dersom nedgang i mottakere av helserelaterte ytelser har sitt motstykke i at flere i stedet mottar økonomisk sosialhjelp, dagpenger under arbeidsløshet eller på andre måter fortsetter å stå uønsket utenfor arbeidslivet.

Dersom befolkningssammensetningen endres – for eksempel ved at andelen eldre øker – vil dette kunne bli oppfattet som at arbeidslivet er blitt mindre inkluderende når de to valgte indikatorene legges til grunn. Det skyldes at eldre har lavere sysselsettingsandel og høyere andel mottakere av helserelaterte ytelser enn gjennomsnittsbefolkningen. En måte å få rensset for demografiske effekter er å lage alders- og kjønnskorrigerte serier. En annen måte er å presentere utviklingen for enkelte demografiske grupper. Endret utdanningssammensetning og endret befolkningsvekst som følge av høyere innvandring påvirker også tolkningen av resultatene.

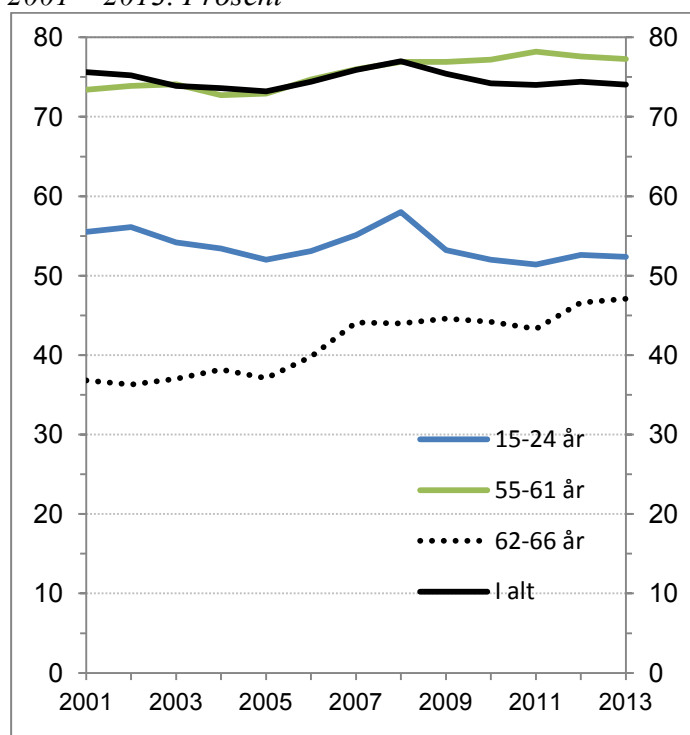
I følge nasjonalregnskapet økte antall sysselsatte personer med 33 000 fra 2012 til 2013. Økningen i befolkningen er enda større. Dermed reduseres sysselsettingsandelen. Sysselsettingsandelen er redusert i fire av de fem siste årene. Reduksjonen i sysselsettingsandelen etter 2008 skyldes kombinasjonen av høy befolkningsvekst, bare moderat etterspørsel etter arbeidskraft og flere eldre i arbeidsstyrken. Det er særlig lavere sysselsetting blant ungdom som trekker den samlede sysselsettingsandelen nedover. Sysselsettingen øker blant personer over 50 år.

Endret alderssammensetning og befolkningsvekst bidrar isolert sett til nedgang i sysselsettingsandelen også i IA-perioden. I IA-perioden sett under ett er det blant menn under 55 år at sysselsettingsandelen har gått ned. Denne gruppen utgjør en stor andel av de sysselsatte, og bidrar til at den samlede sysselsettingen har gått ned i perioden. For kvinner var den samlede sysselsettingsandelen i 2013 identisk med nivået i 2001.

Det har gjennomgående vært god utvikling blant seniorene i IA-perioden, se diskusjon under delmål 3. Andelen i jobb blant 55 – 61-åringer økte med 3,6 prosentpoeng, andelen i jobb blant 62 – 66-åringer økte med 10,3 prosentpoeng. Til sammenligning har sysselsettingsandelen i hele befolkningen (15 – 66 år) blitt redusert med 1,6 prosentpoeng i denne perioden. Den gode utviklingen er reflektert i at andelen uførepensjonister de senere årene har gått ned i eldre aldersgrupper, særlig blant menn.

Sysselsettingsandelen har i IA-perioden gått mest ned i aldersgruppen 15–24 år (3,1 prosentpoeng) og reduksjonen har vært aller størst blant unge menn. Nedgangen har først og fremst skjedd etter finanskrisen i 2008. Nedgangen i denne perioden må ses i sammenheng med økt overgang til utdanning, at færre unge kombinerer studier med deltidsjobb og flere unge er registrert med nedsatt arbeidsevne. I tillegg har flere unge blitt arbeidsledige. Samtidig har det gjennom 2000-tallet vært en økning i andelen unge mottakere av uførepensjon og midlertidige ytelser.

Figur 4 Sysselsatte som andel av befolkningen for utvalgte aldersgrupper. Årsgjennomsnitt 2001 – 2013. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Norge er blant de landene i Europa med høyest innvandring. En betydelig andel av innvandringen er arbeidsinnvandring. Det er først og fremst i aldersgruppen 20–39 år, men i noen grad også blant 40–54-åringene, at det har vært betydelig befolkningstilvekst gjennom arbeidsinnvandring. Ny forskning antyder at den høye arbeidsinnvandringen har medført noe

fortrengning på arbeidsmarkedet av følgende tre grupper: i) ungdom, ii) tidligere ankomne innvandrere og iii) norskfødte med lav kompetanse.¹²

4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelaterte ytelsene

I dette avsnittet ser vi nærmere på utviklingen i de helserelaterte ytelsene, og illustrerer dette med tre metoder for å måle utviklingen. Vi begynner med å presentere antall og andel mottakere av helserelaterte ytelser justert for dobbelttelling. Videre presenterer vi et estimat på antall og andel tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Til slutt ser vi på hva endringer i alderssammensetningen og arbeidsinnvandringen betyr for mottak av helserelaterte ytelser.

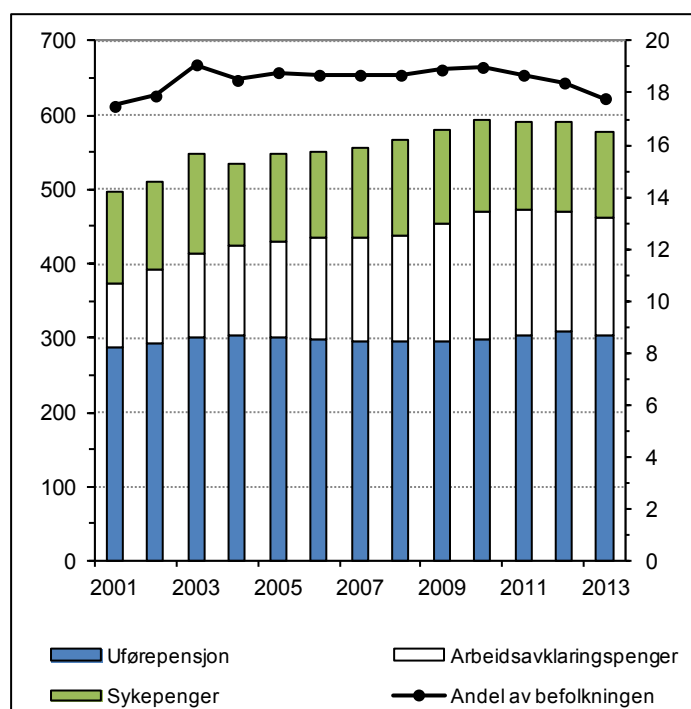
Mottakere av helserelaterte ytelser

Figur 5 viser utviklingen i både antall personer som mottok helserelaterte ytelser fra 2001 til 2013 og som andel av befolkningen. Utviklingen i antallet mottakere av helserelaterte ytelser reflekterer ikke nødvendigvis utviklingen i antallet personer som står utenfor arbeidslivet. Mange av personene har tilknytning til arbeidslivet. De aller fleste mottakere av sykepengar har (med svært få unntak) et arbeidsforhold. Mange har graderte ytelser og jobber samtidig deltid. Også personer som har fulle ytelser, for eksempel full uførepensjon og jobber opp til 1 G, kan ha delvis tilknytning til arbeidslivet. I figuren er det korrigert for at flere kan motta mer enn én ytelse samtidig. Se for øvrig nærmere drøfting av inkluderingsutfordringen i boks 1.

Antall mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen i alderen 18 til 66 år økte fra 17,5 prosent i 2001 til 19,1 prosent i 2003. Andelen varierte mellom 18,5 og 19,0 prosent i perioden 2004–2010. De siste tre årene har andelen blitt redusert med om lag 1,2 prosentpoeng. Antall mottakere av de helserelaterte ytelsene har økt fra i underkant av 500 000 i 2001 til om lag 578 000 i 2013. Antallet har økt i perioden 2001–2010, med unntak av en nedgang fra 2003 til 2004. I perioden 2011–2013 har antallet blitt redusert med om lag 16 000 mottakere.

¹² B. Bratsberg og O. Raaum: "Migrasjonsstrømmenes påvirkning på lønns- og arbeidsvilkår", Samfunnsøkonomen nr. 3 2013

Figur 5 Antall mottakere av sykepenger, arbeidsavklaringspenger¹³ og uførepensjon (venstre akse) og mottakere av disse ytelsene som andel av befolkningen mellom 18–66 år (høyre akse), justert for dobbelttelling. Tall ved utgangen av året 2001–2013. Antall i tusen. Andel i prosent.¹⁴



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser

Mange som mottar helserelaterte ytelser har tilknytning til arbeidslivet. Dette er nærmere belyst i boks 4 på side 62. Figur 6 tar hensyn til at mange mottakere av helserelaterte ytelser også er sysselsatt. Figuren viser et estimat på utviklingen i antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser beregnet av Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹⁵ Med tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser menes her hvor mange ekstra årsverk det ville utgjort dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, mottok arbeidsavklaringspenger¹⁶ eller uførepensjon i stedet hadde arbeidet. De tapte årsverkene beregnes ved at det tas hensyn til hvor stor andel av en full ytelse hver person mottar, og hvor stor andel av året personen mottar denne ytelsen. Tallene gir mål på en teoretisk arbeidskraftsreserve, og må ikke tolkes som et mål om at alle skal i arbeid eller øke sin yrkesaktivitet.

I gjennomsnitt for 2013 gikk 528 000 årsverk ”tapt” knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Dette er en nedgang på om lag 4 6000 årsverk, eller 0,9 prosent, sammenliknet med

¹³ Det som tidligere het attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad er i figuren slått sammen til arbeidsavklaringspenger.

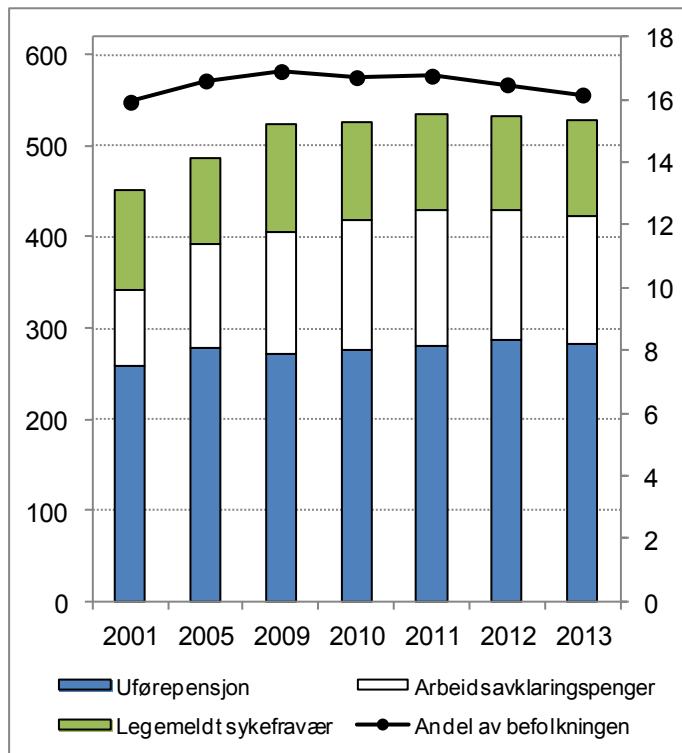
¹⁴ Foreløpige tall for 2013

¹⁵ Se Furuberg m.fl. (2011) for nærmere dokumentasjon bak beregningene.

¹⁶ Gruppen med arbeidsavklaringspenger har endret seg i perioden. I 2001 består gruppen av mottakere av rehabiliteringspenger og attføringspenger. I 2005 og 2009 består gruppen av mottakere av tidsbegrenset uførestønad, rehabiliteringspenger og attføringspenger. I 2010 inneholder gruppen mottakere av tidsbegrenset uførestønad, rehabiliteringspenger og attføringspenger før mars 2010, og mottakere av arbeidsavklaringspenger etter mars.

2012. Sammenliknet med 2001 har antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser økt med om lag 76 000, eller 17 prosent. Antall årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser tilsvarte i 2013 16,2 prosent av befolkningen i alderen 18–66 år, se figur 6. Andelen mottakere blant befolkningen er redusert med 0,3 prosentpoeng fra 2012, mens det har vært en økning på 0,3 prosentpoeng sammenliknet med 2001.

Figur 6 Estimert på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser (venstre akse) og som andel av befolkningen 18–66 år (høyre akse). Antall i tusen. Andel i prosent. Årsgjennomsnitt 2001, 2005 og 2009–2013.

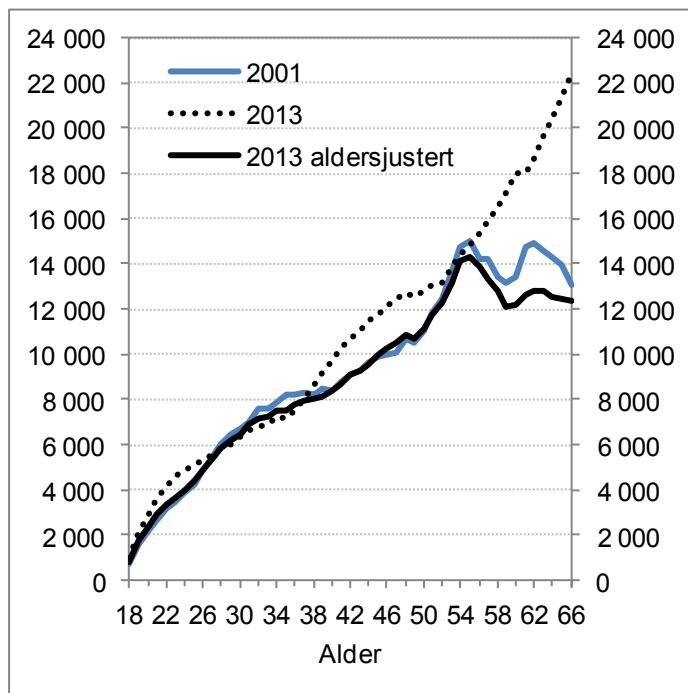


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Mottak av helserelaterte ytelser varierer med alder og kjønn. Tapte årsverk knyttet til helserelaterte ytelser må derfor ventes å variere ikke bare med befolkningens størrelse, men også som følge av endret befolkningssammensetning, jf. omtale nedenfor. Videre vil utviklingen også være påvirket av at det i perioden har vært en sterk befolkningsvekst blant annet som følge av stor innvandring.

Den faktiske økningen i tapte årsverk fra 2001 til 2013 må altså blant annet ses i sammenheng med at befolkningen i yrkesaktiv alder har blitt eldre. Dersom befolkningen ikke hadde endret seg fra 2001 til 2013, ville det vært en nedgang på om lag 16 000 personer eller 3,5 prosent i tapte årsverk i denne perioden. Den faktiske utviklingen i aldersspesifikke rater er da lagt til grunn. Figur 7 viser dette alderstrinn for alderstrinn og det framgår at utviklingen varierer mellom aldersgruppene. Reduksjonen har særlig funnet sted blant befolkningen over 53 år, mens vi har sett en svak økning blant befolkningen mellom 18 og 25 år, og blant befolkningen mellom 40 og 50 år.

Figur 7 Estimert på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i alderen 18–66 år. Faktiske tall for 2001 og 2013, og tall for 2013 aldersjustert med utgangspunkt i 2001-befolkningen¹⁷.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Betydningen av demografiske endringer for mottak av helserelaterte ytelser

Mottak av helserelaterte ytelser varierer med alder og kjønn. Antall mottakere av helserelaterte ytelser må derfor ventes å variere ikke bare med befolkningens størrelse, men også som følge av endret befolkningssammensetning. Siden den første IA-avtalen ble signert i 2001 har den demografiske utviklingen bl.a. vært kjennetegnet av at andelen eldre har økt.¹⁸ I tillegg har en kraftig innvandring siden 2004–2005 bidratt til sterk økning i befolkningen i yrkesaktiv alder og til vridninger i alderssammensetningen

Fjorårets rapport fra faggruppen drøftet endringer i alderssammensetning og arbeidsinnvandringens betydning for utviklingen i mottak av helserelaterte ytelser i perioden 1992–2012. Hensikten med analysen var å undersøke i hvilken grad endringer i alders- og kjønnssammensetning har hatt betydning for utviklingen i mottak av helserelaterte ytelser, samt om den sterke arbeidsinnvandringen siden siste halvdel av 2000-tallet kan ha dempet en underliggende økende trend i mottak av helserelaterte ytelser i den øvrige befolkningen.

I perioden 1992–2003 var det en sterk vekst i andelen av befolkningen som mottok helserelaterte ytelser. Endringer i alderssammensetningen i befolkningen ser ut til å forklare en mindre andel av denne veksten. I perioden 2004–2010 var det en utflating i andelen mottakere, og deretter en reduksjon i årene 2011–2013 (se figur 5). Denne utflatingen og nedgangen kom på tross av at alderssammensetningen isolert sett trakk i retning av en økning

¹⁷ Den sorte heltrukne linjen viser en beregning av antall tapte årsverk hvor vi setter befolkningen i hver ettårige aldersgruppe til 2001-nivå, og multipliserer dette antallet med andelen tapte årsverk i 2013 for hver (ettårige) aldersgruppe. Det beregnede antall tapte årsverk er et uttrykk for tapte årsverk korrigert for endringer i befolkningssammensetningen. Se Furuberg m.fl. (2011) for nærmere dokumentasjon bak beregningene.

¹⁸ Med "eldre" menes her andelen eldre i aldersgruppen 18–67 år.

i andelen mottakere av helserelaterte ytelser. Det ser dermed ut til at andre forhold enn alderssammensetningen i befolkningen har bidratt til de store endringene i mottak av helserelaterte ytelser de siste 20 årene.

Bosatte uten norsk statsborgerskap har en lavere andel mottakere av helserelaterte ytelser enn norske statsborgere. Arbeidsinnvandringen siden 2005 har dermed bidratt til en lavere andel mottakere av helserelaterte ytelser på kort sikt. Blant norske statsborgere har andelen mottakere av helserelaterte ytelser økt i perioden 2004–2012. Samtidig har det i perioden vært en om lag uendret andel mottakere av helserelaterte ytelser blant norske statsborgere når det korrigeres for alderssammensetningen i denne undergruppen.

4.4 Oppsummering

I 2013 var 74,0 prosent i alderen 15–66 år sysselsatt. Det var 1,6 prosentpoeng lavere enn i 2001. Sysselsettingsandelen ble kraftig redusert i etterkant av finanskrisen i 2008 og sysselsettingsandelen er redusert i fire av fem år etter 2008.

Nedgangen i sysselsettingsandelene siste år har kommet blant begge kjønn i alle aldersgrupper under 62 år. I aldersgruppen 62–66 år fortsetter sysselsetting å øke. I IA-perioden har vært størst nedgang blant unge, mens det har vært god økning blant seniorene, særlig i aldersgruppen 62–66 år. Utviklingen har gjennomgående vært svakere blant menn enn kvinner, med unntak for aldersgruppen 62–66.

Det er særlig tre forhold som har bidratt til den svake utviklingen i sysselsettingsandelen etter 2008: Svakere konjunkturer (moderat etterspørsel etter arbeidskraft), endret alderssammensetning i befolkningen (flere eldre) og høy befolkningsvekst (drevet av høy arbeidsinnvandring).

Innvandringen påvirker både alderssammensetningen og sysselsettingsandelen innen hver aldersgruppe. Aldersfordelingen og lavere bruk av helserelaterte ytelser på kort sikt blant innvandrere tilsier at andelen mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen er lavere enn den ville vært uten den høye arbeidsinnvandringen de siste årene.¹⁹

I 2013 gikk 526 000 årsverk ”tapt” knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Tallene gir mål på teoretisk arbeidskraftsreserve og må ikke tolkes som at det er realistisk at alle kommer i arbeid eller kan jobbe mer enn de gjør i dag. Dette er en økning på 74 000 årsverk fra 2001, mens det er en reduksjon på 7000 årsverk fra 2013. Regnet som andel av befolkningen har omfanget økt fra 15,9 prosent i 2001 til 16,1 prosent i 2013. Fra 2012 til 2013 er antall tapte årsverk redusert med 1,3 prosent, og andelen av befolkningen er redusert med 0,4 prosentpoeng. Dersom man korrigerer for utviklingen i alderssammensetningen i befolkningen, har det siden 2001 vært en nedgang både i antall mottakere og som andel av befolkningen. Sterk innvandring har også påvirket utviklingen i denne perioden.

¹⁹ Samtidig som det er lavere bruk av helserelaterte ytelser blant bosatte uten norsk statsborgerskap, observerer vi at innvandrerguppen har om lag tre ganger så høy arbeidsledighet som innenlandsbefolkningen, og tilhørende høyere bruk av dagpenger.

5. Delmål 1: nedgang i sykefraværet

Delmål 1 er å oppnå en reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Utviklingen i sykefraværet måles ved sykefraværsprosenten (antall tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk). I første del av omtalen av delmål 1 ses det nærmere på sykefraværsutviklingen det siste året. I den andre delen er fokuset på utviklingstrekk i sykefraværet over tid. Faggruppen ser særlig på utviklingen fra 2001 til i dag, dvs. siden den første IA-avtalen ble underskrevet. Her går det nærmere inn på utviklingen og forskjellen i sykefraværet mellom kjønnene og de ulike aldersgruppene, mellom fylker og næringer, og blant de ulike diagnosegruppene. Sykefraværstilfellenes varighet og bruk av gradert sykmelding omtales også.

5.1 Om sykefraværstatistikken

Sykefraværet måles her som tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten). Når vi i rapporten omtaler sykefraværet, menes det sykefraværsprosenten dersom ikke annet er nærmere angitt.

Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeider sesongjusterte sykefraværstall. Det er store sesongmessige svingninger fra kvartal til kvartal. Sesongjusteringen fjerner sesongvariasjonene mellom kvartalene. Og det blir dermed mulig å fange opp trendsifter i sykefraværet tidligere enn når man sammenlikner ujusterte tall med samme kvartal året før. Foreløpig publiseres det kun sesongjusterte tall for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær fordelt på kjønn samt gjennomsnittlig sykmeldingsgrad. Sesongjusterte tall vil alltid bli brukt der slike tidsserier er tilgjengelig. I de sesongjusterte tallene som presenteres i rapporten, er det også justert for svingninger i influensa²⁰. Ettersom utbrudd av influensa kan variere relativt mye fra år til år og fra kvartal til kvartal, og dessuten påvirker sykefraværet nokså mye, gir influensajusterte tall en god beskrivelse av den underliggende utviklingen i fraværet. Der det ikke foreligger sesongjusterte tall foretrekkes årstall. Videre vil faggruppen sammenlikne et kvartal mot tilsvarende kvartal i et foregående år for tallserier der det ikke eksisterer årstall.

Det totale sykefraværet består av legemeldt og egenmeldt fravær. Når det finnes tall for totalt sykefravær, bruker faggruppen det. Data om egenmeldt fravær innhentes i form av utvalgsundersøkelser, mens data om legemeldt fravær registreres hos Arbeids- og velferdsetaten på grunnlag av sykmeldinger. De fleste tallseriene som finnes for sykefravær, gjelder derfor legemeldt sykefravær. Det legemeldte fraværet utgjør om lag 85 prosent av det totale fraværet.

5.2 Sykefraværsutviklingen siste år

Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2013 6,4 prosent. Fraværet holdt seg stabilt det siste kvartalet i 2013. Året sett under ett var det nedgang de tre første kvartalene, før nedgangen flatet ut. Fraværsprosenten for 3. kvartal 2013 er det laveste fraværet siden den første IA-avtalen ble signert i 2001. Sammenlignet med sykefraværet i 2. kvartal 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har det sesong- og

²⁰ Tallene vi bruker for det sesongjusterte fraværet er de samme tallene som SSB og Arbeids- og velferdsetaten på sine nettsider omtaler som "sesong- og influensajusterte tall"

influenasjusterte sykefraværet falt fra 7,2 prosent til 6,4 prosent i 4. kvartal 2013. Dette utgjør en nedgang på 10,8 prosent.

Det totale sesongjusterte fraværet for menn var i 4. kvartal 2013 5,0 prosent, mens kvinners fravær var 8,3 prosent. I løpet av 2013 tangerte menns fravær det laveste nivået (dvs. 4,9 prosent i 2. kvartal 2012) siden den første IA-avtalen ble signert. Den relative forskjellen i sykefraværet mellom kjønnene har variert noe gjennom 2013. Forskjellen i sykefravær mellom kjønnene var i 4. kvartal 2013 på 66 prosent (3,3 prosentpoeng). Sammenliknet med 2. kvartal 2001 er menns fravær redusert med 16,4 prosent, mens kvinners fravær er redusert med 6,6 prosent. Den relative forskjellen mellom kjønnene var 2. kvartal 2001 i underkant av 50 prosent. Forholdet mellom menns og kvinners sykefravær har altså økt siden den første IA-avtalen ble inngått. Store kjønnsforskjeller i sykefraværet ser en også i andre land, se nærmere omtale under ”Kjønn og alder” i avsnitt 5.3.

I 4. kvartal 2013 var det sesongjusterte *legemeldte* sykefraværet 5,5 prosent, mens det sesongjusterte *egenmeldte*²¹ fraværet var 1,0 prosent. Det sesongjusterte *legemeldte* sykefraværet falt med 2,4 prosent fra 4. kvartal 2012 til 4. kvartal 2013. Det totale sesongjusterte sykefraværet falt med 3,2 prosent i denne ettårsperioden.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag gir et uttrykk for omfanget av gradering. Jo lavere denne er, jo høyere er omfanget av gradering. I 4. kvartal 2013 var den sesongjusterte gjennomsnittlige sykmeldingsgraden for legemeldt fravær 82,4 prosent, mens tilsvarende tall for 4. kvartal 2012 var 83,5. Den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden avtok gjennom hele 2013. Og det var en nedgang i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad på 1,4 prosent eller 1,1 prosentpoeng fra 4. kvartal 2012 til 4. kvartal 2013. Gradert sykefravær omtales nærmere under avsnitt 5.3.

Utviklingen i varighet siste år

Sykefraværstatistikken gjelder alt fravær innen hvert kvartal uansett når hvert tilfelle startet eller sluttet. Utviklingen i sykefraværet fra et år til et annet kan i prinsippet forklares ved endringer i antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk, gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per dag. Vi vil her se nærmere på varighet og antall tilfeller i 2012 og 2013.

Tabell 2 nedenfor viser endringer i avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet fra 2012 til 2013 (årsstatistikk). Fra 2012 til 2013 var det en på 1,0 prosent. Det var en reduksjon for alle varighetsgruppene unntatt for fravær på 8-12 uker og 26-52 uker, hvor det var en svak økning. Varighetsgruppen innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager hadde sterkest reduksjon. Det har altså vært en svak økning i de aller lengste fraværene, mens det har vært en reduksjon for de korteste tilfellene.

²¹ Det egenmeldte fraværet gjelder fravær opptil åtte dager for IA-virksomheter, og inntil tre dager for øvrige virksomheter.

Tabell 2 Avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet. Antall og prosentvis endring. Årstall 2012–2013.

	2012	2013	Prosentvis endring 2012–2013
Avsluttede tilfeller i alt	1 426 868	1 412 273	-1,0 %
Hvorav:			
1–16 dager	877 224	862 642	-1,7 %
17 dager–8 uker	287 358	286 825	-0,2 %
8–12 uker	66 053	66 752	1,1 %
12–26 uker	100 657	100 228	-0,4 %
26–52 uker	95 576	95 826	0,3 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

5.3 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid

Hovedtrekk

Tabell 3 viser årstall for utviklingen i totalt og egenmeldt fravær, samt utviklingen i totalt fravær fordelt på kjønn i perioden fra 2001 til 2013. Det siste året har sykefraværet vært stabilt, og den totale årlige sykefraværssraten var både i 2012 og 2013 6,5 prosent. Det totale sykefraværet de tre foregående årene har avtatt på årlig basis. Og siden den første IA-avtalen ble signert i 2001 har det totale årlige fraværet aldri vært lavere enn i 2012 og 2013.

Tabell 3 Totalt sykefravær etter kjønn og egenmeldt fravær i alt. Tapte dagsverk på grunn av sykefravær i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværssprosenten). Årstall 2001–2013.

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

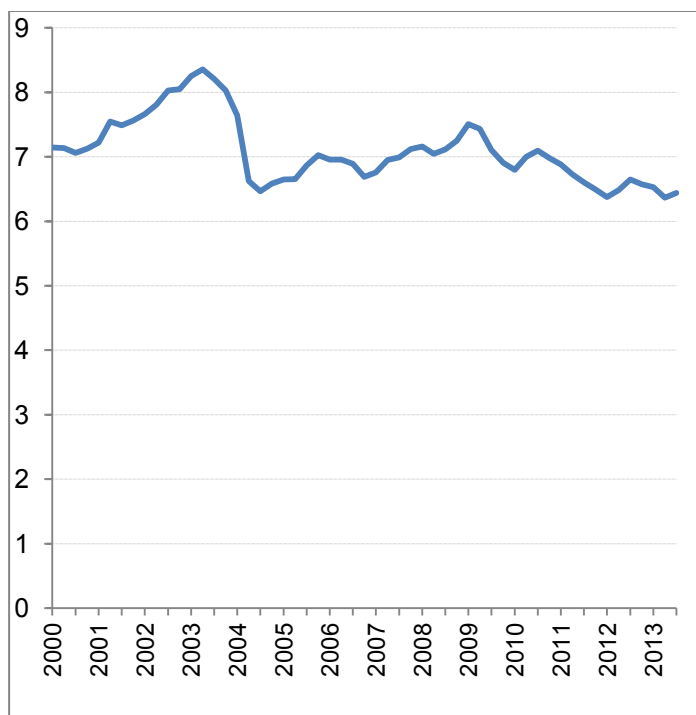
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det årlige totale sykefraværet for menn var 5,0 prosent både i 2012 og 2013, noe som også er det laveste registrerte årlige nivået i IA- avtalens historie. Det årlige totale sykefraværet for kvinner var 8,3 prosent i 2013 og tangerte det laveste nivået (2005) som er registrert siden IA-avtalen ble inngått i 2001.

Tabell 3 viser også at det siden 2001 har vært en økning i det egenmeldte fraværet. I 2001 var det egenmeldte sykefraværet 0,8 prosent, mens det i perioden 2007 til 2013 var stabilt på 1,0

prosent. Det er særlig i næringer dominert av offentlig sektor hvor veksten har vært tydelig. Dette kan være en indikasjon på at økt egenmeldingsperiode som følge av IA-avtalen har hatt betydning siden andelen med økt egenmeldingsperiode har økt mest i offentlig sektor.

Figur 8 Totalt sykefravær. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2013. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 8 viser utviklingen i det sesongjusterte totale sykefraværet fra 2. kvartal 2000 til 4. kvartal 2013²². Figuren viser at i perioden fra 2. kvartal 2000 til 3. kvartal 2003 økte det totale sykefraværet fra 7,1 til 8,4 prosent. Dette tilsvarer en økning på nær 17 prosent. Men fra 4. kvartal 2003 til 4. kvartal 2004 fant det sted en brå og markant nedgang, og det totale fraværet falt med nær 23 prosent. Det er flere forhold som kan ha påvirket utviklingen i sykefraværet i denne perioden. Endret regelverk knyttet til bedre oppfølging av de sykmeldte og strengere krav for å bli sykmeldt i mer enn åtte uker, samt økt bruk av gradert sykemelding, er kanskje de viktigste årsakene til nedgangen i sykefraværet i perioden. Siden 2005 har sykefraværsprosenten vært noenlunde stabil dersom vi ser bort fra første halvdel av 2009 som var en spesiell tid som følge av finanskrisen. For en nærmere omtale av sykefraværet i 2009, se boks 2 i faggruppens rapport 2/2011.

Ifølge tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet var antall sykepengedager utover arbeidsgiver-finansiert periode pr. lønnstaker pr. år justert for sykepengegrad 8,9 både i 2012 og 2013. Det høyest målte antall sykepengedager var i 2003 med 13,2 dager pr. lønnstaker pr. år. Denne indikatoren viste en langvarig og kraftig økning i sykefraværet fra midten av 1990-tallet og frem til 2003, se figur 17 i vedlegg 2.

²² Det foreligger ikke statistikk for sykefraværsprosenten lenger tilbake enn til 2. kvartal 2000.

I hvilken grad konjunktursvinginger har betydning for sykefraværet, er usikkert. Forskningen gir ikke entydige svar på om det er en årsakssammenheng mellom situasjonen på arbeidsmarkedet og sykefraværet, og eventuelt hvordan sammenhengen er. Det vises til nærmere omtale av sykefravær og konjunkturer i boks 3 i faggruppens rapport 2/2011. Utviklingen i sykefraværet påvirkes også av utviklingen i omfanget av mottakere av andre ytelser. En studie fra Frischsenteret (Biørn m.fl., 2010) viser at sykefraværet ville vært høyere dersom færre hadde forlatt arbeidsmarkedet gjennom uførepensjonering eller andre stønader.

Kjønn og alder

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn, og dette gjelder for alle aldersgrupper, se figur 18 og figur 19 i vedlegg 2. Sykefraværet for menn øker med økende alder, unntatt for den eldste aldersgruppen (65–69 år) hvor sysselsettingen er lav. Kvinnens fravær har et noe annet aldersmønster. Kvinner mellom 25 og 44 år har høyere fravær enn de etterfølgende aldersgruppene. Mye av dette fraværet kan relateres til sykdom under svangerskap. Dersom man kun ser på ikke-gravides fravær er kvinners sykefravær likevel høyere enn menns. Svangerskapsplager og -sykdommer alene forklarer altså ikke hvorfor kvinners fravær er høyere enn menns og hvorfor det ikke øker med alder for alle aldersgrupper slik tilfellet er for menn. Ikke-gravide kvinner i alderen fra 35 til 44 år har eksempelvis høyere fravær enn kvinner i alderen 45–49 år. Forskjellen mellom kvinner og menns fravær er størst i aldersgruppen 25–39 år.

Det totale sesongjusterte fraværet er fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2013 redusert med 16,4 prosent blant menn og 6,6 prosent blant kvinner. Det aldersinndelte sykefraværet sesongjusteres ikke, vi bruker derfor det ujusterte legemeldte fraværet. Fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2013 har det vært en nedgang i fraværet i alle aldersgrupper for begge kjønn. Sykefraværet er sterkt redusert blant de eldste og yngste aldersgruppene. Særlig gjelder dette for menn. Fraværet er redusert minst blant kvinner i alderen fra 25 til 44 år.

Mottakere av uførepensjon i aldersgruppen mellom 55–69 år som andel av befolkningen har også blitt redusert siden 2001. Reduksjonen i sykefraværet for de eldste aldersgruppene kan derfor ikke forklares av økt tilstrømming til uførepensjonering, slik at det relativt sett er de friskeste som er igjen på arbeidsmarkedet. Antall AFP-pensjonister som andel av befolkningen mellom 62 og 67 år har ligget stabilt mellom 18 og 19 prosent siden 2001, men har økt noe de siste årene. Reduksjonen i sykefraværet for de eldste aldersgruppene kan derfor kun i svært liten grad forklares av økt tilstrømming til AFP.

Ifølge statistikken var kvinners totale sesongjusterte sykefravær i 2. kvartal 2001 nær 50 prosent (2,9 prosentpoeng) høyere enn menns. Forskjellen har vært økende gjennom hele det siste tiåret, med unntak av i perioden etter finanskrisen da særlig fraværet for menn steg kraftig. I 4. kvartal 2013 var kvinners sykefravær 66 prosent (3,3 prosentpoeng) høyere enn menns. Dersom man ser på det trygdefinansierte sykefraværet²³, har forskjellene mellom menn og kvinners sykefravær også økt kraftig i perioden fra 1989 til 2001. Kjønnforskjellen varierer betydelig mellom ulike næringer, og i noen næringer er kjønnforskjellen redusert fra 2001 til 2013. Dette gjelder særlig innen næringene informasjon og kommunikasjon, private tjenester og industri. Videre har det innen ulike næringer også vært svingninger i kjønnforskjellen gjennom perioden. Tabell 14 i vedlegg 2 viser utviklingen i kjønnforskjellen i det totale sykefraværet i de ulike næringene i perioden 2001 til 2013.

²³ Dvs. sykefravær over 16 dager.

Vanlige forklaringer på kjønnsforskjeller i sykefravær er at de skyldes svangerskapsrelaterte lidelser, andre helseforskjeller, at kvinner lettere oppsøker helsevesenet, at kvinner er utsatt for en dobbel byrde med arbeid og ansvar for barn, og spesielle arbeidsbelastninger i yrker med stor andel kvinner. I NOU 2010: 13 Arbeid for helse (Almlid-utvalget) gjennomgås kunnskapsstatus for kjønnsforskjeller i sykefraværet. Almlid-utvalget konkluderer med at mye av kjønnsforskjellene ikke kan forklares med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap og at mye av årsaken til kjønnsforskjellene i sykefraværet er ukjent. I faggruppens rapport 1/2011 er det en nærmere omtale av mulige forklaringer bak kjønnsforskjeller i sykefraværet. Denne omtalen er basert på konklusjoner fra Almlid-utvalget.

I rapporten fra Almlid-utvalget heter det at svangerskap er en viktig forklaring på kjønnsforskjellene i sykefraværet. Likevel kan kjønnsforskjellene i sykefraværet bare delvis forklares med sykefravær relatert til graviditet. Ifølge Myklebø og Thune (2010) kan nær halvparten av forskjellen mellom menn og kvinner mellom 20–39 år tilskrives sykdom i forbindelse med svangerskap. Ifølge Bye m.fl. (2010) er det indikasjon på at rundt 35 prosent av forskjellen i menn og kvinners legemeldte sykefravær kan tilskrives svangerskapsrelaterte sykdommer.

Forklaringer bak kjønnsforskjeller i sykefraværet er et tema faggruppen har sett nærmere på. I den forbindelse gjennomførte Nasjonalt folkehelseinstitutt etter initiativ fra faggruppen i 2011 et ekspertmøte blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet. En viktig del av oppdraget var å utarbeide en rapport som oppsummerte diskusjonen i møtet. Hovedresultatene fra denne rapporten ble presentert i faggruppens rapport fra 2012. En hovedkonklusjon i rapporten er at det også i andre land er store kjønnsforskjeller i sykefraværet, og at det således er det høye totale sykefraværet i Norge som gjør at vi skiller oss ut, ikke at det er store kjønnsforskjeller. Ifølge rapporten finnes det heller ingen sikre forklaringer på hvorfor sykefraværet er høyere blant kvinner enn menn. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet, og pågående studier antyder at forskjellene heller ikke forklares med kjønnsforskjeller i helseplager. Videre konkluderer rapporten med at ”dobbeltarbeidshypotesen” ikke kan avvises, men at mekanismene bak denne ikke er godt nok forstått. For å forstå disse mente forskerne at man burde undersøke roller, holdninger og identitet²⁴ knyttet til dobbeltarbeidshypotesen.²⁵

Det er publisert ny forskning på kjønnsforskjeller i sykefraværet etter ekspertmøtet i 2011. Dette er blant annet forskning som understreker betydningen av det psykososiale arbeidsmiljøet (se bl.a. Sterud (2014)) og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse (se bl.a. Ose m.fl (2014)). Forskermiljøet står ikke samlet, og det er fortsatt usikkerhet rundt sammenhengen mellom kjønn og sykefravær. Faggruppen vil komme tilbake til denne problemstillingen på et senere tidspunkt.

²⁴ Frisch-senteret har oppdrag på Arbeids- og sosialdepartementet et pågående prosjekt om normer og prioriteringen ved sykefravær som forventes ferdigstilt februar 2015.

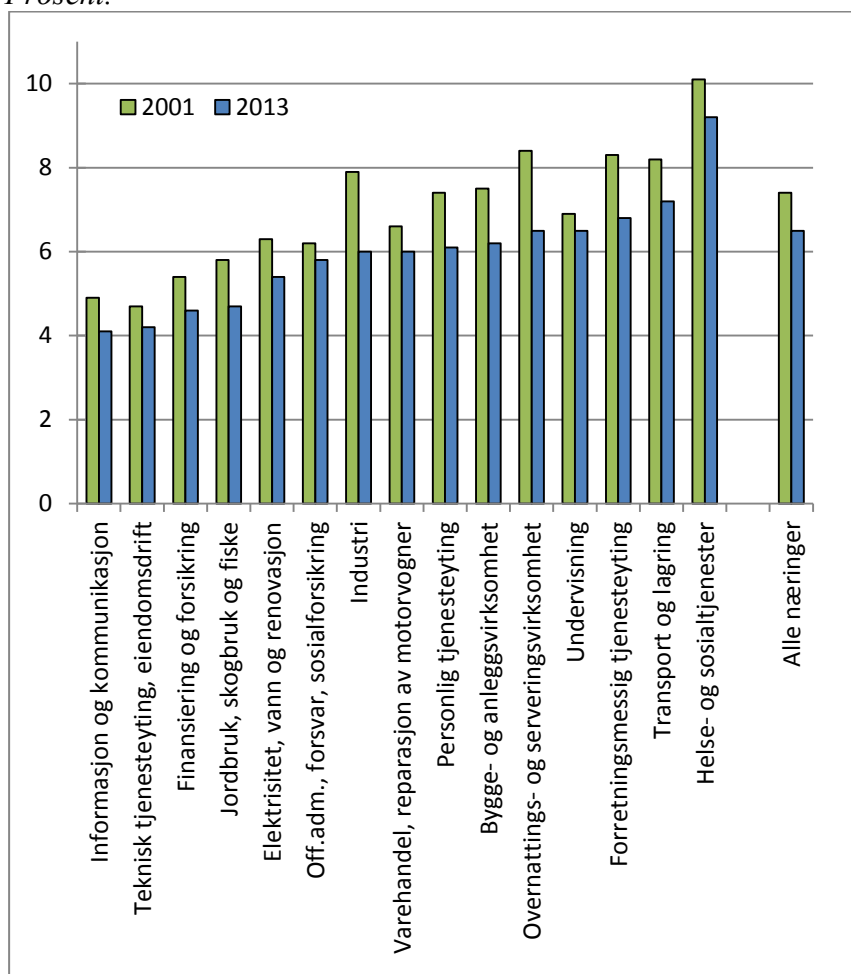
²⁵ Mykletun, A., & Vaage, K. (2012)

Sykefraværsutvikling i ulike næringer

Sykefraværet varierer mellom de ulike næringene. Mulige faktorer som påvirker sykefraværet kan være arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå, strukturelle endringer i sysselsettingen som for eksempel alderssammensetning og kjønnsammensetningen i næringen. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at endringene i alders- og næringsstruktur i liten grad har påvirket det samlede sykefraværet i perioden fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009.

Sykefraværet etter næring var i 2013 klart høyest innen ”helse og sosiale tjenester”. Denne næringen sysselsetter hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker, se tabell 14 i vedlegg 2. At fraværet er høyt i denne næringen kan skyldes både forhold i næringen og kjønnsforskjeller i sykefraværet. Almlid-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010: 13), konkluderer med at hovedforklaringen til det høye sykefraværet og den høye overgangen til andre helserelaterte trygdeytelser for helse- og omsorgssektoren er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenliknet med andre næringer. Selv om Almlid-utvalget peker på at kjønnsammensetningen er den viktigste forklaringen, peker også utvalget på at det er mye som tyder på at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Almlid-rapporten er nærmere omtalt i faggruppens rapport 1/2011.

Figur 9 Totalt sykefravær etter næring. Årstill basert på ujusterte tall, 2001 og 2013. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 9 viser sykefraværet i alle næringene i 2001 og 2013. Både i 2001 og 2013 var helse- og sosialtjenester næringen med klart høyest sykefravær. Sykefraværet var lavest innen ”informasjon og kommunikasjon” i 2013. I perioden fra 2001 til 2013 har den sterkeste nedgangen i det totale sykefraværet funnet sted innen overnattings- og serveringsvirksomhet (-24 %) i industrien (-23 %), og innen jordbruk, skogbruk og fiske (-19 %). Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen også relativt stor, men noe mindre (17-18 prosent). I alle næringene ble det totale sykefraværet i denne perioden redusert, se figur 22 i vedlegg 2. Nedgangen var svakest i næringene ”undervisning” og ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” (begge -6 %).

Figur 23 og figur 24 i vedlegget viser utviklingen i det totale sykefraværet fra 2001 til 2013 for de fem næringene som sysselsetter hhv. flest menn og kvinner. Det totale sykefraværet innen de enkelte næringene har i stor grad fulgt den generelle utviklingen, men endringene fra et år til et annet varierer mellom de ulike næringene. Videre ser vi at helse- og sosialtjenester er den næringen med høyest sykefravær blant kvinner, mens dette ikke er tilfelle blant menn. Disse tallene tar ikke hensyn til at menn og kvinner kan fordele seg ulikt på yrker innen den samme næringen.

Fylkesvise forskjeller

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. De to nordligste fylkene og Østfold hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2013, mens Rogaland, Oslo og Sogn og Fjordane hadde det laveste fraværet. Rogaland og Oslo har i flere år hatt et lavt sykefravær sammenliknet med resten av landet. Se figur 25 i vedlegg 2 for tall for alle fylkene for 4. kvartal 2001 og 2013.

Det er også store fylkesvise forskjeller i endringen i det legemeldte sykefraværet fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2013, se figur 26 i vedlegg 2. I denne perioden avtok sykefraværet mest i Oslo (27 prosent), mens fraværet avtok med over 20 prosent også i Hedmark, Vest-Agder, Telemark, Sør-Trøndelag, Finnmark og Nordland. Aust-Agder hadde den minste nedgangen med en reduksjon på 10,6 prosent. Det er vanskelig å se noe klart mønster i utviklingen i det fylkesvise fraværet, og det er for de fleste fylker ingen klar sammenheng mellom nivået i 2001 og størrelsen på de fylkesvise endringene i perioden fra 2001 til 2013. Oslo er eksempelvis fylket med den høyeste nedgangen i legemeldt fravær i perioden, og var allerede i 2001 blant fylkene med lavest sykefravær.

Faggruppen har tidligere sett nærmere på hva som kan forklare forskjellene mellom fylkene ved å studere to analyser fra Arbeids- og velferdsdirektoratet:

Den ene undersøkelsen²⁶ så på varigheten av legemeldte sykefraværstilfeller etter fylke. Resultatene fra undersøkelsen viste at det er vesentlige forskjeller mellom fylkene både i gjennomsnittlig varighet og median varighet, også når det kontrolleres for forskjeller i kjønns- og alderssammensetningen i fylket. Forskjellene ble ikke mindre selv om man så på enkelt-diagnoser. Undersøkelsen fant også at det er store forskjeller i andelen graderte sykefraværstilfeller mellom fylkene. Undersøkelsen pekte på at en mulig forklaring på forskjellene i sykmeldingspraksisen mellom fylkene kan være forskjeller i næringsfordelingen mellom fylkene.

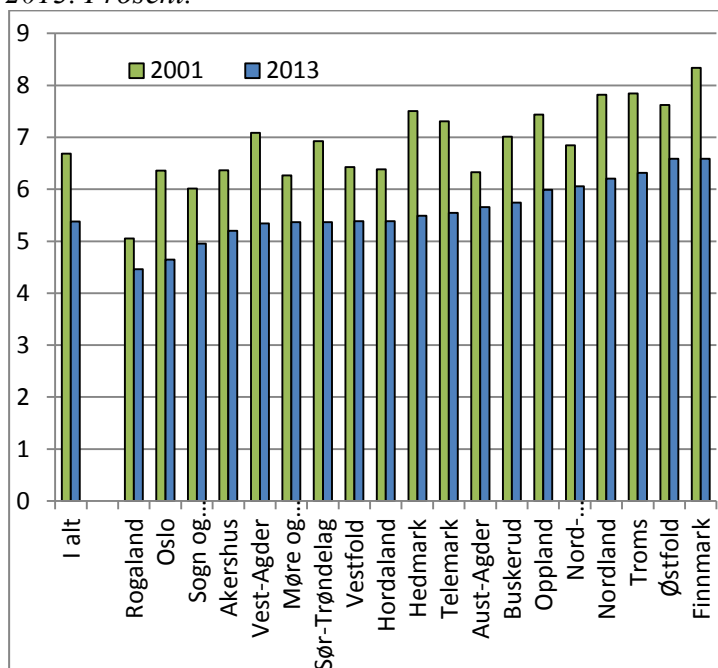
²⁶ Helde m.fl. (2010)

Den andre undersøkelsen²⁷ fra Arbeids- og velferdsdirektoratet gikk et skritt dypere ned i materialet for å belyse om ulik næringsstruktur kunne forklare noe av de fylkesvise forskjellene i sykefraværet. I analysen ses det nærmere på i hvilken grad det også er fylkesvise forskjeller i varigheten blant sykmeldte med *samme* diagnose innen *samme* næring. Effektene av ulik næringsfordeling mellom fylkene ble dermed fjernet. Resultatene viste at forskjellene mellom fylkene faktisk ble større. Det ble også korrigert for forskjeller i alderssammensetning og kjønn i de ulike næringene i de ulike fylkene, men konklusjonene ble selv da ikke endret.

Arbeids- og velferdsdirektoratets funn indikerer at det er forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværsmønstret på fylkesnivå. Siden næringsstrukturen er forskjellig fra fylke til fylke vil dette nødvendigvis ha betydning for det samlede fraværet i fylket, men det gjenstår fortsatt å forklare de store fylkesvise forskjellene i varigheten innen hver enkelt næring.

Andre undersøkelser har blant annet pekt på at ulikt arbeidsmarked og ulikheter i holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe av forskjellene på fylkesnivå. Flere undersøkelser i Norge og Sverige finner indikasjoner på at sykefravær "smitter". I NOU 2010: 13 (Almlid-utvalget) gis det en oppsummering av kunnskap på dette området. Sosiodemografiske forhold og utdanningsnivå kan også være faktorer som har betydning for forskjellene i sykefraværet mellom fylkene. Videre kan forskjeller i kultur, normer og innsats i forhold til sykefravær og administrativ praksis spille en rolle.

Figur 10 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2013. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

²⁷ Helde m.fl. (2011)

Diagnoser

Generelt er diagnosesammensetningen relativt stabil fra ett år til et annet. I 2013 var antall sykefraværsdagsverk grunnet sykdom i luftveien lavere enn vanlig. En nedgang i en diagnosegruppe vil kunne påvirke andelen for den aktuelle diagnosen, men også andelen for andre diagnoser. Selv om antallet tilfeller grunnet for eksempel muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser holder seg konstant, vil andelen øke dersom det er nedgang i andre diagnosegrupper.

Muskel- og skjelettlidelser er den klart største diagnosegruppen med i underkant av 40 prosent av sykefraværsdagsverkene. Den nest største diagnosegruppen er psykiske lidelser med nær 20 prosent av sykefraværsdagsverkene. Likevel har det i perioden fra 2001 til 2013 vært endringer i andelen med muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser og svangerskapssykdommer. Figur 27 i vedlegg 2 viser prosentvis fordeling av legemeldte sykefraværsdagsverk etter diagnose for 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2013. I denne perioden avtok andelen sykefraværsdagsverk mest for muskel- og skjelettlidelser. Videre var økningen størst for diagnosegruppene lettere psykiske lidelser. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

I perioden fra 2000 til 2011 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser med 20 prosent. Ifølge en artikkel fra *Arbeid og velferd*²⁸ er det lite som tyder på at denne økningen skyldes endringer i befolkningens psykiske helse. I perioden var det også omfattende endringer i hvilke psykiske lidelser som var angitt som medisinsk årsak til fravær. Det var en betydelig reduksjon i depressive tilstander, mens lettere psykiske lidelser økte med 145 prosent. I artikkelen vises det til at den kraftige økningen for lettere psykiske lidelser antakelig skyldes en kombinasjon av at legene har endret kodepraksis og en reell vekst i forekomsten av disse lidelsene. Det pekes også på at det kan se ut som at terskelen for sykmelding ved mer forbigående og mindre alvorlige psykiske plager har blitt senket. Når det gjelder å forklare utviklingen der psykiske lidelsers andel av sykefraværet har økt jevnt de siste 15–20 årene, mens andelen for muskel- og skjelettlidelser har gått ned, peker artikkelen på at en mulig årsak kan være lavere krav til fysisk yteevne i arbeidslivet og større krav til sosial funksjon. Videre peker artikkelen på at større åpenhet rundt psykisk sykdom kan være en annen forklaring. Siden økningen er konsentrert om de lettere psykiske lidelsene, og fordi det ikke har vært noen økning i alvorlige psykiske lidelser, peker artikkelen på at dette taler for at alvorlighetsgraden av de psykiske plagene ved sykefravær i snitt ikke har økt.

Når det gjelder økningen for svangerskapssykdommer, kan en medvirkende årsak være at legene har endret kodepraksis i perioden. I en artikkel i *Arbeid og velferd*²⁹ er det vist at andelen av sykmeldte gravide registrert med muskel- og skjelettlidelser ble omtrent halvert fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2006, samtidig som andelen med svangerskapslidelser økte kraftig. Dette kan ha sammenheng med at det fra 1. april 2002 ble mulig for virksomhetene å søke om refusjon av sykepengen i arbeidsgiverperioden for svangerskapsrelatert sykefravær.

Diagnosefordelingen kan måles både i form av tapte dagsverk og antall sykefraværstilfeller. Generelt vil diagnoser som vanligvis fører til kortvarig sykefravær (f.eks. sykdommer i luftveiene) utgjøre en større andel av sykefraværstilfellene enn av sykefraværsdagsverkene. Diagnoser som vanligvis fører til lengre sykefravær (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) vil utgjøre en større andel av dagsverkene enn av tilfellene. Andelen med muskel- og

²⁸ Brage m.fl. (2012)

²⁹ Myklebø (2007)

skjelettlidelser og psykiske lidelser er derfor noe lavere blant sykefraværstilfellene enn blant sykefraværsdagsverkene. Motsatt er også andelen med sykdommer i luftveiene mer enn dobbelt så høy for sykefraværstilfellene enn sykefraværsdagsverkene.

Sykefravær inndelt etter varighet

Tabell 4 viser legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2012 fordelt etter varighet, mens tabell 5 gir tilsvarende fordeling av legemeldte sykefraværsdagsverk. Varigheten er regnet i kalenderdager, og dermed ikke justert for stillingsandel eller sykmeldingsgrad. Tilsvarende tall for 2013 er klare om ett år, siden det er først da alle tilfellene påbegynt i 2013 vil være avsluttet og varigheten kan måles.

I 2012 var 63 prosent av alle påbegynte sykefraværstilfeller innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager, se tabell 5. Videre ble over 80 prosent av tilfellene avsluttet innen åtte uker.

Totalt var det en nedgang på 2,1 prosent i antall sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2012 sammenliknet med 2001. Utviklingen blant de ulike varighetsgrupperingene har vært ulik denne perioden. Det er de korteste tilfellene (opptil åtte uker) som har hatt nedgang, mens de lengre tilfellene (over åtte uker) har økt, se tredje kolonne i tabell 4.

Det normale er at antallet legemeldte sykefraværstilfeller øker over tid som følge av økt sysselsetting og dermed økning i antall avtalte dagsverk. I motsatt retning trekker utvidelsen av egenmeldingsperioden for IA-virksomheter som påvirker varighetsgruppen 1–16 dager. Andelen av tilfellene for varighetsgruppen for 1–16 dager har blitt redusert som følge av dette. I kolonnen lengst til høyre i tabell 5 er det forsøkt å ta hensyn til den økte sysselsettingen i perioden ved å beregne den prosentvise endringen fra 2001 til 2012 i antall tilfeller pr. arbeidstaker fra 2001 til 2012. Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2012, var det en nedgang i antall legemeldte sykefraværstilfeller på vel 15 prosent. Vi ser videre at antall sykefraværstilfeller under åtte uker og over 26 uker er redusert mest. Det har også vært nedgang i antall sykefraværstilfeller mellom 8 og 26 uker.

Tabell 4 Legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2012. Etter varighet.

	Antall tilfeller	Andel av tilfellene	Prosentvis endring antall tilfeller 2001–2012	Prosentvis endr. ant. tilfeller pr. arbeidstaker 2001–2012
I alt	1 280 634	100,0 %	-2,1 %	-15,2 %
1–16 dager	808 124	63,1 %	-4,8 %	-17,6 %
17 dager–8 uker	256 255	20,0 %	-0,7 %	-14,0 %
8–12 uker	56 332	4,4 %	8,3 %	-6,2 %
12–26 uker	81 424	6,4 %	14,8 %	-0,6 %
26–52 uker	78 499	6,1 %	0,9 %	-12,6 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Mens sykefraværstilfeller på inntil 16 dager sto for 63,1 prosent av alle tilfellene som ble påbegynt i 2012, utgjorde de kun 14,0 prosent av de tapte dagsverkene som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2012, se tabell 5. Når man regner i dagsverk er det de lengre tilfellene som veier klart tyngst, og det samme gjelder for sykefraværsprosenten. Tilfeller på over et halvt år utgjorde 6 prosent av de påbegynte sykefraværstilfellene i 2012, men sto for 44,0 prosent av

sykefravær*s*dagsverkene i disse tilfellene. Tilfeller over 8 uker utgjorde nær 70 prosent av dagsverkene, men kun 17 prosent av tilfellene. De som har lange sykefravær bidrar naturlig nok mye til sykefraværet i den perioden de er sykmeldt.

Tabell 5 Tapte dagsverk i legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2012. Etter sykefraværstilfellenes varighet.

	Antall tapte dagsverk	Andel av tapte dagsverk	Prosentvis endring antall tapte dagsverk 2001–2012	Prosentvis endr. ant. tapte dagsverk pr. arbeidstaker 2001–2012
I alt	25 004 506	100,0 %	-5,0 %	-17,7 %
1–16 dager	3 497 896	14,0 %	-8,0 %	-20,3 %
17 dager–8 uker	4 106 646	16,4 %	-9,9 %	-22,0 %
8–12 uker	1 820 766	7,3 %	-7,3 %	-19,7 %
12–26 uker	4 580 411	18,3 %	3,6 %	-10,3 %
26–52 uker	10 998 787	44,0 %	-4,9 %	-17,6 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

I perioden fra 2001 til 2012 ble antall tapte dagsverk redusert med 5,0 prosent, jf. tredje kolonne i tabell 5. Det var en nedgang for alle varighetsgrupper med unntak av varighetsgruppen 12–26 uker.

I likhet med for antall sykefraværstilfeller er det normale at antall tapte dagsverk øker som følge av økt sysselsetting, mens utvidet egenmeldingsperiode for IA-virksomheter trekker i motsatt retning. Utvidet egenmeldingsperiode kan også ha påvirket andelen tapte dagsverk under 16 dager. I kolonnen lengst til høyre i tabell 5 er det søkt å ta hensyn til den økte sysselsettingen i perioden ved å beregne den prosentvise endringen fra 2001 til 2012 i antall tapte dagsverk pr. arbeidstaker fra 2001 til 2012. Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2012, var det en nedgang i antall tapte dagsverk på 17,7 prosent. Fraværet ble redusert for alle varighetsgrupper, men det var antall tapte dagsverk under tolv uker som ble redusert mest.

Sykmeldingsperioden kan makismalt vare 12 måneder i en treårsperiode. En periode på 26 uker sammenhengende som friskmeldt, gir imidlertid rett til nye 12 måneder med sykepenger. I perioden 2001 til 2004 gikk om lag 60 000 personer ut sykepengeperioden på 12 måneder. I perioden etter 2004 ble dette antallet kraftig redusert og lå på rundt 45 000 årlig. De to siste årene er antall personer som går ut sykepengeperioden ytterligere redusert, og i 2012 gikk i overkant av 40 000 personer ut sykepengeperioden. Hvis vi ser på andelen av de som mottar sykepenger som går ut sykepengeperioden (samme år eller året etter), har denne andelen også avtatt i perioden. I perioden før 2004 lå denne andelen på om lag 14–15 prosent, mens den i perioden etter 2004 har ligget på om lag 11–12 prosent.

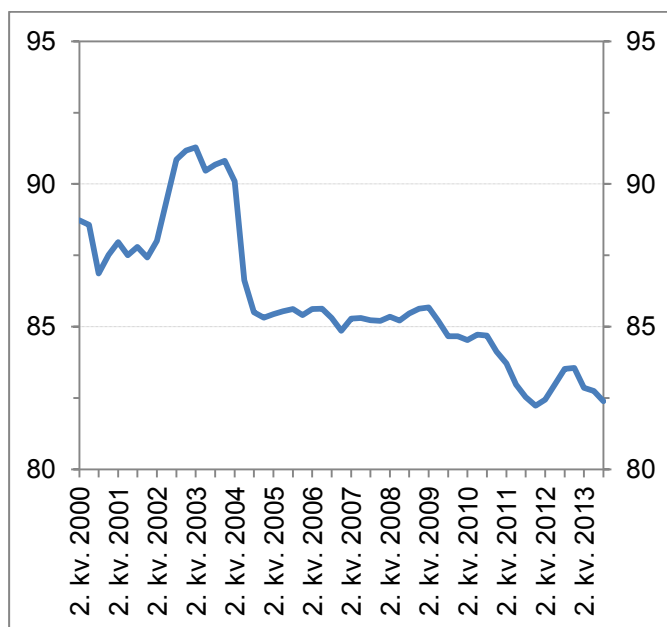
Bruk av gradert sykmelding

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

Det er to alternative måter å måle gradering av sykefraværet på. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk og andel graderte sykefraværstilfeller. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte dagsverk er mindre påvirket av de normale svingningene i sykefraværet og endringer i antall sykefraværstilfeller. I denne rapporten bruker vi indikatoren gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag for å belyse gradering.³⁰

Utviklingen i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er illustrert i figur 11. Jo lavere denne indikatoren er, jo mer er sykefraværet gradert. Figuren viser at det er noen fluktuasjoner i de sesongjusterte tallene, men den underliggende trenden er likevel nedadgående. Figuren viser altså at det har vært en økning i andelen graderte sykmeldinger fra andre halvdel av 2009. Den laveste gjennomsnittlige sykmeldingsgraden i perioden er 1. kvartal 2012 med 82,2 prosent. Ved utgangen av 2013 var den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden 82,4.

Figur 11 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag. Legemeldt sykefravær sesongjustert, 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2013. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Både Arbeids- og velferdsdirektoratet³¹ og Sintef³² har foretatt brede gjennomganger av bruk av gradert sykefravær. Funnene fra disse analysene er gjengitt i faggruppens rapport 2/2011 og i faggruppens rapport fra 2012. I korte trekk viser disse gjennomgangene at omfanget av

³⁰ Dette fordi indikatoren andel graderte sykefraværstilfeller ikke tar hensyn til om det er de korte eller lange tilfellene som oftest er graderte. Videre vil denne indikatoren i perioder med for eksempel mye influensa – alt annet likt – vise at andelen graderinger har gått ned siden influensa svært sjelden graderes. Andre svakheter ved metoden er at den ikke fanger opp om det er forskyvninger mellom antall korte og lange tilfeller, hvor lenge de ”graderte” tilfellene faktisk er graderte og at sykefraværstilfeller som går over flere kvartaler telles med flere ganger. Siden de lange fraværene ofte er graderte blir nivået på indikatoren overvurdert. Indikatoren sier heller ikke noe om hvilken gradering som blir brukt, kun om fraværet er gradert eller ikke. Denne metoden glatter heller ikke ut sesongvariasjoner siden den er basert på ujusterte serier.

³¹ Brage m.fl. (2011)

³² Ose m.fl. (2012)

gradering øker med lengden av sykefraværet, og at det er størst omfang av gradering blant kvinner, blant gravide, blant høyt utdannede og blant ansatte i offentlig sektor.

Sykefraværsutvikling for virksomheter og prioriterte IA-virksomheter

Faggruppen er bedt om å rapportere på sykefraværsutviklingen for virksomheter og prioriterte IA-virksomheter. Det er imidlertid knyttet store utfordringer ved å måle utviklingen i sykefraværet for IA-virksomheter som følge av seleksjon i utvalgene som må analyseres. Derfor er det vanskelig for faggruppen å rapportere på dette punktet. Utviklingen i sykefravær fordelt på næringer, for virksomheter samlet, er presentert tidligere i kapittelet.

Boks 2 Mulige effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen

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

Folkehelseinstituttet ved Arnstein Mykletun var ansvarlig for å gjennomføre og oppsummere møtet i en rapport (ref). Det framgår av rapporten at det er lite foreliggende forskning på feltet. Dette ga seg også utslag i at det blant de inviterte forskerne var flere som takket nei ut fra at de mente at de ikke hadde relevante resultater å presentere. Noen hovedkonklusjoner fra oppsummeringen:

- Møtet konkluderte med at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert sykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet. Det var imidlertid mer usikkerhet i møtet om hvor sterk denne effekten av gradert sykefravær på det totale sykefraværet er.
- Det er generelt lite kunnskap om uønskede effekter av gradert sykmelding. Kostnader og gevinster for bedriftene er generelt ukjente, men må sees i sammenheng med kostnader og gevinster for samfunnet og for den enkelte sykmeldte.
- Når det gjelder andre sentrale tiltak, som tiltak rettet mot sykmelder, tilretteleggingstilskuddet, tjenester fra NAV arbeidslivssenter, Raskere tilbake og oppfølgingsregimet for sykmeldte (herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner) finnes det lite kunnskap om effekter.
- Det er gode forutsetninger for effektevaluering av tiltak i IA avtalen i Norge. Det finnes gode registerdata, disse kan kobles, og det finnes kompetente forskningsmiljø og relevante forskningsprogram. Likevel er det påfallende lite kunnskap om effekten av tiltakene i IA avtalen.

De fleste beslutninger om tiltak har blitt truffet med svakt kunnskapsgrunnlag om effekter av tiltakene. En av mulighetene for å bøte på dette er å iverksette tiltak som utprøving i et begrenset område før tiltaket eventuelt implementeres i full skala. Dette vil kunne gi kunnskap om tiltakets effekt før dette implementeres nasjonalt.

5.4 Måloppnåelse

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i forhold til 2. kvartal 2001. Sykefraværet kan svinge mye fra kvartal til kvartal, bl.a. som følge av sesongsvingninger. Derfor er det ved vurderingen av måloppnåelsen naturlig å legge vekt på sesongjusterte tall for sykefraværet. I 4. kvartal 2013 var det totale sesongjusterte sykefraværet redusert med 10,8 prosent sammenliknet med 2. kvartal 2001. Dersom en vurderer utviklingen over flere år kan en også se på årsgjennomsnitt. Det totale gjennomsnittlige sykefraværet i 2013 var 11,8 prosent lavere enn i 2001.

Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2013 6,4 prosent. De sesongjusterte tallene viser at fraværet holdt seg stabilt de to siste kvartalene i 2013 etter at det hadde vært nedgang de to første kvartalene. Den sesongjusterte gjennomsnittlige sykmeldingsgraden per tapte arbeidsdag viser en nedadgående trend. Jo lavere denne indikatoren er, jo mer er sykefraværet gradert.

Generelt har det vært en nedgang i sykefraværet fra 2001 til 2013 for begge kjønn, alle aldersgrupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen ujevnt fordelt: Siden 2. kvartal 2001 har nedgangen i det sesongjusterte totale fraværet vært sterkere for menn (-16,4 prosent) enn for kvinner (-6,6 prosent). Videre er det legemeldte ujusterte fraværet redusert mest for de yngste (16–24 år) og de eldste aldersgruppene (60–69 år). I denne perioden har nedgangen i fraværet vært klart lavest blant kvinner i alderen 25 til 44 år. Det er videre store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen industrien, overnattings- og serveringsvirksomhet og ”jordbruk, skogbruk og fiske” har det vært nedgang i det årlige totale sykefraværet på 19 prosent eller mer fra 2001 til 2013. Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen betydelig, men noe mindre (17-18 prosent). Næringene undervisning og ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” har hatt den laveste nedgangen i perioden (begge 6 prosent). Oslo og Hedmark har hatt en nedgang på 27 prosent fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2013. I tillegg har fem andre fylker (Vest-Agder, Telemark, Sør-Trøndelag, Finnmark og Nordland) hatt en nedgang på over 20 prosent siden den første IA-avtalen ble inngått. Blant fylkene er det Aust-Agder og Nord-Trøndelag som har hatt den laveste nedgangen (hhv 10,6 og 11, 6 prosent).

6. Delmål 2: økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne

Delmål 2 er å øke sysselsettingen av personer med redusert funksjonsevne. Dette omfatter både å hindre frafall av personer med redusert funksjonsevne som er i arbeid, samt å få flere som står utenfor arbeidslivet i eller tilbake i jobb. Begrepet redusert funksjonsevne i IA-avtalen eksisterer ikke i offisiell statistikk. I Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse benyttes begrepet funksjonshemmede, i Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk benyttes begrepet nedsatt arbeidsevne. Definisjonene av disse to begrepene overlapper, men er ikke sammenfallende. SSBs tall er basert på selvrapportert funksjonshemming, uavhengig av om en mottar en ytelse eller ikke. Arbeids- og velferdsdirektoratets tall er basert på registrert statistikk over personer med krav om bistand.

Det er et begrenset tallmateriale til rådighet for analyse av måloppnåelsen knyttet til delmål 2. Tilgjengelig statistikk omfatter tilleggsundersøkelsen til arbeidskraftundersøkelsen fra 2. kvartal 2013, uføretall ved utgangen av desember 2013, utviklingen i antall personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk og andelen som går fra henholdsvis sykefravær til arbeid og fra trygd til arbeid.

Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse har opplysninger om antall funksjonshemmede som oppgir at de er sysselsatte. Disse tallene benyttes i faggruppens rapport for å beskrive utviklingen over tid i yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Undersøkelsen gjennomføres en gang årlig, og i denne rapporten presenteres tall for undersøkelsen fra 2. kvartal 2013.

I 2010 ble ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad erstattet av arbeidsavklaringspenger. I tillegg ble arbeidsevnevurdering innført som ny arbeidsmetodikk i arbeids- og velferdsforvaltningen. Siktemålet er å styrke forvaltningens oppfølging av personer som har fått redusert sin arbeidsevne, og å gi den enkelte økte muligheter for å komme tilbake til arbeidslivet. Innføring av arbeidsavklaringspenger medførte en omlegging av statistikken for personer med nedsatt arbeidsevne som gjør at det fremdeles er vanskelig å tolke utviklingen. Vi vil med tiden kunne si mer om betydningen av arbeids- og velferdsforvaltningens nye oppfølgingsregime overfor gruppen med nedsatt arbeidsevne, herunder tilknytning til arbeidslivet.

6.1 Innledning

IA-avtalens delmål 2 er knyttet til sysselsetting blant personer med redusert funksjonsevne. Flere tilnærminger kan benyttes for å måle antall personer med redusert funksjonsevne. Én metode er å måle antallet som selv anser at de har en redusert funksjonsevne. En annen metode er å måle antallet som får oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten som følge av redusert funksjonsevne. Det finnes imidlertid ikke statistikk for personer med ”redusert funksjonsevne”, siden verken Statistisk sentralbyrå eller Arbeids- og velferdsdirektoratet benytter denne betegnelsen. Hva ”redusert funksjonsevne” innebærer, er nærmere forklart nedenfor. I tillegg ble det i boks 2 i faggruppens rapport 1/2011 gitt en oversikt over ulike begrepsbruk som ofte benyttes ved omtale av delmål 2. I dette kapitlet presenteres utviklingen i sysselsettingen blant personer med redusert funksjonsevne basert på henholdsvis Statistisk sentralbyrås (SSBs) arbeidskraftundersøkelse og Arbeids- og velferdsdirektoratets registerstatistikk.

6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne

Statistisk sentralbyrås statistikk over funksjonshemmede

Årlig gjennomfører SSB en tilleggsundersøkelse til arbeidskraftundersøkelsen (AKU) om situasjonen til funksjonshemmede i arbeidsmarkedet. SSBs definisjon av funksjonshemming framgår av det innledende spørsmålet i tilleggsundersøkelsen til AKU: ”Med funksjonshemming menes fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være sterkt nedsatt syn eller hørsel, lese- og skrivevansker, bevegelseshemminger, hjerte- eller lungeproblemer, psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser eller annet. Har du etter din mening en funksjonshemming?” Tallene fra undersøkelsen er dermed subjektive vurderinger fra den enkelte om eventuell funksjonshemming. Tallene gir et bilde av hvor mange som anser at de har en funksjonshemming, og suppleres med spørsmål om de mottar en eller flere ytelser som følge av funksjonshemmingen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer med nedsatt arbeidsevne

Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse arbeids- og velferdsforvaltningen benytter overfor brukere som på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker mottar eller skal motta spesiell oppfølging. Denne gruppen omfatter alle personer som har gjennomført en arbeidsevnevurdering ved et NAV-kontor som konkluderer med et betydelig behov for innsats for at personen skal komme i jobb, uavhengig av hvilken ytelse de mottar.

Hvem som inngår i Arbeids- og velferdsdirektoratets definisjon av gruppen med ”nedsatt arbeidsevne”, har endret seg over tid. I perioden 2001 til 2008 ble begrepet ”yrkeshemmet” benyttet. Dette var personer som hadde fått inntektsevnen nedsatt som følge av sykdom, skade eller lyte, og som enten fikk eller hadde behov for arbeidsrettet bistand. I oktober 2008 innførte Arbeids- og velferdsetaten arbeidsevnevurdering som ny arbeidsmetodikk. Dette førte til en utvidelse av gruppen ”personer med nedsatt arbeidsevne” ved at personer med behov for helsemessig rehabilitering også gradvis ble inkludert. I mars 2010 ble arbeidsavklaringspenger innført. Personer som tidligere mottok rehabiliteringspenger eller tidsbegrenset uførestønad fikk nå arbeidsavklaringspenger, og ble klassifisert som ”personer med nedsatt arbeidsevne.”

Sammenholding av de to begrepene

Som følge av at SSB og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeider statistikk for til dels ulike grupper med redusert funksjonsevne, vil tallene fra de to institusjonene ikke være sammenlignbare. SSBs tall rapporterer om selvrapportert funksjonshemming uavhengig av om man mottar en ytelse eller ikke, mens Arbeids- og velferdsdirektoratets tall baserer seg på registrert statistikk over personer med krav om bistand. Det store flertallet av de som mottar uførepensjon er heller ikke registrert med nedsatt arbeidsevne, selv om mange av disse har en funksjonshemming.³³ Videre vil en som er registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsdirektoratet som følge av arbeidsrettet bistand, men som ikke selv vurderer seg som funksjonshemmet, ikke være å finne i SSBs statistikk. Det planlegges et prosjekt hvor SSB skal koble data fra arbeidskraftundersøkelsene med data fra NAV. Det vil kunne gi mer presis informasjon om forholdet mellom de to begrepene.

³³ Personer som mottar uførepensjon og som deltar i et arbeidsrettet tiltak, eksempelvis varig tilrettelagt arbeid, vil også være registrert i statistikken for personer med nedsatt arbeidsevne. Det store flertallet av dagens uførepensjonister deltar imidlertid ikke på tiltak.

Mulig arbeidskraftspotensial blant personer med redusert funksjonsevne

I kapittel 4 viste vi at omtrent 526 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i 2013. Denne størrelsen er ikke det samme som arbeidskraftspotensialet i gruppen med redusert funksjonsevne. Størrelsen på det urealiserte arbeidskraftspotensialet blant personer med redusert funksjonsevne er ikke triviell å anslå. Det vil komme an på tidsperspektivet som legges til grunn, og det vil være avhengig av politikken og rammebetingelsene gruppen stilles overfor. Under følger omtale av henholdsvis SSBs tilleggsundersøkelse og Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk som kan belyse potensialet:

Ifølge SSBs undersøkelse i 2013 var det 27 prosent av de ikke-sysselsatte funksjonshemmede, 86 000 personer, som oppga at de ønsket å komme i jobb. Bare et mindretall av disse, 20 prosent (17 000 personer), var reell arbeidskraft ved at de tilfredsstilte kravene for å bli definert som arbeidsledige. Ifølge offisielle definisjoner fra ILO og Eurostat representerer en ikke reell arbeidskraft før en *både* er tilgjengelig og aktiv arbeidssøker. Om lag 45 prosent av de funksjonshemmede jobber deltid, mot 26 prosent blant alle sysselsatte.

Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk var det i februar 2014 registrert om lag 207 000 personer med nedsatt arbeidsevne. En undersøkelse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (Bråthen & Vetvik 2011) blant personer registrert med nedsatt arbeidsevne i 2. kvartal 2010, viser at seks av ti enten ønsket å komme i jobb eller hadde arbeidstilknytning. Tallene kan indikere at arbeidskraftspotensialet blant de med nedsatt arbeidsevne kan være drøyt 120 000 personer. Noen av disse er imidlertid i en deltidsstilling, og betingelsen om å være aktiv jobbsøker er ikke lagt til. Det reelle arbeidskraftspotensialet er sannsynligvis dermed lavere. Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2013 viser at 31 prosent av personene med avgang fra status som nedsatt arbeidsevne var i ordinær jobb seks måneder senere. I tillegg var det en andel på 12 prosent som var i jobb, men som fortsatt mottok en stønad.

6.3 Utviklingen i sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne

Sysselsetting blant funksjonshemmede

SSB har siden 2002 gjennomført en årlig tilleggsundersøkelse i AKU om funksjonshemmede. Dette er en utvalgsundersøkelse basert på et relativt lite utvalg, og undersøkelsen har dermed nokså store standardavvik. Mens 24 000 personer intervjues i den ordinære AKU, rettes spørsmål om funksjonshemming til om lag halvparten, om lag 12 000 personer. Undersøkelsen gjennomføres en gang årlig, og nedenfor presenteres tall fra undersøkelsen fra 2. kvartal 2013.

Andelen av befolkningen som oppgir å være funksjonshemmet

17 prosent i aldersgruppen 15–66 år, tilsvarende 574 000 personer, oppga at de var funksjonshemmet. Andelen er ikke mye endret fra den første undersøkelsen i 2002 og variasjonene over tid er innenfor feilmarginene.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede

Personer med funksjonshemming har lavere sysselsettingsrate (43 prosent) enn befolkningen i alt (74 prosent). Forskjellen har ikke endret seg signifikant i perioden fra 2002 til 2013. Den lave sysselsettingsraten må ses i sammenheng med at en stor andel av de funksjonshemmede

(40 prosent) mottar uførepensjon. Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede er relativt stabil i aldersgruppene under 60 år (40–50 prosent), men faller sterkt blant de eldste.

Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede

Ifølge offisielle definisjoner³⁴ har ikke funksjonshemmede større ledighetsproblemer enn befolkningen ellers. Ledighetsprosenten i 2013 var om lag 3 prosent både for funksjonshemmede og i befolkningen i alt. De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som ønsker arbeid, tilfredsstiller ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. Enten søker de ikke jobb aktivt, eller de er ikke tilgjengelige for arbeid på kort sikt. 27 prosent av de funksjonshemmede som ikke er sysselsatt, oppgir at de ønsker arbeid, mens 73 prosent oppgir at de ikke ønsker arbeid. Andelen som ønsker arbeid avtar med alder. Funksjonshemmede som mottar uførepensjon er gjennomgående mindre interessert i å komme i jobb sammenliknet med funksjonshemmede som mottar andre ytelser (herunder arbeidsavklaringspenger).

Blant ikke-sysselsatte som ønsker å komme i arbeid, er funksjonshemmingen blant de fleste under 30 år knyttet til syn, hørsel eller tale. Blant eldre funksjonshemmede er problemene i større grad knyttet til rygg, nakke, hender og armer. Blant ikke-sysselsatte funksjonshemmede som ønsker arbeid, er det mange med lav utdanning.

Mottak av stønader blant funksjonshemmede

Nær to tredjedeler av de funksjonshemmede mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er uførepensjon (60 prosent av alle stønadstilfellene) og arbeidsavklaringspenger (29 prosent av alle stønadstilfellene). Blant sysselsatte med funksjonshemminger er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men fortsatt vesentlig, 41 prosent.

Tilpasninger på arbeidsplassen

Vel halvparten (57 pst.) av de sysselsatte med funksjonshemming oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Dette er om lag på samme nivå som i 2011 og 2012, men en økning på 14 prosentpoeng sammenliknet med 2002. Av de som har fått tilpasninger på arbeidsplassen, oppgir 82 prosent at det ikke er behov for ytterligere tilpasninger. 17 prosent oppgir at det er behov for ytterligere tilpasninger.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede påvirkes lite av konjunktorene

Konjunkturer forklarer noe, men ikke mye av utviklingen i sysselsettingen blant personer med funksjonshemminger. Sysselsettingen blant personer med funksjonshemminger har om lag samme konjunkturfølsomhet som antall personer med nedsatt arbeidsevne.

Overganger til og fra statusen "funksjonshemmet"

Av de om lag 12 000 personene som får tilleggsspørsmål om funksjonshemming i AKU, er det om lag 3 500 som får spørsmålet to år på rad. Det er dette lille utvalget som kan belyse overganger. Det lille utvalget medfører enda større statistisk usikkerhet og gir sterke begrensninger på mulighetene for å bryte ned på undergrupper.

³⁴ I AKU defineres arbeidsledige som personer uten inntektsgivende arbeid som forsøkte å skaffe seg slikt arbeid i løpet av de siste fire ukene, og som kunne ha påtatt seg arbeid i løpet av referanseuken eller de to påfølgende ukene. Arbeidsledigheten regnes i prosent av arbeidsstyrken.

Om lag en tredel av de som oppgir å være funksjonshemmet i ett kvartal, oppgir at de ikke oppfatter seg som funksjonshemmet samme kvartal året etter. SSB vil senere i 2014 gjøre en analyse med utgangspunkt i den gruppen som anser seg som funksjonshemmet i begge årene.

Andelen som går fra sysselsetting og ut av arbeidsstyrken i løpet av ett år, er tre ganger høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen. Og omvendt; færre funksjonshemmede går fra utenfor arbeidsstyrken til sysselsetting.

Tabell 6 Personer i alt og sysselsatte 15–66 år som anser at de har en funksjonshemming, fordelt etter mottak av stønader. 2. kvartal 2013. Antall i tusen.

	Personer i alt	Sysselsatte
I alt	574 (100 %)	245 (100 %)
Mottar ingen stønad	193 (34 %)	144 (59 %)
Mottar en eller flere stønader	381 (66 %)	101 (41 %)
Uførepensjon	229	48
Grunnstønad eller hjelpestønad	9	5
Arbeidsavklaringspenger	109	26
Sykepenges	21	16
Økonomiske ytelser fra privat hold	7	3
Annet ³⁵	9	5
Uoppgitt	1	-

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personer med nedsatt arbeidsevne

Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse arbeids- og velferdsforvaltningen benytter overfor brukere som på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker mottar eller skal motta spesiell oppfølging. Denne gruppen omfatter nå alle personer som har gjennomført en arbeidsevnevurdering i arbeids- og velferdsforvaltningen, som konkluderer med et betydelig behov for innsats for at personen skal komme i jobb. Fram til mars 2010 besto gruppen personer med nedsatt arbeidsevne i stor grad av mottakere av attføringspenger. Etter mars 2010 har personer som i hovedsak har behov for helsemessig rehabilitering før de kan ha nytte av arbeidsrettede tiltak, også kommet til i gruppen. Dette er personer som før innføringen av arbeidsavklaringspenger 1. mars 2010, ville mottatt rehabiliteringspenger eller tidsbegrenset uførestønad. En følge av den nye avgrensingen er at det oppstår et brudd i statistikken for gruppen med nedsatt arbeidsevne. I denne rapporten rettes derfor oppmerksomheten mot utviklingen fra mars 2010.

Gruppen av personer med nedsatt arbeidsevne består hovedsakelig av personer som mottar arbeidsavklaringspenger. I tillegg er det en del som mottar uførepensjon. 8 prosent mottar andre ytelser som for eksempel sykepenges, kvalifiseringsstønad, sosialstønad og individstønad, se tabell 7. I ”annet”-kategorien vil det også inngå en mindre andel som ikke mottar ytelser.

³⁵ Inkluderer mottakere av andre ytelser som for eksempel kvalifiseringsstønad, sosialstønad og individstønad samt personer som søker om en ytelse.

Tabell 7 Andel personer med nedsatt arbeidsevne etter ytelse. Desember 2013.

	Andel
Antall med nedsatt arbeidsevne i alt	100 %
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	77%
AAP/Uførepensjon	2 %
Uførepensjon	12 %
Lønnstilskudd	2 %
Annet	8 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ved utgangen av februar 2014 var i overkant av 207 000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette er en reduksjon på drøyt 4 000 personer (2 pst.) siden februar 2013. Figur 12 viser utviklingen i antall registrert med nedsatt arbeidsevne siden innføringen av arbeidsavklaringspenger i mars 2010. Økningen i antall personer med nedsatt arbeidsevne siden 2010 har vært størst for unge under 30 år og for de i aldersgruppen over 60 år. Det var i februar 2014 registrert nær 39 000 personer under 30 år med nedsatt arbeidsevne. Dette tilsvarer en økning på 10 prosent sammenliknet med mars 2010. I aldersgruppen over 60 år har det vært en økning på 92 prosent siden mars 2010. I samme periode var det en liten nedgang i antall personer med nedsatt arbeidsevne i aldersgruppene 30–39 år og 40–49 år.

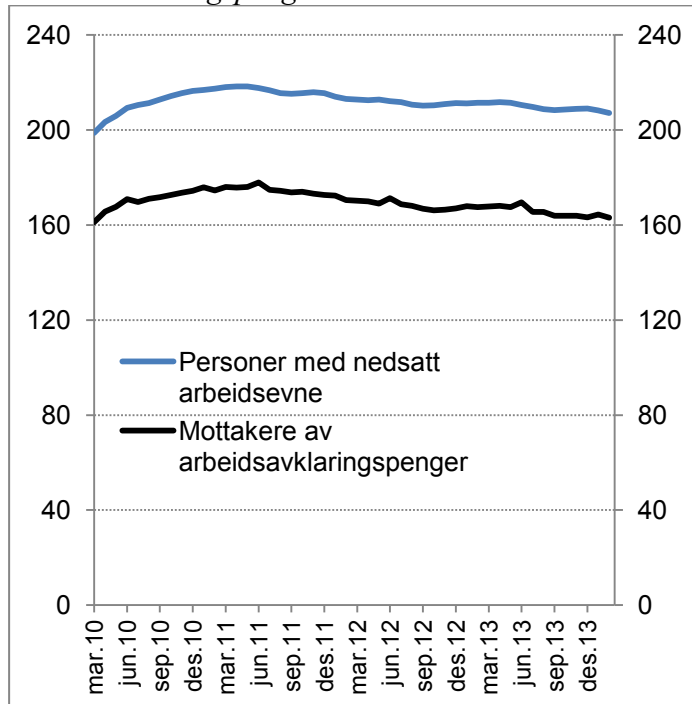
56 prosent av de med nedsatt arbeidsevne er kvinner, mens 44 prosent er menn. Den største gruppen av personer med nedsatt arbeidsevne er i aldersgruppen 40–49 år (28 prosent).

Boks 3 – Personer på velferdsytelser og utenfor arbeidslivet

I Rapporten *Personer på velferdsytelser og utenfor arbeidslivet* (Statistisk sentralbyrå 2012) gir SSB et anslag på hvor mange personer som mottar velferdsytelser uten å delta i arbeidslivet. Velferdsytelser defineres her som alle ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen som er ment å erstatte bortfall av arbeidsinntekt, eksempelvis dagpenger, AFP og de helserelaterte ytelsene. Etterlattepensjon, kontantstøtte, enslig forsørgerstønad og sosialhjelp er også tatt med. Analysene baserer seg i hovedsak på registerdata for 2009 fra sysselsettingsstatistikken, registeret over personer under utdanning og Arbeids- og velferdsdirektoratets data for arbeidsledige, tiltaksdeltakere og personer som mottar ulike overføringer.

Totalt mottok 779 000 personer i alderen 15–66 år én eller flere ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen i 2009. Av disse var 470 000 helt utenfor arbeidslivet. Rapporten antar at en andel av disse trolig var feilregistrert som sysselsatte grunnet manglende utmeldinger i Aa-registeret mv. Videre antar rapporten at en andel av de sykmeldte med et arbeidsforhold er i startfasen av varig eksklusjon fra arbeidslivet. Rapporten anslår derfor tallet på personer som mottar velferdsytelser og som står utenfor arbeidslivet til å være om lag 507 000. Så langt er "utenfor arbeidslivet" definert til å være ikke sysselsatt. Hvis man definerer "utenfor arbeidslivet" til å være "utenfor arbeidsstyrken" reduseres tallet til 461 000 personer. Det er også noen av de som ikke er i arbeidsstyrken og som er mottakere av velferdsytelser som samtidig tar del i tiltak med mål at de skal komme i arbeid. Videre er det en del også under utdanning. Dette er to grupper som en kan si er aktive med tanke på å delta i arbeidslivet. Vi blir dermed stående igjen med om lag 387 000 personer som beskrives som "passive mottakere av velferdsytelser".

Figur 12 Utvikling i antall personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Antall i tusen. Mars 2010 – februar 2014.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger

Ved utgangen av februar 2014 var det om lag 163 000 mottakere av arbeidsavklaringspenger, se figur 13. Dette er om lag på samme nivå som innføringstidspunktet for arbeidsavklaringspenger i mars 2010. Det har vært en sterk økning i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger for aldersgruppen over 60 år siden innføringen av ytelsen i 2010 (84 pst.).³⁶ For øvrige aldersgrupper har det vært mindre endringer.

Antallet som mottok arbeidsavklaringspenger i mars 2010 var om lag 161 000 personer, og økte fram til sommeren 2011. Deretter har antall mottakere avtatt med om lag 14 800 fram til februar 2014 (-8 pst). Antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger har vist en svakt fallende trend siden innføringen av ytelsen i mars 2010. Den største gruppen av de som får innvilget arbeidsavklaringspenger er personer som har brukt opp sykepengere retten. I perioden 2010–2013 har nivået på sykefraværet vist en fallende trend. Det har igjen ført til at antallet som har brukt opp sykepengere rettighetene også har gått ned.

Andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger i befolkningen 18–67 år økte fra 5,1 pst. i mars 2010 til 5,6 pst. i juli 2011. Deretter har andelen falt, og var 4,9 pst. i februar 2014. Andelen mottakere har falt markant i aldersgruppen 30–49 år i perioden 2010–2013. Reduksjonen må ses i sammenheng med at mange i denne aldersgruppen var tidligere mottakere av tidsbegrenset uførestønad og har fått innvilget uførepensjon i perioden. Andelen mottakere i alderen 20–24 har økte fra 3,2 pst. til 3,5 pst. i løpet av 2010, og har deretter vært

³⁶ Dette må ses i sammenheng med en nedgang i antall mottakere av uførepensjon blant de eldste aldersgruppene. Antallet som mottar AAP eller uførepensjon blant de over 60 år falt i perioden 2010–2013.

om lag uendret. Andelen mottakere i alderen 25–29 år økte fra 4,5 pst. til 4,9 pst. i 2010, og har deretter blitt redusert til 4,2 pst. i februar 2014.

Bråthen (2012) forklarer utviklingen etter innføringen av arbeidsavklaringspenger med et sett av faktorer. Økningen i antall mottakere i vel ett år etter innføringen av arbeidsavklaringspenger knyttes til utviklingen i avgangen fra ordningen. Ved innføringen av arbeidsavklaringspenger var Arbeids- og velferdsetaten opptatt av at brukerne skulle få rett ytelse til riktig tid. Dette tok ressurser fra selve oppfølgingsarbeidet. Det ble også brukt ressurser på opplæring i bruk av arbeidsevnevurdering som ny oppfølgingsmetodikk. Avgangen fra ordningen var derfor lav, særlig i perioden fra mars til og med mai 2010. Fra andre halvår 2010 økte avgangen, og samtidig var avgangen høyere enn tilgangen til ordningen. Dette kan dels forklares med større intensitet i oppfølgingsarbeidet, og dels kan dette ha sammenheng med at en del av vedtakene for personer som ble konvertert fra attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad gikk ut i perioden fram mot årsskiftet.

Kann m.fl. (2013) analyserer utviklingen i avgangen fra arbeidsavklaringspenger i perioden 2010–2012, og sammenlikner dette med avgangen fra de tidligere midlertidige ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførepensjon. De finner at de som tidligere har mottatt tidsbegrenset uførepensjon og rehabiliteringspenger, har høyere risiko for overgang til uførepensjon sammenliknet med tidligere mottakere av attføringspenger og nye mottakere av arbeidsavklaringspenger. Videre finner de at sannsynligheten for å få innvilget uførepensjon er lavere jo senere i perioden 2010–2012 man ble mottaker av arbeidsavklaringspenger, kontrollert for bakgrunnskjennetegn som alder og stønadshistorikk. Et økende antall har avgang fra arbeidsavklaringspenger i perioden.

59 prosent av de med rett på arbeidsavklaringspenger er kvinner, mens 41 prosent er menn. Den største aldersgruppen av mottakere er aldersgruppen 40–49 år, og her finner vi 29 prosent av alle med rett på arbeidsavklaringspenger. Gjennomsnittsalderen er 42 år. Tabell 16 i vedlegg 2 viser en oversikt over antall mottakere av arbeidsavklaringspenger etter kjønn og alder i april 2013. Om lag én av fire mottakere av arbeidsavklaringspenger kombinerer ytelsen med jobb. Tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personen er, og er også noe høyere for kvinner enn for menn (se Bråthen, 2012). 79 prosent av de med nedsatt arbeidsevne per februar 2014 mottok arbeidsavklaringspenger.

1. mars 2010 ble alle mottakerne av de midlertidige ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad overført til den nye ytelsen arbeidsavklaringspenger. Totalt ble om lag 161 000 personer innvilget arbeidsavklaringspenger på bakgrunn av et tidligere vedtak om rehabiliteringspenger, attføringspenger eller tidsbegrenset uførestønad. Ved utgangen av 2013 var drøyt 55 000 av disse fortsatt AAP-mottakere, hvor flertallet hadde hatt et sammenhengende stønadsforløp siden mars 2010. Arbeidsavklaringspenger kan normalt gis i inntil fire år. Det var en ekstraordinær innsats i Arbeids- og velferdsetaten i 2013 og begynnelsen av 2014, rettet mot AAP-mottakere som nærmet seg maksimal stønadsperiode.

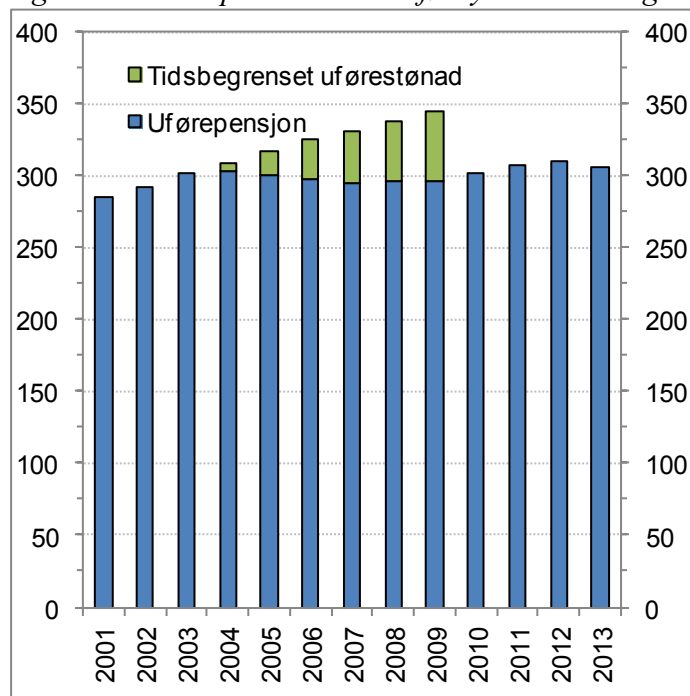
Per mars 2014 hadde om lag 24 000 mottakere fått vedtak om arbeidsavklaringspenger utover fire år etter at en ny arbeidsevnevurdering har konkludert med behov for særlig langvarig utredning, oppfølging, behandling eller arbeidsrettede tiltak. I tillegg har om lag 7 000 mottakere som nådde maksimal stønadsperiode på arbeidsavklaringspenger i mars og april 2014, fått forlenget stønadsperioden fram til 30. juni 2014. Disse mottakerne nærmet seg

maksimal stønadperiode, men fikk en midlertidig utvidelse da arbeids- og velferdsforvaltningen ikke hadde rukket å gi en vurdering av videre bistandsbehov.

Utviklingen i antall mottakere av uførepensjon

Ved utgangen av 2013 mottok nær 306 000 personer uførepensjon. Dette innebærer en reduksjon på om lag 4 000 personer, eller 1,3 prosent sammenliknet med utgangen av 2012. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år ble redusert fra 9,5 til 9,3 prosent i samme periode. Andelen mottakere av uførepensjon stiger med alder fram til fylte 67 år. Av alle uførepensjonister er 33 prosent i alderen 50–59 år, og 42 prosent i alderen 60–67 år.

Figur 13: Antall personer med uføreytelser ved utgangen av året 2001–2013. Antall i tusen.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ved utgangen av 2001 mottok om lag 285 000 personer uførepensjon. Fra 2001 til 2013 har antall uførepensjonister økt med om lag 21 000 personer eller 7 prosent, se figur 13. Andelen uførepensjonister i befolkningen er redusert fra 10 prosent til 9,3 prosent i samme periode. Utviklingen i antall mottakere av uførepensjon må blant annet ses i sammenheng med utviklingen i antallet som mottar andre helserelaterte ytelser. Siden første IA-avtale ble inngått i 2001 har det vært en sterk vekst i antall mottakere av helserelaterte ytelser. Samtidig har det vært endringer i inngangsvilkår og avgrensninger mellom de ulike ytelsene i perioden. Tidsbegrenset uførestønad (TU) ble innført 1. januar 2004. Mange som tidligere ville fått innvilget uførepensjon, fikk fra 1. januar 2004 i stedet innvilget tidsbegrenset uførestønad. Disse mottakerne ble overført til ytelsen arbeidsavklaringspenger våren 2010.³⁷

³⁷ Av de tidligere mottakerne av tidsbegrenset uførestønad som hadde avgang fra AAP innen mars 2012 fikk om lag 92 prosent innvilget full uførepensjon, og 1 prosent fikk innvilget gradert uførepensjon. Bare 1 prosent kom i arbeid og mottok ingen ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen etter avgang. 6 prosent har hatt overgang til andre tilstander enn arbeid og uførepensjon. Dette kan være økonomisk sosialhjelp, privat forsørgelse, dødsfall mv.

Økningen i antall uførepensjonister siden 2001 bør også ses i sammenheng med befolkningsutviklingen. Levealderen har økt, samtidig som de store etterkrigskullene har nærmet seg pensjonsalderen. Fra 2001 til i dag har andelen av befolkningen i alderen 62–66 år økt. Alt annet likt vil et økt antall eldre i befolkningen føre til flere uførepensjonister (se Bråthen, 2010). Blant de over 60 år er det en økning på om lag 25 500 uførepensjonister sammenliknet med 2001. Samtidig er det spesielt i de eldste aldersgruppene at *andelen* uførepensjonister har gått mye ned fra 2001. På den andre siden har helsetilstanden blitt bedre i befolkningen over tid, noe som tilsier at andelen uføre for hvert årskull bør gå ned, alt annet likt. Bratsberg og Røed (2011) peker på at økt utdanningsnivå i befolkningen isolert sett trekker i retning av redusert uføretilbøyelighet. De konkluderer med at svært lite av veksten i trygdebruken over tid kan forklares av endret alders- og utdanningssammensetning i befolkningen samlet sett. Forklaringen i veksten i uførerater i Norge må derfor søkes i mekanismer som gir opphav til økt uførerisiko gitt personers alder og utdanning.

Bragstad m.fl. (2012) ser nærmere på utviklingen i antall uførepensjonister i perioden fra 2001–2011 og analyserer årsakene til økningen. De peker på to forhold som viktige forklaringer: den demografiske utviklingen og utfasing av ordningen med tidsbegrenset uførestønad i forbindelse med at en innførte arbeidsavklaringspenger. Artikkelen viser at det er sterk vekst i befolkningen mellom 18 og 66 år, og at en stor del av denne veksten er kommet i aldersgruppen 55 år og eldre. Siden det er i denne aldersgruppen flest blir uføre, fører dette til økt antall uførepensjonister, selv om andelen uføre blant de eldre i lang tid har vært synkende. Videre har overføringen av personer med tidsbegrenset uførestønad til arbeidsavklaringspenger bidratt til å øke takten i overføring fra tidsbegrenset uførestønad til uførepensjon. Siden dette i stor grad gjelder yngre personer og kvinner, er det i disse gruppene vi ser den sterkeste veksten i uførepensjonering.

Kann m. fl (2013) undersøker effekten av endret befolkningssammensetning på mottak av helserelaterte ytelser for perioden 1992–2012. De finner at det var en sterk økning i mottak av helserelaterte ytelser (herunder uførepensjon) i perioden 1993–2003 som kun i mindre grad kan forklares med demografiske endringer. I perioden 2004–2012 var det derimot en liten nedgang i andelen mottakere av helserelaterte ytelser (herunder uførepensjon), samtidig som alderssammensetningen i befolkningen isolert sett trakk i retning av en økning i denne andelen. Høy arbeidsinnvandring siden 2004 bidrar isolert sett til en lavere andel mottakere av uførepensjon, men utviklingen i andelen mottakere i perioden 2004–2012 er relativt stabil også for norske statsborgere når en tar hensyn til endringer i alderssammensetningen.

Unge mottakere av helserelaterte ytelser

Ved utgangen av 2013 var det 10 400 uførepensjonister i alderen 18–29 år. Det utgjør 1,3 pst. av befolkningen i denne aldersgruppen. 27 800 personer under 30 år (om lag 3,4 pst.) mottok arbeidsavklaringspenger på samme tidspunkt. Antall unge AAP-mottakere har avtatt med om lag 600 personer siste år, mens antall unge mottakere av uførepensjon har økt med om lag 500 personer. Antall unge mottakere av uførepensjon *eller* arbeidsavklaringspenger ble dermed redusert med om lag 100 mottakere i 2013 (-0,2 pst), mens befolkningen i alderen 18–29 økte med 1,9 pst i løpet av året.³⁸

Kann mfl. (2013) undersøker andelen som mottar helserelaterte ytelser (inkludert sykepenger) for ettårige aldersgrupper i perioden 1993–2012. De finner at andelen mottakere av

³⁸ Tallene i dette avsnittet er ikke justert for dobbelttelling.

helse relaterte ytelser økte mye blant de yngste i perioden 1993–2003. I årene etter 2004 har andelen mottakere i yngre aldersgrupper stabilisert seg, men ligger nå på et høyere nivå enn tidlig på 1990-tallet. Både for den enkelte og for samfunnet vil tidlig uførepensjonering innebære et stort velferdstap. Personer som blir uførepensjonert i ung alder risikerer et langt liv utenfor arbeidslivet. En 25-åring som varig settes utenfor arbeidslivet har potensielt om lag fire ganger så mange produktive år foran seg som en 55-åring som blir uførepensjonert.

Overgang fra sykefravær til arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsdirektoratets målinger av overgang fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger foretas seks måneder etter at mottak av sykepenger er avsluttet. Utviklingen i overgang fra sykefravær til arbeidsavklaringspenger må sammenliknes med tall for tilsvarende kvartal året før. I 2. kvartal 2013 hadde om lag 10 300 personer brukt opp sykepengeretten. Av disse var 54,4 prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (dvs. i 4. kvartal 2013). Til sammenligning var det om lag om lag 9 700 som hadde brukt opp sykepengeretten i 2. kvartal 2012 og 11 200 i 2. kvartal 2011. Av disse var henholdsvis 53,8 (2012) og 55,7 (2011) prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (i 4. kvartal 2011/2012). Det var altså en positiv utvikling fra 2011 til 2012 – færre personer brukte opp sykepengeretten, og en lavere andel av disse var registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger etter et halvt år. Utviklingen fra 2012 til 2013 gikk i motsatt retning, det var i perioden en økning i antall som bruker opp sykepengeretten og en økning i andelen av disse som mottar arbeidsavklaringspenger etter et halvt år.

Overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og til uførepensjon

Arbeids- og velferdsdirektoratet undersøker hvilken status personer har på arbeidsmarkedet seks måneder etter at de har hatt avgang fra arbeidsavklaringspenger. Utviklingen i overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og uførepensjon bør sammenliknes med tall for tilsvarende kvartal i tidligere år. Tabell 8 nedenfor viser statusen på arbeidsmarkedet i 4. kvartal 2010–2013 for personer med avgang fra arbeidsavklaringspenger i 2. kvartal samme år.

Tabell 8 Status på arbeidsmarkedet seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. 4. kvartal 2010-2013.

	2010 Antall (andel)	2011 Antall (andel)	2012 Antall (andel)	2013 Antall (andel)
Avgang arbeidsavklaringspenger i alt	10 565 (100 %)	13 439 (100 %)	12 771 (100 %)	13 481 (100 %)
Arbeidstaker	4 781 (45 %)	5 476 (41 %)	5 418 (42 %)	5 566 (41 %)
Hvorav:				
- Kun registrert som arbeidstaker	2 578 (24 %)	2 976 (22 %)	2 981 (23 %)	3 135 (23 %)
- Registrert som arbeidstaker og mottaker av en ytelse fra NAV	2 203 (21 %)	2 500 (19 %)	2 437 (19 %)	2 431 (18 %)
Arbeidssøker	214 (2 %)	356 (3 %)	354 (3 %)	410 (3 %)
Nedsatt arbeidsevne	1 470 (14 %)	1 803 (13 %)	1 732 (14 %)	1 708 (13 %)
Uførepensjon	2 814 (27 %)	3 869 (29 %)	3 431 (27 %)	3 712 (28 %)
Annet	1 286 (12 %)	1 935 (14 %)	1 836 (14 %)	2 085 (15 %)

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ved valg av status på arbeidsmarkedet i tabell 8 har arbeid forrang. Dette innebærer at en person som både er registrert i arbeid og som mottaker av uførepensjon, blir registrert som "arbeidstaker". I 4. kvartal 2013 var 41 prosent av de med avgang fra arbeidsavklaringspenger seks måneder tidligere registrert som arbeidstakere. Av disse var 18 prosentpoeng i tillegg registrert med en ytelse fra Arbeids- og velferdsetaten, mens 23 prosentpoeng kun var registrert som arbeidstaker.³⁹

I 4. kvartal 2013 var 28 prosent av de som seks måneder tidligere hadde avgang fra arbeidsavklaringspenger registrert som mottaker av uførepensjon. Siden personer som mottar gradert uførepensjon kan inngå i gruppen "Registrert som arbeidstaker og mottaker av en ytelse fra NAV", er andelen som mottar uførepensjon høyere enn 28 prosent. Dette gjelder også for de andre kategoriene i tabellen. Kategorien "Annet" innebærer at personene ikke gjenfinnes i statistikken som omfattes av tabellen.

Ordningen med arbeidsavklaringspenger trådte i kraft i 2010, og avgangen fra ordningen var lav gjennom året. Vi ser at avgangen fra ordningen økte betydelig fra 4. kvartal 2010 til 4. kvartal 2011, jf. også omtale av utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger tidligere i kapitlet. I perioden 2011–2013 har antallet og andelen med overgang til arbeid og uførepensjon vært relativt stabil.

³⁹ Statistikken fanger ikke opp endringer i arbeidstid eller gradering av ytelsen for de som er registrert både som arbeidstaker og mottaker av ytelse fra Arbeids- og velferdsetaten.

Overgang fra ufør til arbeid

Fra januar til september 2013 var det vel 21 500 personer med avgang fra uførepensjon. Av disse var det 299 personer som kun var i arbeid tre måneder etter avgang fra uførepensjon. Dette tilsvarer drøyt 1 prosent av avgangen fra uførepensjon. Om lag 82 prosent av de som hadde avgang fra uførepensjon gikk til alderspensjon, og 14 prosent døde.

Kombinasjonen ufør og arbeid

Ved utgangen av 2013 var 17 prosent av de som mottok uførepensjon også registrert med et arbeidstakerforhold i arbeidstakerregisteret på samme tidspunkt. Dette tilsvarer 50 900 personer. Andelen har variert mellom 17 og 18 prosent i perioden 2001–2013. 71 prosent av de som mottar en gradert uførepensjon og 5 prosent av de som mottar full uførepensjon er registrert med et arbeidstakerforhold i desember 2013. Tilsvarende andeler i 2001 var henholdsvis 57 prosent og 7 prosent.

6.4 Utviklingen i måleindikatorene for delmål 2

IA-avtalens delmål 2 er knyttet til yrkesdeltakelsen blant personer med redusert funksjonsevne. Dette omfatter både å hindre at personer med redusert funksjonsevne faller ut av arbeidslivet, samt å få flere av de som står utenfor arbeidslivet i eller tilbake i jobb. Nedenfor omtales utviklingen i måleindikatorene for delmål 2.

a) Redusere andelen personer som går fra arbeid til passive ytelser

Måleindikatoren er beregnet på grunnlag av andelen personer som har vært sykmeldte i 13 uker eller mer, og som er tilbake i arbeid fire uker etter dette. IA-målet er at andelen som er tilbake i arbeid er over 70 prosent. I 3. kvartal 2013 var 71,2 prosent av arbeidstakere som hadde vært sykmeldte i minst 13 uker, tilbake i arbeid.

Det er store sesongvariasjoner i sykefraværet og i overgangen til arbeid. Så lenge tallene ikke er justert for slike sesongvariasjoner, bør tallene i ett kvartal sammenliknes med tilsvarende kvartal i tidligere år. Fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2013 falt andelen som kommer tilbake i arbeid etter sykmelding med totalt 2 prosentpoeng, fra 73,2 prosent i 2011, til 72,3 prosent i 2012, og videre til 71,2 prosent i 2013. Tallserien som går fra 1. kvartal 2007 er vist i tabell 21 i vedlegg 2.

b) Øke andelen som starter opp yrkesrettet attføring i sykepengeperioden

Delmål 2 b i IA-avtalen skal bidra til at det gis arbeidsrettet bistand til sykmeldte i sykmeldingsperioden. Fram til 2010 ble andelen avsluttede sykepengetilfeller av mer enn 13 ukers varighet som har påbegynt yrkesrettet attføring i sykepengeperioden benyttet som måleindikator. Påbegynt yrkesrettet attføring var definert som at personen hadde fått et vedtak hjemlet i daværende Folketrygdlovens § 11-5, som ga rett til attføring. Det var et mål at denne andelen skulle utgjøre minst 2 prosent.

Attføringsbegrepet ble fjernet i forbindelse med innføringen av arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurdering som arbeidsmetodikk i Arbeids- og velferdsetaten. Personer som er sykmeldte, kan imidlertid fortsatt få arbeidsrettet bistand, men det blir ikke registrert på samme måte som tidligere. Datagrunnlaget for indikatoren for delmål 2 b har vært basert på manuelle registreringer gjort av saksbehandlere etter at sykepengeperioden er over, og har kun vært utført for statistikkformål. Denne registreringen foretas ikke lenger. Det skal derfor utvikles en ny indikator for delmål 2 b basert på andre data. Faggruppen vil avvente arbeidet med utvikling av en ny indikator inntil en har et større datagrunnlag og kan utvikle et nytt måltall.

Nedenfor presenteres en analyse av personer som starter et arbeidsrettet tiltak eller et tiltak som går under benevnelsen ”Raskere tilbake”. Tallene i analysen vil skille seg fra indikatoren som tidligere ble benyttet under delmål 2 b ved at tallene er basert på et annet datagrunnlag, at tallene inkluderer alle arbeidsmarkedstiltak, og at tallene inkluderer tiltak som inngår i tilbudet ”Raskere tilbake”. Dette innebærer at tallene inkluderer langt flere tiltak enn det tidligere har vært rapportert på, og de gir også et riktigere bilde av omfanget av den faktiske tiltaksbruken i Arbeids- og velferdsetaten. Dette fører isolert sett til at andelen som har startet arbeidsrettede tiltak øker sammenliknet med forrige målemetode.

I tabellene nedenfor presenteres det tall for tre ulike grupper av sykepengemottakere:

1. Personer som har mottatt sykepenger i 8 uker eller mer
2. Personer som har mottatt sykepenger i 13 uker eller mer
3. Personer som har mottatt sykepenger i 26 uker eller mer

Andelen som har startet arbeidsrettede tiltak vil variere avhengig av hvilken av disse gruppene en ser på. Lovendringene som trådte i kraft 1. juli 2011 innebærer blant annet at dialogmøte 1 skal gjennomføres etter uke 7 i sykmeldingsperioden. Dette er videreført i den nye IA-avtalen (2014–2018), men det gis anledning til unntak fra dialogmøte 1 for gradert sykmeldte. Dialogmøte 2 skal fremdeles gjennomføres innen uke 26 i sykmeldingsperioden. Figur 32 i vedlegg 2 gir en oversikt over tiltak som skal benyttes i Arbeids- og velferdsetaten i sykmeldingsperioden, og ved hvilke tidspunkt de ulike tiltakene normalt skal settes i verk.

Tabell 9 Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak. 3. kvartal 2010–2013.

Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak	3. kvartal 2010	3. kvartal 2011	3. kvartal 2012	3. kvartal 2013
Mottatt sykepenger i 8 uker eller mer	5,6 %	4,0 %	5,0 %	5,5 %
Mottatt sykepenger i 13 uker eller mer	7,0 %	4,8 %	6,1 %	6,6 %
Mottatt sykepenger i 26 uker eller mer	10,5 %	6,8 %	8,6 %	9,3 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak, øker i takt med sykefraværets varighet. Dette er i tråd med at Arbeids- og velferdsetaten setter i gang flere tiltak utover i sykepengeperioden. I 3. kvartal 2013 hadde 5,5 prosent av de som tidligere hadde mottatt sykepenger i 8 uker eller mer, startet et arbeidsrettet tiltak. Tilsvarende tall for de som hadde mottatt sykepenger i 13 eller 26 uker eller mer, var hhv. 6,6 prosent og 9,3 prosent. Tiltaksaktiviteten i Arbeids- og velferdsetaten innebærer store svingninger mellom kvartalene. For å vurdere utviklingen i disse måltallene, må tallene derfor sammenliknes med tall for ett år tilbake i tid, dvs. 3. kvartal 2010–2012. Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2011 var det en nedgang i tiltaksaktiviteten for tidligere sykepengemottakere. Fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012 var det en økning i tiltaksaktiviteten som også fortsatte videre til 3. kvartal 2013. Tiltaksnivået i 3. kvartal 2013 er likevel noe lavere enn i 3. kvartal 2010.

Slik som indikatoren er utformet, omfatter den tiltakene de sykmeldte i et gitt kvartal har deltatt på i hele sin sykepengeperiode. Dette kan gjøre det vanskelig å plassere endringer i den totale tiltaksaktiviteten til riktig tidspunkt. Derfor vurderer faggruppen om indikatoren skal utformes på en annen måte.

Tabellen nedenfor er en mer detaljert versjon av tallene for 3. kvartal 2013 i tabell 10, og viser antallet i hver gruppe og gir fordeling etter type av tiltak. Sammenliknet med 3. kvartal 2012 har det vært en økning både i bruk av tiltak i Raskere tilbake og andre arbeidsmarkedstiltak.

Tabell 10 Personer som har mottatt sykepenges i 8, 13 eller 26 uker eller mer, etter om de har påbegynt et tiltak i sykepengeperioden. 3. kvartal 2013.

	8 uker eller mer		13 uker eller mer		26 uker eller mer	
	Ant. Personer	Andel	Ant. personer	Andel	Ant. personer	Andel
Sykepengemottakere i alt	39 102	100 %	30 255	100 %	18036	100 %
Andel arbeidsrettede tiltak	2 159	5,5 %	2 006	6,6 %	1 657	9,3 %
Av dette:						
- Arbeidsmarkedstiltak	743	1,9 %	615	2,0 %	416	2,3 %
- Raskere tilbake	1 416	3,6 %	1 391	4,6 %	1 241	6,9 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

c) Øke andelen med redusert funksjonsevne som går fra en trygdeytelse og over til arbeid

Innføringen av arbeidsavklaringspenger og endringen i Arbeids- og velferdsetatens avgrensning av gruppen med nedsatt arbeidsevne har ført til at datagrunnlaget for denne indikatoren ble endret i 2010. Tidligere bestod populasjonen for denne indikatoren av personer med avgang fra statusen med nedsatt arbeidsevne (definisjon før 1. mars 2010), personer som hadde sluttet å motta rehabiliteringspenger eller personer som hadde sluttet å motta tidsbegrenset uførestønad. Tilpasningen på arbeidsmarkedet ble målt seks måneder etter avgangstidspunktet. Det var et mål om at andelen som var kommet i arbeid på dette tidspunktet skulle økes til 45 prosent.

Etter 1. mars 2010 ble alle mottakere av attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad overført til arbeidsavklaringspenger, og kategorisert under betegnelsen "Personer med nedsatt arbeidsevne". Denne sammenslåingen av ytelser og status fører til at færre personer ble registrert med avgang. Årsaken er at de som tidligere gikk fra å motta for eksempel rehabiliteringspenger til å motta tidsbegrenset uførestønad, ikke lenger vil inngå i avgangspopulasjonen. Siden interne overganger mellom de tre tidligere ytelsene forsvinner, vil også andelen som går over til arbeid endres. En teknisk omregning av det tidligere måltallet på 45 prosent gir et nytt måltall på 48,4 prosent. Tallene i figur 14 er følgelig ikke sammenlignbare med tall som tidligere er rapportert på denne indikatoren.

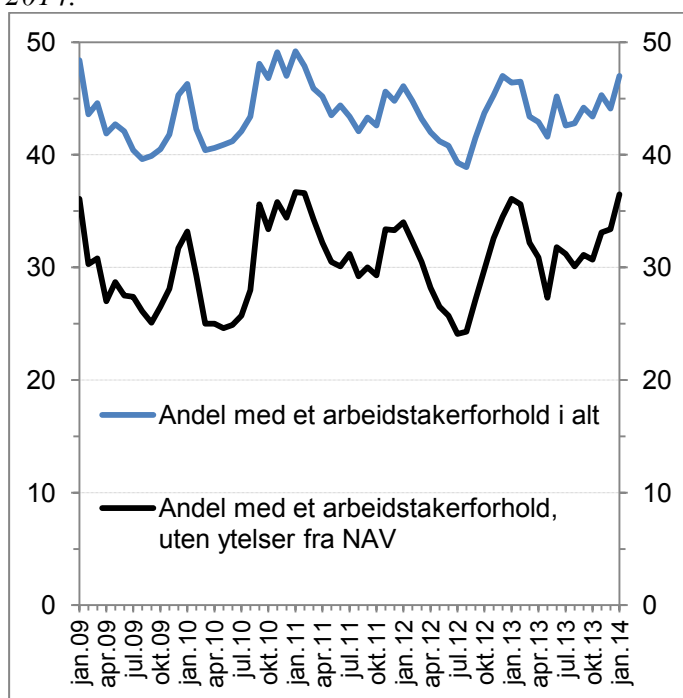
Figur 14 viser utviklingen i andelen personer med nedsatt arbeidsevne som er kommet over i arbeid i perioden fra 2009 og fram til januar 2014. I januar 2014 var 47 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten seks måneder tidligere. Dette er 0,6 prosentpoeng høyere enn på tilsvarende tidspunkt i fjor, og 1,4 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent. For hele året 2013 var 44 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten seks måneder tidligere (avgang i perioden juli 2011-juni 2012). Tilsvarende tall for 2012 var 42,8 prosent. Det var altså høyere avgang til arbeid i 2013 sammenliknet med 2012.

Fokus på oppfølgingsarbeidet rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten har også ført til at flere personer som i sin tid ble konvertert fra de tidligere ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad til

arbeidsavklaringspenger nå har fått en ny gjennomgang av hvilket behov de har for oppfølging og ytelser. I denne prosessen har flere fått identifisert et behov for en permanent ytelse, som uførepensjon. Dette gjelder i særlig grad de som har mottatt midlertidige ytelser over et lengre tidsrom.

I tallene inngår også personer som før avgang fra ytelsene kombinerte disse med deltidsarbeid. Dette innebærer at en person som har avgang fra graderte arbeidsavklaringspenger til gradert uførepensjon vil registreres som om vedkommende er i arbeid etter avgang fra ytelsen. Måleindikatoren her innebærer at man ikke måler en reell overgang til arbeid fra trygdeytelser. Dette er korrigert for i den sorte linjen i figuren. Der inngår kun personer som ikke er registrert med ytelser fra Arbeids- og velferdsetaten. Basert på denne definisjonen hadde 36,5 prosent av de som var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere et arbeidstakerforhold i januar 2014. Tilsvarende andel i januar 2013 var 36,1 prosent.

Figur 14 Personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten som er i arbeid seks måneder etter avgang. Prosent. Januar 2009 – januar 2014.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

6.5 Måloppnåelse

Målet om å øke sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne er vanskelig å evaluere. Analysen av utviklingen under delmål 2 er påvirket av at det er et begrenset tallmateriale til rådighet. Videre er det fortsatt vanskelig å tolke utviklingen for personer med nedsatt arbeidsevne som følge av omlegging av statistikken for personer med nedsatt arbeidsevne og innføringen av arbeidsavklaringspenger fra mars 2010. Dette legger begrensninger på analysen av måloppnåelsen under delmål 2. Vi vil med tiden kunne si mer om betydningen av Arbeids- og velferdsetatens nye oppfølgingsregime overfor gruppen med nedsatt arbeidsevne, herunder tilknytning til arbeidslivet.

For å følge utviklingen i deltakelsen i arbeidslivet blant personer med redusert funksjonsevne benyttes tall hentet fra Statistisk sentralbyrås arbeidskraftsundersøkelse over antall funksjonshemmede som oppgir at de er sysselsatte. For denne gruppen ble det publisert nye tall i september 2013. Basert på den statistikken faggruppen har til rådighet, må drøfting av måloppnåelsen for delmål 2 konsentrere seg om tilleggsundersøkelsen til arbeidskraftsundersøkelsen fra 2. kvartal 2013, uføretall ved utgangen av 2013, utviklingen i antall personer med nedsatt arbeidsevne og andelen som går fra henholdsvis sykefravær til arbeid og fra trygd til arbeid.

Forskjellen i sysselsettingsandelen mellom befolkningen som helhet og funksjonshemmede har ikke endret seg signifikant i perioden fra 2002–2013. Andelen av de som subjektivt oppgir å ha en funksjonshemming og er i jobb, er økt med 2 prosentpoeng det siste året, men dette er innenfor feilmarginen i AKU. Personer med funksjonshemming har en lavere sysselsettingsandel (43 prosent) enn befolkningen i alt (74 prosent). Den lavere sysselsettingsandelen må ses i sammenheng med at en betydelig andel av de funksjonshemmede (40 prosent) mottar uførepensjon. Funksjonshemmede hadde samme lave arbeidsledighet som befolkningen ellers i 2013 (om lag 3 prosent). De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som oppgir at de ønsker arbeid, tilfredsstiller ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. Dette er enten fordi de ikke søker jobb aktivt eller fordi de ikke er tilgjengelige for arbeid på kort sikt.

Det har vært en reduksjon i antallet uførepensjonerte fra utgangen av 2012 til utgangen av 2013. I samme periode har antall mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen blitt redusert fra 9,5 til 9,3 prosent. Befolkningsveksten har i stor grad kommet som arbeidsinnvandring, og dette kan dermed ha bidratt til å redusere uføreandelen i hele befolkningen.⁴⁰

I februar 2014 var om lag 207 000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten. Dette er en reduksjon på 2 prosent, tilsvarende nær 4 000 personer fra februar 2013. Det var en sterk økning i antall personer med nedsatt arbeidsevne i 2010. Beholdningen økte videre fram mot sommeren 2011, men ble redusert fram til høsten 2012. Etter en liten utflating, ble antallet ytterligere redusert i 2013.

Når det gjelder de konkrete måleindikatorene for delmål 2, har overgangen til arbeid for de som har vært sykmeldte i minst 13 uker falt med om lag ett prosentpoeng det siste året, og var på 71,2 pst. i 3. kvartal 2013. I perioden 4. kvartal 2012 til 3. kvartal 2013 sett under ett var overgangen til arbeid for denne gruppen 71,8 pst. IA-målet er at andelen skal være minst 70 pst.

Attføringsbegrepet ble fjernet i forbindelse med innføringen av arbeidsavklaringspenger. Det skal utvikles en ny indikator for delmål 2 b, men faggruppen vil avvente arbeidet med utvikling av en ny indikator inntil en har et større datagrunnlag, og kan utvikle et nytt måltall. Vi har i rapporten presentert tall for andelen sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak i 3. kvartal 2012 etter hhv. 8, 13 og 26 uker med sykepenger. Tallene viser at det var en økning i tiltaksaktiviteten i 3. kvartal 2013 sammenliknet med samme periode i 2012, men at tiltaksaktiviteten fortsatt er noe lavere enn i 3. kvartal 2010.

⁴⁰ Tall i fjorårets rapport fra faggruppen viste at uføreandelen blant norske statsborgere økte med 0,1 prosentpoeng fra 2011 til 2012, mens uføreandelen i hele befolkningen var uendret i samme periode.

Videre er andelen personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten og som har kommet i arbeid, høyere i 2013 sammenliknet med 2012. I januar 2014 var 47 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere. Dette er 1,4 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent.

6.6 Mulige effekter av virkemiddelbruk

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

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

Forskningsoppsummering fra Proba Samfunnsanalyse

I forbindelse med arbeidet med NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak, ble Proba samfunnsanalyse bedt om å skrive en litteraturstudie av evalueringer av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne.⁴¹ Foruten empiri fra Norge, dekker studien Sverige, Danmark, Tyskland, Belgia, Storbritannia og USA. Litteraturstudien er begrenset til forskning som er gjennomført i perioden 2000-2010. Litteraturstudien er avgrenset til effektevalueringer, ikke brukerundersøkelser eller andre intervjubaserte undersøkelser med sikte på å avdekke berørte parter (subjektive) oppfatninger om tiltakene.

Proba trakk blant annet fram følgende konklusjoner:

- Tiltakene kunne fått bedre effekt hvis seleksjonsprosessene til tiltakene hadde vært bedre og man dermed hadde valgt ut de deltakerne som ville hatt størst nytte av tiltaket.
- Det er en tendens til at tiltak som gir deltakeren erfaring med en ordinær arbeidsplass er mest effektive hvis målet er at deltakeren skal gå over til en ordinær jobb. Imidlertid finnes det også analyser som kommer til andre konklusjoner. Rask utplassering i tiltak i ordinært arbeidsliv ser ut til å fungere særlig godt for personer med psykiske problemer. Lønnstilskudd er blant de tiltakene som ser ut til å ha størst effekt på den enkeltes jobbsannsynlighet.
- Nesten alle studier som sammenlikner praksis eller opplæring i skjermede tiltak med andre tiltak konkluderer med at det er best å unngå veien om skjermede tiltak. Dette gjelder også når opplæring i skjermede omgivelser etterfølges av praksis i ordinær stilling.

⁴¹ Proba samfunnsanalyse (2011) Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie. Rapport 2011-02.

- Flere av evalueringene tyder på at det er en fordel å bruke team med både medisinsk og yrkesfaglig kompetanse for å følge opp deltakere på arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne.

Evaluering av NAV-kontorenes attføringsstrategier for personer med nedsatt arbeidsevne

Arbeids- og sosialdepartementet har finansiert et stort treårig prosjekt for å evaluere effektene av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, herunder effekt på ulike målgrupper, effekten av tiltakskjeder mv. Prosjektet er gjennomført av Frisch-senteret. Studien bygger på en analyse av 350 000 personer med nedsatt arbeidsevne som har vært brukere av arbeidsrettede tiltak og der disse personene er fulgt over minimum 5 år.⁴²

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

1. (VR1) Tiltak i ordinære virksomheter, lønnstilskudd, oppfølgingstiltak mv.
2. (VR2) Tiltak i skjermede virksomheter
3. (VR3) Kvalifisering i det ordinære utdanningssystemet
4. (VR4) Relativt kortvarige /målrettede kurs (AMO-kurs)

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

Også strategi 3 med bruk av tiltak det ordinære utdanningssystemet fungerer godt. Dette gir vesentlig effekt på overgang til arbeid etter tiltaksløpets slutt. Samtidig må dette veies opp mot at denne tilnærmingen innebærer nokså lange tiltaksløp og er relativt kostbar.

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

Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne

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

⁴² Simen Markussen og Knut Røed (2014) The Impacts of Vocational Rehabilitation. IZA discussion paper no. 7892. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA).

mange NAV-kontor ikke fant kandidater fordi man hadde få eller ingen brukere med fysiske funksjonsnedsettelse.

Rapporten peker på at mange satsinger i arbeids- og velferdsforvaltningen skaper problemer med å prioritere eller skille mellom ulike satsinger og målgrupper. Det pekes også på mangel på tid, stort arbeidspress, mangel på lederforankring av strategien og problemer med å finne egnede brukere ved tilbud om praksisplasser fra arbeidsgivere. Mange steder mangler det bl.a. god og oppdatert informasjon om brukerne i etatens saksbehandlingssystem.

Men her er det framgang å spore ved at noen NAV-kontor har opprettet egne tverrfaglige møtefora hvor kandidater matches mot mulige jobber. Det sies også at det finnes lite relevant styringsinformasjon og at det mangler statistikk som kan måle innsats og resultater av jobbstrategien.

Jobbstrategien har bidratt til økt samarbeid mellom ulike deler av NAV-systemet. Bruk av bl.a. tilretteleggingsgarantier har bidratt til bedre koordinering innad i arbeids- og velferdsforvaltningen. Samarbeidet er også styrket gjennom øremerkede stillinger ved arbeidslivssentrene og fylkeskontorene. Virkemidler som ble innført som en del av jobbstrategien har blitt godt mottatt. Det gjelder bl.a. en mentorordning, og bruken av tilretteleggingsgarantier har økt merkbart. Det har vært en utfordring å få ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen til å ta i bruk nye virkemidler og det har ført til et underforbruk på enkelte ordninger. En grunn til dette er at det er mange og overlappende virkemidler i arbeids- og velferdsforvaltningen. Flere informanter tar til orde for at Arbeids- og velferdsetatens tiltaksapparat burde forenkles og tiltak slås sammen.

7. Delmål 3: forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

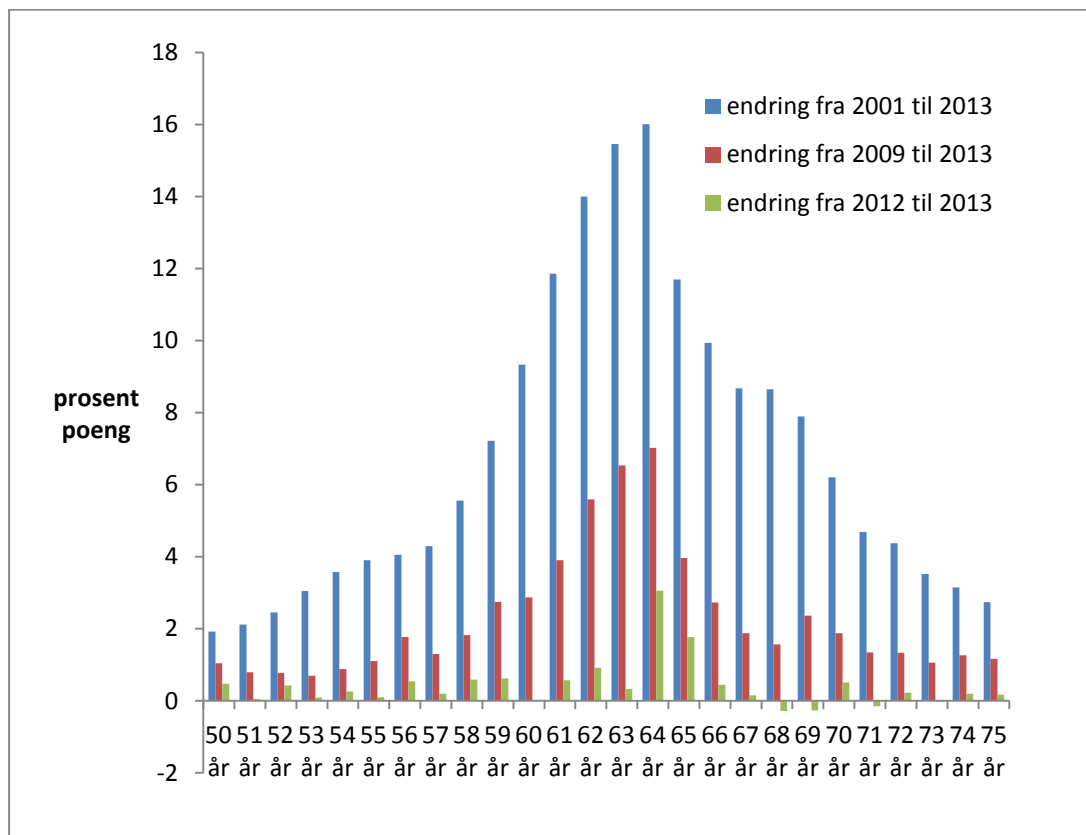
Delmål 3 i IA-avtalen er å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med seks måneder sammenliknet med nivået i 2009. Utviklingen måles med utgangspunkt i indikatoren forventet antall år i arbeid ved 50 år. I tillegg belyses utviklingen i sysselsettingsandelen av seniorer ved registerbasert sysselsettingsstatistikk og sysselsettingsstatistikk fra arbeidskraftsundersøkelsen. Videre omtales Norsk seniorpolitisk barometer for å belyse arbeid med seniorpolitikk i arbeidslivet.

7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år

Økt sysselsetting blant personer over 50 år

Sysselsettingsandelen blant personer over 50 år har økt markert etter 2001. Sysselsettingsutviklingen blant de over 50 år skiller seg derfor positivt ut fra resten av befolkningen. I særdeleshet gjelder den positive utviklingen for aldersgruppen 62 – 64 år. Blant 64-åringene er sysselsettingsraten hele 16 prosentpoeng høyere nå enn i 2001, se figur 15. Figur 15 viser også utviklingen i sysselsettingsandelene for perioden etter 2009 og for det siste året. Igjen ser vi markert økt sysselsetting og best utvikling blant 62 – 64-åringene. De positive sysselsettingstallene for personer over 50 år framstår som enda sterkere når vi vet at sysselsettingsandelene i yngre aldersgrupper har blitt redusert etter 2009.

Figur 15 Andel av befolkningen i registrert arbeid i Aa-registeret, etter alder. Endring i prosentpoeng.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

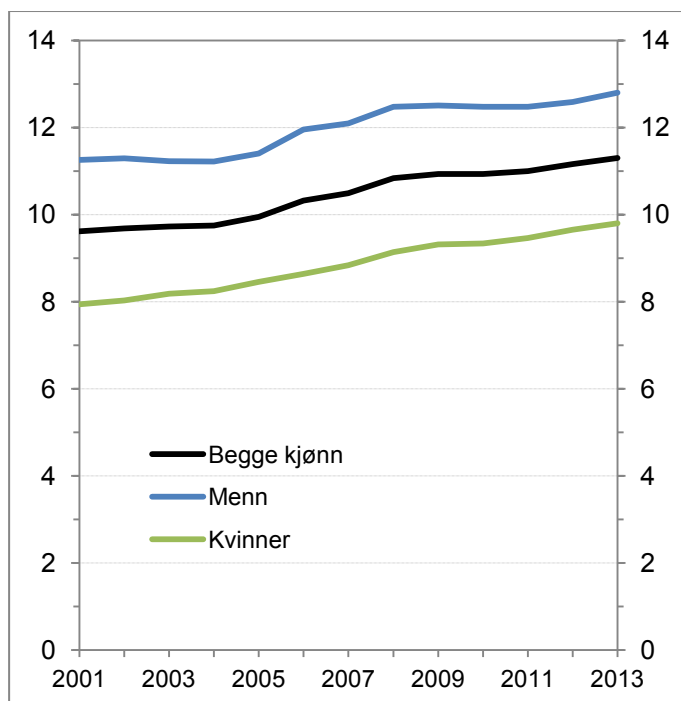
Figur 15 viser endringen i sysselsettingsrater blant eldre aldersgrupper for ulike perioder etter 2001.

Forventet antall år i arbeid ved 50 år

Målet i IA-avtalen for 2009 – 2013 var å forlenge gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet ved 50 år med seks måneder fra 2009. Figur 16 viser én måte å måle dette på – forventet antall år i arbeid justert for stillingsandel ved 50 år. For mer om beregningen av denne indikatoren, se Haga (2013). En 50-åring kunne i 2013 forvente å ha 11,3 gjenstående årsverk i arbeidslivet. Det er en økning på 1,7 årsverk fra 2001, en økning på 0,4 årsverk fra 2009 og en økning på 0,1 årsverk fra 2012. Målet i IA-avtalen på dette punktet ble altså nesten nådd.

Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at en 50-åring i 2013 kunne forvente å tilbringe 11,3 årsverk i heltidsarbeid. Dette gjelder som et gjennomsnitt for hele befolkningen, det vil si at indikatoren ikke er betinget på at man er i arbeid ved 50 år. Den vil derfor påvirkes av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

Figur 16 Forventet antall år i arbeid ved 50 år, justert for stillingsandel. 2001–2013.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Det er flere forklaringer på den positive utviklingen i sysselsettingsandelen blant eldre de siste årene. Én forklaring er pensjonsreformen. Pensjonsreformen har gjort det gunstigere å stå lenger i jobb. Særlig er jobbinsentivene blitt bedret blant de i privat sektor med rett til AFP. En annen viktig forklaring bak økningen på lengre sikt er at andelen med høyere utdanning har økt i denne aldersgruppen. Isolert sett kan dette tilsi økt forventet antall år i arbeid for en 50-åring også i årene som kommer. Dahl og Lien (2013) viser dessuten at det er de med kortest utdanning som har økt sannsynligheten til å fortsette i arbeid mest sammenliknet med andre utdanningsgrupper. Likevel er det fortsatt de med lengst utdanning som står lengst i jobb. En tredje forklaring kan være holdningsendring blant arbeidsgivere og arbeidstakere. En holdningsendring kan ha medvirket til at både arbeidskraftstilbudet og etterspørselen etter arbeidskraft kan ha økt i denne aldersgruppen. En fjerde forklaring er at økt levealder og gjennomgående bedre helse blant personer over 50 år. Det er også mulig at IA-arbeidet i seg selv kan ha hatt en positiv effekt.

Figur 16 illustrerer at forventet antall år i arbeid med full stilling er høyere for menn enn for kvinner, og denne avstanden er noe redusert etter 2001. Den viktigste årsaken bak kjønnsforskjellene, er at kvinner i større grad jobber deltid enn menn. Samtidig er sysselsettingen fortsatt noe lavere for kvinner enn menn.

Etter pensjonsreformen er ikke forventet pensjoneringsalder et like godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Mens forventet yrkesaktivitet ved 50 år har økt med 1,7 år fra 2001 til 2013, har forventet pensjoneringsalder ved 50 *sunket* med 0,5 år i samme periode (Haga 2014). Dette er fordi mange flere nå tar ut pensjon selv om de fortsetter i jobb. Det er særlig blant menn at forventet pensjoneringsalder har sunket. Kvinner har helt til i 2010 alltid hatt lavere forventet pensjoneringsalder enn menn. Etter 2010 har kjønnene byttet plass, slik at menn nå har lavere forventet pensjoneringsalder. Både for menn og kvinner har det imidlertid vært en positiv utvikling i denne indikatoren etter 2011.

Boks 4 Indikatorer delmål 3

Som måleindikator for IA-avtalens delmål 3 ble forventet pensjoneringsalder brukt fram til (2010). Etter pensjonsreformen er ikke lenger denne indikatoren et godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer, og en har i stedet tatt i bruk forventet antall år i arbeid.

Forventet pensjoneringsalder angir den alderen en person som ennå ikke var pensjonert ved en gitt alder, teoretisk kan regne med å starte uttaket av pensjon (AFP, alders- eller uførepensjon). Denne er beregnet ut ifra pensjonsuttaket for hver aldersgruppe i aldersintervallet 51–66 år et gitt år. For eksempel er forventet pensjoneringsalder i 2013 beregnet ut ifra den pensjoneringsadferden som er observert i 2013.

Med begrepet *forventet antall år i arbeid* menes antall årsverk en person i en gitt alder kan regne med å bidra i arbeidslivet dersom sysselsettingsatferden og levealderen holder seg konstant fremover. For eksempel angir forventet antall år i arbeid ved 50 år i 2013 produktsummen av sannsynligheten for å overleve fra et år til et annet og sysselsettingsandelen (korrigert for stillingsandel) som faktisk er observert for alle personer mellom 50 år og oppover i 2013. Litt enklere kan man kalle dette gjennomsnittlig tid i arbeid for personer over 50 år i 2013.

I motsetning til forventet pensjoneringsalder, er forventet antall år i arbeid ikke betinget på om man var i arbeid ved fylte 50 år. Den vil derfor påvirkes av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

Det finnes også andre måter å vurdere hvor lenge folk står i arbeid. For eksempel beregner OECD gjennomsnittlig avgangsalder fra arbeidslivet (se OECD, 2011).

Virkninger av pensjonsreformen på sysselsetting

Den økte yrkesaktiviteten blant eldre kan ses på som en del av en lengre trend hvor levealderen øker og med en tilsvarende økning i friske leveår (Lillegård og Ramm 2010). Men som det er vist av Bakken og Bråthen (2012), har pensjonsreformen isolert sett hatt en positiv effekt på sysselsettingssannsynligheten. Reformen har vist seg å ha hatt en positiv virkning på sysselsettingen i løpet av de første årene den har virket. Årsaken til denne effekten kan forklares med følgende regelendringer (Dahl og Lien 2011):

- Nøytrale uttaksregler gir høyere alderspensjon ved utsatt pensjonering, noe som gjør det mer attraktivt å fortsette i arbeid.

- Alderspensjonen kan fritt kombineres med arbeid fra 62 år, noe som gir sterke økonomiske insentiver til arbeid.
- Nye skatteregler fra 2011 gjør det mer gunstig enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

Nye opptjeningsregler for alderspensjon vil forbedre insentivene til arbeid ytterligere, men disse trer først gradvis i kraft fra 2016 når de første som omfattes av reglene, kan ta ut pensjon. Levealdersjustering er nettopp innført og får bare små effekter fra år til år.

Andelen 62–66-åringer som mottar en form for pensjon – alderspensjon, uførepensjon, avtalefestet pensjon eller etterlattepensjon – økte som følge av de fleksible uttaksreglene fra 57–58 prosent i perioden 2008–2010 til om lag 70 prosent i desember 2013. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

64 prosent av de som hadde tatt ut alderspensjon før de fylte 67 år, jobbet ved siden av pensjonen i desember 2013. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte dessuten fra 39 prosent i 2010 til 44 prosent i 2013 (selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert i disse tallene). Dette var en sterkere sysselsettingsøkning enn for befolkningen mellom 18 og 66 år. Andelen som fortsatte i arbeid i aldersgruppen 62–66 år, økte mest i næringene industri og bergverksdrift og utvinning.

Det er forskjeller i hvordan pensjonsreformen har påvirket de økonomiske insentivene til arbeid for ulike grupper av arbeidstakere (se Dahl og Lien 2013 for flere detaljer). Ansatte i private AFP-virksomheter har nå muligheten til å ta ut alderspensjon og AFP fra fylte 62 år, og kombinere dette med arbeidsinntekt uten at pensjonen blir redusert. For ansatte i private virksomheter uten AFP har det nå åpnet seg en mulighet for å ta ut alderspensjon før fylte 67 år. Ansatte i offentlig sektor har i hovedsak beholdt sine AFP-ordninger, og uttak av AFP kan ikke kombineres med uttak av alderspensjon. AFP i offentlig sektor blir fortsatt redusert forholdsmessig dersom man har arbeidsinntekt over 15 000 kroner per år. Gevinsten ved å fortsette i arbeid i offentlig sektor er derfor lavere enn i privat sektor.

De ulike pensjonsordningene ser ut til å ha hatt ulike effekter på sysselsettingen i de ulike sektorene. Dahl og Lien (2013) viser at sysselsettingen har økt mest blant de grupper som i størst grad har fått bedre insentiver som følge av det nye pensjonssystemet. Ansatte i private virksomheter med rett til AFP har økt sannsynligheten til å fortsette i arbeid etter fylte 62 år mest sammenliknet med ansatte i private virksomheter uten rett til AFP og ansatte i offentlig sektor.

Dahl og Lien (2013) så videre på hva som kjennetegner de gruppene der sysselsettingen har økt særlig mye etter fylte 62 år. Blant ulike yrkesgrupper viser det seg at det er personer med tunge manuelle yrker som i størst grad har latt seg påvirke til å fortsette lenger i jobb. Tilsvarende når de ser på utdanning, så er det de med kun grunnskoleutdanning som har økt sin sannsynlighet til å fortsette i jobb mest. Men selv om forskjellene i jobbsannsynlighetene nå har blitt mindre, så er det fortsatt de med lengst utdanning som står lengst i jobb.⁴³

Bakken og Bråthen (2012) har sett på hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å fortsette i jobb fra et år til et annet. De faktorene som ga størst effekt på denne avgjørelsen var

⁴³ Disse funnene blir bekreftet av Nordby m.fl. (2013).

helsetilstanden, tidspunktet for ektefellens pensjonsbeslutning og om man er ansatt i en bedrift med AFP. I tillegg fant de at pensjonsreformen isolert sett hadde en positiv effekt på sannsynligheten for å fortsette i jobb.

Andre forhold enn selve reformen spiller trolig også inn på utviklingen i sysselsettingen etter at reformen trådte i kraft. Nedgang i arbeidsledigheten, høyere utdanningsnivå blant eldre og holdningsendringer blant arbeidstakere og arbeidsgivere kan også ha ført til høyere sysselsetting, for å nevne noen eksempler.

Norsk seniorpolitisk barometer

Norsk seniorpolitisk barometer har siden 2003 kartlagt holdninger på det seniorpolitiske området i arbeidslivet. Informasjonen i undersøkelsen hentes inn per telefonintervju. Utvalget består netto av 1000 personer over 15 år og 600 bedrifter og 150 offentlige etater. Det er Synovate som gjennomfører undersøkelsen på oppdrag av Senter for seniorpolitikk (SSP). Seneste undersøkelse ble gjennomført høsten 2013. Ser vi alle undersøkelsene under ett, er tre funn særlig tydelige, to er positive og ett er negativt:

1. Det synes å være en positiv holdningsendring som trekker i retning av at eldre arbeidstakere står lenger i jobb. Denne positive holdningsendringen ser vi både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden.
2. Eldre personer som er i jobb står på mange måter sterkt på arbeidsmarkedet, og deres stilling synes å være ytterligere styrket over tid. Blant annet synes eldre arbeidstakere å ha gode muligheter til å lære nye ting og til å få nye arbeidsoppgaver.
3. Mange arbeidsgivere reserverer seg for å ansette eldre arbeidssøkere. Denne undersøkelsen gir ikke holdepunkter for at arbeidsgiveres reservasjon for å ansette eldre er redusert de siste årene.

Karakteristisk ved arbeidstakernes vurderinger

- Eldre gleder seg i større grad enn yngre til å gå på jobb. Dette bildet har vært stabilt over tid.
- Eldre opplever i større grad enn yngre at de mestrer sine arbeidsoppgaver. Slik har det vært i hele tiårsperioden. Ikke minst er det mange over 60 år i 2013-undersøkelsen som svarer at de mestrer jobben sin godt.
- Nær 20 prosent av de eldre oppgir at de har opplevd at det foregår aldersdiskriminering på jobben. Samtidig er det bare 2 prosent som sier at de selv har opplevd slik aldersdiskriminering.
- Det er en utbredt oppfatning blant sysselsatte at eldre er lite ettertraktet på arbeidsmarkedet.
- Sammenliknet med yngre har eldre tidligere rapportert om dårligere muligheter til å få nye arbeidsoppgaver. Her synes det imidlertid å ha vært en bedring fra begynnelsen av perioden til slutten av perioden: Eldre har de tre siste årene rapportert at de har samme muligheter som yngre til å få nye arbeidsoppgaver.
- Majoriteten av de sysselsatte over 60 år opplyser at de ønsker å arbeide også etter at de har startet å ta ut pensjon. Denne andelen har økt trendmessig gjennom hele perioden. Nå er det 55 prosent som opplyser at de kunne tenke seg å fortsette å arbeide etter at de har rett til pensjon.
- Ønsket fratreldsesalder har trendmessig økt i perioden. De sysselsatte rapporterer nå at de ønsker å fratre ved 65-årsalderen. I begynnelsen av perioden var ønsket fratreldsesalder 61 år.

- Om lag 50 prosent av de sysselsatte mener det ikke bør være en øvre aldersgrense for hvor lenge en arbeidstaker kan stå i arbeid.
- Med god margin mener de fleste arbeidstakere at særaldersgrensene bør avvikles. På dette punktet har holdningene vært nokså stabile over tid.

Karakteristisk ved arbeidsgivernes vurderinger

- Arbeidsgivere oppgir at erfarne arbeidstakere og unge arbeidstakere er de mest attraktive ved ansettelser. Motsatt oppgis funksjonshemmede, eldre og innvandrere å være de minst attraktive. Med andre ord; arbeidsgiverne ønsker arbeidstakere som både er erfarne og unge (mange vil mene at det er en krevende egenskap å inneha). Bildet har holdt seg nokså stabilt de siste fem årene.
- Ved hvilken alder folk må betraktes som "eldre i arbeidslivet" har økt over tid. I begynnelsen av perioden (2003) oppga arbeidsgivere i gjennomsnitt at 52 år var grensen for når folk kan betraktes som "eldre". I slutten av perioden (2013) har denne grensen økt til om lag 57 år.
- 14 prosent av arbeidsgiverne har opplevd aldersdiskriminering i arbeidslivet. Denne andelen har variert noe over tid, men ikke vist noen klar trend.
- Majoriteten av arbeidsgiverne opplever at det er en fordel at arbeidstakere står i jobb frem til "normal pensjonsalder", og denne andelen har økt over tid.
- Få arbeidsgivere mener at eldre bør sies opp før yngre når en bedrift må nedbemanne. Dette bildet har vært stabilt over tid.
- Mange arbeidstakere ønsker ikke å kalle inn eldre arbeidssøkere til intervju. I gjennomsnitt oppgis 57 år som den aldersgrensen arbeidsgivere vil nøle med å kalle inn til intervju. Dette bildet har holdt seg nokså stabilt over tid.
- Majoriteten av arbeidsgivere oppgir at eldre som tar ut pensjon vil ha gode muligheter til å fortsette å jobbe deltid i bedriften.
- Av bedriftene med IA-avtale er det 55 prosent som har utarbeidet mål knyttet til delmål 3,29 prosent har det ikke.
- De fleste bedrifter (77 pst.) har ikke kontakt med et arbeidslivssenter, 18 prosent har det.

På noen områder har arbeidstakere og arbeidsgivere sammenfallende oppfatning

- Når vi betrakter hele perioden etter 2003 ser vi at stadig flere arbeidsgivere oppgir at de ønsker at ansatte skal stå i jobb helt fram til "normal" pensjonsalder. På samme måte framkommer det at arbeidstakeres ønskede fratreddesalder (pensjonering) har økt i perioden.
- Både arbeidsgivere og arbeidstakere mener at "Eldre arbeidstakere er produktive og kan yte like godt som yngre arbeidstakere".
- Både arbeidsgivere og arbeidstakere mener at "Eldre arbeidstakere har dårligere evner til å mestre data og PC".

Men på ett område har arbeidstakere og arbeidsgiver ulik oppfatning

- Arbeidsgiverne (95 prosent) mener eldre har like gode muligheter som yngre til å lære seg nye ting. Eldre arbeidstakerne derimot opplever at de har dårligere muligheter for å lære.

7.2 Måloppnåelse

Delmål 3 i IA-avtalen for perioden 2009 – 2013 er at gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet for personer over 50 år skal øke med seks måneder fra 2009 til 2013. Det har vært en økning i perioden, men ikke nok til å oppfylle målet. I 2013 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11,3 år i arbeid. Dette 0,4 år eller knappe 5 måned mer enn i 2009. IA-avtalens mål på dette punktet har altså ikke blitt oppnådd.

I denne IA-perioden har vi kommet nærmere målet om en økning i forventet antall år i arbeid for personer over 50 år. En av utfordringene også ved dette målet er at konjunktursituasjonen påvirker sysselsettingen. Indikatoren måler dermed også utviklingen i andre forhold enn det en kan påvirke ved å legge til rette for en god seniorpolitikk.

8. Kilder

Statistikk fra www.ssb.no

Statistikk fra www.nav.no

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2013). Virksomhetsrapport for 2012, vedlegg 4.

Bakken, F. og Bråthen, M. (2012) Seniorer i arbeidslivet – hva påvirker beslutningen om å fortsette i jobb? *Arbeid og velferd*, 3–2012, 38–48.

Biørn, E., Gaure, S., Markussen, S., & Røed, K.. (2010). The Rise in Absenteeism: Disentangling the Impacts of Cohort, Age and Time. Oslo: Frischsenteret

Brage, S., Kann, I. C. og Nossen, J. P. (2013). Gradert sykmelding. NAV-rapport 2013:2. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Brage, S., Kann, I. C., Nossen, J. P., & Thune, O. (2012). Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000–2011. *Arbeid og velferd 3/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Brage, S., Kann, I. C., Kolstad, A., Nossen, J. P., & Thune, O. (2011). Gradert sykmelding – omfang utvikling og bruk. *Arbeid og velferd 3/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bratsberg, B. og Raaum, O. (2013). Migrasjonsstrømmers påvirkning på lønns- og arbeidsvilkår. *Samfunnsøkonomen Nr 3 2013*.

Bratsberg, B. & Raaum, O. (2012). Immigration and wages: Evidence from construction. *The Economic Journal*.

Bratsberg, B., & Røed, K. (2011). Kan demografi forklare veksten i uførhet? *Søkelys på arbeidslivet 1-2/2011*. Oslo: Frischsenteret

Bratsberg, B., Raaum, O, Røed, M. og Schøne, P. (2010). Immigration Wage Impacts by Origin. Norface Migration Discussion Paper NO. 2010-2.

Bråthen, M. (2012). Arbeidsavklaringspenger – status ved utgangen av 2011. *Arbeid og velferd 1/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bråthen, M., & Vetvik, K. (2011). Personer med nedsatt arbeidsevne – Hvem er de? *Arbeid og velferd 1/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bråthen, M. (2010). Uførepensjonistenes tilknytning til arbeidslivet. *Arbeid og velferd 1/2010*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bråthen, Magne (2007) Seniorenes tilknytning til arbeidsmarkedet styrkes *Arbeid og velferd*, 4–2007.

- Bye, T., Berge, C., & Næsheim, H. (2010). Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomen* 3/2010. Oslo: Samfunnsøkonomene
- Dahl, E. H. og Lien, O. C. (2013) Pensjonsreformen – flere eldre i arbeid. *Arbeid og velferd*, 1–2013, 58–71.
- Dahl, E. H. og Lien, O. C. (2011) Pensjonsreformen: Effekter på sysselsettingen. *Arbeid og velferd*, 4–2011, 35–42.
- Haga, Oddbjørn (2013) Forventa pensjoneringsalder og yrkesaktivitet. *Arbeid og velferd*, 2–2013.
- Handal, J. (2010). Hva skjer med personer som går ut sykepengeperioden på 12 måneder? *Arbeid og velferd* 4/2010. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Helde, I., Kristoffersen, P., & Lysø, N. (2011). Kan næringsstruktur forklare fylkesvise forskjeller i sykefraværet. *Arbeid og velferd* 3/2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Helde, I., Kristoffersen, P., Lysø, N., & Thune, O. (2010). Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. *Arbeid og velferd* 4/2010. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Kann, I. C., Kristoffersen, P. & Thune, O. (2013). Arbeidsavklaringspenger – gjennomstrømming og avgang fra ordningen. *Arbeid og velferd* 1/2013. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Lillegård, M. og Ramm, J. (2010) *Forventet antall leveår med god helse(HLY). Effekten av ulike helsedefinisjoner*. Notater 32/2010. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- Myklebø, S. & Thune, O. (2010). Sykefravær blant gravide. *Arbeid og velferd* 2/2010. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Myklebø, S. (2007). Sykefravær og svangerskap. *Arbeid og velferd* 3/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Mykletun, A., & Vaage, K. (2012). Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Møller, G. (2005) Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter. Telemarksforskning. Arbeidsrapport 6-2005. Gjengitt fra Proba-rapport 2011-02
- Nordby, P., Nerland, S. M. og Næsheim, H. (2013) Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen SSB-rapport. 12/2013. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak. Innstilling avgitt til Arbeidsdepartementet
- NOU 2010: 13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren

- OECD (2011). *Pensions at a glance 2011*, OECD Publishing, Paris
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Reve, S. H., Mandal, R., Jensberg, H., & Lippestad, J. (2012). Sintef: Sykefravær – gradering og tilrettelegging. Trondheim: 2012
- Ose, S. O, Lin Jiang og Bungum, B (2014). Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse. Sintef.
- Perduco (2010). Kommuneundersøkelsen høst 2010, utført for Senter for Seniorpolitikk
- Proba samfunnanalyse (2012) Evaluering av arbeidsevnevurdering i NAV.
Oppfølgingsundersøkelse 2012. *Rapport 2012-10*
- Proba samfunnsanalyse (2011) Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie. *Rapport 2011-02*
- Steinkellner, A. (2010). Utdanning og kjønnslikestilling: Fra den første kvinnelige student. *Samfunnsspeilet* nr. 1 2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Sterud, T. (2014). Work-related gender differences in physician-certified sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*.
- Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10
- Westlie, L. (2008a) Norwegian Vocational Rehabilitation Programs. Improving Employability and Preventing Disability? Frischsenteret. Memorandum 2/2008.
- Westlie, L. (2008b) The Long Term Impacts of Vocational Rehabilitation. Frischsenteret, Memorandum 25/2008
- Aakvik, A., Heckman, J. & Vytlacil, E. (2005) Estimating Treatment Effects for Discrete Outcomes when Responses to Treatment Vary. An Application to Norwegian Vocational Rehabilitation Programmes. *Journal of Econometrics*. 125 (2005) 15-51. Gjengitt fra Proba-rapport 2011-02.

Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport

IA-avtalens overordnede mål

Drøfting av mulige årsaker til nedgangen i sysselsettingsandelen etter 2008 (rapport 2/2011, s. 53)

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

Delmål 1

En mulig metode for å sesongjustere sykefraværet (rapport 1/2012 s. 23)

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

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

Kjønnsforskjeller i sykefraværet (rapport 1/2012 s. 28)

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

Sammenlikning av sykefraværet mellom land ved arbeidskraftundersøkelsene (rapport 1/2012 s. 36)

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

Mulige gevinster av å redusere sykefraværet (rapport 1/2012 s. 37)

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

Mulige effekter av virkemidlene i IA-avtalen (rapport 1/2012 s. 42)

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

Hva skjedde med sykefraværet i 2008–2010 (rapport 2/2011, s. 16)

Det totale sykefraværet var 7,5 prosent i 2009 og 6,8 prosent i 2010. Fra 2009 til 2010 var det altså en nedgang på 9,2 prosent, mens fra 2008 til 2009 var det en økning på 6,7 prosent. Tabellen under søker å oppsummere hvilken betydning de fire faktorene influensa, gradering, antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk og varigheten av sykefraværstilfellene hadde for utviklingen i legemeldt sykefravær fra 2008 til 2010.

Tabell 11 Ulike faktorerers betydning for endringer i sykefraværprosenten fra 2008–2009 og fra 2009–2010. I de tre siste faktorene er luftveislidelser holdt utenfor.

	Økning 2008–2009	Reduksjon 2009–2010
Influenza ⁴⁴	19 prosent	24 prosent
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad	6 prosent	10 prosent
Antall sykmeldingstilfeller per avtalt dagsverk	-25 prosent	65 prosent
Sykefraværstilfellenes varighet	100 prosent	1 prosent

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

Sykefravær og konjunkturer (rapport 2/2011, s. 20)

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

⁴⁴ Beregnet med utgangspunkt i endringen for hele diagnosegruppen luftveislidelser, siden en del influensa trolig er kodet med andre luftveisrelaterte diagnoser.

Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk

(rapport 2/2011, s. 29)

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

Almlid-utvalget

(rapport 1/2011, s. 19)

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

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

(rapport 2013 s 38)

I løpet av ett år har mellom 800 000 og 900 000 av om lag 2,4 millioner arbeidstakere et legemeldt sykefravær. Det er stor utskifting i hvem som bidrar til det legemeldte sykefraværet hvert år, og halvparten av de med legemeldt sykefravær var ikke sykmeldt året før. Av de om lag 1,3 millioner som hadde legemeldt sykefravær i 2010 og 2011, var i underkant av en tredel sykmeldt en periode begge år. I løpet av ett år står om lag 11 prosent av arbeidstakerne for 80 prosent av de tapte dagsverkene. Dette kan tolkes som at det er en liten del av befolkningen som har betydning for sykefraværet, og at tiltak må rettes spesielt mot denne gruppen. Imidlertid er det en betydelig utskifting i hvem som har høyt sykefravær fra år til år. I løpet av seks år er det nesten 70 prosent som har hatt legemeldt sykefravær minst en gang, og i løpet av tre år er det tilsvarende tallet 55 prosent. Hvert år er det 33 prosent av arbeidstakerne som har hatt minst ett legemeldt fravær.

Delmål 2

Begrepsbruk delmål 2

(rapport 1/2011, s. 27)

Funksjonsevne og arbeidsevne er to ulike begrepssett som kan overlappe hverandre i stor eller liten grad. Funksjonsevnen behøver ikke å ha noe med arbeid å gjøre, eller være av vesentlig betydning for arbeid. En med nedsatt funksjonsevne har ikke nødvendigvis nedsatt arbeidsevne, og motsatt. Med dette som bakteppe defineres de ulike begrepene redusert funksjonsevne, funksjonshemming, hva Statistisk sentralbyrås begrep om personer med funksjonshemming innebærer og nedsatt arbeidsevne.

Delmål 3

Seniorpolitikk i kommunesektoren – en spørreundersøkelse

(rapport 2/2011, s. 47)

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

Vedlegg 2 – Figurer

Kapittel 4 Overordnet mål for avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

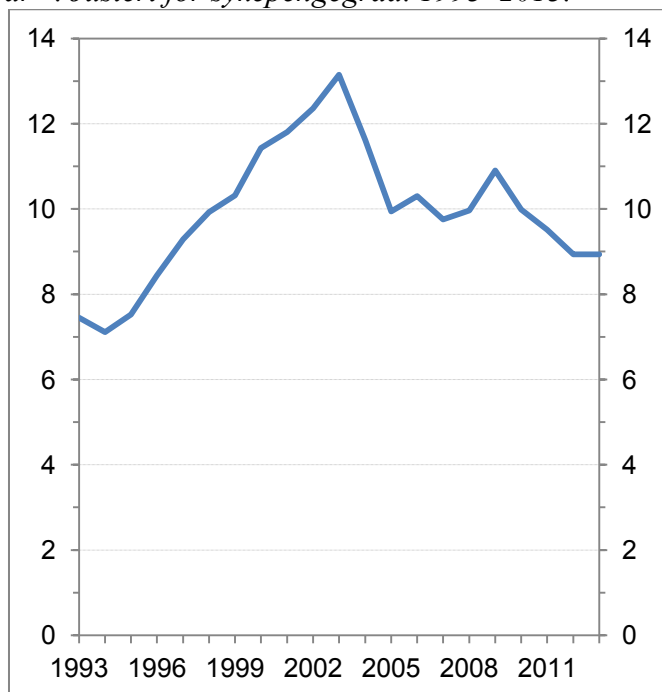
Tabell 12 Sysselsatte som andel av befolkningen etter kjønn og alder. 15–66 år. Prosent.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

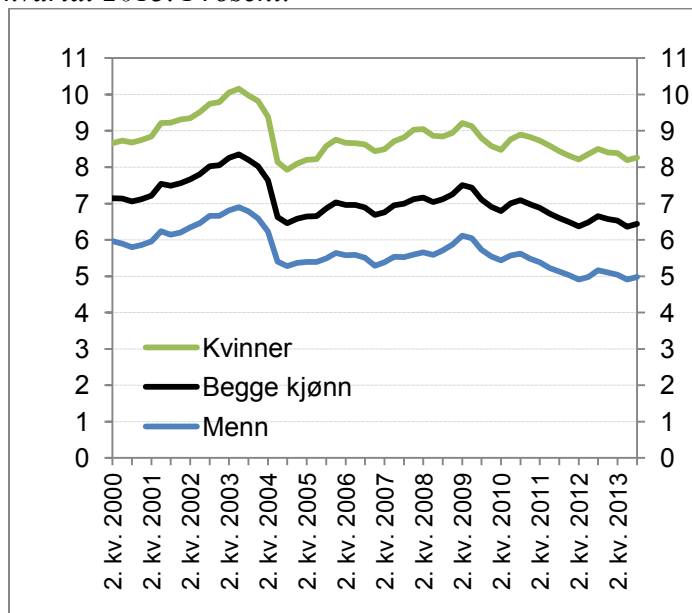
Kapittel 5 Sykefravær – delmål 1

Figur 17 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år⁴⁵. Justert for sykepengegrad. 1993–2013.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

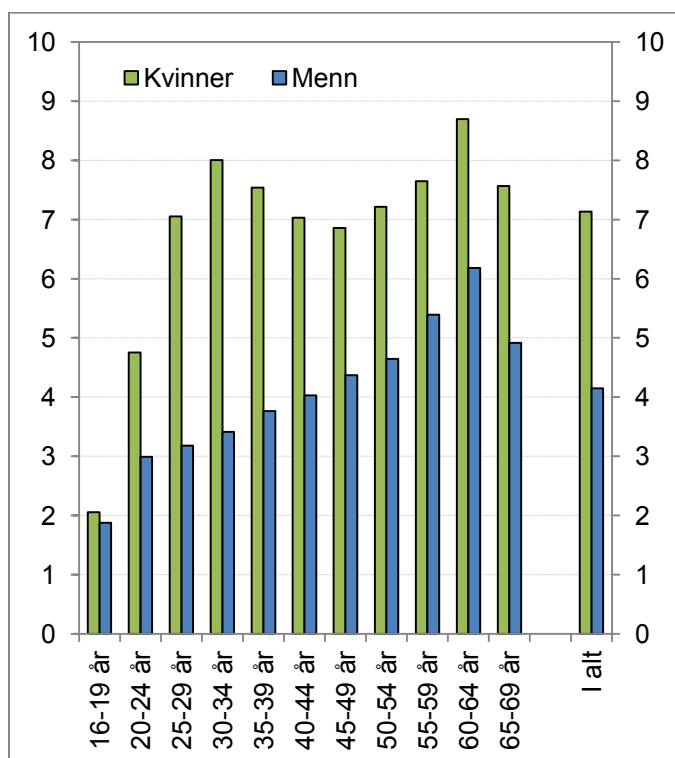
Figur 18 Totalt sykefravær etter kjønn. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2013. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

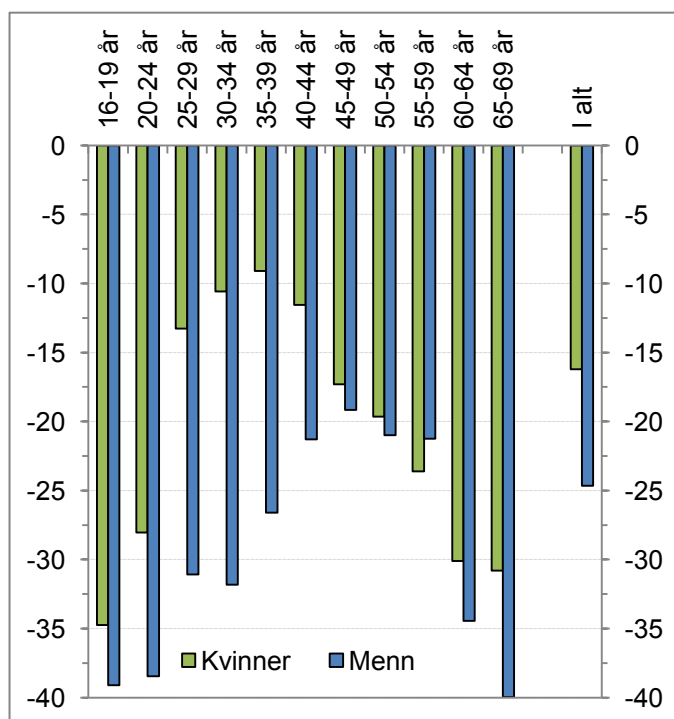
⁴⁵ Tallene er korrigert for utvidelsen av arbeidsgiver perioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000.

Figur 19 Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Årstall basert på ujusterte tall, 2013. Prosent.



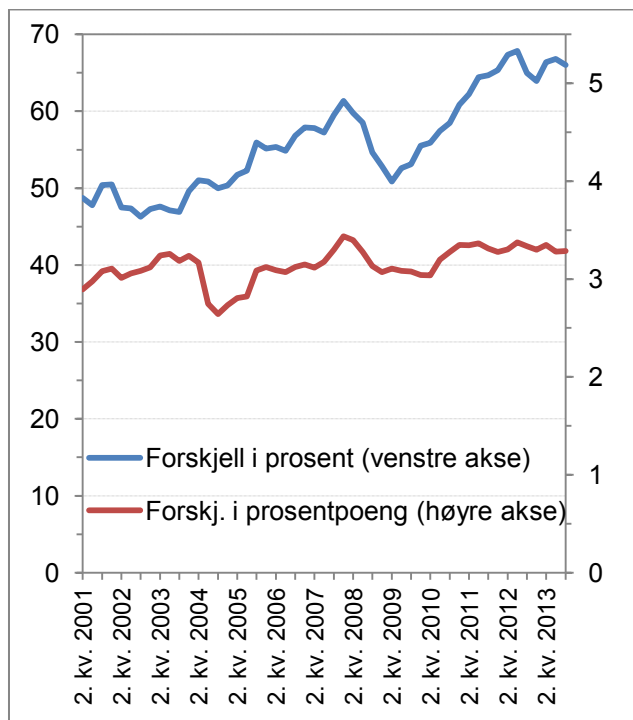
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 20 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2013



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 21 Hvor mye kvinners totale sykefravær overstiger menns i prosent (venstre akse) og forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær i prosentpoeng (høyre akse). Sesongjusterte tall. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2012.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 13 Forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær etter næring. Årstill, 2001–2013. Prosentpoeng.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endr. 01-13
Alle næringer	3,0	3,1	3,2	2,9	2,9	3,0	3,2	3,3	3,2	3,1	3,3	3,4	3,3	0,3
Jordbruk, skogbruk og fiske	1,9	1,5	1,2	1,1	0,8	1,4	1,9	2,0	1,5	2,1	2,2	1,9	2,1	0,2
Industri	2,9	2,8	2,8	2,5	2,3	2,7	2,4	2,7	2,5	2,2	2,6	2,6	2,4	-0,5
Elektris., vann, avløp, renovasjon	1,2	1,4	1,7	1,1	0,9	0,8	1,2	1,2	1,5	1,8	2,2	1,6	1,8	0,6
Bygge- og anleggsvirksomhet	0,1	,00	-0,5	0,3	-0,2	-0,3	0,1	0,5	0,0	-0,2	0,3	0,4	0,2	0,1
Varehandel, reparasjon av motorv.	2,3	2,5	2,8	2,5	2,3	2,6	2,8	2,7	2,6	2,6	2,7	2,6	2,8	0,5
Transport og lagring	3,0	3,2	2,9	2,8	2,3	2,7	2,2	2,5	2,3	2,2	2,5	2,4	2,8	-0,2
Overnattings- og serveringsvirk	2,4	2,5	2,5	2,3	2,2	2,2	2,4	2,6	2,6	2,4	2,5	2,2	2,3	-0,1
Informasjon og kommunikasjon	4,2	4,4	4,4	3,9	3,4	3,6	3,8	3,6	3,8	3,5	3,6	3,6	3,3	-0,9
Finansierings- og forsikringsv.	3,7	3,7	4,3	3,4	3,3	3,4	3,8	3,6	3,5	3,1	3,6	3,5	3,4	-0,3
Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting	2,8	2,9	3,0	2,6	2,5	2,5	2,6	2,7	2,9	2,7	2,9	2,8	2,7	-0,1
Forretningsmessig tjenesteyting	3,2	3,5	4,3	3,5	3,7	3,6	3,8	3,6	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	0,2
Off.adm. og forsvar, sosialforsikr.	3,8	3,8	4,2	3,7	3,4	3,3	3,5	3,5	3,8	3,6	3,7	3,6	3,5	-0,3
Undervisning	3,1	3,3	3,4	3,0	2,8	3,0	3,1	3,6	3,8	3,4	3,5	3,6	3,4	0,3
Helse- og sosialtjenester	3,2	3,7	4,0	3,4	3,3	3,5	3,7	3,8	3,8	3,6	3,7	3,8	3,7	0,5
Private tjenester ellers	3,4	3,4	3,0	2,9	2,6	3,0	3,0	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,8	-0,6

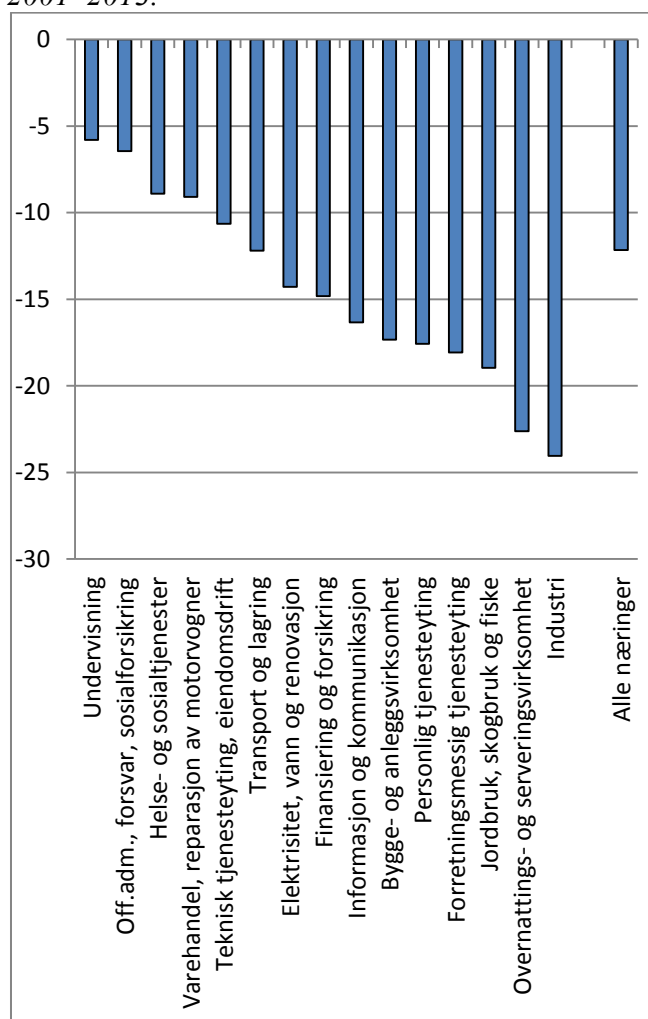
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 14 Andel arbeidstakere (Aa-registeret) etter kjønn og næring. 4. kvartal 2013. Prosent.

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Helse og sosialtjenester	22	36	8
Varehandel reparasjon av motorvogner	14	14	14
Industri	9	4	13
Undervisning	8	11	6
Bygge og anleggsvirksomhet	8	1	14
Off.adm., forsvar, sosialforsikring	6	6	6
Forretningsmessig tjenesteyting	5	5	6
Transport og lagring	5	3	8
Faglig,vitenskaplig og teknisk tjenesteyting	5	4	6
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3	4	3
Informasjon og kommunikasjon	3	2	5
Private tjenester ellers	3	4	3
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2	2	2
Bergverksdrift	2	0	3
Elektisitet-,vann og renovasjon	1	0	2
Olje- og gassutvinning	1	1	1
Jordbruk,skogbruk og fiske	1	1	1
Omsetning og drift av fast eiendom	1	1	1

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 22 Prosentvis endring totalt sykefravær etter næring. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2013.



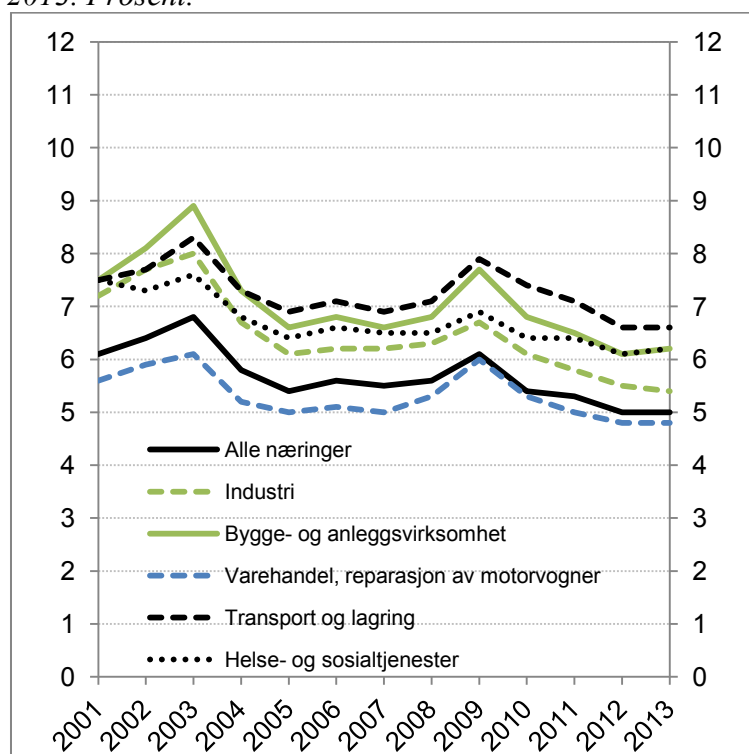
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 15 Totalt sykefravær etter næring. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2013. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endr. 01-13
Alle næringer	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7,0	7,5	6,8	6,7	6,5	6,5	-12,20 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	5,8	6,1	6,8	5,9	5,1	5,1	5,1	5,2	5,8	5,1	4,9	4,6	4,7	-19,00 %
Industri	7,9	8,3	8,6	7,2	6,6	6,8	6,7	6,9	7,3	6,6	6,4	6,0	6,0	-24,10 %
Elektris., vann, avløp, renovasjon	6,3	6,5	6,9	5,9	5,7	5,8	5,9	5,9	6,3	5,7	5,5	5,3	5,4	-14,30 %
Bygge- og anleggsvirksomhet	7,5	8,1	8,9	7,3	6,6	6,8	6,6	6,9	7,7	6,7	6,5	6,1	6,2	-17,30 %
Varehandel, reparasjon av motorv.	6,6	7,0	7,3	6,2	6,0	6,2	6,2	6,5	7,1	6,4	6,2	5,9	6,0	-9,10 %
Transport og lagring	8,2	8,5	9,0	8,0	7,5	7,7	7,4	7,6	8,4	7,9	7,6	7,1	7,2	-12,20 %
Overnattings- og serveringsvirk	8,4	8,9	9,2	7,9	7,1	7,4	7,3	7,6	8,3	7,4	6,8	6,6	6,5	-22,60 %
Informasjon og kommunikasjon	4,9	5,5	5,7	4,9	4,6	4,8	4,7	4,6	5,1	4,4	4,4	4,2	4,1	-16,30 %
Finansierings- og forsikringsv.	5,4	5,5	5,9	5,3	4,9	4,9	5,0	5,2	5,3	4,9	4,9	4,8	4,6	-14,80 %
Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting	4,7	5,1	5,6	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,5	4,5	4,3	4,2	-10,60 %
Forretningsmessig tjenesteyting	8,3	9,1	9,5	8,1	7,6	7,7	8,0	7,6	8,3	7,5	7,1	6,7	6,8	-18,10 %
Off.adm. og forsvar, sosialforsikr.	6,2	6,4	6,7	6,0	5,8	5,9	5,9	6,0	6,3	5,8	6,0	5,9	5,8	-6,50 %
Undervisning	6,9	7,2	7,4	6,7	6,4	6,8	6,7	6,9	7,2	6,4	6,6	6,6	6,5	-5,80 %
Helse- og sosialtjenester	10,1	10,4	10,8	9,5	9,1	9,5	9,5	9,6	10,0	9,3	9,4	9,2	9,2	-8,90 %
Private tjenester ellers	7,4	7,7	7,9	6,7	6,3	6,7	6,6	6,9	7,1	6,6	6,6	6,6	6,1	-17,60 %

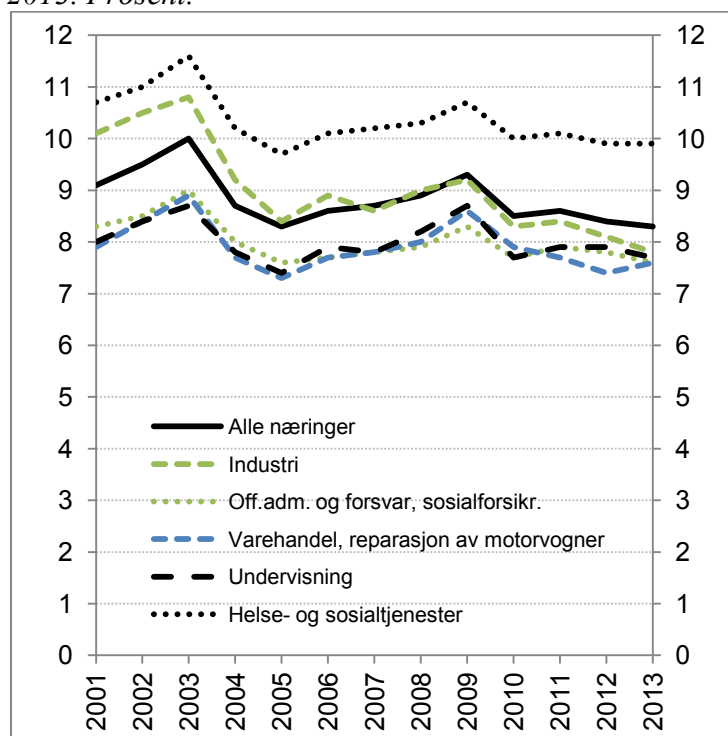
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 23 Totalt sykefravær for menn i ulike næringer. Årstill basert på ujusterte tall, 2001–2013. Prosent.



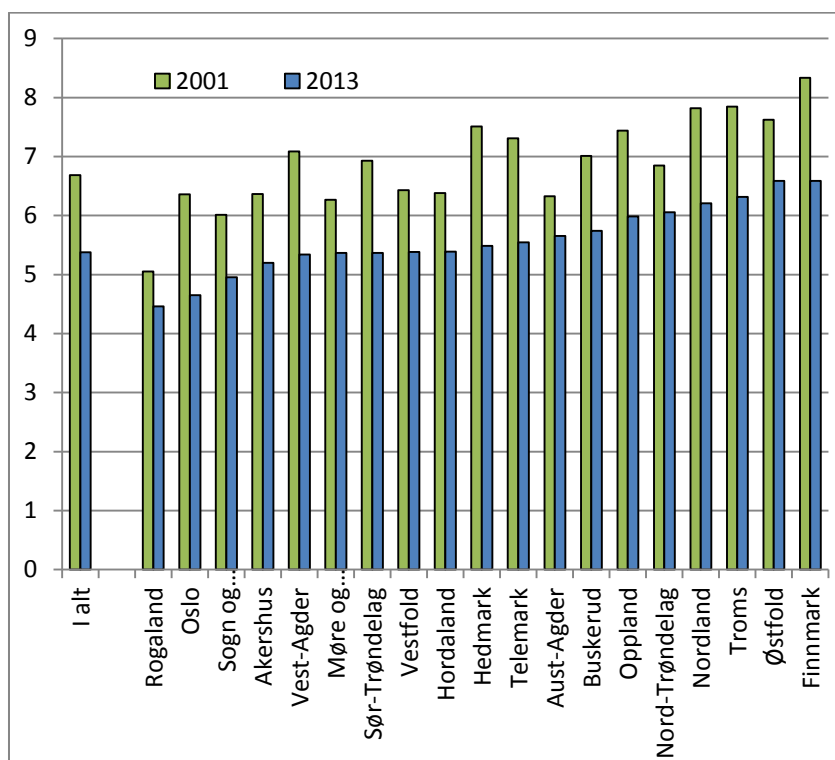
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 24 Totalt sykefravær for kvinner i ulike næringer. Årstill basert på ujusterte tall, 2001–2013. Prosent.



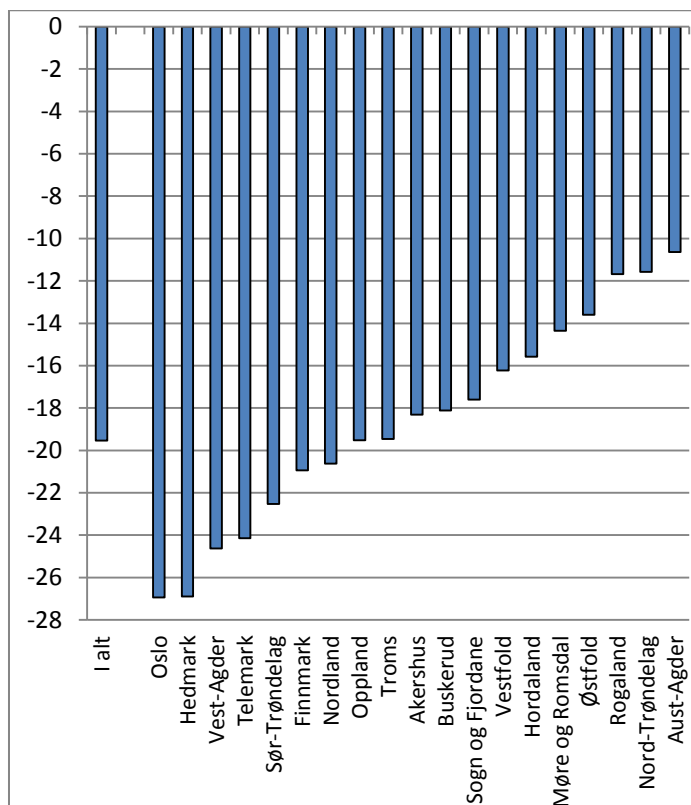
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 25 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2013. Prosent.



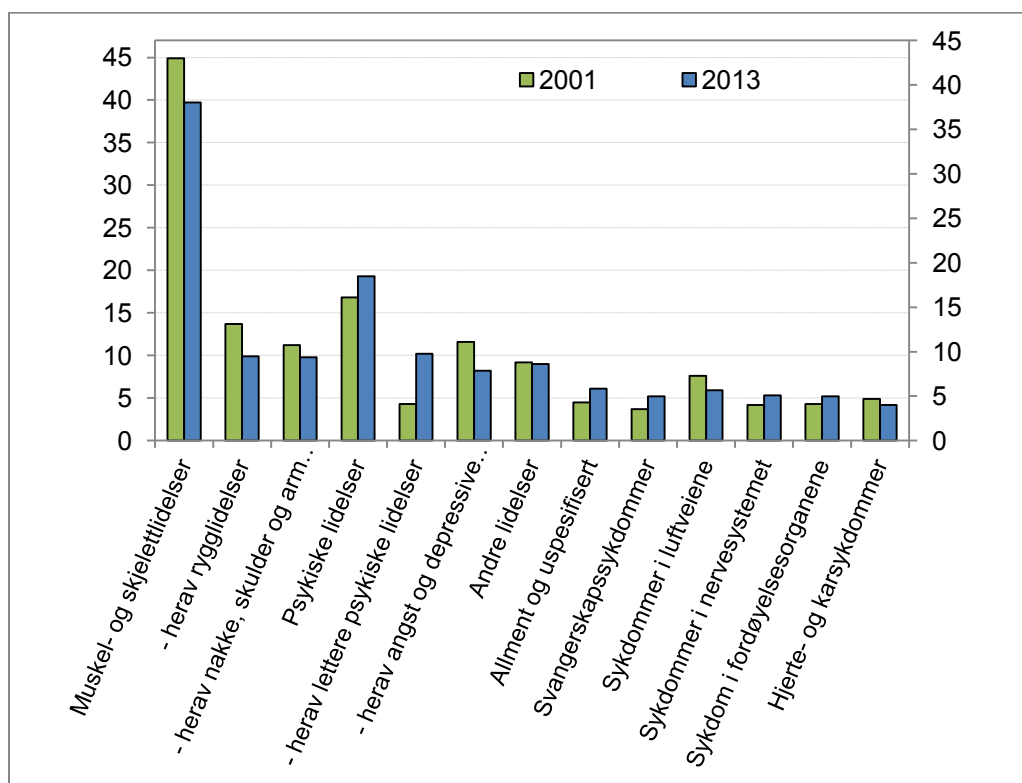
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 26 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2013.



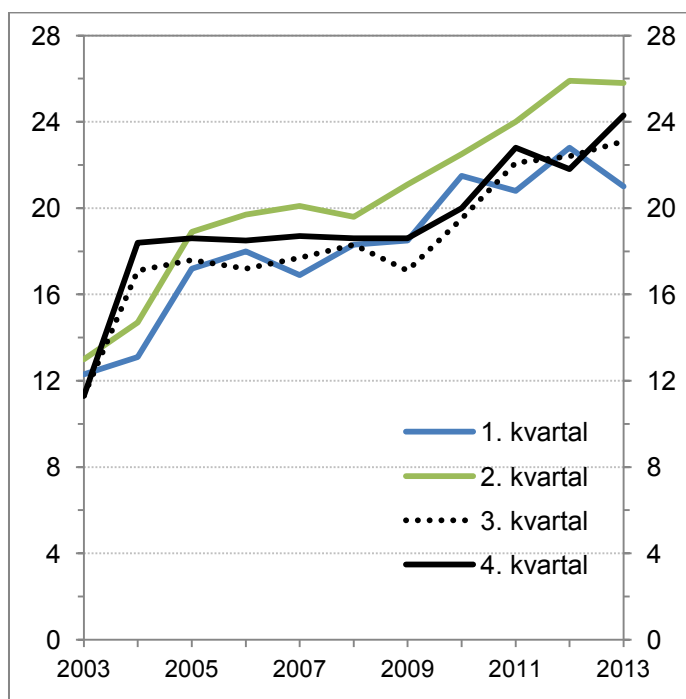
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 27 Legemeldte sykefraværtdagsverk etter diagnose. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2013. Andel av alle legemeldte sykefraværtdagsverk. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 28 Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding. Ujusterte tall, 2003–2012. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Kapittel 6 Sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne – delmål 2

Tabell 16 Antall personer med rett på arbeidsavklaringspenger, etter kjønn og alder. April 2013.

Alder	Kvinner	Menn	I alt
19 og under	789	627	1416
20–24	6 627	5 576	12203
25–29	8 416	6 413	14829
30–39	23 036	14 915	37 951
40–49	30 735	18 495	49 230
50–59	22 687	16 307	38 994
60 år og over	7 172	6 218	13 390
Totalt	99 462	68 551	168 013

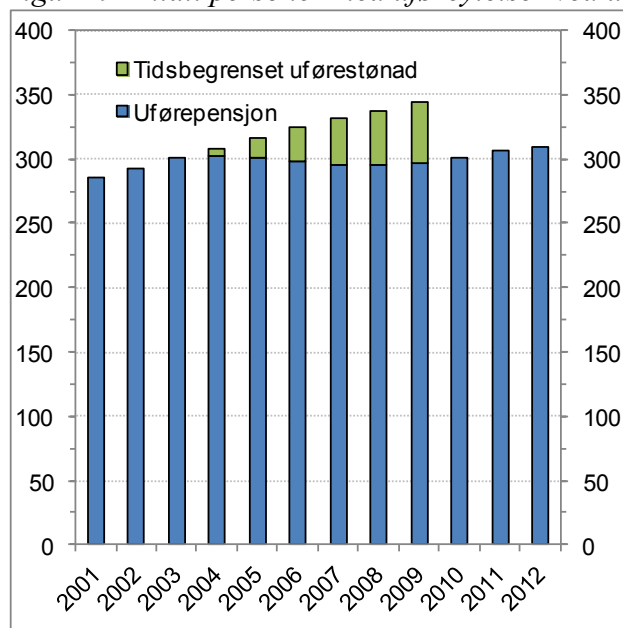
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 17 Uføregrad blant uførepensjonister. Utgangen av 2012.

Uføregrad	Andel av alle uførepensjonister
100 %	81,9
70–99 %	4,5
50–69 %	13,2
Under 50 %	0,4
I alt	100

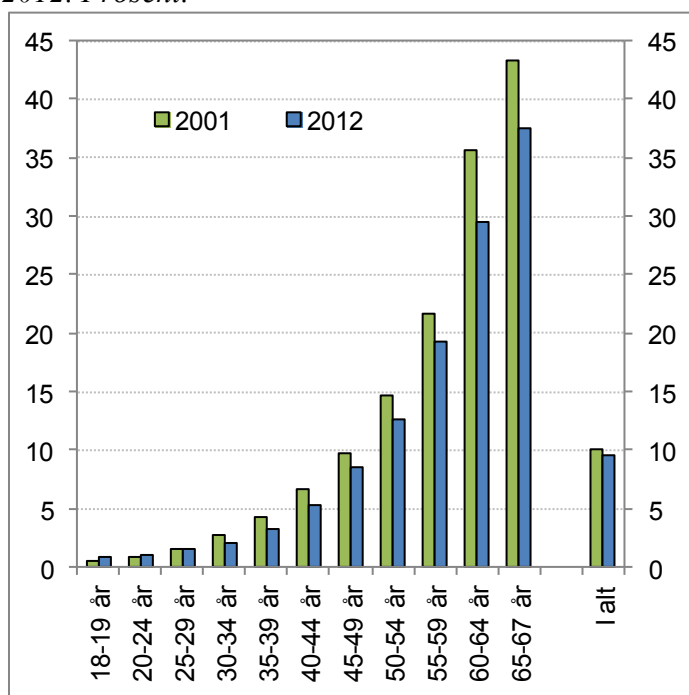
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 29 Antall personer med uføreytelser ved utgangen av året 2001–2012. Antall i tusen.



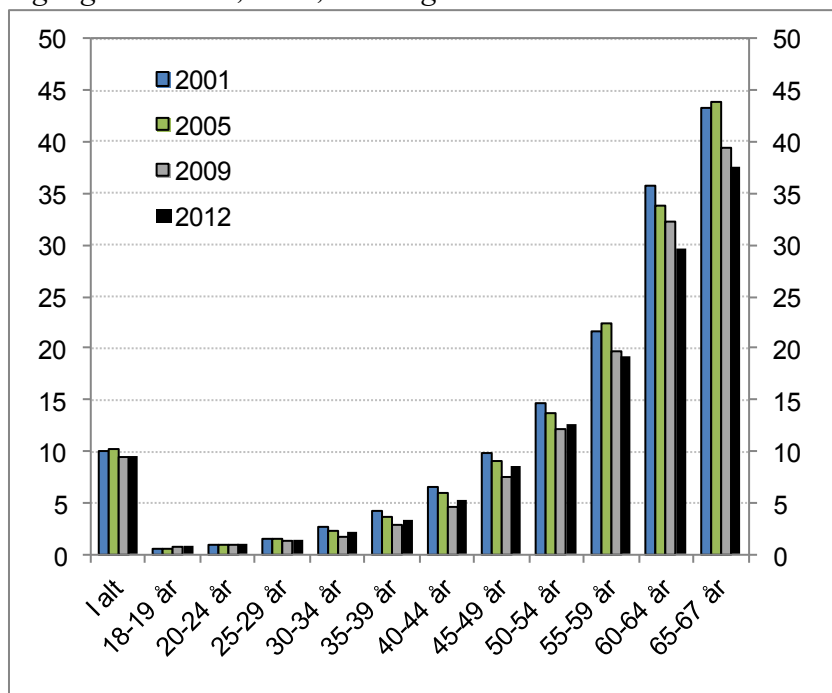
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 30 Andel mottakere av uførepensjon i befolkningen, etter alder. Utgangen av 2001 og 2012. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 31 Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Utgangen av 2001, 2005, 2009 og 2012. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 18 Arbeidstakere som har vært sykmeldte i minst 13 uker. Andel i arbeid fire uker etter friskmelding. 1. kvartal 2007 – 3. kvartal 2013.

	Antall sykmeldte i minst 13 uker	I arbeid	Ny sykmelding
1. kvartal 2007	38 946	69,5	5,6
2. kvartal 2007	41 747	75,0	6,0
3. kvartal 2007	36 494	71,5	6,2
4. kvartal 2007	36 956	65,2	10,0
1. kvartal 2008	40 806	67,5	9,9
2. kvartal 2008	42 103	73,8	6,8
3. kvartal 2008	38 383	72,2	6,0
4. kvartal 2008	37 993	59,5	12,6
1. kvartal 2009	37 320	66,7	4,7
2. kvartal 2009	43 101	70,7	5,3
3. kvartal 2009	39 643	67,8	5,3
4. kvartal 2009	42 800	60,5	11,3
1. kvartal 2010	42 148	69,0	4,1
2. kvartal 2010	40 278	74,9	3,9
3. kvartal 2010	34 824	69,8	5,4
4. kvartal 2010	37 432	63,6	11,7
1. kvartal 2011	37 007	71,1	4,6
2. kvartal 2011	43 339	77,5	3,8
3. kvartal 2011	37 533	73,2	5,4
4. kvartal 2011	35 614	62,3	12,3
1. kvartal 2012	36 742	70,8	4,5
2. kvartal 2012	39 492	76,4	5,3
3. kvartal 2012	34 211	72,3	5,9
4. kvartal 2012	33 561	65,9	8,0
1. kvartal 2013	37 161	72,4	7,5
2. kvartal 2013	41 942	76,6	7,5
3. kvartal 2013	34 917	71,2	8,9

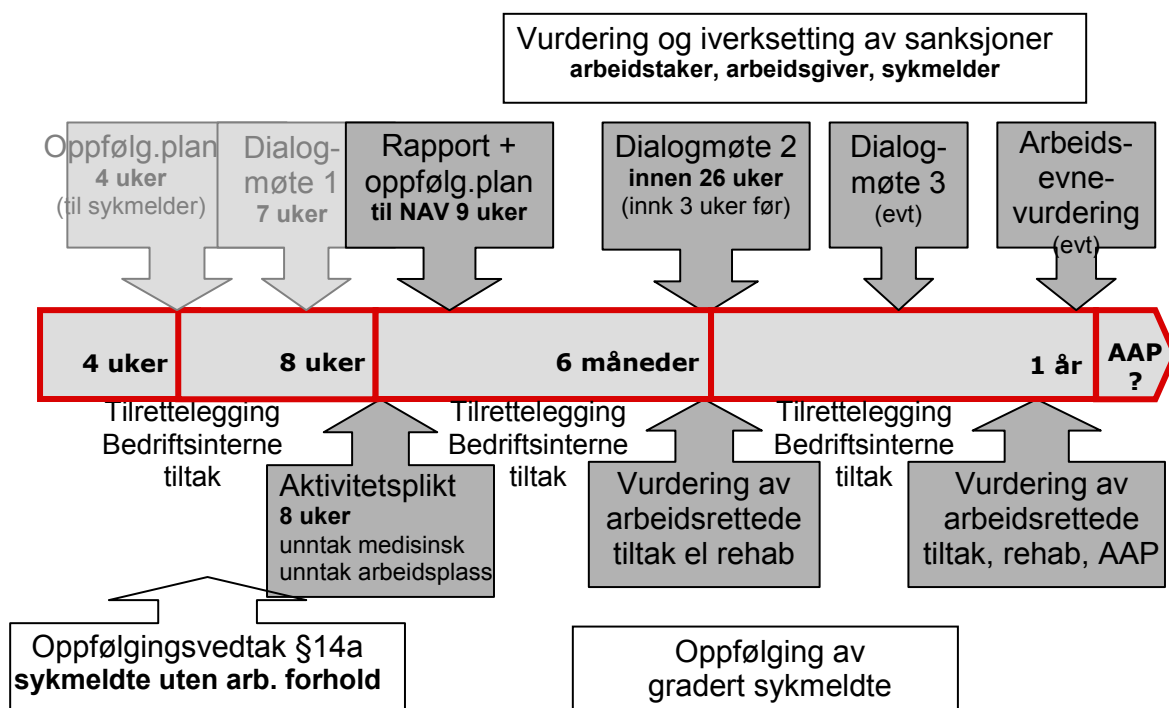
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 19 Antall sykepengetilfeller som har passert henholdsvis 4, 8, 13 og 26 uker i løpet av et år. 2000–2013.

	Over 4 uker	Over 8 uker	Over 13 uker	Over 26 uker
2000	278 346	180 027	135 590	70 060
2001	285 532	185 110	139 658	71 221
2002	292 432	194 313	150 610	79 707
2003	294 531	201 935	162 711	94 959
2004	259 544	176 206	144 145	88 800
2005	262 480	172 290	135 903	75 114
2006	273 149	181 525	145 094	82 461
2007	271 741	179 602	142 718	80 692
2008	278 388	184 802	149 834	86 690
2009	283 317	195 006	160 946	94 431
2010	260 334	175 564	143 967	85 109
2011	259 740	177 505	145 704	84 469
2012	260 711	175 207	142 991	81 982
2013	258 300	174 782	142 314	82 091

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 32 Oppfølging sykmeldte



AAP = Arbeidsavklaringspenger

Oppfølgingstidspunkter

- 4 uker: Oppfølgingsplan utarbeides av arbeidsgiver/sykmeldt – sendes i kopi til sykmelder
- 7 uker: Dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver
- 8 uker: Aktivitetsplikt – Arbeids- og velferdsetaten vurderer ev. unntak
- 9 uker: Rapport fra arbeidsgiver til Arbeids- og velferdsetaten om dialogmøte 1 samt innsending av oppfølgingsplan
- 26 uker: Dialogmøte 2 i regi av Arbeids- og velferdsetaten – vurdering av tiltak
- 26–52 uker:
 - Eventuelt Dialogmøte 3
 - Arbeidsevnevurdering
- Løpende: Behov for/vurdering av tiltak fanges blant annet opp via sykmeldingsattest, oppfølgingsplan, dialogmøter mv.