

Anne Inga Hilsen, Lise Lien
og Torill Tveito

Kompetansetiltak for sykmeldte

Fafo-rapport
2021:04

Anne Inga Hilsen, Lise Lien og Torill Tveito

Kompetansetiltak for sykmeldte

Fafo-rapport 2021:04

Fafo-rapport 2021:04

© Fafo 2021

ISBN 978-82-324-0510-7

ISSN 2387-6859

Innhold

Forord.....	4
Sammendrag.....	5
1 Innledning	7
2 Kunnskapsoppsummering.....	9
2.1 Problemstilling og metode	9
<i>Målgruppen.....</i>	<i>10</i>
<i>Metode.....</i>	<i>11</i>
<i>Litteraturlaser og søk.....</i>	<i>12</i>
<i>Avgrensninger.....</i>	<i>13</i>
2.2 Resultater av litteratursøkene.....	14
<i>Sosial ulikhet i helse</i>	<i>14</i>
<i>Nedsatt funksjonsevne og nedsatt arbeidsevne</i>	<i>15</i>
<i>Kjønn, alder og sykefravær</i>	<i>17</i>
<i>Alder, kompetanse og (jobb)mobilitet</i>	<i>18</i>
<i>Ansettelsesbarhet («employability»)</i>	<i>18</i>
<i>Friskmelding til arbeidsformidling</i>	<i>19</i>
<i>Finansiering av livsopphold under opplæringstiltak</i>	<i>19</i>
<i>Kompetanse-/utdanningsstiltak</i>	<i>21</i>
<i>Jobbmobilitet.....</i>	<i>22</i>
<i>Innl�sning.....</i>	<i>24</i>
<i>Karriereveiledning.....</i>	<i>25</i>
2.3 Oppsummering av kunnskapsgjennomgangen	25
3 M�lgruppeanalyse	27
3.1 Innledning.....	27
3.2 Metode	27
3.3 Resultater	28
<i>Langtidssykkelde</i>	<i>28</i>
<i>AAP-mottakere 2016–2018</i>	<i>40</i>
<i>Sammenligning av langtidssykkelde og AAP-mottakere.....</i>	<i>45</i>
4 Avslutning	46
Referanser	49
Vedlegg. Detaljert presentasjon av studiene fra litteratursøkene.....	54

Forord

Denne rapporten er en del av et forprosjekt om kompetansetiltak for sykmeldte og er utført av Fafo på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Rapporten består av tre deler: en kunnskapsoppsummering utarbeidet av Lise Lien, tidligere publisert av samme forfatter som Fafo-notat 2020:08, *Kompetansetiltak, jobbmobilitet og langtidsfravær. Kunnskapsstatus*, en analyse av langtidssykmeldte basert på et uttrekk fra NAVs sykefraværsregister, utført av Torill Tveito ved Universitetet i Sørøst-Norge og Stein Atle Lie ved Universitetet i Bergen, og et oppsummerende avslutningskapittel skrevet av Anne Inga Hilsen og Torill Tveito. I tillegg har vi fått verdifulle innspill fra Karianne Nyheim Stray ved NAV Øst-Viken og Universitetet i Sørøst-Norge.

Vi takker NAV for denne muligheten til å følge forprosjektet og for godt samarbeid med forsøksfylkene.

Fafo, januar 2021

Anne Inga Hilsen, Lise Lien og Torill Tveito

Sammendrag

Denne rapporten er en del av et forprosjekt om kompetansetiltak for sykmeldte og er utført av Fafo på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Spørsmålet som ligger bak utprøving av tiltaket er: På hvilke måter kan kompetansehevende tiltak bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange/hyppige fravær? Forprosjektet skulle opprinnelig løpe fra tidlig høst 2019 til sommeren 2020, og det involverer fem fylker: NAV Innlandet, NAV Øst-Viken, NAV Troms og Finnmark, NAV Nordland og NAV Agder (i denne rapporten omtalt som *forsøksfylkene*). På grunn av covid-19-epidemien ble sluttdato forlenget til årsskiftet 2020/2021. Fafos oppdrag består av en kunnskapsgjennomgang og en analyse av målgruppen for kompetansetiltaket, det vil si langtidssykmeldte.

Rapporten består av to hoveddeler: en oppsummering av kunnskap om denne typen tiltak og en analyse av målgruppen for tiltaket. Ved å oppsummere kunnskap om denne typen tiltak kan vi si noe om hvordan slike tiltak virker, og for hvem. Sammenligner vi det med en analyse av målgruppen, kan vi i noen grad si noe om hvordan tiltaket treffer. I tillegg ønsket vi å utforske målgruppens motivasjon for og ønsker om kompetansetiltak gjennom en spørreskjemaundersøkelse til målgruppen i de fem forsøksfylkene. Denne spørreundersøkelsen ble tatt ut av prosjektet etter ønske fra oppdragsgiver. I etterkant ser vi at dette svekket mulighetene våre til å besvare problemstillingen i betydelig grad.

Kunnskapsoppsummeringen viste at det finnes begrenset forskningsbasert kunnskap om erfaringer med dette spesifikke kompetansetiltaket for denne målgruppen. Det finnes få relevante studier som undersøker sammenhengen mellom kompetansetiltak overfor og økt jobbmobilitet for sykmeldte. Oppsummeringen viser at studier som finner at utdanning har positive effekter på sysselsetting, også finner innlåsningseffekter under tiltaket, særlig der perioden for tiltaket strekker seg ut over sykmeldingsperioden og perioden det er mulig å motta avrbeidsavklaringspenger (AAP). Innlåsningsseffekt betyr i denne sammenheng at tiltaket har en negativ effekt i den perioden personen deltar i tiltaket, ved at vedkommende ikke kommer over i arbeid i denne perioden. På den annen side er det flere studier som finner positive sysselsettingseffekter på lang sikt.

Flere studier viser at det er mange ulike faktorer som spiller inn, med tanke på retur til arbeid for de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Slike faktorer kan være knyttet til individuelle forhold som alder og kjønn, utdanningsnivå, opplevde helseplager, type yrke/bransje og arbeidsplassfaktorer. Støtte, veiledning og informasjon ser ut til å være viktige faktorer for å få personer til å vurdere jobbmobilitet/kompetansetiltak som en mulighet, og ikke minst er den enkeltes motivasjon for kompetanseheving en viktig faktor for å lykkes med mobilitet.

Målgruppeanalysen sier en del om hvilke kjennetegn denne målgruppen har, men ikke noe om forutsetninger for, ønsker om og motivasjon for kompetansetiltak. Som forventet finner vi at muskel-/skjelettplager og psykiske plager er de vanligste diagnosegruppene, uten at kunnskapsoppsummeringen gir oss noen indikasjon på hvordan kompetansetiltak kan fremme jobbmobilitet for denne gruppen langtidssykmeldte. Omtrent en femtedel av målgruppen hører til i helsevesenet, med pleie- og

omsorgsarbeidere og sykepleiere som de største yrkesgruppene. Handels- og service-næringene står for omtrent 30 prosent av målgruppen, og her er det butikkmedarbeidere som er den største gruppen.

Ved å se på personer som mottar AAP (arbeidsavklaringspenger) og som har gjennomført opplæringstiltak fra NAV, versus de som ikke har gjennomført slike opplæringstiltak, fant vi liten forskjell på andelen som kommer i jobb. Kunnskapsoppsummeringen viser at studiepoenggivende utdanninger gir best sjanse til å komme i arbeid på sikt, mens kortere kurs har mindre effekt.

Samtidig viser erfaringer fra forsøksfylkene at det i noen grad er mulig å finne kort-siktige kompetansetiltak som kvalifiserer til annet arbeid, der disse tiltakene gir sertifiseringer eller andre formelle kvalifiseringer for nye oppgaver og stillinger. Dette kan gjelde alt fra datakort til sertifikat for tung lastebil. Forsøket er for nytt til å kunne si noe om langtidseffekter av tiltak, men sertifiseringer, datakort og lignende ser ut til å kunne hjelpe noen i målgruppen over i annet arbeid.

Kunnskapsoppsummeringen viser at forsøket med kompetansetiltak for sykmeldte er en nyvinning i norsk sammenheng, og det finnes også få erfaringer fra andre land å støtte seg på. Muligheten for å kombinere sykepenger med deltakelse på kompetansehevende tiltak er i hovedsak nytt. Det samme gjelder systematisk tidlig intervensjon i sykefraværsforløpet fra NAV-veiledere med forespørsel om kompetanseheving og kvalifisering til annen jobb. Ved å åpne for å vurdere hva slags annet arbeid som kan være relevant, og hva det eventuelt vil kreve av kompetanseheving for å kvalifisere seg for dette arbeidet, bidrar man til at den sykmeldte får støtte og veiledning til å reorientere seg på arbeidsmarkedet.

1 Innledning

I den nye IA-avtalen (2019–2022) er det satt et mål om at sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018, og at frafallet fra arbeidslivet skal reduseres. Med frafall menes personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. I forbindelse med den nye IA-avtalen er det satt i gang en rekke tiltak, som blant annet tilskudd til ekspertbistand rettet mot arbeidstakere som har lange og/eller hyppige sykefravær, og kompetansetiltak. Sistnevnte er rettet mot langtidssykmeldte arbeidstakere som på grunn av sykdom eller skade ikke kan komme tilbake til sin tidligere arbeidsgiver, og som har behov for kompetansetiltak for å kunne kvalifiseres til annet arbeid og til å stå i arbeid. I de tilfellene hvor arbeidsgiver har oppfylt sin tilretteleggingsplikt, og virksomhetsintern tilrettelegging ikke har ført fram, skal Arbeids- og velferdssetaten på et tidlig tidspunkt kunne vurdere om arbeidsrettede tiltak kan utprøves.

For å støtte opp under og styrke dette ansvaret, har Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) satt i gang et forsøk med utvidet bruk av kompetansetiltak. Forsøket skal gi ny kunnskap om hvorvidt og hvordan kompetanse kan styrke arbeidstilknytningen til langtidssykmeldte arbeidstakere som på grunn av sykdom eller skade ikke kan komme tilbake til sin arbeidsgiver, og som har behov for kompetansetiltak for å bli kvalifisert til å få og beholde annet arbeid. Dette forsøket er organisert gjennom et forprosjekt, der kompetansetiltak skal prøves ut i fem regioner: NAV Innlandet, NAV Øst-Viken, NAV Troms og Finnmark, NAV Nordland og NAV Agder (i denne rapporten omtalt som *forsøksfylkene*). Hovedproblemstillingen i forprosjektet er: På hvilke måter kan kompetansehevende tiltak bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange/hyppige fravær? Forprosjektet hadde oppstart høsten/vinteren 2019 og skulle hatt en varighet ut august 2020. På grunn av covid-19-epidemien ble sluttdato utsatt til årsskiftet 2020/2021.

Fafo har bistått NAV i forprosjektet med en kunnskapsoppsummering om studier som dekker denne tematikken, en analyse av målgruppen for kompetansetiltaket og utvikling av et kartleggingsverktøy i samarbeid med NAV i de fem forsøksfylkene. For å besvare dette oppdraget, har vi gjennomgått forskning på området og analysert målgruppen med hensyn til hvem de er, hvor de er og hva som kjennetegner personer i målgruppen. Metodisk tilnærming er beskrevet i innledningen til kunnskapsoppsummeringen i kapittel 2 og målgruppeanalysen i kapittel 3.

I tillegg til kunnskapsoppsummeringen og målgruppeanalysen har vi også, gjennom statusmøter, tatt del i erfaringene til forsøksfylkene i deres arbeid med å identifisere mulige kandidater for kompetansetiltaket og erfaringene fra gjennomførte samtaler. I forprosjektperioden ble det gjennomført regelmessige statusmøter mellom forsøksfylkene og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV), der også Fafo deltok. Forsøksfylkene deltok med sine prosjektledere og andre involverte fra NAV fylke og NAV arbeidslivssenter. Tema i møtene var dels status i forsøksfylkenes arbeid og eventuelle utfordringer og spørsmål som hadde kommet opp, og dels dreide møtene seg om erfaringer med kartleggingsverktøyet som Fafo utviklet. I oppdraget til Fafo sies det at kartleggingsverktøyet skal bygge videre på eksisterende verktøy i oppføl-

gingen av sykmeldte og NAVs arbeidsevnevurdering, og på erfaringer og kunnskapsgrunnlag som framskaffes i forprosjektet. Verktøyet skal utvikles i samarbeid med fylkene som deltar i forprosjektet, og det skal prøves ut og forbedres kontinuerlig. Dette kartleggingsverktøyet er et internt produkt til bruk i NAV og av NAV-ansatte, og inngår ikke i denne rapporten, selv om vi vil vise til noen av erfaringene fra forsøksfylkenes arbeid i sluttdiskusjonen i kapittel 4.

2 Kunnskapsoppsummering

Kunnskapsoppsummeringen er først og fremst ment å fange opp relevante studier for forprosjektet.¹ Vi har konsentrert oss om empiriske studier av sammenhenger mellom bruk av kompetanse og jobbmobilitet som tiltak for å bidra til å beholde sykmeldte arbeidstakere i arbeid – fortrinnsvis hos ny arbeidsgiver, alternativt hos opprinnelig arbeidsgiver. Vi har ikke klart å finne relevante studier som undersøker sammenhengen mellom kompetansetiltak og økt jobbmobilitet for sykmeldte. Vi har derfor innrettet søkene mot studier som omhandler bruk av kompetansehevende tiltak (slik forskrift om arbeidsmarkedstiltak definerer det) som tiltak for å holde sykmeldte personer i arbeid, og mot studier som ser på bruk av jobbmobilitet (bytte av arbeidsgiver/stilling/yrke/sector) og tiltak for å holde sykmeldte personer i arbeid, fortrinnsvis hos ny arbeidsgiver. Selv om kompetansetiltaket særlig er rettet mot sykmeldte personer som er i et arbeidsforhold, har vi inkludert et skjønnsmessig utvalg studier der målgruppen er personer med nedsatt arbeidsevne/yrkeshemmede som har motatt ordinær utdanning for å opprettholde en tilknytning til arbeidslivet.

2.1 Problemstilling og metode

Arbeidslinja står sterkt i Norge og har gjort det i flere tiår. Allerede tidlig på 1990-tallet fastslo Attføringsmeldingen at arbeid skal være førstevalget foran andre inntektssikringsordninger. Høy arbeidsdeltakelse i befolkningen er ikke bare viktig for opprettholdelse av velferdsstaten, men også for å redusere sosial ulikhet, og kravet til aktivitet som rettes mot trygdemottakere, er høyt. Dette kommer tydelig fram ikke bare i den norske aktiveringspolitikken, men også den europeiske (Hagelund et al. 2016). Arbeidsdeltakelse viser seg dessuten i stor grad å ha en rekke positive helseeffekter, mens det å stå utenfor arbeidslivet har mange negative helseeffekter (Waddell & Burton 2016). Kravet til aktivitet har også blitt skjerpet overfor sykmeldte arbeidstakere, og gradert sykmelding skal være førstevalget framfor full sykmelding. For personer som har fått konstatert nedsatt arbeidsevne, finnes det en rekke tiltak som kan benyttes, men i denne oppsummeringen er vi hovedsakelig opptatt av det arbeidsrettede tiltaket ordinær utdanning, alternativt kurs som gir formell kompetanse, og som har hjemmel i forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften). Bruk av ordinær utdanning er et tiltak som er rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne og der alt annet er forsøkt. Det vil blant annet si at arbeidsgiver har gjennomført ulike tilretteleggingstiltak uten at dette har ført til lavere sykefravær/gjenopptaking av arbeidet. I denne kunnskapsoppsummeringen har vi hatt som mål å finne studier om kompetansehevende tiltak for sykmeldte arbeidstakere som kan ha positive sysselsettingseffekter for denne gruppen. Problemstillingen har vært følgende:

På hvilke måter kan kompetansehevende tiltak i kombinasjon med jobbskifte bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange/hyppige fravær?

¹ Kunnskapsoppsummeringen er tidligere publisert som Fafo-notat 2020:08, *Kompetansetiltak, jobbmobilitet og langtidsfravær. Kunnskapsstatus*, av Lise Lien.

Det er mange faktorer som har betydning for tilknytningen til arbeidslivet:

- 1 Kjennetegn ved enkeltindividet (den sykmeldte), slik som sosioøkonomisk bakgrunn, diagnose, kjønn, alder, formell kompetanse, erfaringskompetanse, motivasjon for endring og ansettelsesbarhet (Norden 2016; Johansson et al. 2014; Nilsson & Ekberg 2013; Marklund 2005; Nordström 2016; Ahlgren 2006). Særlig tiltro til egne evner med tanke på å håndtere sykdom ser ut til å kunne ha betydning for sykmelding, men også retur til arbeid (Rotger 2019; Øyeflaten 2016; Ahlgren 2006). Høy grad av retur til arbeid vil på den annen side ikke nødvendigvis være en god indikator på *varigheten* av arbeidstilknytningen etter et langtidsfravær (Roelen et al. 2010).
- 2 Kjennetegn ved arbeidsplassen, slik som bransje og turnus-/nattarbeid. Natt-, skift- og turnusarbeid henger sammen med høyere andel sykefravær enn dagarbeid gjør, og andelen arbeidsrelatert sykefravær er høyest for fast nattarbeid, mens andelen «annet fravær» er høyest for todelt turnus og døgkontinuerlig skift (NOU 2016: 1; Mastekaasa 2016).
- 3 Kjennetegn ved systemet, slik som mulighetene for inntektssikring under kompetanseheving,
- 4 type kompetansehevende tiltak (lengre utdanning vs. kortere kvalifiserende kurs) (Rotger 2019; VOX 2014; Proba 2011).
- 5 Geografi, forstått som nærheten til utdanningsinstitusjoner (Jakobsen & Sønvisen 2018) og som regionale forskjeller i sykefravær (Ose et al. 2013), men også mulighetene for nytt arbeid etter kompetansehevingen, altså trekk ved (det lokale) arbeidsmarkedet (Jakobsen & Sønvisen 2018; Ose 2016; Lien & Bogen 2016).
- 6 Arbeidsgiveres interesse for å ansette personer med langtidssykefravær/personer med en sykefraværshistorikk (Johansson et al. 2014; Nordström 2016).
- 7 Det generelle arbeidsledighetsnivået (Norden 2010).

Tilknytningen til arbeidslivet og sykefravær kan også handle om en rekke ulike arbeidsplassfaktorer, som ledelse, graden av jobbkontroll og krav, vold/trusler om vold og mobbing (Agestad 2016; Lien & Bogen 2018; Nordström 2016; Ose et al. 2011; Lien & Bogen 2016). I den grad kompetansehevende tiltak har betydning for arbeidstilknytningen, vil det også kunne ha betydning hvem som faktisk mottar kompetansehevende tiltak i en arbeidsorganisasjon. Har arbeidsgiver en politikk preget av kompetanseheving for alle ansatte gjennom hele karrieren, eller er det slik at yngre arbeidstakere i større grad enn eldre mottar tiltak? Man kan også tenke seg at selve prosessen rundt jobbmobilitet kan ha betydning for utfallet. Det kan dreie seg om at organisasjonen har en nedfelt politikk med bruk av jobbmobilitet i sykefraværssaker, hvordan og når arbeidsgiver bringer jobbmobilitet opp som tema, i hvilken grad arbeidsgiver tar hensyn til individuelle behov, interesser og ønsker hos den enkelte, og graden av medvirkning i prosessen. Men også den enkeltes egen motivasjon for endring spiller inn (Lien & Bogen 2016).

Målgruppen

Målgruppen for dette kompetansetiltaket for sykmeldte er personer

- med lange og/eller gjentatte sykefravær eller som har hatt mellom 12 og 26 ukers sykefravær i inneværende sykmeldingsperiode,
- der helseproblemer/sykmelding kan ha sammenheng med manglende relevant kompetanse, eller at manglende kompetanse kan gjøre det vanskelig å finne nytt arbeid når den sykmeldte ikke kan fortsette i arbeidet han/hun er sykmeldt fra,

- som er vurdert av NAV – på bakgrunn av dialogen med den sykmeldte og arbeidsgiver – til å ha behov for kompetansehevende tiltak for å omskoleres til annet arbeid,
- som er i stand til å gjennomføre den aktuelle utdanningen/det aktuelle kompetansetiltaket til tross for sine helseproblemer, eller
- som er i en situasjon hvor det må vurderes særskilte krav til arbeidsgivers vurdering av kompetansebehovet, jamfør arbeidsgivers tilretteleggingsplikt.

Målgruppen kan også omfatte personer som er ansatt i store virksomheter (eksempelvis kommuner), og som kan ha behov for omfattende omskolering eller kompetanseheving for å kunne være aktuelle for andre arbeidsplasser, men også hos samme arbeidsgiver, men da på et annet tjenesteområde.

Metode

Denne kunnskapsoppsummeringen er mer en tradisjonell oversikt over hva som er publisert om temaet, og som er relevant for dette forprosjektet, enn en systematisk litteraturoversikt kun bestående av vitenskapelige og fagfellevurderte artikler. Vi har vært særlig opptatt av studier som kan være relevante for forprosjektet, og vi har inkludert et utvalg studier/litteratur som kan bidra til å belyse om og på hvilke måter kompetansehevende tiltak i kombinasjon med jobbmobilitet kan bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange/hyppige fravær. Vi var i utgangspunktet kjent med at det er begrenset med forskningslitteratur på nettopp det området som her søkes belyst, og framfor å ha en streng definisjon av inklusjons- og eksklusjonskriterier, har vi lagt opp til å fange opp den litteraturen som tross alt finnes, samt nært tilgrensende studier. Vi har ikke vurdert studienes kvalitet. Formålet var å utarbeide en kunnskapsoppsummering som skulle være særlig relevant for forprosjektet. Å finne fram til personer i målgruppen der kompetansehevende tiltak potensielt vil kunne være et helsefremmende tiltak, bidro til inkludering av studier som kan gi relevant informasjon om ulike variabler som ser ut til å ha betydning for å lykkes med å få sykmeldte personer til å returnere til arbeidslivet.

Litteraturtilfanget består av forskning publisert i vitenskapelige tidsskrifter og bokserier, samt såkalt grå litteratur, som omfatter rapporter, evalueringer, working papers, notater og offisielle dokumenter (både fra det offentlige og det private arbeidslivet). En slik relativt bred tilnærming gjør det vanskelig å kun se etter effektstudier med kontrollgruppedesign, som i utgangspunktet var ønskelig. Dersom man skal kunne si noe om effekter av et tiltak, må man vurdere hvordan det går med deltakerne i tiltaket sammenlignet med en kontrollgruppe eller hvordan forløpet ville vært hvis tiltaksdeltaker ikke hadde deltatt i tiltaket. Effektstudier utføres i all hovedsak av forskere og vil i begrenset grad kunne gjenfinnes i deler av den grå litteraturen.

Generelt kan det være et potensielt problem med seleksjonseffekter i ikke-randomiserte studier. Det betyr at tiltakets/intervensjonens effekter kan være et resultat av ikke-observerte forskjeller mellom de som deltar i tiltaket og de som ikke deltar. De som blir tilbudt et tiltak, er gjerne de som vurderes å ha best nytte av tiltaket. Hvis brukervedvirkningen også tas på alvor, er det gjerne slik at valg av tiltak ikke gjøres av NAV-veileder alene, men i samarbeid med deltaker. Man kan også tenke seg at motivasjonen for deltakelse vil ha betydning. Seleksjon til et tiltak betyr at deltakerne ikke utgjør et representativt og tilfeldig utvalg. Det betyr at effektene av tiltaket kan framstå som mer positive eller mer negative enn de egentlig er (Proba 2011; de Luna

et al. 2008). Det kan også være slik at NAV-veiledere bidrar til «creaming» (fløte-skumming) – altså at de velger de deltakerne de tror vil ha størst nytte av et gitt tiltak. De positive effektene av tiltaket kan da tilskrives en seleksjon av deltakere og ikke selve tiltaket. På den annen side kan man stille spørsmål om hva som er formålet med tiltaket. Hvis formålet er retur til arbeidet for eksempelvis sykmeldte, så er det antakelig nødvendig med en slik seleksjon, slik at tiltaket den enkelte deltaker i, møter vedkommendes faktiske behov (Försäkringskassan 2006).

Det er også slik at kompetansehevende tiltak vil føre til innlåsningseffekter så lenge tiltaket varer. Innlåsningseffekt betyr i denne sammenheng at tiltaket har en negativ effekt i den perioden personen deltar i tiltaket, ved at vedkommende ikke kommer over i arbeid i denne perioden. Tiltaket kan allikevel ha positive effekter på kort eller lang sikt. Det betyr at studier av kort varighet ikke nødvendigvis vil fange opp eventuelle positive effekter av utdanning/kompetansehevende tiltak.

Litteraturbaser og søk

Vi har gjennomført litteratursøk i anerkjente norske og internasjonale litteraturdatabaser på studier/forsøk i perioden 2000–2019, som Bibsys/Oria, cristin.no, Idunn.no, Norart og Google Scholar. Sistnevnte er den beste søkemotoren for å finne forskningsrapporter og såkalt grå litteratur. Av internasjonale databaser kan vi nevne ISI Web of knowledge, WorldCat og JSTORE.org. Søkene ble avgrenset til spesifikt å omhandle ordinær utdanning, kompetanse, kurs, omskolering/jobbskifte/jobbmobilitet og sykefravær/langtidssykmeldt. En bibliotekar bisto oss i søkene. Vi gjennomførte søkene hovedsakelig på norsk og engelsk, siden en betydelig andel av vitenskapelige bidrag fra norske og nordiske forskere publiseres internasjonalt. Vi foretok også noen generelle søk med svenske og danske begreper for å fange opp mulige relevante nordiske studier eller forsøk.

Søk i norske databaser ble gjort med litt ulike søkestrenger:

(sykefravær OR langtidssykmeldt) AND (utdanning OR kompetanse) + arbeidstakere + effekt

(sykefravær OR AAP) AND (utdanning OR kompetanse) AND (jobbmobilitet OR jobbskifte)

"yrkesrettet rehabilitering" AND utdanning AND (jobbmobilitet OR jobbbytte OR jobbskifte)

Søk i internasjonale databaser ble gjort med varianter av søkestrengen:

(competence OR education) AND "sick leave" AND "job mobility" "vocational rehabilitation" AND (education OR competence)

"return to work" AND education AND "sick leave"

("job mobility" OR "job change") AND "sickness absence"

Oppdragsgiver ønsket at kunnskapsoppsummeringen ikke bare skulle inneholde vitenskapelige studier, men også grå litteratur som inkluderer dokumenter som blant annet beskriver tiltak gjennomført hos enkeltarbeidsgivere. Det vil si der arbeidsgiver eller andre aktører (som NAV) har identifisert kompetansebehov og gitt kompetansetiltak til ansatte med hyppige/lange fravær. Dette fordi det vil være relevant kunnskap for dette forprosjektet. Vi har funnet en del svenske studier som omhandler jobbmobilitet og innlåsning i opprinnelig arbeid, og om jobbmobilitet og sykefravær.

Det er viktig å påpeke at det er sentrale forskjeller mellom Norge og Sverige når det gjelder sykmeldingsregimer, sykmeldingslengde og kompensasjonsgrad. Vi mener likevel studiene kan være interessante i en norsk kontekst.

Avgrensninger

Disse avgrensningene ble gjort underveis:

- Vi har søkt litteratur publisert fra og med 2000 og fram til i dag.
- Eksamensoppgaver på masternivå og lavere er ikke inkludert.
- Siden målgruppen for tiltaket er sykmeldte personer som er i et arbeidsforhold, valgte vi å ikke innlemme forskning om sosialhjelpsmottakere eller unge utenfor arbeidslivet. Vi ønsket i utgangspunktet heller ikke å inkludere AAP-mottakere eller arbeidsledige, men på grunn av relativt få studier om bruk av kompetansetiltak for sykmeldte som tiltak for økt jobbmobilitet, har vi innlemmet et skjønnsmessig utvalg av studier som vurderer bruken av utdanningstiltak for personer som mottar AAP.
- Vi har ikke inkludert generelle studier om rehabiliteringstiltak eller medisinske studier, men vi har valgt å inkludere utvalgte studier der ordinær utdanning eller yrkesrelevante kurs er benyttet som rehabiliteringstiltak for å opprettholde sysselsetting. Det innebærer at vi har inkludert enkelte studier om yrkesrettet rehabilitering som inkluderer utdanning, og der formålet er å få deltakerne inn i arbeidslivet igjen.
- Vi har ikke inkludert studier med vekt på faktorer i arbeidsmiljøet.
- Vi har ikke inkludert studier som omhandler forebyggende tiltak.

Inklusjonskriterier

- Litteratur fra perioden 2000–2019
- Vitenskapelige artikler
- Grå litteratur
- Effektstudier, eksperimentelle/ikke-eksperimentelle design
- Kvalitative studier

Fram til 2009 benyttet NAV begrepet «yrkeshemmet» om personer som hadde fått redusert sin inntektsevne som følge av sykdom, skade eller lyte. På høsten 2008 innførte NAV gradvis den såkalte arbeidsevnevurderingen, noe som førte til at gruppen «yrkeshemmet» sakte, men sikkert endret sammensetning til også å inkludere yrkeshemmede uten umiddelbare behov for tiltak. Begrepet «personer med nedsatt arbeidsevne/funksjonsevne» ble innført. Dette kunne være personer som var mottakere av sykepenger, rehabiliteringspenger, tidsbegrenset uførestønad eller kvalifiseringsstønad (Bråthen & Vetvik 2011). I våre søk har vi inkludert enkelte studier der yrkeshemmede har mottatt kompetansetiltak eller skiftet arbeid, fordi noen studier tyder på at kompetansehevende tiltak ble benyttet i større grad tidligere og før innføringen av begrepet «personer med nedsatt arbeidsevne/funksjonsevne».

Vi har valgt å inkludere studier med både eksperimentelle og ikke-eksperimentelle design. Det betyr at studier med longitudinelt design, det vil si data fra et utvalg som er målt på ulike tidspunkter, og der formålet er å studere endringer eller kontinuitet, vil være inkludert. Vi har også valgt å inkludere noen studier som hovedsakelig er deskriptive og basert på kvalitative data.

Kompetansetiltak

Personer med nedsatt arbeidsevne kan motta en rekke tiltak fra NAV, som lønnskudd, tilrettelagt arbeid i ordinær eller skjermet virksomhet, avklaringstiltak, AMO-kurs (arbeidsmarkedskurs/arbeidsmarkedsopplæring), utredning/behandling og ordinær utdanning. I denne studien definerer vi kompetansetiltak som kortere/lengre ordinære utdanningsløp eller jobbrelevante/kompetansehevende kurs. Ordinær utdanning regnes her som offentlig eller privat utdanning som gir formell kompetanse. Det vil si kompetanse som er dokumentert i vitnemål eller andre offisielle papirer, og som er studiepoenggivende. Ordinær utdanning er utdanning som er tilgjengelig for alle, og som har egendefinerte opptakskriterier som NAV ikke kan påvirke. Vi innlemmer i utgangspunktet ikke AMO-kurs, men studier der man sammenligner effektene av ordinær utdanning med AMO-kurs på sysselsetting, vil innlemmes i kunnskapsoppsummeringen. Tidligere ga ikke AMO-kurs nødvendigvis formell og poenggivende kompetanse. Dette er noe endret.

2.2 Resultater av litteratursøkene

Vi hadde en antakelse om at vi ville finne få studier som omhandler tematikken i forprosjektet, og særlig få effektstudier som fanger opp sammenhengen mellom sykefravær, kompetansetiltak og jobbmobilitet rettet mot de definerte målgruppene i forprosjektet. Denne antakelsen ble bekreftet gjennom våre innledende søk. Vi valgte derfor å inkludere studier som kun ser på jobbmobilitet blant (langtids)sykmeldte, og studier som kun ser på bruk av kompetansehevende tiltak som et tiltak for å opprettholde arbeidstilknytningen blant sykmeldte som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Vi søkte også etter dokumenter utarbeidet av arbeidsgivere/NAV, men fant få relevante dokumenter. At vi ikke har funnet slike dokumenter fra arbeidsgivere, er forståelig, i og med at dette kan forstås som intern organisasjonsutvikling og være personsensitivt materiale.

Etter en rekke ulike søkeforsøk, landet vi på 350 referanser. Innledningsvis ble alle søkeresultater gjennomgått summarisk (tittel og/eller sammendrag) og vurdert etter relevans, slik at resultater som ikke var relevante for studien, ble fjernet. I denne prosessen ble antall studier redusert til 122. Etter en ny sortering på bakgrunn av både relevans og skjønn, ble listen redusert til 26. Disse 26 artiklene er omtalt i tabellform i vedlegg. Av disse er noen blitt lest mer grundig og gjort rede for i denne rapporten, mens andre er gjennomgått noe mer overfladisk. Det gjelder særlig litteraturen som ser på andre målgrupper enn sykmeldte. Søkene som ligger til grunn for denne kunnskapsoppsummeringen, er delvis systematiske og delvis basert på relativt frie søk. Vi har lagt vekt på å presentere studier som illustrerer ulike poenger, og funn som vi mener er relevante for denne kunnskapsoppsummeringen. Vi kan ikke garantere at alle relevante studier er blitt fanget opp. Vi har fanget opp mange svenske studier.

I våre innledende søk konsentrerte vi oss om litteratur fra 2010 og fram til i dag. Men relativt få treff gjorde at vi valgte å inkludere studier fra perioden 2000–2019. Det betyr at flere studier inneholder data fra 1990-tallet og tidlig 2000-tall. Det vil si at deler av litteraturen er fra tiden før NAV-reformen (og før den såkalte «rehabiliteringskedjan» i Sverige).

Sosial ulikhet i helse

Forskning viser at det er en sosial gradient i helse, hvilket betyr at det er en sammenheng mellom en persons helse og vedkommendes sosioøkonomiske posisjon (Dahl et

al. 2014). Utdanningsnivå er en vanlig indikator for sosial ulikhet i helse, som på sin side er en indikator på sosiale ulikheter i sykefravær. Det er også slik at personer med lav utdanning har større tilbøyelighet til å ha dårlig helse enn personer med høy utdanning. Dette kan forklares på flere måter, men det er nærliggende å tro at økt utdanning gir økt kunnskap om helse. Det vil igjen kunne bidra til bedre helsefremmende valg med hensyn til livsstil, fysisk aktivitet og kosthold, og i tillegg påvirke den subjektive forståelsen av egen helse. Økt utdanning vil også gjøre den enkelte mer attraktiv på arbeidsmarkedet og bidra til økte muligheter for mindre belastende jobber (Dahl et al. 2014; Ose et al. 2013). Forskning referert i Folkehelse rapporten (2018) viser at muskel- og skjelettplager forekommer oftere blant personer med lavere sosioøkonomisk status, og at det er en høyere andel i grupper med kort utdanning enn med lang som rapporterer om dårlig helse (Dahl et al. 2014; Kurtze 2013 i Folkehelse rapporten 2018; Jakobsen & Sønvisen 2018). Type yrke/stilling kan også si noe om arbeidsvilkårene til en arbeidstaker. Yrker med lavere krav til utdanning er ofte preget av høye krav og lav grad av kontroll, og de kan i tillegg ha store fysiske og/eller psykiske belastninger. Dette er en kombinasjon av faktorer som kan føre til sykefravær (Knardahl et al. 2016; Ose et al. 2006).

Subjektiv forståelse av egen helse vil kunne predikere retur til arbeid for sykmeldte personer som mottar arbeidsrehabilitering. Det er en rekke faktorer som vil være avgjørende for om langtidssykmeldte som har deltatt i arbeidsrettede rehabiliterings tiltak, returnerer til arbeid eller ikke, blant annet individuelle prognostiske faktorer. Dette er faktorer som kan brukes for å beregne sannsynligheten for ulike utfall etter sykdom, som tilbakevending av sykdom eller en ny sykdom på bakgrunn av ulike egenskaper ved den syke, eksempelvis alder, kjønn, sosioøkonomisk status, helse og funksjonsevne. Disse faktorene gir indikasjoner på prognosen for å jobbe (Øyeflaten 2016; Øyeflaten et al. 2013). Øyeflaten et al. (2013) finner at høy grad av smerterelatert frykt for arbeid predikerte manglende retur til arbeid tre og tolv måneder etter deltakelse i arbeidsrettet rehabilitering, og nesten halvparten av variansen av denne frykten kunne forklares med lav utdanning (18 prosent), mye helseplager (19 prosent), sykdomsforståelse (18 prosent) og mestring (1 prosent). De finner videre at personens tanker og forståelse av egen helse og helseplager er viktigere for retur til arbeid enn plagene alene, at personens utdanningsnivå og yrke (sosioøkonomiske status) predikerer retur til arbeid, og at prosessen tilbake til arbeid er kompleks og ulik for ulike grupper av deltakere i arbeidsrettet rehabilitering (Øyeflaten 2016; Øyeflaten et al. 2013; Øyeflaten et al. 2016). Dette støttes også av andre studier (Ahlgren 2006).

Øyeflaten et al. (2014) sin studie om prognostiske faktorer for langtidssykmeldte som mottar arbeidsrettet rehabilitering, returnerer til arbeid eller går over på en ytelse, finner at deltakere med lav utdanning og manuelt arbeid har lavere sannsynlighet for retur til arbeid. De påpeker også at prosessen for å komme tilbake i arbeid kan være både lang og kompleks. Retur til arbeid for langtidssykmeldte kan blant annet også knyttes til alder, tidlig oppstart av rehabilitering og deltakelse i utdanning (Marnetoft et al. 2001).

Nedsatt funksjonsevne og nedsatt arbeidsevne

I Norge har det vært noen endringer i regelverket knyttet til inntektssikring, og regelverket rundt de helserelaterte ytelsene har påvirket både størrelsen og sammensetningen av målgruppen (Bråthen & Vetvik 2011; Proba 2011). I 2004 overtok daværende Aetat ansvaret for søknader om attføringspenger (som i hovedsak gjaldt de

fleste yrkeshemmede), noe som bidro til å øke gruppen yrkeshemmede i deres registre. Samme år ble det gjennomført noen endringer i regelverket for bruk av opplæringstiltak. For det første ble aldersgrensen for bruk av utdanning/skole hevet til 26 år, fra tidligere 22 år, det ble satt en maxsgrense for varigheten av skole som tiltak til tre år. En endring gjennomført i 2003 satte dessuten et tak på utgifter til skole (Proba 2011). Seks år senere ble de tre ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad slått sammen og erstattet av arbeidsavklaringspenger, og samtidig med dette ble tidsbegrenset uførestønad som ble innført i 2004, opphevet. Proba (2011) viser at det i løpet av 2000-tallet ble vanskeligere enn tidligere å få utdanning som tiltak for yrkeshemmede, og særlig lengre utdanning. Forklaringer som ble gitt, var regelendringer og styringssignaler fra direktoratet/fylkene om mindre bruk av utdanning som tiltak. Det var ønskelig med større oppmerksomhet rettet mot arbeidslivets behov, og følgelig var det et ønske om kortere og mer yrkesrettede opplæringstiltak. De finner også at det var store forskjeller mellom fylkene i bruk av opplæringstiltak, noe som kan forklares med avstand til utdanningsinstitusjoner, men også variasjoner i fylkenes bruk av arbeidsmarkedsbedrifter. Nå er for øvrig aldersgrensen for å kunne få utdanning/skole som tiltak satt ned til 22 år (se nærmere om dette under avsnittet «Finansiering av livsopphold under opplæringstiltak»).

Det er hovedsakelig de sykmeldte arbeidstakerne vi er opptatt av i denne oppsummeringen. Med det mener vi personer som mottar sykepenger og ikke de som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), og som har fått konstatert nedsatt funksjonsevne. For AAP-mottakere er det et krav om at arbeidsevnen er nedsatt med minimum 50 prosent, og dette må være dokumentert av lege. Det er ikke satt lignende krav til personer med nedsatt arbeidsevne, og den vurderingen NAV foretar i denne gruppen, omfatter gjerne vurderinger av arbeidskrav og den enkeltes livssituasjon, deres interesser og utdanningsbakgrunn. NAVs definisjon av nedsatt arbeidsevne er:

«[...] den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelsen av et arbeid eller deltakelse i dagliglivet. [...] arbeidsevnen er et resultat av relasjonen mellom den enkeltes ressurser og begrensninger på den ene siden og omgivelsenes krav og forventninger på den andre siden».²

Man kan tenke seg at den enkeltes evne til å møte kravene som stilles i utførelsen av et arbeid, dermed ikke bare kan knyttes til dårlig helse, men også til opplevelsen av manglende mestring, som på sin side kan skyldes manglende kompetanse. Øyeflaten et al. (2014) gjennomførte en studie som undersøkte hvordan funksjonsevne, mestring og helse var relatert til arbeid eller stønadsstatus tre år etter deltakelse i et yrkesrettet rehabiliteringsprogram for personer med langtidssykefravær, og fant at nedsatt funksjonsevne og lav grad av mestring var assosiert med mottak av stønader tre år etter deltakelse. Evalueringer av tilskuddsordningen Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA)³ viser at BKA fører til endringer i holdninger og måter å tenke på, og at deltakerne også opplever økt mestring, økt selvtillit og motivasjon for videre læring. Flere viser dessuten til økte muligheter for å delta i utdanningstiltak etter deltakelse og nye arbeidsoppgaver (VOX 2014; Proba 2012).

² Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV, 2010, s. 14.

³ Dette er en tilskuddsordning som ble opprettet i 2006 og kan gis til virksomheter som vil arrangere opplæring i grunnleggende lese-, skrive-, regne- og dataferdigheter for de ansatte.

NAV bruker også begrepet nedsatt funksjonsevne:

«Med nedsatt funksjonsevne, eller redusert funksjonsevne menes tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan eksempelvis dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse på grunn av allergi, hjerte- og lungesykdommer. Funksjonsnedsettelse regnes som å være synonymt med nedsatt arbeidsevne» (NOU 2001: 22).

Det er slik at man kan ha nedsatt funksjonsevne uten at man har nedsatt arbeidsevne, selv om mange i gruppen har det. Bråthen og Vetvik (2011) har sett nærmere på dette, og påpeker at i praksis skilles det ikke mellom begrepene «nedsatt funksjonsevne» og «nedsatt arbeidsevne». Sykmeldte ansatte kan ha nedsatt arbeidsevne/funksjonsevne uavhengig av hvilken type jobb de er i, men man kan også ha tilfeller der vedkommende kan sies å ha nedsatt arbeidsevne i én type stilling, men ikke i en annen. Et klassisk eksempel er bakeren som blir allergisk mot mel. Vedkommende vil ikke kunne fortsette i yrket som baker, men det er lite som tilsier at vedkommende ikke kan ta annen type arbeid. Det sagt, så er samfunnet i kontinuerlig endring, og dette gjelder også mange arbeidsplasser. Endringer kan påvirke arbeidskravene til ansatte. Dette har man kanskje særlig vært vitne til i kommunal pleie og omsorg etter innføringen av samhandlingsreformen. De ansattes ressurser og helse endres gjerne også i løpet av et langt (arbeids)liv. Kombinasjonen av endringer i arbeidsforholdet og endringer hos den enkelte arbeidstaker – enten i form av helse eller utdatert/manglende kompetanse – kan føre til en mismatch mellom individets ressurser (inkludert helseresurser) og arbeidskravene. Dette kan føre til sykefravær og på lang sikt oppsigelse. Normalt har arbeidsgiver anledning til å si opp ansatte som har vært sykmeldt i over et år, og hvor det er liten sannsynlighet for at de kan komme tilbake i opprinnelig stilling. Det er for øvrig noen i sistnevnte gruppe som gjennom sin tariffavtale kan ha rett til ett års ekstra ansettelse utover sykepengeåret (Lien & Bogen 2016).

Kjønn, alder og sykefravær

Det finnes mye forskning på sykefravær i Norge, og man vet at kvinners sykefravær er høyere enn menns, uavhengig av sektor. Denne forskjellen blir forklart på flere måter. Forskjeller mellom næringer blir gjerne forklart med ulik sammensetning av ansatte og forskjellige arbeidsoppgaver og -belastninger. Mastekaasa (2016) viser at mye av forskjellene i sykefravær mellom kommunal/statlig og privat sektor kan forklares med forskjeller i de ansattes kjønns- og alderssammensetning. Dersom man kontrollerer for utdanning og yrke, finner Mastekaasa at sykefraværet er 12 prosent høyere i kommunal sektor enn i privat sektor. Dette gjelder særlig for korttidsfravær, det vil her si fravær på inntil en uke. Andre forklaringer knyttes gjerne til kvinners helse, graviditet, dobbeltarbeid, type arbeidsoppgaver og til ledelse og organisatoriske forhold. Helde og Nossen (2016) finner at svangerskapsrelatert sykefravær forklarer 18 prosent av kjønnsforskjellene i sykefravær i 2014, mens Mastekaasa (op. cit.) finner at kjønnsforskjellene i sykefravær (i aldersgruppen 20–39 år) mer enn halveres hvis de gravide tas ut av statistikken. Det å ha barn øker fraværet hos begge kjønn, og 2–5 år etter å ha fått barn, øker fraværet for menn med 20 prosent (0,6 prosentpoeng) og for kvinner med 47 prosent (2,2 prosentpoeng) (Lima 2018).

Alder, kompetanse og (jobb)mobilitet

Kompetansepolitikken har som mål å sørge for at arbeidstakere utvikler kompetanse som er nødvendig for å takle omstilling og for å bli værende i arbeidslivet. Yngre arbeidstakere deltar i større grad enn eldre i etter- og videreutdanning, og de med lav formell utdanning deltar i mindre grad enn de med høy formell utdanning (Aspøy & Tønder 2012; Haakestad & Sterri 2015). Eldre arbeidstakere deltar i mindre grad enn yngre i yrkesrettet opplæring (Wiborg et al. 2011; Nyen et al. 2004; Nyen 2009; Ulstein 2019).

Alder har gjerne også betydning for graden av jobbmobilitet. Eldre arbeidstakere bytter i mindre grad arbeid enn de yngre, og alder har en negativ effekt på sannsynligheten for å få en jobb for personer i attføringsløp (Børing 2002). Men Furåker (2014) viser at det også blant yngre arbeidstakere finnes personer med høyt sykefravær og lav grad av mobilitet. Til tross for at det er mange i Norge som deltar i kompetanseutvikling, er det flere som faller utenfor arbeidsmarkedet (NOU 2016: 3). Kompetanse er viktig fordi det er knyttet til kvaliteten på arbeidet som utføres, det kan bidra til økt autonomi i arbeidet, økt mestring og økt attraktivitet i arbeidsmarkedet. Kompetanse er dessuten i stor grad ferskvare, og i dagens omskiftelige arbeidsliv vil stadig påfyll av kompetanse være viktig i store deler av arbeidsmarkedet. I hvor stor grad man benytter kompetansehevende tiltak i et arbeidsforhold, kan henge sammen med den enkelte arbeidstakers motivasjon for dette, kultur, ledelse og økonomi på arbeidsplassen. For arbeidstakere som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut, kan kompetansehevende tiltak være en mulighet for å få/opprettholde tilknytningen til arbeidslivet. Eksempelvis ble det ved nedbemanningen i Nortura brukt kompetansepakker som en del av tilbudet (Hertzberg, Andersen & Alsos 2009).

Ansettelsesbarhet («employability»)

Ansettelsesbarhet («employability») eller attraktivitet på arbeidsmarkedet handler på individuelt nivå om mulighetene for å få arbeid, til å bli værende i arbeid, til å mestre intern jobbmobilitet og mulighetene for å skifte arbeid hvis man selv ønsker, eller hvis det er behov for det på grunn av omorganiseringer og nedbemanning. Forskningen skiller mellom objektiv og subjektiv ansettelsesbarhet. Den objektive handler om inntekt, tilknytningsform og de mer synlige sidene ved karriereutvikling, mens den subjektive handler om mulighetene den enkelte får til å utvikle sin kompetanse for å møte utfordringer og for å oppleve mestring og arbeidsglede (Bargsted 2008 og Santos et al. 2012, referert i Bargsted 2017). En del av den subjektive ansettelsesbarheten kan også knyttes til den opplevde ansettelsesbarheten hos en person. Den kan henge sammen med hvor fornøyd man er med for eksempel inntekt og egen makt og myndighet, samt med de opplevde forventningene man har til karriereutvikling (op. cit.).

Ansettelsesbarhet eller attraktivitet på arbeidsmarkedet og arbeidsevne kan ha betydning for retur til arbeidsmarkedet etter langtidssykefravær. I en svensk studie publisert i 2014 finner man at retur til arbeidsmarkedet etter langtidssykefravær er korrelert med kjønn, alder og arbeidsevne. Deres studie viser at menn i større grad enn kvinner returnerer til arbeidsmarkedet, og yngre arbeidstakere returnerer i større grad enn eldre. De finner at den enkeltes arbeidsevne har stor betydning for retur, men også at ansettelsesbarhet, utdanningsnivå og helse ikke er signifikant knyttet til retur til arbeidsmarkedet (Johansson et al. 2014).

Friskmelding til arbeidsformidling

Siden 1991 har NAV hatt en ordning som heter «Friskmelding til arbeidsformidling». Den kan benyttes overfor sykmeldte som av helsemessige årsaker ikke kan returnere til sitt tidligere arbeid, men som er å regne som arbeidsføre. Arbeids- og velferdsdirektoratet (2013) viser til at «bestemmelsen (er) aktuell i tilfeller der den sykmeldte kan og bør prøve å komme i arbeid igjen, selv om det ikke er grunnlag for friskmelding til et hvilket som helst yrke». De som benytter ordningen, friskmeldes, samtidig som de beholder retten til sykepenger i inntil tolv uker. I denne perioden forventes det at personen melder seg som aktiv arbeidssøker. Det er sykmeldende lege, NAV eller den sykmeldte selv som kan ta initiativet til å bruke ordningen, men dette gjøres i liten grad. Det kan skyldes at ordningen er lite kjent blant allmennheten (Nossen & Sørbø 2015). I 2014 var det knapt 4000 arbeidstakere som benyttet ordningen, noe som utgjorde 1 prosent av sykepengemottakerne. Ordningen blir for det meste benyttet overfor ansatte i manuelle yrker med lave krav til formell utdanning, og i saker der den sykmeldte er under 30 år med diagnosen lettere psykiske lidelser. Det vises til at det antakelig er et potensial for økt bruk av ordningen, da det er stor forskjell mellom fylkene i bruken av tiltaket. Mye tyder på at mange fortsatt ville vært sykmeldt inntil den ordinære maksimaltiden for sykepenger utløp, dersom de ikke hadde deltatt i ordningen (Nossen & Sørbø 2015:53).

Finansiering av livsopphold under opplæringstiltak

Det er satt strenge krav til mottak av ulike ytelser fra NAV, og spørsmålet om finansiering av livsopphold ved deltakelse i lengre opplæringstiltak har vært diskutert. Det har vært nedsatt en rekke utvalg for å styrke kunnskapsgrunnlaget for kompetansepolitikken også de senere årene (NOU 2001:25; NOU 2018:15; NOU 2019:12). Hovedregelen i Norge og våre naboland er at generelle inntektsordninger ikke kan kombineres med utdanningstiltak. I Norge styres mulighetene av forskrift om arbeidsmarkedstiltak (tiltaksforskriften) som omfatter: i) Arbeidsmarkedsopplæring (AMO-kurs), det vil si kortere kurs med mål om sertifisering, offentlig prøvebevis, opplæring i grunnleggende ferdigheter, for å nevne noe. Innretningen på AMO-kurs ble noe endret i desember 2019. AMO-kurs er kortere arbeidsrettede kurs som skal gi formell kompetanse, og som innholdsmessig enten kan bestå av teoretisk opplæring eller en kombinasjon av teori og praktisk opplæring. Kursene skal være basert på de lokale behovene i arbeidsmarkedet. ii) Fag- og yrkesopplæring på videregående skole eller høyere yrkesfaglig utdanning (fagskole). Denne opplæringen skal følge læreplanene på minimum videregående nivå. iii) Høyere utdanning på universitet og høyskole.⁴ Sykmeldte kan vurderes for opplæringstiltak når bedriftsinterne tiltak ikke har hatt ønsket effekt eller er aktuelle. Det vil si når arbeidsgiver kan dokumentere de tilretteleggingstiltakene som er forsøkt, og som ikke har hatt effekt. I Norge kan ordinær utdanning som arbeidsrettet tiltak gis til personer over 22 år og som har fått sin arbeidsevne nedsatt. Varigheten på tiltaket kan være inntil tre år med mulighet for ett år forlengelse. Det må være en sammenheng mellom sterke sosiale eller helsemessige problemer og muligheten for at personen kan gjennomføre utdanningen i løpet av tre år. De som mottar eksempelvis dagpenger eller arbeidsavklaringspenger, beholder ytelsen under tiltaket, mens noen kan ha krav på tiltakspenger. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet er det få sykmeldte som deltar på opplæringstiltak i regi av NAV.

⁴ <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb/kvalifisering/opplaering>

Oxford Research (2018) har gjennomført en studie om livsopphold for voksne i grunnopplæringen i Norden (unntatt Norge), Tyskland, Belgia, Storbritannia, Irland og Nederland. I Norden framkommer det at denne typen opplæring primært finansieres gjennom opplæringsstøtte, noe som i all hovedsak innebærer at landenes generelle inntektssikringsordninger innenfor arbeids- og sosialfeltet ikke kan kombineres med utdanning. Til tross for dette finnes det unntak, og det gjelder spesielt for grunnopplæring som er en del av et arbeidsmarkedstiltak eller særskilt individuell oppfølging. I Sverige er det A-kassen som i hvert enkelt tilfelle vurderer om vedkommende under en utdanning kan beholde den velferdsytelsen man mottar.

Som en del av den danske sysselsettingsreformen i 2015 styrket de kommunenes muligheter for å tilby målrettet utdanning av arbeidsledige med et utdanningsbehov. Målgruppen er eksempelvis personer som har vært i et (lengre) arbeidsforhold. Formålet med utdanningsløftet er å gi både ufaglærte og faglærte arbeidsledige som har en form for kompetanse som ikke lenger er etterspurt i arbeidsmarkedet, en mulighet til å ta en yrkesutdanning. Personene må minimum ha fylt 30 år og ha en kompetanse de ikke har fått benyttet de siste fem årene. Det er satt et krav om at minst tre fjerdedeler av utdanningen bør tas i løpet av dagpengeperioden, og valget av utdanning skal være basert på allerede opparbeidet erfaring, kurs og eventuelle tidligere utdanninger. Det kan være den enkelte som tar et initiativ til utdanning, men Jobbcentrene⁵ har også verktøy, som blant annet kan være ordinær utdanning. Under utdanningsperioden er man å anse som jobbsøkende, og takker man nei til et jobbtilbud, mister man dagpengene. De som deltar i dette tiltaket, mottar en realkompetansevurdering av en yrkesskole, som også vurderer antatt varighet av utdanningstiltaket.

En dansk evaluering av dette utdanningsløftet finner at det er store variasjoner i de lediges motivasjon for et utdanningsløft, og de deler på grunnlag av dette gruppen i tre ulike målgrupper: i) de som er motivert for en utdanning, ii) de som ikke har særlig kunnskap om utdanningsmulighetene, og som heller ikke har tenkt over utdanning som en mulighet, men som kan motiveres til det, og iii) de som kun er interessert i å få seg en jobb, og som ikke ønsker en utdanning. De fleste deltakerne har ingen utdanning utover grunnskolen, og selv om aldersspredningen strekker seg fra 30 til 60 år, så er den største andelen som mottar dette tiltaket, mellom 51 og 55 år. Evalueringen viser viktigheten av å gi hjelp, støtte, informasjon og veiledning i denne prosessen. Det gjelder særlig informasjon om hvilke relevante utdanningsmuligheter som finnes, de konkrete vilkårene som gjelder under utdanningen, og hvilke framtidige muligheter man vil ha i arbeidsmarkedet etter avlagt fagbrev. Det vanligste utdanningsløpet strekker seg over 12–18 måneder (38 prosent), etterfulgt av utdanningsløp på 6–12 måneder (31 prosent). Det er 13 prosent av utdanningsløpene som strekker seg over 18 måneder, og 18 prosent som har en varighet under seks måneder (Discus Epinion 2018). Selv om målgruppen er arbeidssøkere, så vil denne inndelingen av målgruppe høyst sannsynlig være relevant også for de sykmeldte. Lien og Bogen (2016) finner i sin studie om jobbmobilitet at støtte, informasjon og veiledning om utdanning/jobbskifte er viktige faktorer for å lykkes, men at den viktigste suksessfaktoren er motivasjonen for endring hos den enkelte sykmeldte. Studier om retur til arbeid etter endt rehabiliteringstiltak finner også at motivasjon er en viktig faktor for å komme tilbake i arbeid og for å bli værende i arbeid (Ahlgren 2006).

⁵ Ifølge det danske Undervisningsministeriet, er jobbsentrene offentlige senter med oppgave å hjelpe ledige som trenger jobb og virksomheter som trenger arbeidskraft.

I Finland åpnes det for å gi støtte til utdanning på grunnskolenivå/videregående nivå innenfor yrkesrettet rehabilitering der sykdom er inngangskriteriet, og når vedkommende av helsemessige årsaker ikke kan returnere til tidligere arbeid (NOU 2018: 13, s. 128–129). I Finland har de mange programmer innenfor yrkesrettet rehabilitering. Hvis man av helsemessige årsaker (for eksempel på grunn av skade eller lengre sykefravær) ikke kan returnere til tidligere arbeid, anbefales særlig utdanning som tiltak der målet er å få vedkommende tilbake i arbeidslivet. Tiltaket gjelder for alle personer i yrkesaktiv alder, og man kan motta full/delvis rehabiliteringsstønad under utdanningen (Oxford Research 2018).

Kompetanse-/utdanningstiltak

Fram til 1. mars 2010 hadde NAV et tiltak som het yrkesrettet attføring, som hadde som formål å inkludere personer utenfor arbeidslivet inn i arbeid. Yrkesrettet attføring var et tiltak for personer som ikke kunne returnere til tidligere jobb på grunn av sykdom, skade eller lyte. Der det var relevant, kunne personen få godkjent utdanning som et attføringstiltak, og attføringspengene ville dekke utgiftene blant annet til bøker, undervisningsmateriell og eventuelle skolepenger.

NAV har nå et tiltak som heter arbeidsrettet rehabilitering. Dette er et tiltak rettet både mot unge under 30 år og mot voksne over 30 år i yrkesaktiv alder. Tiltaket er rettet mot personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet grunnet helseutfordringer eller en funksjonsnedsettelse, som har falt ut, eller som har problemer med å komme inn i arbeidslivet. For de som allerede har et arbeidsforhold, men er sykmeldt, skal rehabiliteringen foregå i tilknytning til nåværende jobb. Hvis det ikke er aktuelt med retur til nåværende jobb, skal rehabilitering gis med sikte på overgang til annet arbeid. Tiltaket legger vekt på mestring, arbeidsutprøving og livsstil, og ikke på kompetansehevende tiltak.⁶

For langtidssykmeldte arbeidstakere vil utdanningssystemet og NAVs tiltak kunne spille en viktig rolle for tilknytning til arbeidslivet. Samtidig stiller noen studier spørsmål om hvorvidt tiltakene som iverksettes samsvarer med kunnskapen om tiltakenes effekter (Fossetøl et al. 2016). I deres rapport oppsummeres dette slik: «Skulle forskning ligge til grunn for tiltaksbruken, burde bruken av lønnstilskudd, arbeidspraksis i ordinær virksomhet, utdanning og kombinerte tiltak (helse og arbeid) øke, mens AMO-kurs og skjermede tiltak burde minske.» (op. cit.: s.x)

Hardoy et al. (2006) viser at fra midten av 1990-tallet begynte nedtrappingen av opplæring og arbeidspraksis for ordinære arbeidssøkere, mens bruken av AMO-kurs (arbeidsmarkedskurs/arbeidsmarkedsopplæring) som kvalifiserings- og opplærings tiltak ble det dominerende tiltaket for ordinære arbeidssøkere. For yrkeshemmede økte man bruken av opplæring og arbeidspraksis i samme periode. Samtidig har innholdet i AMO-kursene for ordinære arbeidssøkende endret karakter og innhold. Lengre kurs har i større grad blitt erstattet av korte, yrkesrettede kurs. For yrkeshemmede var ordinær utdanning et mye brukt kvalifiseringstiltak i perioden, men også AMO-kurs ble benyttet. Denne endringen skyldtes utviklingen i arbeidsmarkedet, og man ble mer opptatt av at kursenes innhold skulle være arbeidsrelevante (Proba 2011).

I mars 2018 oppnevnte regjeringen et ekspertutvalg for etter- og videreutdanning (EVU). Utvalget vurderte behovet for etter- og videreutdanning i befolkningen og ut-

⁶ <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb/arbeidsrettet-rehabilitering>

danningssystemets evne til å møte dette behovet. I tillegg vurderte utvalget om rammebetingelsene for investering i kompetanse er gode nok. I deres kunnskapsgrunnlag synliggjøres forskningens tvetydige resultater om effekten av etter- og videreutdanning (EVU 2018). De finner blant annet at effektene undersøkes ved hjelp av ulike metoder, og at effektene også varierer. De påpeker svakhetene ved en del studier som i liten grad kontrollerer for seleksjonen av deltakere til etter- og videreutdannings tiltak, og at der man finner særlig høye effekter av slik utdanning, kan dette være årsaken. Wiborg et al. (2013) finner at gevinstene (mobilitet, karriere) på bakgrunn av videreutdanning innen yrkesfag er høyere enn for allmennfag. Studien finner også at videreutdanning på universitetsnivå gir større gevinster enn videreutdanning på videregående nivå.

Svenske studier fra 1980-tallet finner positive effekter av utdanningstiltak for arbeidsledige, mens man på 1990-tallet i all hovedsak fant negative effekter av utdanning (de Luna et al. 2008). De (op. cit.) finner på den annen side positive effekter for arbeidsledige som fikk utdanning som tiltak i perioden 2002–2004. Effektene var særlig positive for personer med lav utdanning og for personer født utenfor Sverige. Disse ulikhetene i funn forklares med at utdanningskursene fikk dårligere kvalitet på 1990-tallet, Sverige opplevde en sterk lavkonjunktur i samme periode, og deltakelse i arbeidsmarkedsutdanning på den tiden var nødvendig for å opparbeide rettigheter til arbeidsledighetstrygd. Det påpekes at dette kan ha påvirket seleksjonen inn i utdanningsprogrammene, men også motivasjonen for deltakelse. Funnene deres viser at yrkesrettet arbeidsmarkedsutdanning forkorter tiden i arbeidsledighet med drøye 20 prosent, og dette gjelder i all hovedsak uavhengig av gruppe av deltakere og innretning på utdanningen. Når de innlemmer forberedende kurs, reduseres effekten til under 5 prosent.⁷

Jobbmobilitet

Jobbmobilitet blant langtidssykmeldte er et underutforsket felt, og forskningen som er utført, skiller i liten grad mellom de som returnerer til opprinnelig stilling og de som bytter jobb/arbeidsgiver (Nordström 2016). Det er godt dokumentert at langtidssykefravær øker sannsynligheten for mobilitet ut av arbeidslivet (Johansson 2016; Ose et al. 2013; Nordström 2016). Tidsfaktoren ser også ut til å ha betydning for å få sykmeldte arbeidstakere tilbake i arbeid, og sannsynligheten for friskmelding er størst de første dagene etter at arbeidsgiverperioden er over, for deretter å avta sterkt (Nossen & Brage 2016). Nossen og Brage (2016) finner at ved åtte ukers fravær er om lag 45 prosent fortsatt sykmeldt, og at sannsynligheten for friskmelding øker rundt dialogmøte nummer to.

Det er ønskelig å beholde folk i arbeid så lenge som mulig, og man kan tenke seg at økt jobbmobilitet og økt kompetanse kan bidra til å holde flere med helseutfordringer i arbeidslivet. Det finnes for øvrig også eksempler på at langtidssykmeldte, som egentlig er friske nok til å returnere til arbeid, likevel ikke gjør det, og der jobbmobilitet kunne vært et tiltak for de som opplever seg innlåst i arbeidsforhold preget av lange/hyppige sykefravær (Ose et al. 2013; Lien & Bogen 2016). Manglende mestring og motivasjon for arbeidet kan føre til at sykmelding framstår som en bedre løsning enn retur til arbeid, og manglende tro på egen kompetanse og muligheter for jobbbytte kan hemme denne typen mobilitet (op. cit.). Manglende eller utdatert kompetanse

⁷ Arbeidsmarkedsutdanningen besto av to deler. Det var en forberedende del som inneholdt en rekke ulike kurs som var ment å forberede deltakerne til deltakelse i yrkesrettet arbeidsmarkedsutdanning.

eller manglende match mellom kompetanse og annet arbeid i det lokale arbeidsmarkedet kan også bidra til at arbeidstakere blir værende i en situasjon som langtidssykmeldt hos opprinnelig arbeidsgiver. Denne situasjonen rammer kanskje særlig eldre arbeidstakere. Dette er en gruppe som hyppigere har et langtidsfravær enn yngre, noe som ofte kan være knyttet til aldersbetingede plager, som i sin tur kan være et resultat av arbeidsforholdene gjennom en lang karriere. Samtidig kan det være vanskelig å finne annet arbeid som kan egne seg bedre, gitt den ansattes helsesituasjon.

Jobbmobilitet omhandler en rekke overganger, som overgangen mellom arbeid og arbeidsledighet, overganger internt i en virksomhet og mellom ulike arbeidsgivere. Type arbeidstilknytning vil ha betydning for den enkeltes mobilitet. Personer i midlertidige stillinger vil eksempelvis oppleve større grad av jobbmobilitet enn personer i faste stillinger (Nordström 2016). Noen overganger er frivillige, og andre er ufrivillige. Frivillige overganger er gjerne knyttet til ønsket om et karriereløft, høyere lønn, muligheter for å øke egen kompetanse og få nye impulser. Jobbmobilitet kan også henge sammen med individuelle ønsker om å flytte fra et geografisk område/land til et annet. Disse selvinitierte overgangene kan forstås i lys av «pull factors», som er faktorer som tiltrekker seg individer. Ufrivillige overganger kan knyttes til strukturelle eller organisatoriske endringer, som nedleggelser av arbeidsplasser eller interne omorganiseringer, med påfølgende endringer i arbeidsoppgaver eller myndighet. Dette er «push factors», som er faktorer som støter vekk individet fra opprinnelig arbeidsplass. «Push»-faktorer kan også henge sammen med «healthy worker effect» (HWE). Ifølge HWE er sannsynligheten for å forlate arbeidsmarkedet større for arbeidstakere med dårlig helse enn for arbeidstakere med god helse. HWE beskriver altså en seleksjonsprosess som er drevet av dårlig helse. Det betyr at det er de friskeste arbeidstakerne som blir værende i arbeidslivet, mens de med dårligst helse på ulike måter har blitt presset ut.

Nordström (2016) beskriver syv forskjellige former for jobbmobilitet: bytte av arbeidsplass, men ikke arbeidsgiver eller yrke («workplace mobility»), bytte av arbeidsplass og arbeidsgiver, men ikke yrke eller arbeidsoppgaver («intraoccupational workplace mobility»), bytte av arbeidssted og -oppgaver, men ikke arbeidsgiver («interoccupational workplace mobility»), endret eierskap, endret eierskap og endrede arbeidsoppgaver, bytte av arbeidsoppgaver eller yrke, men ikke arbeidsgiver eller arbeidssted («internal mobility within workplace») og bytte av arbeidsplass, arbeidsgiver og arbeidsoppgaver eller yrke («total job mobility»). Sistnevnte er den formen for jobbmobilitet man kan tenke seg er mest relevant for sykmeldte personer med lav sannsynlighet for å returnere til opprinnelig arbeid grunnet manglende samsvar mellom helseutfordringer og arbeidsoppgaver, men der helsen ikke er til hinder for å utføre andre typer arbeidsoppgaver. For personer med lav formell utdanning kan denne typen mobilitet være utfordrende på grunn av liten etterspørsel etter denne typen arbeidstakere, og fordi mange arbeidsgivere ikke ønsker å ansette personer med en sykefraværshistorikk.

I en svensk undersøkelse svarte for eksempel seks av ti arbeidsgivere at de var ganske eller veldig negative til å ansette slike arbeidstakere (Johansson 2014). Nordström (2016) har lignende funn. Det kan være flere grunner til slike holdninger. Er det et arbeidsmarked preget av stort tilbud av relevant arbeidskraft, har arbeidsgiver større muligheter til å velge bort søkere med dårlig helse, men det kan også handle om arbeidsplassens åpenhet for personer som har hatt lange og/eller hyppige sykefravær. I et arbeidsmarked med høyt utdannet arbeidskraft vil ufaglærte i mange tilfeller komme til kort i kampen om jobbene. Mer formell kompetanse vil kunne øke

den enkeltes attraktivitet i arbeidsmarkedet. Forskning viser at det er en sammenheng mellom utdanning, type arbeid og sykefraværshistorikk og mottak av sykepenger/overgang til uførepensjon (Øyeflaten et al. 2014), og det er de med høyest utdanning og de uten fullført videregående utdanning som bytter jobber oftest (Bernstrøm 2017).

Johansson et al. (2014) sin studie om mobilitet i arbeidsmarkedet blant sykmeldte viste at det er en sammenheng mellom individuelle og arbeidsplassrelaterte forhold, og om personer med høyt sykefravær bytter arbeidsplass eller forlater arbeidslivet. Det har også betydning om personene har byttet arbeid tidligere, og om de har vært heltidssykmeldte. De finner dessuten at sykmeldte som har byttet arbeidsplass, har større sannsynlighet for å ha en arbeidstilknytning enn de som forblir på opprinnelig arbeidsplass. Göransson et al. (2002) finner at det å bytte yrke blant langtidssykmeldte er relativt uvanlig, men at det kan ha stor effekt på fortsatt tilknytning til arbeidsmarkedet. De finner at 25 prosent av de som har returnert til et nytt arbeidsforhold etter en lang sykmelding, hadde ønsket dette selv, og at de som hadde gjennomført et slikt bytte, mente det var avgjørende for at de kom tilbake til arbeidslivet. Riksforsäkringsverket (2004) finner også at hvordan den enkelte langtidssykmeldte vurderer sin egen framtidige helse, har betydning for om de forblir i en sykmelding eller ikke. Den enkeltes diagnose og sykehistorikk har også betydning for å bli værende i en sykmelding (op. cit.).

Sverige innførte i 2008 den såkalte rehabiliteringskedjan. Formålet var å øke mobiliteten i arbeidsmarkedet. Lengden på sykmeldingen ble knyttet til den enkelte diagnosen. I henhold til rehabiliteringskedjan skal den sykmeldtes arbeidsevne først vurderes opp mot opprinnelig arbeid og deretter mot arbeid i hele virksomheten. Når den ansatte har vært sykmeldt i et halvt år, er det satt krav om utprøving av arbeidsevnen mot jobber i hele arbeidsmarkedet. Den sykmeldte forventes derfor å starte jobbsøking i hele arbeidsmarkedet etter seks måneders sykefravær.

Innlåsning

I forskningen om jobbmobilitet dukker ofte begrepet «innlåsning» opp. Det er et begrep som brukes på flere måter. For det første brukes det i analyser av effektene bruk av arbeidsrettede tiltak kan ha for tiltaksdeltakere med nedsatt funksjonsevne eller for sykmeldte ansatte, og der målet er ordinær sysselsetting. Deltakelse i opplærings tiltak, spesielt ordinær utdanning, vil ha innlåsningseffekter så lenge tiltaket varer, og innlåsningseffektene viser seg særlig sterke for personer som er nærmest arbeidslivet (Holm et al. 2017; Proba 2011; Aakvik 2003; de Luna et al. 2008). Det betyr at deltakerne ikke vil være aktive jobbsøkere i perioden utdanningstiltaket varer, noe som hindrer rask tilbakegang til arbeidslivet (Markussen & Røed 2014; Bach et al. 2007; Fossestøl et al. 2016). En del studier undersøker effekten av utdanning på relativt kort sikt. Det kan innebære at man går glipp av effektene utdanningstiltak kan ha på sysselsetting på lengre sikt (Markussen & Røed 2014; Arendt & Pozzoli 2013).

Innlåsningbegrepet benyttes også om personer som er i et arbeidsforhold de ikke ønsker å være i. Innlåsning i det perspektivet forstås som reell eller opplevd mangel på alternativt arbeid. Rundt årtusenskiftet begynte svenske forskere å skrive om denne typen innlåsningssproblematikk. De beskriver tre ulike former for innlåsning: i) arbeidsplassinnlåste som beskriver arbeidstakere som er på en arbeidsplass de ikke ønsker å være på, ii) yrkesinnlåste som beskriver arbeidstakere som er i et yrke de ikke ønsker å være i, og iii) dobbeltinnlåste som beskriver arbeidstakere som både befinner seg på en arbeidsplass de ønsker seg vekk fra, og som er i et yrke de ikke ønsker å være i. Sistnevnte gruppe rapporterer om flere helseproblemer enn personer

som trives i arbeidet sitt, som fysiske plager, opplevelse av trøtthet, magevondt mv. (Astvik et al. 2006; Muhonen 2010). Disse arbeidstakerne kjennetegnes videre av lav formell utdanning, de opplever et arbeidsforhold med lav sosial støtte fra leder, dårlig arbeidsmiljø og få lærings- og kompetanseutviklingsmuligheter (Astvik et al. 2006). Det er for øvrig ikke gitt at denne typen innlåsning fører til hyppige sykefravær eller lange sykefravær, men det *kan* føre til det.

Karriereveiledning

Karriereveiledning er et tiltak som mangler i litteratursøket. Det skyldes prosjektets søkekriterier og avgrensninger, men har trolig også sammenheng med at det er et relativt nytt forskningsfelt. Vi velger likevel å inkludere karriereveiledningstiltak som relevant i kunnskapsoversikten. Tradisjonelt har karriereveiledning hatt søkelys på unge mennesker som velger utdanning for første gang. Ifølge OECD viser imidlertid karriereveiledning til «tjenester og aktiviteter som skal hjelpe personer, uavhengig av alder og tidspunkt i livet, til å ta valg når det gjelder utdanning, opplæring og arbeid, og til å håndtere egen karriere» (oversatt til norsk på www.kompetansenorge.no, hentet 24.04.2020). Definisjonen henspiller på mestring, både av nåværende og framtidig arbeidssituasjon.

Karriereveiledning kan, etter vår vurdering, bidra med informasjon om alternative jobb- og utdanningsmuligheter samt motivasjon til å foreta en eventuell endring. I 2016 ble det satt ned et karriereveiledningsutvalg på bakgrunn av at karriereveiledning blir betraktet som et sentralt kompetansepolitisk virkemiddel. Utvalget konkluderer med at god karriereveiledning kan bidra til mindre frafall og færre omvalg i både grunnopplæring og høyere utdanning, og til at voksne i overgangsfaser i mye større grad er omstillingsdyktige. Dette har betydning for enkeltpersoner, men innebærer også god samfunnsøkonomi ved at det utnytter de ressursene som ligger i arbeidstokken (NOU 2016: 7).

2.3 Oppsummering av kunnskapsgjennomgangen

Vi har ikke funnet studier som ser spesifikt på bruk av kompetansetiltak som en måte å øke jobbmobiliteten på blant sykmeldte, men vi har funnet studier som ser på enten kombinasjonen kompetansetiltak og sykmeldte eller kombinasjonen jobbmobilitet og sykmeldte.

Det er ulike funn knyttet til om ordinær utdanning for personer utenfor/på vei ut av arbeidslivet har effekt på sysselsetting. En svakhet ved flere studier er at det i liten grad framkommer hva slags type utdanningstiltak det er snakk om – det skilles altså i liten grad mellom AMO-kurs og annen/ordinær utdanning. Studiene som ikke skiller mellom disse to tiltakene, finner i liten grad noen sysselsettingseffekt, mens i studier der man skiller mellom disse to tiltakene, er det en tendens til at ordinær utdanning har større sysselsettingseffekter enn AMO-kurs. En annen svakhet ved studiene er at det i liten grad framkommer hva slags type kurs/utdanning deltakerne har mottatt, og i en del studier framkommer heller ikke varigheten på tiltaket.

Studier som finner at utdanning har positive effekter på sysselsetting, finner også store innlåsningseffekter under tiltaket. Det gjelder særlig for de som står nærmest arbeidslivet. På den annen side er det flere studier som finner positive sysselsettingseffekter på lang sikt. Svakheten ved flere studier er at de har kort tidshorisont.

Flere studier viser at det er mange ulike faktorer som spiller inn med tanke på retur til arbeid for de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Det er knyttet til individuelle forhold som alder og kjønn, utdanningsnivå og opplevde helseplager, men

også til type yrke/bransje og til arbeidsplassfaktorer. Særlig støtte, veiledning og informasjon ser ut til å være viktige faktorer for å få personer til å tenke jobbmobilitet/kompetansetiltak som en mulighet, og ikke minst er den enkeltes motivasjon for kompetanseheving en viktig faktor for å lykkes med mobilitet.

3 Målgruppeanalyse

3.1 Innledning

I målgruppeanalysen, den andre delen av Fafos bidrag til forprosjektet, belyser vi problemstillingen for forprosjektet gjennom en beskrivelse av langtidssykmeldte og personer som mottar arbeidsavklaringspenger. Hovedproblemstillingen for forprosjektet er: På hvilke måter kan kompetansehevende tiltak bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange/hyppige fravær? Fafos kunnskapsoppsummering viste at forsøk med kompetanseheving for å øke jobbmobilitet blant sykmeldte er nybrottsarbeid. Der er altså lite kunnskap å hente i tidligere forskning, så denne målgruppeanalysen beskriver målgruppen for kompetansehevingstiltaket for sykmeldte gjennom to datasett. Først beskriver vi arbeidstakere som har vært sykmeldt tre måneder eller mer (heretter kalt langtidssykmeldte), og deretter personer som mottar arbeidsavklaringspenger (heretter kalt AAP-mottakere). De beskrives gjennom sykefravær, diagnose, bosted, jobb og tidligere gjennomgått tiltak fra NAV, slik oppdraget ber om. I beskrivelsen av oppdraget er det også bedt om et anslag på størrelsen av målgruppen for kompetansehevingstiltaket, men dette kan vi ikke si noe om, fordi vi ikke har data som kan gi informasjon om hvem som vil ha nytte av et kompetansehevende tiltak. For å kunne anslå størrelsen på gruppen, måtte vi hatt data på personnivå på utdanning, motivasjon for kompetanseheving og ønske om/vilje til å skifte jobb. Til slutt i kapitlet gjøres en sammenligning av langtidssykmeldte og AAP-mottakere.

3.2 Metode

Anonyme data fra NAV statistikk på sykmeldte personer i perioden 20.10.18 til 20.10.19 (langtidssykmeldte) og på personer som mottok AAP i årene 2016 til 2018 (AAP-mottakere), er datamaterialet som er brukt til denne beskrivelsen av målgruppen for forsøk med kompetansetiltak for sykmeldte. De langtidssykmeldte er trukket ut med bakgrunn i at personene hadde høyt sykefravær i den aktuelle perioden. Valg av periode for datauttrekket er gjort med bakgrunn i at data skulle være så nær opp til de langtidssykmeldte som får delta i utprøvingen av kompetansetiltaket som mulig. AAP-mottakerne er med spesielt for å kunne se på andel av denne gruppen som hadde mottatt tiltak fra NAV, og jobbstatus for disse personene etter tiltaket. Perioden de er trukket ut for, har samme bakgrunn som for de langtidssykmeldte. Disse datasettene gir oss mulighet til å beskrive målgruppen, men ikke til å snevre den inn til hvilke personer i denne gruppen som potensielt har nytte av tiltaket.

Langtidssykmeldte er sykmeldte med 281 dager eller mindre igjen til sykepenge-rettighetene går ut (sykmeldt til sammen tre måneder eller mer) i perioden 20.10.18 til 20.10.19. Totalt antall personer i denne gruppen var 252 569. Vi har valgt å ta ut av utvalget de som hadde sykmelding på grunn av svangerskapsrelaterte sykdommer (7 prosent, 17 427) for de resterende analysene, da slike sykmeldinger er forbigående, og denne gruppen dermed ikke vil være i målgruppen for kompetansehevingstiltaket. Antall personer i vår målgruppe er 235 142. Det var 41 prosent menn og 59 prosent

kvinner. Aldersfordelingen er 11 prosent 30 år og yngre, 21 prosent mellom 31 og 40 år, 26 prosent mellom 41 og 50 år, 27 prosent mellom 51 og 60 år og 15 prosent mellom 61 og 67 år (se tabell 3.1).

Tabell 3.1 Aldersfordeling for målgruppen, prosent (antall personer).

30 år og yngre	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
11% (26 422)	21% (49 218)	26% (61 185)	27% (63 737)	15% (34 580)

Data fra AAP-mottakere i årene 2016, 2017 og 2018 ble innhentet. Det var til sammen 276 595 AAP-mottakere i disse årene; 42 prosent menn og 58 prosent kvinner. Som tabell 3.2 viser, var 23 prosent 30 år og yngre, 22 prosent mellom 31 og 40 år, 25 prosent mellom 41 og 50 år, 23 prosent mellom 51 og 60 år og 8 prosent mellom 61 og 67 år (prosentene summerer til mer enn 100 pga. avrunding). Fordelingen per år viser at det var 197 396 AAP-mottakere i 2016, 195 391 i 2017 og 187 311 i 2018. Summen av antall AAP-mottakere per år er høyere enn totalt antall AAP-mottakere, fordi mange mottar denne ytelsen over flere år.

Tabell 3.2 Aldersfordeling for AAP-mottakere, prosent (antall personer).

30 år og yngre	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
23% (62 063)	22% (58 824)	25% (67 810)	23% (61 797)	8% (22 568)

I analysene hvor målgruppen og AAP-mottakere er inndelt etter bosted, er det brukt fylkes- og kommunestruktur fra 01.01.2020. Innbyggertallene i fylker og kommuner er funnet hos Statistisk sentralbyrå (SSB) og rapportert per 01.07.19.

For å sammenligne befolkningen som bor i urbane strøk med de som bor i mindre byer og mer rurale strøk, ble målgruppen delt i to. Personer hjemmehørende i de ti største bykommunene i Norge ble sammenlignet med resten av målgruppen. De ti største bykommunene er Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Drammen, Asker, Lillestrøm og Fredrikstad, og disse byene bosetter 36 prosent av befolkningen. Elleve prosent av målgruppen og 11 prosent av AAP-mottakerne var hjemmehørende disse byene.

Prosenttall er avrundet til nærmeste hele tall. Avrundingene kan føre til at prosenter ikke alltid summerer til 100.

3.3 Resultater

Langtidssykmeldte

Sykefravær

Gruppen langtidssykmeldte hadde totalt 325 611 sykmeldingstilfeller. Andelen for menn var 39 prosent (128 001) og for kvinner 61 prosent (197 610). Kjønnsfordelingen blant langtidssykmeldte var 41 prosent menn og 59 prosent kvinner, så kvinner har altså flere sykmeldingstilfeller enn menn. Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær var for menn 221 dager og for kvinner 227 dager. Det er med andre ord ingen stor forskjell på gjennomsnittlig antall dager sykmelding mellom menn og kvinner.

Femtitte prosent av gruppen var 100 prosent sykmeldt i løpet av perioden, mens 57 prosent hadde minst én gradert sykmeldingsepisode. Sekstito prosent av kvinnene og 49 prosent av mennene hadde minst én gradert sykmeldingsperiode. Graderingen

varierte både mellom personer og for hver person. Det var 25 prosent av utvalget som hadde minst én episode hvor de var mindre enn 50 prosent sykmeldt, 21 prosent hadde minst én episode med 50 prosent sykmelding, og 15 prosent hadde minst én episode med gradering mellom 50 og 99 prosent i løpet av perioden (se tabell 3.3).

De største forskjellene i gradering av sykefravær mellom kjønnene var at færre menn enn kvinner var sykmeldt i mindre enn 50 prosent av stillingen sin, og at flere menn enn kvinner var sykmeldt i 100 prosent av stillingen sin (se tabell 3.3). Selv om kompetansetiltak for sykmeldte er rettet mot de som er 100 prosent sykmeldt, er det allikevel interessant å legge merke til denne kjønnsforskjellen i bruk av gradert sykmelding.

Langtidssykmeldte som nærmer seg avslutningsdato for sykepengerettigheter (maks-dato), har høyere sannsynlighet for friskmelding (Nossen & Brage 2016). Vi undersøkte hvordan graderingsmønsteret var for de langtidssykmeldte som var sykmeldt ved 60 og 30 dager før maks-dato. Trettifire prosent av gruppen var sykmeldt 60 dager før maks-dato for sykefravær. Av disse var det 57 prosent som var 100 prosent sykmeldt, de resterende 43 prosentene fordelte seg noenlunde jevnt på de tre andre graderingskategoriene (se tabell 3.3). Tretti dager før maks-dato for sykefravær var 28 prosent av gruppen sykmeldt. Seksti prosent av disse var 100 prosent sykmeldt, resten fordelte seg noenlunde jevnt på de tre andre graderingskategoriene (se tabell 3.3). Selv om sykefraværet var gått ned fra 34 prosent ved 60 dager før maks-dato til 28 prosent ved 30 dager før maks-dato, var graderingsmønsteret nesten identisk når man sammenligner status ved ti og elleve måneders sykmelding i denne gruppen.

Tabell 3.3 Sykmeldingsprosent for hele gruppen totalt, for begge kjønn og ved 60 og 30 dager før maks-dato. prosent (antall personer)*

	Totalt	Kvinner	Menn	60 dager før maks-dato	30 dager før maks-dato
Mindre enn 50% sykmeldt	25% (58 479)	30% (41 748)	17% (16 731)	15% (12 030)	13% (8 176)
50% sykmeldt	21% (50 347)	22% (30 443)	21% (19 904)	14% (11 175)	14% (8 894)
Mer enn 50% og mindre enn 100% sykmeldt	15% (35 256)	16% (21 693)	14% (13 563)	14% (10 682)	14% (8 840)
100% sykmeldt	53% (125 772)	49% (68 586)	59% (57 186)	57% (45 517)	60% (39 042)

* Prosentene summerer i de tre første kolonnene til mer enn 100 fordi man kan ha flere graderinger i løpet av et sykmeldingsforløp.

Tabell 3.3 viser at en gradering på mindre enn 50 prosent sykmelding brukes hyppigere for kvinner enn for menn, 30 prosent av kvinnene hadde hatt dette, men bare 17 prosent av mennene.

Tabell 3.4 Sykmeldingsprosent for aldersgrupper. Prosent (antall personer)*

	18 – 30 år	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
Mindre enn 50% sykmeldt	20% (5 321)	26% (12 953)	29% (17 517)	26% (16 583)	18% (6 105)
50% sykmeldt	16% (4 308)	19% (9 407)	23% (13 938)	24% (15 428)	21% (7 266)
Mer enn 50% og mindre enn 100% sykmeldt	15% (3 839)	16% (8 019)	16% (9 906)	15% (9 271)	12% (4 221)
100% sykmeldt	65% (17 207)	54% (26 685)	48% (29 438)	50% (31 724)	60% (20 718)

* Tallene summerer til mer enn 100% fordi personene kan ha hatt flere graderinger i løpet av perioden (20.10.18 – 20.10.19).

Som vi ser i tabell 3.4, er det ikke særlig store forskjeller i hvordan gradering brukes i de ulike aldersgruppene. Totalt 57 prosent (133 360) av de langtidssykmeldte hadde hatt en gradert sykmelding, og det kan se ut som gradering brukes noe mindre i de yngste og de eldste aldersgruppene.

Sykefravær hos de langtidssykmeldte de siste tre årene før 2018

For å se på hvordan sykefraværet for de langtidssykmeldte hadde vært i årene før de ble trukket ut på bakgrunn av høyt sykefravær i perioden 20.10.18 til 20.10.19, hentet vi ut sykefravær for de siste tre årene før 2018.

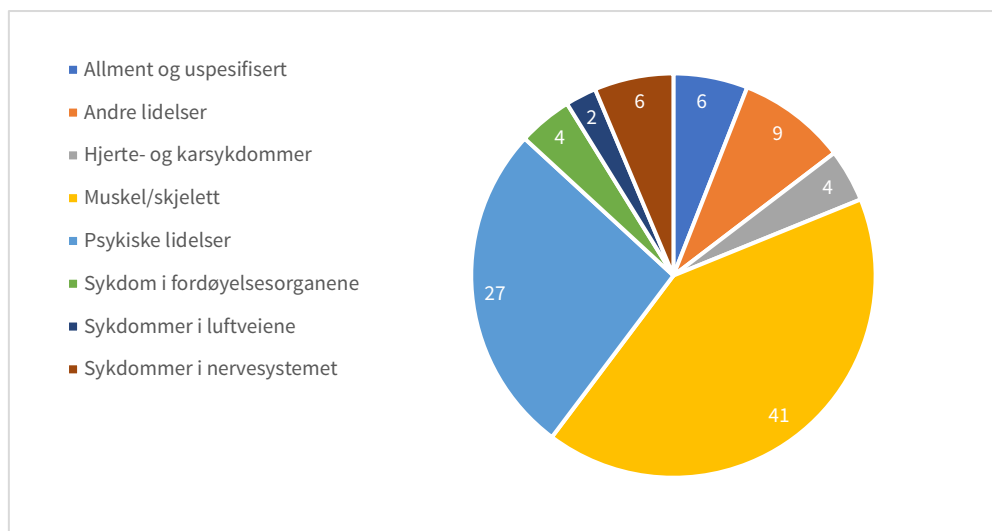
Tabell 3.5 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær fra 2015 til 2019.

	Kvinner	Menn
20.10.2018 – 20.10.2019 (perioden uttrekket var gjort)	227	221
2019	141	137
2018	108	104
2017	43	34
2016	40	31
2015	16	12

I tabell 3.5 ser vi at gjennomsnittlig antall dager med sykefravær er ganske likt for menn og kvinner. Det høyeste antallet sykefraværsdager er i perioden uttrekket var gjort, og det er naturlig, ettersom gruppen er selektert på høyt sykefravær. Dermed er det også rimelig at det gjennomsnittlige sykefraværet i 2018 og 2019 er høyt. Likevel er det interessant å konstatere at for dette utvalget mer enn doubler sykefraværet seg fra 2015 til 2016 både hos menn og kvinner, og sykefraværet holder seg på dette høyere nivået i 2017, før det igjen mer enn doubler seg fra 2017 til 2018. Dette kan være noe å utforske videre, for å se om lignende mønstre kan finnes for andre kohorter, og om mønsteret i så fall kan brukes til å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt for de som har høy risiko for langvarig sykefravær.

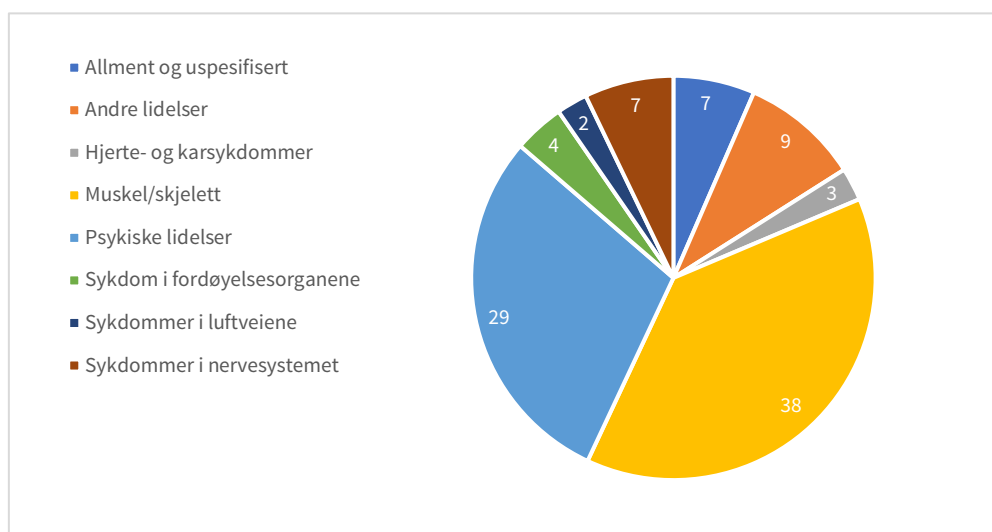
Diagnoser

Figur 3.1 Sykefravær fordelt på diagnoser. Prosent.

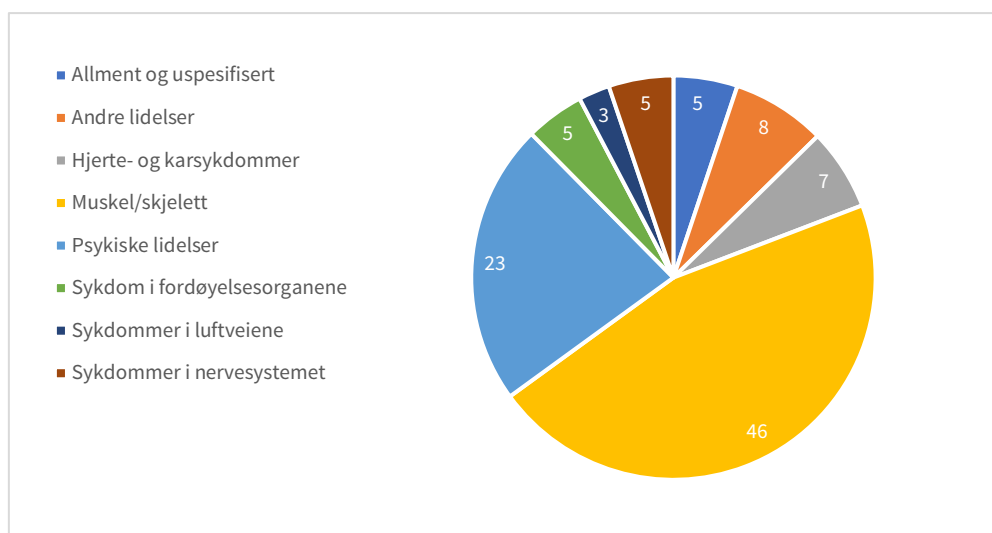


Muskel-/skjelettplager og psykiske plager er de vanligste diagnosegruppene for sykefravær, og gjelder til sammen 68 prosent i vår populasjon av langtidssykmeldte (se figur 3.1). Disse to diagnosegruppene utgjør i vårt materiale en noe høyere andel av sykefraværet enn det vi finner i statistikken NAV har publisert på andel sykefraværstilfeller for 2019 (her utgjorde disse diagnosegruppene til sammenligning i 1. kvartal 45 prosent, i 2. kvartal 50 prosent, i 3. kvartal 50 prosent, og i 4. kvartal 48 prosent). Denne sammenligningen mellom antall personer med de forskjellige diagnosene i vår populasjon og sykefraværstilfeller fordelt på diagnose fra statistikken til NAV, slik vi gjør her, er gjort for helt de samme størrelsene, og det er dermed en viss unøyaktighet i dette. Det tegner seg likevel et mønster, der langvarig sykefravær og frafall er spesielt knyttet til de to nevnte diagnosegruppene.

Figur 3.2 Sykefravær fordelt på diagnoser for kvinner. Prosent.



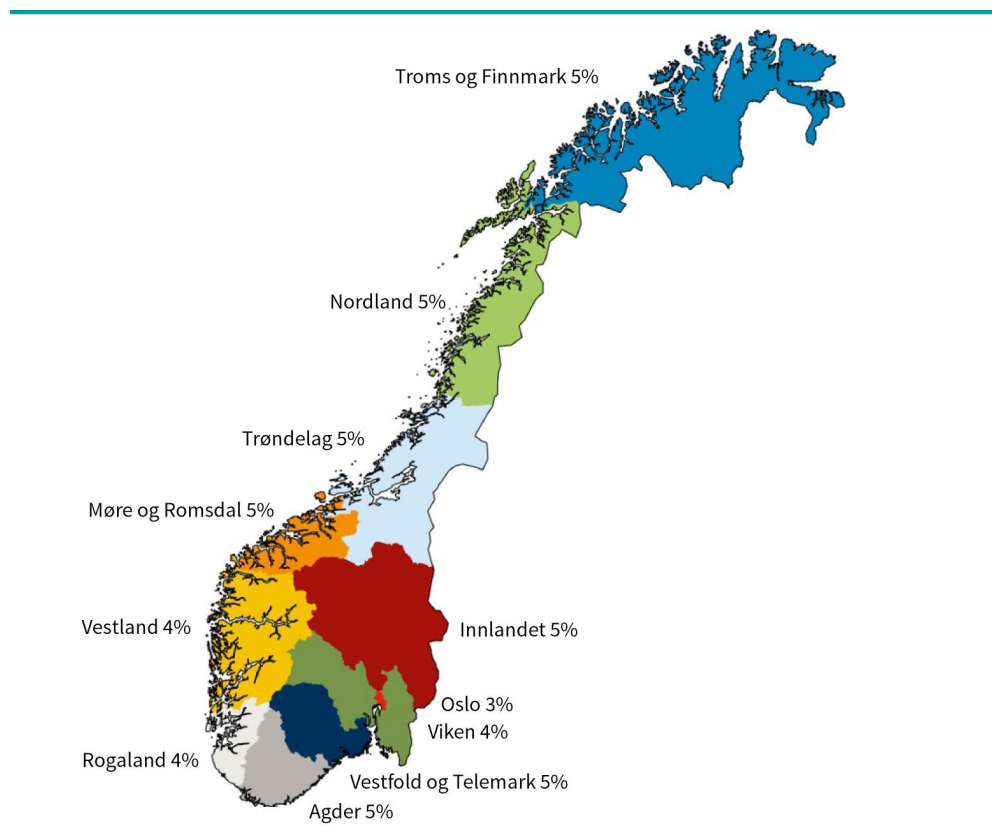
Figur 3.3 Sykefravær fordelt på diagnoser for menn. Prosent.



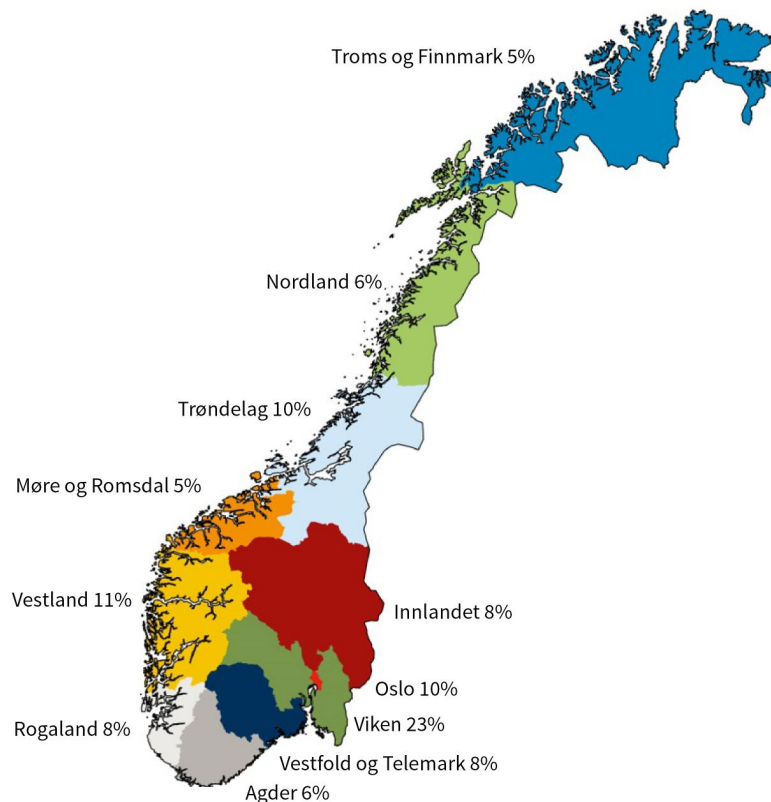
Vi ser det samme mønsteret ved separate analyser for kvinner og menn, psykiske plager og muskel-/skjelettplager utgjør til sammen ca. 68 prosent for begge kjønn. Likevel finner vi kjønnsforskjeller, menn er sykmeldt noe mer enn kvinner for muskel-/skjelettplager, og kvinner er noe mer enn menn sykmeldt for psykiske plager (se figur 3.2 og 3.3).

Geografisk spredning

Figur3.4. Fylkesvis andel sykmeldte (i vår populasjon) av fylkets befolkning.



Figur 3.5 Fylkesvis andel sykmeldte av vår populasjon langtidssykmeldte.



Vi undersøkte hvordan vår populasjon av langtidssykmeldte fordelte seg i landets fylker, for å se om bosted kunne være en faktor å ta med i vurderingen av målgruppen for kompetansetiltaket. I figur 3.4 ser vi at i alle fylkene er 4–5 prosent av fylkets innbyggere i vår populasjon av langtidssykmeldte. Unntaket er Oslo, hvor det er 3 prosent, men dette er ingen stor forskjell, så hvor i landet man bor, ser ikke ut til å være av særlig betydning. Figur 3.5 viser hvordan vår populasjon av langtidssykmeldte fordeler seg i de forskjellige fylkene. Vi ser at variasjonen er større i denne fordelingen, men det gjenspeiler i stor grad forskjellene i folketall i fylkene. Trøndelag, Vestland, Viken og Oslo har høy befolkning, derfor er det rimelig at en større andel av de langtidssykmeldte er hjemmehørende i disse fylkene enn i fylkene med lavere befolkningstall.

Urbant bosted versus småby og ruralt bosted

I denne delen av målgruppeanalysen ønsket vi å undersøke om det å bo i en av de største byene hadde betydning for sykefravær. Vi sammenlignet gruppen som var hjemmehørende i de ti største byene i Norge med resten av de langtidssykmeldte. Denne sammenligningen viste små forskjeller. Totalt bodde 11 prosent (25 413) av vår populasjon av langtidssykmeldte i de ti største byene i Norge. Av disse var 60 prosent kvinner, mens kvinner utgjorde 59 prosent av resten av vår populasjon av langtidssykmeldte. Aldersfordelingen var svært lik for gruppen av vår populasjon av langtidssykmeldte som bodde i de ti største byene og for de som bodde i resten av landet, slik tabell 3.6 viser.

Tabell 3.6 Langtidssykmeldte fordelt på bosted og alder. Prosent (antall personer).

	18 – 30 år	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
Urbant bosted	10% (2 587)	21% (5 411)	27% (6 873)	27% (6 923)	14% (3 619)
Bosted i resten av landet	11% (23 835)	21% (43 807)	26% (54 312)	27% (56 814)	15% (30 961)

Heller ikke når det gjaldt sykmeldingsdiagnoser var det noen særlig forskjell mellom de som bodde i de ti største byene og resten av populasjonen, som vi ser i tabell 3.7. Den største forskjellen var at flere i populasjonen med bosted i de ti største byene var sykmeldt med diagnose fra diagnosegruppen «psykiske lidelser» (28 vs 27 prosent) enn det som var tilfellet for den andelen som bodde mer ruralt. Det var omvendt for diagnoser fra diagnosegruppen «muskel-/skjelettlidelser», her var det færre i den delen av populasjonen som var bosatt i de ti største byene enn av de som bodde mer ruralt (39 vs 41 prosent). Dette er svært små forskjeller.

Tabell 3.7 Langtidssykmeldte fordelt på bosted og diagnosegrupper. Prosent (antall personer).

	Urbant bosted	Bosted i resten av landet
Allment og uspesifisert	6% (1 531)	6% (12 471)
Andre lidelser	9% (2 316)	9% (18 082)
Hjerte og karsykdom	4% (1 142)	4% (8 790)
Muskel-/skjelettlidelser	39% (9 910)	41% (87 454)
Psykiske lidelser	27% (7 062)	28% (55 444)
Sykdom i fordøyelsesorganene	4% (1 073)	4% (9 112)
Sykdommer i luftveiene	3% (647)	2% (5 189)
Sykdommer i nervesystemet	7% (1 731)	6% (13 165)

Gjennomsnittlig antall dager sykefravær i populasjonen av langtidssykmeldte i perioden 20.10.18 til 20.10.19 var svært likt for de to gruppene, 224 dager for den delen av populasjonen som bodde i de ti største byene, og 225 dager for resten av gruppen.

Tabell 3.8 Gjennomsnittlig antall sykefraværsdager i vår populasjon av langtidssykmeldte bosatt i de 10 største byene.

	Bosatt i de 10 største byene	Bosatt i småby eller mer rurale strøk
20.10.2018 – 20.10.2019 (perioden uttrekket var gjort)	224	225
2019	139	139
2018	106	106
2017	40	39
2016	37	37
2015	14	14

Tabell 3.8 viser at det heller ikke er særlig forskjell i gjennomsnittlig antall dager fravær i tidligere år.

Fylkene som deltar i utprøving av tiltaket

En undersøkelse av om befolkingen i de fem fylkene som deltar i prosjektet med utprøving av kompetansehevingstiltaket, Troms og Finnmark, Nordland, Agder, Innlandet og Øst-Viken, skilte seg fra resten av landet, viste ingen store forskjeller. Trettini prosent av befolkingen vår med langtidssykmeldte (92 358) var bosatt i forsøksfylkene. Andelen kvinner i begge gruppene var 59 prosent, andelen menn 41 prosent.

Tabell 3.9 Langtidssykmeldte fordelt på forsøksfylker og alder. Prosent (antall personer).

	18 – 30 år	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
Forsøksfylker	11% (10 340)	20% (18 387)	26% (24 384)	28% (25 800)	15% (13 447)
Resten av landet	11% (16 082)	22% (30 831)	26% (36 801)	27% (37 937)	15% (21 133)

Som tabell 3.9 viser, var det ingen forskjeller i alderssammensetning mellom forsøksfylkene og resten av landet.

Tabell 3.10 Langtidssykmeldte fordelt på forsøksfylker og diagnosegrupper. Prosent (antall personer).

	Forsøksfylker	Resten av landet
Allment og uspesifisert	6% (5 575)	6% (8 427)
Andre lidelser	8% (7 781)	9% (12 618)
Hjerte og karsykdom	4% (3 921)	4% (6 011)
Muskel-/skjelettlidelser	43% (39 344)	41% (58 020)
Psykiske lidelser	26% (23 722)	27% (38 784)
Sykdom i fordøyelsesorganene	4% (3 992)	4% (6 193)
Sykdommer i luftveiene	2% (2 205)	3% (3 631)
Sykdommer i nervesystemet	6% (5 809)	6% (9 086)

Det var heller ingen store forskjeller i diagnoser mellom befolkingen bosatt i forsøksfylkene og befolkingen bosatt i resten av landet, som tabell 3.10 viser. Den største forskjellen er at flere fra forsøksfylkene er sykmeldt med muskel-/skjelettlidelser enn i resten av landet, 43 versus 41 prosent, men dette er en liten forskjell.

Tabell 3.11 Gjennomsnittlig antall sykefraværsdager i forsøksfylkene og resten av landet.

	Forsøksfylkene	Resten av landet
20.10.2018 – 20.10.2019 (perioden uttrekket var gjort)	227	224
2019	141	138
2018	108	106
2017	41	39
2016	38	36
2015	15	14

Tabell 3.11 viser at det heller ikke er store forskjeller mellom forsøksfylkene og resten av landet med hensyn til gjennomsnittlig antall dager med sykefravær. Den største

forskjellen er at gjennomsnittlig antall sykefraværsdager i perioden uttrekket av langtidssykmeldte var gjort, er tre dager høyere i forsøksfylkene enn i resten av landet (227 vs 224 dager). Samme forskjell finner vi i 2019, gjennomsnittlig antall sykefraværsdager er tre dager høyere i forsøksfylkene enn i resten av landet (141 vs 138 dager).

For variablene vi har hatt tilgang til og gjort sammenligninger mellom forsøksfylkene og resten av landet på, viser resultatene at vår populasjon av langtidssykmeldte bosatt i forsøksfylkene er svært lik populasjonen bosatt i resten av landet.

Yrke/utdanning

Vi vet at sykefravær og uføretrygding varierer mellom yrker. Yrker med høy kvinneandel og som krever lav utdanning, har over lang tid vist seg å ha høyt sykefravær. Derfor vil vi i denne delen av målgruppeanalysen undersøke hvordan populasjonen vår av langtidssykmeldte fordeler seg på yrke og utdanning. Tabell 3.12 er en oversikt over hvilke yrker populasjonen er registrert med, og den danner grunnlaget for kategorisering i bransjer (tabell 3.13) og utdanning (tabell 3.14), som igjen er grunnlaget for figurene 3.6 og 3.7.

Tabell 3.12 Fordeling av yrker.

	Antall	Prosent
Andre helserelaterte yrker	2949	1,38
Andre yrker	511	0,24
Anleggsarbeider	4931	2,31
Barnehage-/skoleassistent	12269	5,76
Bonde/fisker	1716	0,81
Butikkmedarbeider	11847	5,56
Byggearbeider	4583	2,15
Elektriker o.l.	2962	1,39
Frisør/kosmetolog	1586	0,74
Fysioterapeut o.l.	1144	0,54
Førskolelærer	4636	2,18
Grunnskolelærer	7798	3,66
IKT-rådgiver/-tekniker	2859	1,34
Ingeniør	4635	2,17
Kokk, kjøkkenassistent	3716	1,74
Kommunikasjonsyrker	1336	0,63
Kontorarbeider	10193	4,78
Kundeserviceyrker	3586	1,68
Lager-/transportarbeider	6404	3,00
Leder, andre sektorer	4064	1,91
Leder, industri/bygg	2536	1,19
Leder, tjenesteyting	3837	1,80
Leder, utdanning/helse	2478	1,16

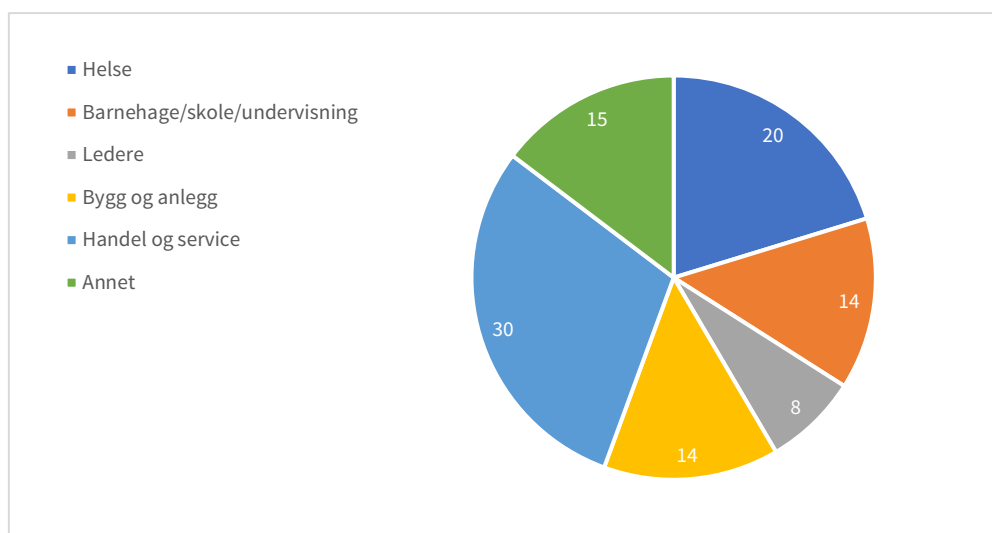
	Antall	Prosent
Lege o.l.	2145	1,01
Lektor/pedagog	4553	2,14
Mekaniker	3224	1,51
Metallarbeider	1586	0,74
Operatør industri	4599	2,16
Operatør næringsmidler	2440	1,14
Pleie- og omsorgsarbeider	19989	9,38
Politi/vakt o.l.	2308	1,08
Presisjonshåndverker	1270	0,60
Profesjonell kunstner	596	0,28
Renholder	7342	3,44
Revisor/finansrådgiver	2052	0,96
Rådgiver admin/samf/jus	9089	4,26
Saksbehandler	3111	1,46
Salgsagent/megler	2930	1,37
Selger	3982	1,87
Servitøryrker	2233	1,05
Sivilingeniør o.l.	3452	1,62
Sjåføryrker	6522	3,06
Skipsbefal/flyger	674	0,32
Sykepleier	10625	4,99
Toppleder	3144	1,48
Tømrer	4589	2,15
Vaktmester	1778	0,83
Vernepleier/sosialarbeider	6312	2,96
Sum	213121	

Tabell 3.13 Kategorisering av yrker.

Helse	Barnehage/ skole/ undervisning	Ledere	Bygg og anlegg	Handel og service	Annet
Andre helserelaterte yrker	Barnehage- /skole-assistent	Leder, andre sektorer	Anleggs- arbeider	Butikk- medarbeider	Andre yrker
Fysioterapeut o.l.	Førskolelærer	Leder industri/ bygg	Bygge- arbeider	IKT-rådgiver/- tekniker	Bonde/fisker
Lege o.l.	Grunnskolelærer	Leder tjeneste- yting	Elektriker o.l.	Kokk, kjøkkenassistent	Frisør/ kosmetolog
Pleie- og omsorgs- arbeider	Lektor/pedagog	Leder utdanning/ helse	Ingeniør	Kontor- medarbeider	Kommunika- sjonsyrker
Sykepleier		Toppleder	Mekaniker	Kundeservice- yrker	Politi/vakt o.l.
Vernepleier/ sosialarbeider			Metall- arbeider	Lager- /transport- medarbeider	Presisjons- håndverker
			Sivil-ingeniør	Renholder	Profesjonell kunstner
			Tømrer	Salgsagent/ megler	Operatør industri
				Selger	Operatør næringsmidler
				Servitøryrker	Revisor/ finansrådgiver
				Sjåføryrker	Rådgiver admin/samf/jus
				Vaktmester	Saksbehandler
					Skipsbefal/flyger

Tabell 3.13 viser hvilke yrker som inngår i de seks bransjene helse, barnehage/skole/undervisning, ledere, bygg og anlegg, handel og service og annet, som er brukt i figur 3.6. Når yrkene er grovkategorisert til disse bransjene, ser vi at ca. en femtedel av vår populasjon hører til i helsevesenet, med pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere som de største yrkesgruppene. Handels- og servicenæringene står for ca. 30 prosent av populasjonen vår av langtidssykmeldte, og her er det butikkmedarbeidere som er den største gruppen. Tall fra SSB fra 4. kvartal 2019 over sysselsetting i Norge, viser at ca. 21 prosent av arbeidsstokken arbeider innenfor helse- og sosialtjenester, og ca. 13 prosent arbeider i kategorien SSB kaller «varehandel og reparasjon av motorvogn». Ut fra dette kan det virke som «handel og service» er overrepresentert i vår populasjon av langtidssykmeldte, men sammenligningen med SSBs tall er ikke nøyaktig, fordi vi ikke vet hvilke yrker som er tatt med i næringsgruppeinndelingen fra SSB.

Figur 3.6 Grovinndeling etter bransje. Prosent.

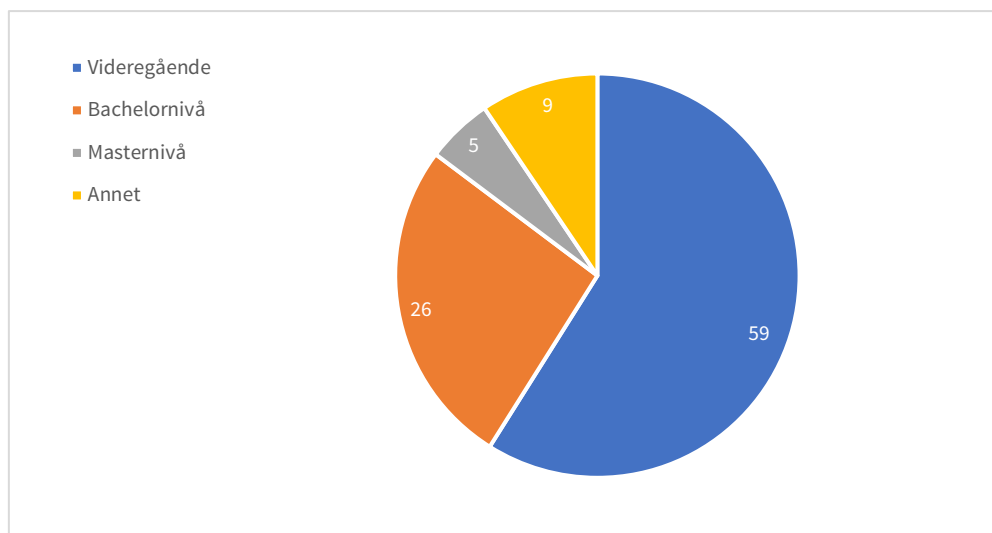


Tabell 3.14 viser en grovkategorisering av yrkene i tabell 3.12 i tre kategorier av utdanningsnivå og en oppsamlingskategori, basert på faglig skjønn. Denne tabellen danner grunnlaget for figur 3.7, som viser hvordan populasjonen av langtidssyk-meldte fordeler seg på utdanningsnivå.

Tabell 3.14 Kategorisering av utdanningsnivå.

Videregående	Bachelor	Master	Annet
Anleggsarbeider	Førskolelærer	Fysioterapeut o.l.	Andre helserelaterte yrker
Barnehage-/skoleassistent	Grunnskolelærer	Lege o.l.	Andre yrker
Bonde/fisker	IKT-rådgiver/-tekniker	Lektor/pedagog	Leder, andre sektorer
Butikkmedarbeider	Ingeniør	Sivilingeniør o.l.	Leder, industri/ bygg
Byggearbeider	Kommunikasjonssyrker		Leder, tjenesteyting
Elektriker o.l.	Revisor/finansrådgiver		Leder, utdanning/ helse
Frisør/kosmetolog	Rådgiver admin/ samf/jus		Toppleder
Kokk, kjøkkenassistent	Saksbehandler		Profesjonell kunstner
Kontorarbeider	Salgsagent/megler		
Kundeserviceyrker	Skipsbefal/flyger		
Lager-/transportarbeider	Sykepleier		
Mekaniker	Vernepleier/sosialarbeider		
Metallarbeider			
Operatør industri			
Operatør næringsmidler			
Pleie- og omsorgsarbeider			
Politi/vakt o.l.			
Presisjonshåndverker			
Renholder			
Selger			
Servitøryrker			
Sjåføryrker			
Tømrer			
Vaktmester			

Figur 3.7 Grovinndeling etter utdanning. Prosent.



Mer enn halvparten av de langtidssykmeldte ser ut til å ha yrker som krever videregående skole som utdanningsnivå (se figur 3.7). Drøyt en fjerdedel har yrker som krever utdanning på bachelornivå. Bare vel 5 prosent av de langtidssykmeldte har utdanning på masternivå. SSB oppgir at i 2020 har vel 10 prosent av den norske befolkningen utdanning på masternivå eller høyere, det vil si omtrent dobbelt så mange som vi finner i vår populasjon. Personer med høy utdanning har mindre langtidsfravær, så det vi finner her, stemmer med tidligere forskning (Sterud & Johannessen 2014). Kunnskapsoppsummeringen tidligere i rapporten peker også på sosiale forskjeller i sykefravær og frafall, akkurat som tallene for vår populasjon viser. Det vil være usikkerhet knyttet til kategoriseringen vi har gjort, siden den er basert på NAVs registrering av yrker, en registrering som i utgangspunktet har grove kategorier og som egentlig ikke egner seg for å si noe om utdanningsnivå. Vi kjenner heller ikke personenes reelle utdanningsnivå innen disse yrkesgruppene.

Gjennomgått opplæringstiltak fra NAV

Som diskutert i kunnskapsoppsummeringen, har NAV opplæringstiltak som personer i fare for å falle ut av arbeidslivet kan få tilbud om. Det var 3,5 prosent (8279 personer) av vår populasjon av langtidssykmeldte som hadde gjennomgått slike opplæringstiltak fra NAV. For å ha krav på sykepenger, må man ha en jobb. Ettersom alle personene i populasjonen vår er sykmeldte (er registrert som sykepengetilfeller), har alle personene i vår populasjon en jobb de er sykmeldt fra. Det vil altså si at samtlige personer i vår populasjon har jobb, inkludert de som har gjennomgått opplæringstiltak fra NAV.

AAP-mottakere 2016–2018

I kapittel 3.3 presenteres en beskrivelse av AAP-mottakerne. Denne gruppen er inkludert spesielt for å se på hvor stor andel som hadde fått opplæringstiltak fra NAV, og om det hadde hatt effekt på deres jobbstatus. Vi har undersøkt kjønnsfordeling, aldersfordeling og bosted for denne gruppen, som vi gjorde for de langtidssykmeldte. Totalt 13 prosent av AAP-mottakerne (35 029 personer) mottok opplæringstiltak i løpet av de tre årene fra 2016 til 2018, og 28 prosent (9889 personer) av disse kom i jobb etter tiltaket. Det var 12 prosent kvinner på AAP i årene fra 2016 til 2018 som

fikk ett eller flere opplæringstiltak, og 27 prosent av disse kom i jobb etter tiltak. Tilsvarende var det 13 prosent menn på arbeidsavklaringspenger i årene fra 2016 til 2018 som fikk ett eller flere opplæringstiltak, og 30 prosent av disse kom i jobb etter tiltak.

AAP-mottakerne ble delt i fire grupper:

- De som er kommet i jobb etter å ha hatt opplæringstiltak fra NAV
- De som ikke er kommet i jobb etter å ha hatt opplæringstiltak fra NAV
- De som er kommet i jobb uten å ha hatt opplæringstiltak fra NAV
- De som ikke er kommet i jobb og ikke har hatt opplæringstiltak fra NAV

For tabellene 3.15, 3.16, 3.17 og 3.18 er det de to gruppene som har hatt opplæringstiltak, men som har forskjellig jobbstatus, som summerer til 100 prosent. På samme måte summerer de to gruppene som ikke har hatt opplæringstiltak, men har forskjellig jobbstatus, til 100 prosent i disse fire tabellene.

Opplæringstiltak og jobbstatus

Tabell 3.15 viser hvor mange som har fått opplæringstiltak, hvor mange av de som er kommet i jobb etter tiltaket, og viser også hvor mange måneder de gjennomsnittlig har jobbet etter opplæringstiltaket. Etter estimatet på gjennomsnittlig antall måneder i jobb, står standardavviket (SD) som er et mål på spredning, altså hvor stor variansen i materialet er.

Tabell 3.15 Fordeling av AAP-mottakere etter jobbstatus, opplæringstiltak og år. Prosent (antall personer).

	AAP 2016 (n = 197396)	AAP 2017 (n = 195391)	AAP 2018 (n = 187311)
I jobb etter opplæringstiltak			
% av alle på tiltak (antall)	31% (9000)	25% (7395)	15% (4105)
Gjennomsnittlig antall mnd i jobb (SD)	13.0 (11.8)	9.5 (8.8)	4.8 (4.9)
I jobb, ikke hatt opplæringstiltak			
% av ikke på tiltak (antall)	28% (46925)	21% (35332)	13% (19938)
Gjennomsnittlig antall mnd i jobb (SD)	15.1 (11.1)	9.7 (7.1)	4.7 (3.5)
Ikke i jobb etter opplæringstiltak			
% av alle på tiltak (antall)	69% (19664)	75% (22682)	85% (23831)
Ikke i jobb, ikke hatt opplæringstiltak			
% av ikke på tiltak (antall)	72% (121807)	79% (129982)	87% (139437)

Som tabell 3.15 viser, er det i årene 2016 til 2018 mellom 31 og 15 prosent som kommer i jobb etter å ha mottatt opplæringstiltak fra NAV, mens mellom 28 og 13 prosent kommer i jobb uten noe opplæringstiltak. Forskjellen på andelen som kommer i jobb av de som har hatt opplæringstiltak og de som ikke har hatt det, er liten. Det er en høyere andel som kommer i jobb i 2016 enn i 2017 og 2018, uavhengig av opplæringstiltak. Som beskrevet i metodekapitlet, kan AAP-mottakere ha ytelsen over flere år, slik at det vil være en grad av overlapp mellom populasjonene for årene 2016–2018. Likevel kan dette funnet være interessant å undersøke nærmere i en egen dybdestudie.

Tabell 3.16 Kjønnsfordeling etter jobbstatus og opplæringstiltak. Prosent (antall personer).

	I jobb etter opplæringstiltak	I jobb, ikke hatt opplæringstiltak	Ikke i jobb etter opplæringstiltak	Ikke i jobb, ikke hatt opplæringstiltak
Kvinner	27% (5204)	25% (35248)	73% (14154)	75% (105725)
Menn	30% (4685)	23% (22721)	70% (10986)	77% (77872)

I tabell 3.16 ser vi at det er omtrent like stor andel kvinner (52 prosent) som menn (53 prosent) som kommer i jobb uavhengig av om de har fått opplæringstiltak. Men det kan se ut som menn har mer nytte av opplæringstiltakene, ettersom 30 prosent kommer i jobb etter opplæringstiltak, mens 23 prosent kommer i jobb uten opplæringstiltak. For kvinner er denne forskjellen mindre, 27 prosent kommer i jobb etter opplæringstiltak, mens 25 prosent kommer i jobb uten opplæringstiltak.

Tabell 3.17 Aldersfordeling etter jobbstatus og opplæringstiltak. Prosent (antall personer).

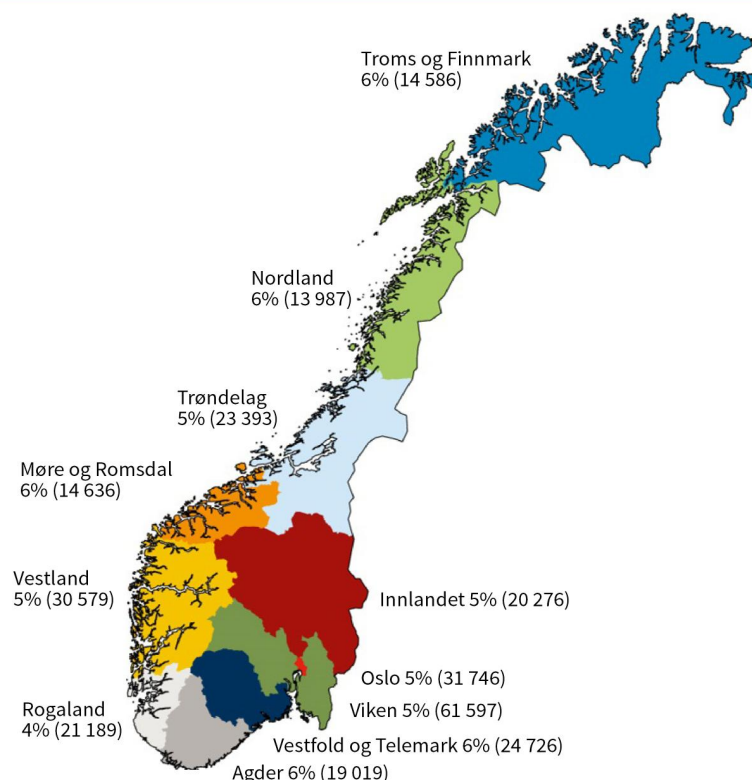
	I jobb etter opplæringstiltak	I jobb, ikke hatt opplæringstiltak	Ikke i jobb etter opplæringstiltak	Ikke i jobb, ikke hatt opplæringstiltak
30 år og yngre	27% (4090)	22% (10555)	73% (11032)	78% (37318)
31 – 40 år	31% (3182)	26% (12792)	69% (7033)	74% (36817)
41 – 50 år	29% (2007)	26% (16014)	71% (4830)	74% (45871)
51 – 60 år	22% (575)	24% (14057)	78% (2012)	76% (45736)
61 – 67 år	13% (35)	20% (4551)	87% (233)	80% (17855)

Ser vi på aldersfordelingen blant de som mottok AAP i de tre årene fra 2016 til 2018, finner vi store forskjeller i hvor stor andel av de forskjellige aldersgruppene som har blitt tilbudt og tatt imot opplæringstiltak fra NAV. Resultatene i tabell 3.17 kan tyde på at opplæringstiltak har størst effekt i de yngste aldersgruppene som skal inn i arbeidsmarkedet, og minst effekt i de eldste aldersgruppene, men det er også adskillig større andel av de yngste aldersgruppene som har blitt tilbudt og som har tatt imot opplæringstiltak. Av de som var 30 år og yngre, var det 24 prosent som fikk opplæringstiltak, og 27 prosent av disse kom i jobb etter tiltaket, slik tabell 3.17 viser. Av aldersgruppen mellom 31 og 40 år var det 17 prosent som fikk opplæringstiltak, og 31 prosent av disse kom i jobb etter tiltaket. I aldersgruppen mellom 41 og 50 år fikk 10 prosent opplæringstiltak, og 29 prosent av disse kom i jobb etter tiltaket. Av aldersgruppen mellom 51 og 60 år var det 4 prosent som fikk opplæringstiltak, og 22 prosent av disse kom i jobb etter tiltaket; og i den siste aldersgruppen fra 61 til 70 år fikk 1 prosent opplæringstiltak, og 13 prosent kom i jobb etter tiltaket.

Geografisk spredning

Fordeling av AAP-mottakere fylkesvis.

Figur 3.8 AAP-mottakere 2016 – 2018 fordelt på fylke. Prosent av fylkets innbyggere (antall personer).



Som vi ser i figur 3.8, er det små forskjeller mellom fylkene i andel av fylkenes befolkning som mottar AAP, dette varierer fra 4 til 6 prosent.

I tabell 3.18 vises den fylkesvise fordelingen av AAP-mottakere etter gjennomgått opplæringstiltak og jobbstatus. Her er der større forskjeller mellom fylkene, det er mellom 22 og 33 prosent som kommer ut i jobb etter gjennomgått opplæringstiltak, og mellom 20 og 28 prosent som kommer i jobb uten å ha hatt opplæringstiltak.

Tabell 3.18 AAP-mottakere fordelt på fylke, gjennomgått opplæringstiltak og jobbstatus, Prosent (antall personer).

	I jobb etter opplæringstiltak	I jobb uten opplæringstiltak	Ikke i jobb etter opplæringstiltak	Ikke i jobb, ikke opplæringstiltak
Troms og Finnmark	32% (616)	25% (3 214)	68% (1 336)	75% (9 420)
Nordland	33% (495)	28% (3 433)	67% (1 009)	72% (9 050)
Trøndelag	32% (833)	28% (5 789)	68% (1 768)	72% (15 003)
Møre og Romsdal	31% (490)	25% (3 313)	69% (1 112)	75% (9 721)
Vestland	28% (1 143)	25% (6 627)	72% (2 874)	75% (19 935)
Rogaland	25% (491)	23% (4 362)	75% (1 446)	77% (14 890)
Agder	25% (557)	22% (3 785)	75% (1 632)	78% (13 045)
Vestfold og Telemark	33% (1 098)	25% (5 419)	67% (2 216)	75% (15 993)
Viken	31% (2 131)	25% (12 473)	69% (5 374)	75% (41 619)
Oslo	22% (1 322)	20% (5 025)	78% (4 716)	80% (20 683)
Innlandet	28% (712)	23% (4 523)	72% (1 620)	77% (13 421)

Urbant bosted versus småby og ruralt bosted

Sammenligning av gruppen som var hjemmehørende i de ti største byene i Norge med resten av gruppen som mottok AAP, viste små forskjeller. Det var 11 prosent av AAP-mottakerne som bodde i en av de ti største byene. Andelen kvinner var 57 prosent i gruppen som bodde i de ti største byene og 58 prosent i resten av AAP-gruppen.

Tabell 3.19 AAP-mottakere fordelt på bosted og alder. Prosent (antall personer).

	18 – 30 år	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
Urbant bosted	24% (8 034)	23% (7 411)	25% (8 323)	21% (6 942)	7% (2 220)
Bosted i resten av landet	24% (64 980)	22% (57 889)	24% (64 599)	22% (58 293)	8% (20 969)

Tabell 3.19 viser at det var svært små forskjeller i alderssammensetningen til AAP-mottakerne som bodde i de ti største byene sammenlignet med AAP-mottakerne i resten av landet.

Tabell 3.20 AAP-mottakere etter bosted i de 10 største byene, opplæringstiltak og jobbstatus. Prosent (antall personer).

	AAP-mottakere i de 10 største byene	Resten av AAP-mottakerne
I jobb etter opplæringstiltak	3% (1 047)	4% (9 367)
I jobb uten opplæringstiltak	20% (6 467)	20% (53 687)
Ikke i jobb etter opplæringstiltak	9% (3 067)	10% (25 584)
Ikke i jobb, ikke hatt opplæringstiltak	68% (22 349)	67% (178 092)

Som det går fram av tabell 3.20, var det heller ingen store forskjeller mellom gruppen som bodde i de ti største byene og resten av AAP-mottakerne når det gjaldt opplæringstiltak og jobbstatus. Man kunne kanskje forventet å finne en forskjell her, siden jobbmarkedet i byene er større og mer variert enn i mer rurale områder. Man kunne antatt at det var mer jobbmobilitet i de største byene, slik at flere kom i jobb både med og uten opplæringstiltak, men dette finner vi altså ikke. I tillegg er det trolig flere og mer varierte opplæringstiltak i de store byene, og dette skulle også tilsi større forskjeller. Likevel viser tallene ingen store forskjeller.

Fylkene som deltar i utprøving av tiltaket

Sammenligningen av AAP-mottakerne i de fem forsøksfylkene Troms og Finnmark, Nordland, Agder, Innlandet og Øst-Viken med AAP-mottakerne i resten av landet, viste ingen store forskjeller. Trettini prosent av AAP-mottakerne (116 476 personer) bodde i forsøksfylkene. Andelen kvinner i begge gruppene var 58 prosent, andelen menn 42 prosent.

Tabell 3.21 AAP-mottakere fordelt på forsøksfylker og alder. Prosent (antall personer).

	18 – 30 år	31 – 40 år	41 – 50 år	51 – 60 år	61 – 67 år
Forsøksfylker	24% (27 765)	22% (25 252)	25% (29 259)	22% (25 542)	7% (8 658)
Resten av landet	25% (45 249)	22% (40 048)	24% (43 663)	22% (39 693)	8% (14 531)

Tabell 3.21 viser at aldersfordelingen blant AAP-mottakerne var svært lik i forsøksfylkene og i resten av landet.

Tabell 3.22 AAP-mottakere i forsøksfylkene etter opplæringstiltak og jobbstatus. Prosent (antall personer).

	AAP-mottakere i forsøksfylkene	Resten av AAP-mottakere
I jobb etter opplæringstiltak	3% (3 979)	4% (6 435)
I jobb uten opplæringstiltak	20% (23 667)	20% (36 487)
Ikke i jobb etter opplæringstiltak	9% (10 506)	10% (18 145)
Ikke i jobb, ikke hatt opplæringstiltak	67% (78 324)	67% (122 117)

I tabell 3.22 ser vi at det heller ikke var særlige forskjeller mellom AAP-mottakerne i forsøksfylkene og AAP-mottakerne i resten av landet når det gjaldt opplæringstiltak og jobbstatus. For alle variablene vi har hatt tilgang til og sammenlignet i denne rapporten, er det så å si ingen forskjeller mellom forsøksfylkene og resten av fylkene i landet. Det at forsøksfylkene er så lik resten av fylkene, er en styrke for hovedprosjektet og resultatene derfra.

Sammenligning av langtidssykmeldte og AAP-mottakere

Sammenligner vi populasjonen av langtidssykmeldte med AAP-mottakere, finner vi små forskjeller i demografiske variabler. Kjønnfordelingen var svært lik i de to populasjonene, men det var en litt høyere andel kvinner i populasjonen av langtidssykmeldte enn blant AAP-mottakere (59 vs 58 prosent). Aldersfordelingen viste litt større forskjeller. Det var høyere andel under 31 år (23 vs 11 prosent) og lavere andel over 51 år (31 vs 42 prosent) blant AAP-mottakere enn blant langtidssykmeldte.

Det var heller ikke store forskjeller i bosted blant langtidssykmeldte sammenlignet med AAP-mottakere. Omtrent samme andel av fylkenes befolkning er langtidssykmeldte (3 vs 5 prosent) som AAP-mottakere (4 vs 6 prosent). Like stor andel langtidssykmeldte som AAP-mottakere (11 prosent) bodde i en av de ti største byene i Norge. Det var også like stor andel langtidssykmeldte som AAP-mottakere (39 prosent) som bodde i et av forsøksfylkene.

Det var en adskillig høyere andel av AAP-mottakerne som hadde mottatt opplæringstiltak fra NAV enn det som var tilfellet for langtidssykmeldte (13 vs 3,5 prosent). Dette er som forventet, fordi opplæringstiltak naturlig nok anvendes i større grad for arbeidstakere som ikke kan eller ønsker å vende tilbake til jobben de har hatt, og dem vil det være flere av blant AAP-mottakere enn blant langtidssykmeldte. Det vil være interessant å se hvordan denne forskjellen mellom andelen sykmeldte og andelen AAP-mottakere som mottar opplæringstiltak endres når kompetansetiltak for sykmeldte har fått virke noen år.

4 Avslutning

Fafos bidrag til forprosjektet er en kunnskapsgjennomgang og en analyse av målgruppen for kompetansetiltaket. Hensikten med kunnskapsoppsummeringen var å se hva som finnes av kunnskap om denne typen tiltak for sykmeldte, for å kunne si noe om hvordan slike tiltak virker, og for hvem. Målgruppeanalysen består av analyse av et uttrekk fra NAVs sykefraværsregister og av mottakere av AAP.

I tillegg til kunnskapsoppsummering og målgruppeanalyse, har vi også bistått NAV med å utvikle et kartleggingsverktøy i samarbeid med de fem forsøksfylkene. I forbindelse med utvikling av kartleggingsverktøyet har vi hatt jevnlig kontakt med forsøksfylkene og fått verdifulle innspill både til utvikling av verktøyet og om erfaringene med å prøve det ut. Selv om kartleggingsverktøyet er et internt dokument til bruk hos NAV, er noen av erfaringene fra forsøksfylkene nyttige innspill til denne rapporten.

Sammenligner vi eksisterende kunnskap om kompetansetiltak for langtidssykmeldte med en analyse av målgruppen, kan vi si noe om hvordan tiltaket treffer målgruppen. For å få kunnskap om målgruppens behov, motivasjon for og ønsker om kompetansetiltak, ønsket vi også å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse til målgruppen i de fem forsøksfylkene. Vår erfaring tilsier at det er vanskelig å få denne gruppen til å respondere på en spørreundersøkelse, dette er mennesker i en sårbar situasjon. Siden det er viktig å få svar fra så mange som mulig, foreslo vi derfor at saksbehandlerne ved de lokale NAV-kontorene skulle administrere datainnsamlingen. Dette kunne for eksempel gjøres på dialogmøte 2 ved 26 ukers sykmelding, når den sykmeldte likevel er i kontakt med NAV. Selv om 26 uker kan virke sent i forløpet med tanke på at man ønsker tidlig innsats med dette tiltaket, så vi likevel dette som et godt tidspunkt, fordi vi da ville ha nådd de som fortsatt er i sykmelding, uten at resultatene ville blitt forurenset av data fra de som kommer tilbake i jobb uten hjelp før 26 uker. Denne spørreundersøkelsen ble tatt ut av prosjektet etter ønske fra oppdragsgiver. I etterkant ser vi at dette svekket mulighetene våre til å besvare problemstillingen i betydelig grad.

Kunnskapsoppsummeringen ser på kompetansetiltak for målgruppen mer generelt, men vi fant lite kunnskap om dette spesifikke kompetansetiltaket. Det finnes få relevante studier som undersøker bruken av kompetansetiltak for å hjelpe langtidsyke som ikke har helse til å komme tilbake i tidligere jobb, over i annet arbeid.

Som påpekt i kunnskapsoppsummeringen, ser vi at studier som finner at utdanning har positive effekter på sysselsetting, også finner store innlåsningseffekter under tiltaket. Det vil si at under utdanningsforløpet står de utenfor arbeidslivet, selv om det øker sjansene for å komme i jobb på lang sikt. Hvis utdanningen varer lenger enn sykepengeperioden og AAP-perioden (perioden man kan motta arbeidsavklaringspenger), kan både fravær fra arbeidslivet og inntekssikring bli utfordrende.

Flere studier viser at det er mange ulike faktorer som spiller inn med tanke på retur til arbeid for de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Disse er knyttet til individuelle forhold som alder og kjønn, utdanningsnivå, opplevde helseplager, type yrke/bransje og arbeidsplassfaktorer. Støtte, veiledning og informasjon ser ut til å være viktige faktorer for å få personer til å tenke jobbmobilitet/kompetansetiltak som

en mulighet, og ikke minst er den enkeltes motivasjon for kompetanseheving en viktig faktor for å lykkes med mobilitet.

Målgruppeanalysen sier en del om hvem de langtidssyke er og hvilke kjennetegn denne målgruppen har, men uten kunnskap om den enkeltes forutsetninger, ønsker om og motivasjon for kompetansetiltak, er det vanskelig å si noe om tiltaket egner seg for gruppen langtidssykmeldte.

Som forventet finner vi at muskel-/skjelettplager og psykiske plager utgjør de vanligste diagnosegruppene. Omtrent en femtedel av målgruppen er ansatt i helsevesenet, med pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere som de største yrkesgruppene. Handels- og servicenæringene står for omtrent 30 prosent av målgruppen, og her er det butikkmedarbeidere som er den største gruppen.

Ved å se på personer som mottar AAP (arbeidsavklaringspenger) og som har gjennomgått opplæringstiltak fra NAV, versus de som ikke har mottatt slike opplæringstiltak, fant vi liten forskjell på andelen som kommer i jobb av de som har hatt opplæringstiltak og de som ikke har hatt det. Dette stemmer med kunnskapsoppsummeringen, som også viser at studiepoenggivende utdanninger gir best sjanse til å komme i arbeid på sikt, mens kortere kurs har mindre effekt. Ny arbeidsgiver vil gjerne se på faglige kvalifikasjoner ved eventuell ansettelse, og da er det nok en fordel at gjennomførte kompetansetiltak gir arbeidsrelevante og dokumenterbare kvalifikasjoner.

Selv om forskning på området peker på liten eller ingen effekt av AMO-kurs og korte kompetansetiltak, viser erfaringer fra forsøksfylkene at kortsiktige kompetansetiltak som truckførersertifikat, sertifikat for tung lastebil, datakort o.l. kan hjelpe langtidssyke over i annen stilling. Slike kortsiktige kompetansetiltak er kvalifiserende for annet arbeid, og kan være relevant der det lokale arbeidsmarkedet også etterspør slik kompetanse.

Erfaringer fra forprosjektet til NAV tilsier at slike tiltak kan ha en effekt. Forsøket er for nytt til å kunne si noe om langtidseffekter av tiltak, men sertifiseringer, datakort og lignende ser ut til å kunne hjelpe noen i målgruppen over i annet arbeid. Dette er et område som fortjener videre forskning.

I tilfeller der den sykmeldte har ønske om, og behov for, lengre utdanningsløp, har kompetansetiltaket for sykmeldte liten mulighet til å dekke dette. Kompetansetiltaket er begrenset til ni måneders varighet (i spesielle tilfeller 18 måneder), og dette gir ikke inntektssikring for å ta fagbrev eller lang utdanning. Slike utdanninger starter heller ikke opp fortløpende, men har søknadsfrister og semesterbundet undervisning, slik at potensielle kandidater kan ende opp med å vente på å komme i gang med utdanningen til tiltaksperioden er over.

Hvorvidt kortvarige kompetansetiltak av typen sertifikater, datakort og lignende gir nye jobbmuligheter, vil avhenge av typen arbeid man har erfaring fra og typen jobber man søker seg til.

Kunnskapsoppsummeringen viser at forsøket med kompetansetiltak for sykmeldte er en nyvinning i norsk sammenheng, og det finnes også få erfaringer fra andre land å støtte seg på. En spørreundersøkelse til målgruppen vil kunne bidra til å belyse muligheter og begrensninger i et tiltak som dette. Hva ønsker målgruppen, hva er de motivert for, hva klarer de å gjennomføre og hva fører eventuelle kompetansetiltak til? Her er det behov for videre forskning.

Forsøket med kompetansetiltak for sykmeldte er en nyvinning også på en annen måte. Muligheten for å kombinere sykepengen med deltakelse på kompetansehevende tiltak er i hovedsak nytt. Det er også i all hovedsak nytt at NAV-veileder går så tidlig inn i sykefraværsforløpet med forespørsel om kvalifisering til annen jobb når den sykmeldtes helsetilstand gjør retur til tidligere jobb lite sannsynlig. Ved å åpne

for å vurdere hvilket annet arbeid som kan være relevant, og hva det eventuelt vil kreve av kompetanseheving for å kvalifisere seg for dette arbeidet, bidrar man også til at den sykmeldte får støtte og veiledning til å reorientere seg på arbeidsmarkedet. Kunnskapsoppsummeringen viste jo nettopp at støtte, veiledning og informasjon så ut til å være viktige faktorer for å få personer til å tenke jobbmobilitet/kompetansetiltak som en mulighet, og ikke minst for den enkeltes motivasjon for kompetanseheving. Man kan dermed tenke at gjennomføring av en slik samtale i seg selv er med på å motivere den sykmeldte til å vurdere alternativ. Forsøksfylkenes erfaringer gir også indikasjoner på dette. Prosjektlederene i forsøksfylkene viste til at tilbudet om samtale ble positivt mottatt, og at gjennomførte samtaler var gode og løsningsorienterte. Selv der samtalene ikke førte til bruk av kompetansetiltak, åpnet de for nye muligheter og bidro til refleksjon hos de sykmeldte. På sikt kan dette føre til endringer som ikke fanges opp i forsøksperioden.

Begrepet «tidlig og tett på» er kjent i oppfølgingsarbeid. Det innebærer at det å komme inn i prosessen før det har gått for lang tid og ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon, er hensiktsmessige virkemidler. Kanskje dette er de viktigste sidene ved forsøket med kompetansetiltak for sykmeldte, i tillegg til verdien av eventuelle igangsatte og gjennomførte kompetansetiltak. Hvorvidt dette også er et svar på sykefraværsproblematikken i norsk arbeidsliv, er et annet spørsmål, som vår studie ikke har datagrunnlag for å besvare.

Referanser

- Ahlgren, Å. (2006). *Vocational Rehabilitation, Work Resumption and Disability Pension. A register-study of cases granted vocational rehabilitation by social insurance offices in a Swedish county*. Dept. of Public Health Sciences, Division of Rehabilitation Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Angelöw, B. (2006). *Ökad rörlighet för ett livslångt och hälsofrämjande arbetsliv. Samverkan för ökad rörlighet inom Kalmarsunsregionens Arbetsgivarvård*. Slutrapport, december 2006.
- Arendt, J.N. & Pozolli, D. (2013). *Effekter af ordinær uddannelse for ledige*. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Aspøy, T. & Tønder, A.H. (2012). *Utredning om forskning på voksnes læring*. Fafo-notat 2012:17.
- Astvik, W., Mellner, Chr., Aronsson, G. (2006). *På väg. En kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet*. Nr 2006:3. Arbete och Hälsa. Vetenskaplig skriftserie. Arbetslivsinstitutet.
- Bach, H., Gupta, N.D. & Høgelund, J. (2007). *Employment effects of educational measures for work-injured people*. IZA DP No. 2657. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Bargsted, M. (2017). Impact of personal competencies and market value of type of occupation over objective employability and perceived career opportunities of young professionals. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33, Issue 2, 115–123.
- Bernström, V. (2017). *Job change and reduced long-term sickness absence: Who benefits?* Work Research Institute, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences.
- Boman, J. & Bredmar, M. (2009). *Rörlighet, hälsa och inlåsning i arbetslivet*. HELIX Working papers. Linköpings universitet. VINN Excellence Centre.
- Bråthen, M. & Vetvik, K. (2011). Personer med nedsatt arbeidsevne – hvem er de? *Arbeid og velferd* 1/2011, s. 24–31.
- Børing, P. (2002). *Norsk og internasjonal forskning om yrkesrettet attføring*. Institutt for samfunnsforskning. Rapport 2002:10. Nettversjon.
- Carlberg, P. (1999) *Att återgå i arbete efter sjukskrivning. Vilken roll spelar den psykiska och sociala miljön?* Riksförsäkringsverket/Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for Samfunnsfag/Sosialforsk.
- de Luna, X., Forslund, A. & Liljeberg, L. (2008). *Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning för deltagare under perioden 2002–04*. Rapport 2008:1. IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.
- DISCUS EPINION (2018). *Evaluering af puljen til uddannelsesløft*. Rapport. Juni 2018.
- Ekberg, K., Wählin, C., Persson, J., Bernfort, L. & Öberg, B. (2011). Is Mobility in the Labour Market a Solution to Sustainable Return to Work for Some Sick Listed Persons? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 355–365. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9322-4>
- EVU-utvalget (2018) *Kunnskapsgrunnlaget Effekter av EVU*. Rapport fra Etter- og videreutdanningsutvalget. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/sved/03.pdf>
- Helde, I. & Nossen, J.P. (2016). Sykefravær blant gravide 2001–2004. *Arbeid og velferd*, 12, 121–134.
- Folkehelse rapporten (2018). *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Rapport.

- Fossestøl, K., Berg, H., Borg, E., Gleinsvik, A., Maximova-Mentzoni, T. & Pedersen, E. (2016). *Idealer og realiteter i forvaltningen av arbeidsrettede tiltak i Nav. Ligger forskningskunnskap til grunn for tiltaksbruken i Nav?* AFI Rapport 2016:07/ Proba samfunnsanalyse.
- Frölich, M., Heshmati, A. & Lechner, M. (2004). A microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-term Sickness in Sweden. This version: March 11, 2003. *Journal of Applied Econometrics*, 19, 375–396.
- Furåker, B., Nergaard, K. & Saloniemi, A. (2014). Lock-in Patterns among Employees: A Nordic Comparison. *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, 30(4), 435–458.
- Försäkringskassan (2006). *Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete*. Analyserar, 2006:10. Försäkringskassan.
- Göransson, S., Aronsson, G., Melin, B. (2002). Vilja og villkår – en studie om långtidssjukskrivnas situation. Vedlegg i SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
- Hagelund, A., Øverby, E.A., Hatland, A. & Terum, L.I. (2016). Sanksjoner – arbeidslinjas nattside? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(1), 24–43.
- Hardoy, I., Røed, K. & Zhang, T. (2006). *Aetats kvalifiserings- og opplæringstiltak – En empirisk analyse av seleksjon og virkninger*. Frischrapport 4/2006. Oslo: Frischsenteret.
- Hertzberg, D., Andersen, R.K. & Alsos, K. (2009). *Sammen er vi sterke. En historie om nedbemanning i Nortura*. Fafo-rapport 2009:11.
- Holm, A., Høgelund, J., Gørtz, M. Rasmussen, K.S. & Houlberg, H.S.B. (2017). Employment effects of active labor market programs for sick-listed workers. *Journal of Health Economics*, 52, 33–44.
- Høgelund, J. & Holm, A. (2002). *Returning Long-Term Sick-Listed to work – The effects of educating in a competing risk model with time varying covarities and unobserved heterogeneity*. CAM. Centre for Applied Microeconometrics. Institute of Economics University of Copenhagen. 2002-03.
- Haakestad, H. & Sterri, E.B. (2015). *Lærevilkår i norsk arbeidsliv. Utjevning eller mot nye kompetansegap?* Fafo-rapport 2015:09.
- Jakobsen, K. & Sønvisen, S.A. (2018). *Regionale forskjeller i sykefravær*. SINTEF Nord AS. 2018-01-29.
- Johansson, G., Nordström, K., Hemmingsson, T. & Ekberg, K. (2014). *Rörlighet på arbetsmarknaden bland sjukskrivna*. Rapport 2014: 2. Centrum för arbets- och miljömedicin.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M.B., Nordby, K.C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær. Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), s. 179–199.
- Kompetanse Norge. <https://www.kompetansenorge.no/Karriereveiledning/Hva-er-karriereveiledning/>
- Kurtze, N., Eikemo, T.A. & Kamphuis, C.B. (2013). Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European Journal of Public Health*, 23(2), 223–9. Doi: 10.1093/eurpub/cks055.
- Lien, L. (2020). *Kompetansetiltak, jobbmobilitet og langtidsfravær. Kunnskapsstatus*. Fafo-notat 2020:08.
- Lien, L. & Bogen, H. (2016). *Høyere jobbmobilitet – lavere sykefravær?* Fafo-rapport 2016:28.
- Lima, I.A.Å. (2018). Kjønnforskjeller i sykefraværet øker når par får barn. *Arbeid og velferd*, 1/2018, 105–125.
- Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstvedt, Chr., Palmer, E. & Theorell, T. (red). (2005). *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Arbetslivsinstitutet, Institutet för psykosocial medicin, Försäkringskassan, Statens Folkhälsoinstitut.
- Markussen, S. & Røed, K. (2014). The impacts of vocational rehabilitation. *Labour Economics*, 31.

- Marnetoft, A.U., Selander, J., Bergroth, A. & Ekholm, J. (2001). Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33, 71–78.
- Mastekaasa, A. (2016). Sykefravær i offentlig og privat sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 4, 311–326.
- Mellner, Chr., Astvik, W. & Aronsson, G. (2009). *Vägar tillbaka – En uppföljning av psykologiska och praktiska förutsättningar för återgång i arbete efter långtidssjukskrivning med stöd av en arbetsgivarvring*. Nr. 2009:43 (10). Arbete och Hälsa. Vetenskaplig skriftserie. Göteborgs Universitet.
- Muhonen, T. (2010). Feeling double locked-in at work: Implications for health and job satisfaction among municipal employees. *Work*, 37(2), 199–204.
- Møller, G. (2005). *Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter*. Arbeidsrapport 6, 2005. Telemarksforskning – Bø.
- Nilsson, S. & Ekberg, K. (2013). Employability and work ability: returning to the labour market after long-term absence. *Work: A journal of prevention, Assessment, and rehabilitation*, 44(4), 449–457. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-1402>
- Norden (2010). *Labour Market Mobility in the Nordic Welfare States*. TemaNord 2010:515. DOI:<https://dx.doi.org/10.6027/TN2010-515>
- Nordström, K. (2016). *Mobility on the labour market, work ability and sick leave*. The Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Nordström, K., Ekberg, K., Hemmingsson, T. & Johansson, G. (2014). Sick leave and the impact of job-to-job mobility on the likelihood of remaining on the labour market – a longitudinal Swedish register study. *BMC Public Health*, 14(1), 305. doi: 10.1186/1471-2458-14-305.
- Nossen, J.P. & Brage, S. (2016). Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? *Arbeid og velferd*, 3, 75–93.
- Nossen, J.P. & Sørbo, J. (2015). «Friskmelding til arbeidsformidling» – en ordning som bør benyttes oftere? *Arbeid og velferd*, 2.
- NOU 2019: 12. *Lærekraftig utvikling. Livslang læring for omstilling og konkurranseevne*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2018: 15. *Kvalifisert, forberedt og motivert – Et kunnskapsgrunnlag om struktur og innhold i videregående opplæring*.
- NOU 2018: 13. *Voksne i grunnskolen og videregående opplæring. Finansiering av livsopphold*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2016: 7. (2016). *Norge i omstilling – karriereveiledning for individ og samfunn*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NOU 2016: 3. *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi*. Produktivitetskomisjonens andre rapport. Oslo: Finansdepartementet.
- NOU 2016: 1. *Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet*. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 15. august 2014. Avgitt til Arbeids- og sosialdepartementet 6. januar 2016.
- NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21.april 199. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 29. juni 2001.
- Nyen, T. (2009). *Livslang læring i norsk arbeidsliv. Resultater fra Lærevilkårsmonitoren 2003–2008*. Fafo-rapport 2009:01.
- Nyen, T., Hagen, A., Skule, S. (2004). *Livslang læring i norsk arbeidsliv. Resultater fra Lærevilkårsmonitoren 2003*. Fafo-rapport 434.
- OECD (2004). *Career Guidance and Public Policy. Bridging the Gap*. Paris: OECD Publishing
- Ose, S.O., Dyrstad, K., Slettebakk, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I. & Jensberg, H. (2013). *Evalueringsav IA-avtalen (2010–2013)*. SINTEF A24444.
- Ose, S.O., Reinsberg, H., Reinertsen, R.E., Sandsund, M. & Dyrstad, J.M. (2006). *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Sintef Helse, Gruppe for arbeid og helse. Oktober 2006. Rapport nr A325.

- Ose, S.O., Brattlid, I., Haus-Reve, S., Mandal, R. & Bjerkan, A.M. (2011). *Inkluderende arbeidsliv i kommunene. Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester*. SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse, Gruppe for arbeid og helse.
- Oxford Research (2018). *Finansiering av livsopphold for voksne i grunnopplæring. En internasjonal kartlegging utført av Oxford Research*.
- Proba samfunnsanalyse (2012a). *Bruk av opplæringstiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. Forprosjekt til effektevaluering*.
- Proba samfunnsanalyse (2012b). *Evaluering av Program for basiskompetanse i arbeidslivet*. Rapport 2012-08.
- Proba samfunnsanalyse (2011). *Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie*. Rapport 2011 - 02. Utarbeidet for Arbeidsdepartementet.
- Riksforsikringsverket (2004). *Sjukskrivning ett år eller längre – riskfaktorer*. Analyserar 2004:18.
- Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., Anema, J.R. & van der Beek, A.J. (2010). *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010 Jan. 7. doi: 10.1007/s10926-009-9226-8
- Rotger, G.P. (2019). *Evaluering af Lær at tackle job og sygdom. En randomiseret kontrolleret studie af beskæftigelseseffekten*. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for velfærd. VIVE. København.
- Sterud, T. & Johannessen, H.A. (2014). Do work-related mechanical and psychosocial factors contribute to the social gradient in long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 329–34.
- Steskal, D. (2018). *Bruk og virkning av utdanning i arbeidsmarkedspolitikken i Norden. Litteraturoversikt fra nordiske land*. Uni Research Rokkansenteret. Rapport 3 – 2018.
- Swelén, M. (2012). *Att förebygga inläsning i yrkesroller och på arbetsplatser – en studie av främjande och hindrande faktorer*. Vetenskapligt specialistarbete. Arbetslivets psykologi. September 2012.
- Ulstein, J.H. (2019). *Livslang læring 2019: Hovedtall om voksnes deltakelse i utdanning og opplæring*. Rapport. Kompetanse Norge.
- Uni Helse & Uni Rokkansenteret (2013). *Effekter av Senter for Jobbmestring: Sluttrapport*. Juni, 2013.
- van der Heijde, C.M. (2016). *The measurement and enhancement of employability and career success over different life and career stages*. University of Twente. Nederland.
- van der Wel, K.A. (2011). Long-term effects of poor health on employment: the significance of life stage and educational level. *Sociology of Health & Illness*, 33(7). Doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01346.x
- von Simson, K. (2019). *Kunnskapsoversikt: Effekter av arbeidsmarkedstiltak mv på arbeidstilbud og sysselsetting, norske erfaringer*. Utarbeidet på oppdrag for Sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe, januar 2019.
- VOX (2014). *Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) – en oppsummering av dokumenterte effekter*. Notat 13/2014. VOX Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk.
- Waddel, G. & Burton, A.K. (2016). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO. Hentet fra: <https://cardinal-management.co.uk/wp-content/uploads/2016/04/Burton-Waddell-is-work-good-for-you.pdf>
- Westlie, L. (2008a). *Norwegian Vocational Rehabilitation Programs: Improving Employability and Preventing Disability?* Memorandum 24/2008. Økonomisk institutt.
- Westlie, L. (2008b). *The long-term impacts of vocational rehabilitation*. Ragnar Frisch Centre for Economic Research.
- Wiborg, Ø., Sandsven, T. & Skule, S. (2011). *Livslang læring i norsk arbeidsliv 2003–2010. Trender og resultater fra Lærevilkårsmonitoren*. NIFU rapport 2011-5.
- Wiborg, Ø.N., Børing P. & Skule, S. (2013). *Livslang læring og mobilitet i arbeidsmarkedet. En studie av formell og uformell videreutdanning blant norske arbeidstakere basert på Lærevilkårsmonitoren og registerdata*. Rapport 8/2013. Oslo: NIFU.

- Øyeflaten, I. (2016). *Long-term sick leave and work rehabilitation – prognostic factors for return to work*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen. 2016.
- Øyeflaten, I., Lie, S.A., Ihlebæk, C.M. & Eriksen, H.R. (2014). Prognostic Factors for Return to Work, Sickness Benefits, and Transitions Between These States: A 4-year Follow-up After Work –Related Rehabilitation. *J Occupation & Rehabilitation*, 24, 199–212. DOI 10.1007/s10926-013-9466-5
- Øyeflaten, I., Midtgarden, I.J., Maeland, S., Eriksen, H.R. & Magnussen, L.H. (2014). Functioning, coping and work status three years after participating in an interdisciplinary, occupational rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–9.
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H.R., Braathen, T.N., Lie, S.A., Brage, S., Ihlebæk, C.M. & Breivik, K. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation – a meditation model. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 225. doi: 10.1186/s12891-016-1084-x.
- Aagestad, C. (2016). *Psychosocial risk factors for long-term sick leave – a prospective study of the Norwegian working population. With a special emphasis on female health and social workers*. Department of Behavioural Sciences in Medicine, Institute of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, National Institute of Occupational Health.
- Aakvik, A. (2003). Estimating the employment effects of education for disabled workers in Norway. *Empirical Economics*, 28.

Vedlegg. Detaljert presentasjon av studiene fra litteratursøkene

Det vil være en del variasjon i hvor omfattende vi omtaler de ulike studiene. De vi finner særlig relevante for kompetansetiltaket for sykmeldte, er fylldigere beskrevet enn andre.

Forfatter: Høgelund & Holm (2002)

Tittel: *Returning Long-Term Sick-Listed to work – The effects of educating in a competing risk model with time varying covarities and unobserved heterogeneity*

Utvalg: 433 langtidssykmeldte i alderen 18–55 år som fjerde kvartal 1995 hadde vært vedvarende sykmeldt i 90–120 dager på grunn av smerter i korsrygg. Utvalget ble hentet fra 24 kommuner i Danmark.

Periode: Fjerde kvartal 1995.

Data: Survey paneldata. Dataene ble innhentet ved fire anledninger: første gang rundt 5,5 måneder, deretter ved 13 måneder, 25 måneder og 56 måneder etter første sykefraværsdag. Ved første datainnsamling hadde man 604 respondenter, ved neste datainnsamling var dette 433 respondenter. De avhengige variablene er tiden det tar før man returnerer til arbeid hos opprinnelig arbeidsgiver, eller før man starter i jobb hos en ny arbeidsgiver. 41,3 prosent av 240 personer returnerte til arbeid hos opprinnelig arbeidsgiver etter ca. 10,8 måneder, og 58,7 prosent returnerte til arbeid hos en ny arbeidsgiver etter ca. 21,5 måneder med arbeidsledighet. 141 personer deltok i utdanningstiltak i løpet av sykmeldingsperioden. I snitt startet de utdanningsløpet 16,8 måneder etter første sykedag og avsluttet etter 9 måneder. Av respondentene var det 73 prosent som enten ble avskjediget eller som sluttet hos opprinnelig arbeidsgiver, og 84 prosent ble i snitt avskjediget etter ca. 5,1 måneder, mens 16 prosent valgte selv å si opp stillingen etter 5 måneder (i snitt). De skiller ikke mellom de som ble avskjediget, og de som selv valgte å slutte i jobben. De finner at det er to ganger i året respondentene begynner i et utdanningsløp, og dette kan skyldes opptakskriteriene til utdanningen. De måler produktivitet ved hjelp av alder, utdanningsnivå og ansiennitet. De inkluderer også to bedrifts karakteristikk: størrelsen på virksomheten og om virksomheten er privat eller offentlig. De sosiodemografiske variablene som benyttes, er den sykmeldtes kjønn, alder og sivilstatus og selvurdert smerteopplevelse (bruker en smerteskala fra 1 (ingen smerte) til 10 (alvorlig smerte)). Dummyvariabel: om virksomheten har sagt opp en eller flere ansatte i året før sykmeldingen startet. Det er forskjeller i seleksjon av deltakere til yrkesrettet rehabilitering mellom ulike saksbehandlere/kommuner.

Type tiltak: Utdanningstiltak. Det framkommer ikke hva slags type utdanningstiltak det er snakk om. De bruker begrepet «separasjon», som innbefatter både oppsigelse og at den sykmeldte selv velger å si opp stillingen sin. **Funn:** De skiller mellom retur til opprinnelig arbeidsgiver og ny arbeidsgiver. Sannsynligheten for separasjon reduseres med ansiennitet og type sektor. Sannsynligheten for separasjon reduseres dersom den sykmeldte er ansatt i offentlig sektor. De finner ikke at alder, helsestatus (opplevde smerter), utdanningsnivå, yrke, virksomhetens størrelse eller virksomhetens nedbemanningshistorikk støtter hypotesen om produktivitet og kjennetegn ved den ansatte. Bruk av yrkesrettet rehabilitering (utdanning) som tiltak, varierer. De finner tilfeller av «creaming», der de eldre i mindre grad enn de yngre blir tilbudt utdanning. Personer med lite potensial for retur til arbeid er kjennetegnet av dårlig helse eller

lav arbeidsmotivasjon. For disse har deltakelse i utdanningstiltak liten effekt. Intensiteten i opplevd smerte har en stor og negativ effekt på retur til opprinnelig arbeidsgiver. De finner at de med høyest sykelønn har høyere sannsynlighet for å returnere til arbeid. Eldre ansatte med høy ansiennitet og virksomhetsrelevant kompetanse returnerer i større grad til opprinnelig arbeidsgiver enn til ny arbeidsgiver. Når det gjelder *overgang til en ny arbeidsgiver*, finner man store negative innlåsningseffekter og store positive effekter på å gjennomføre utdanning (positive nettoeffekter). Sykmeldte ansatte med god helse har større sannsynlighet for overgang til ny arbeidsgiver enn sykmeldte med dårlig helse, og yngre ansatte har mye større sannsynlighet for overgang til ny arbeidsgiver enn eldre ansatte. For variablene alder og helse ser det ut til at det er de samme faktorene som påvirker sannsynligheten for retur til opprinnelig arbeidsgiver. Ansiennitet har kun betydning for retur til opprinnelig arbeidsgiver, mens kjønn har betydning for retur til ny arbeidsgiver. 72 prosent har svært dårlige muligheter i arbeidsmarkedet og stor risiko for å falle helt ut av arbeidslivet. For denne gruppen ser ikke utdanning ut til å ha noen effekt. Ca. 20 prosent har svært gode utsikter for retur til arbeid både hos opprinnelig arbeidsgiver og spesielt hos ny arbeidsgiver. Disse har også høy overgang til utdanning, som de for øvrig ikke ser ut til å trenge. Seleksjon: Det er mulig veilederne velger ut de med de svakeste forutsetningene for deltakelse i utdanningstiltak, eller at de med høyest arbeidsmotivasjon blir valgt, fordi de vurderes å ha større muligheter for retur til arbeidslivet.

Forfatter: Holm, Høgelund, Gørtz, Rasmussen & Houlberg (2017)

Tittel: *Employment effects of active labor market programs for sick-listed workers*

Utvalg/datasett: 88 948 danske arbeidstakere som var sykmeldt i mer enn 4 uker i 2008.

Periode: Disse personene ble fulgt i perioden 2008–2011 gjennom danske registerdata («'Danish Register for Evaluation of Marginalisation' (DREAM), with weekly individual-level recordings of all social transfer payments, and the 'e-income' register, with monthly tax-based recordings of employment»).

Type tiltak: Fire arbeidsmarkedsprogrammer/tiltak: ordinær utdanning, ikke-formell utdanning (kurs, veiledning etc. uten studiepoeng), subsidiert bedriftsintern opplæring (jobbutførelse i bedrift, opptil 13 uker) og arbeid med lønnstilskudd.

Funn: Denne studien ser både på sjansen til å komme i arbeid med de forskjellige tiltakene og varigheten av ansettelsesforholdet. Vanlig utdanning og arbeid med lønnstilskudd har en signifikant positiv effekt på sjansen for å komme i arbeid. De to andre tiltakene (ikke-formell utdanning og subsidiert bedriftsintern opplæring) har negativ effekt på sjansen til å komme i arbeid igjen, hovedsakelig på grunn av manglende varighet på ansettelsesforholdet. På den annen side har ordinær utdanning positiv effekt på varigheten av ansettelse, men ingen effekt på overgangen til arbeid. Dette skyldes to motsatte effekter: en positiv effekt av å ha gjennomført utdanning og en sterk negativ innlåsningseffekt under utdanningen, med liten sjanse for å komme i arbeid under deltakelse i tiltaket (utdanningen).

Forfatter: Frölich, Heshmati & Lechner (2004)

Tittel: *A microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-term sickness in Sweden*

Utvalg: Personer bosatt i Vest-Sverige som er sykmeldt, og som kan delta i rehabiliteringsprogrammer. Utvalg fra fem fylker i Vest-Sverige. 10 309 dokumenterte langtidssykefraværsaker. Personer over 55 år og personer i utdanning ble tatt ut. Etter dette var utvalget redusert til 6287 saker, hvorav 3087 hadde mottatt rehabiliteringstiltak. Gjennomsnittsalderen i utvalget er 40 år, og kvinner utgjør majoriteten. Varigheten på fraværet varierer fra 239 dager for de som ikke mottar noen rehabiliteringstiltak, til 410 dager for de som mottar rehabiliteringstiltak.

Periode: 1991–1994.

Data: Riks-LS datasett, analyse av 75 000 sykefraværssaker der sykmeldt har mottatt sykepenger i minst 60 sammenhengende dager, matching. De inkluderer en rekke bakgrunnsvariabler, eksempelvis alder, kjønn, sivilstatus, statsborgerskap, utdanningsnivå, yrke, helsehistorikk, tidligere deltakelse i yrkesrettet rehabilitering og ansettelsesstatus. Inkludert data blant annet om sykmeldingsinstitusjon, diagnose og bostedskommune, lokale arbeidsledighetstall og sykmeldingsår. Vurderer estimerte effekter av seks typer rehabiliteringsprogrammer/tiltak. Kontrollgruppedesign.

Type tiltak: Arbeidsplassrehabilitering, utdanning, medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, arbeidspraksis.

Funn: Færrest sykmeldte i hvitstippyrker mottar utdanning og sosial rehabilitering som tiltak, mens flest arbeidsledige sykmeldte mottar disse tiltakene. Helsehistorikken til enkeltindividene viser at de som tidligere har hatt langtidsfravær har deltatt i yrkesrettet rehabilitering, oftest mottar utdanningstiltak. Sammenlignet med å ikke motta rehabiliteringstiltak, reduserte passiv rehabilitering, medisinsk rehabilitering og utdanning retur til arbeid med henholdsvis 12, 19 og 8 prosentpoeng. Deltakelse i rehabiliteringstiltakene gir signifikante negative effekter. Blant dem med passiv rehabilitering eller utdanning som rehabiliteringstiltak, er det 27–29 prosent som blir reintegrert i arbeidslivet, mens halvparten av de som ikke mottar rehabilitering eller mottar arbeidsplassrehabiliteringstiltak, returnerer til arbeid. De påpeker at funnene kan være misvisende, fordi de ikke er justert for sammensetningen av karakteristika mellom behandlingsgruppene. De negative funnene for utdanningstiltakene kan skyldes innlåsning og redusert jobbsøking under tiltaket. Det kan også være at denne gruppen opplever stigmatisering hos arbeidsgivere ved jobbsøking, all den tid dette er personer som har hatt gjentakende langtidssykefravær.

Forfatter: Bernstrøm (2013)

Tittel: *The relationship between three stages of job change and long-term sickness absence*

Utvalg: 189 983 sykehusansatte i Norge med mer enn 4 år høyere utdanning og ansatt i sektoren minst én gang i perioden 2003–2008. Ansatte med sykefravær på mer enn 16 dager. Personer som byttet jobb i perioden 01.01.2003–31.12.2008. Inkluderer også de med mindre enn 6 måneders arbeidsledighet mellom jobbene. 75 prosent kvinner i utvalget.

Periode: 2003–2008.

Data: Registerdata og Personnel Administrative Information registry. Bruker fixed effects-analyse.

Type tiltak: Undersøker hvordan jobbytte henger sammen med langtidssykefravær i tre ulike faser rundt jobbytte: exit, entry og normalisering.

Funn: Økt sannsynlighet for langtidsfravær i løpet av de 2 foregående årene før man forlater organisasjonen. Signifikant reduksjon i sykefravær etter å ha begynt i en ny organisasjon, så et gradvis økende fravær. Etter 2 år i ny jobb er den ansattes sannsynlighet for å gå inn i et nytt langt sykefravær ikke signifikant annerledes enn det som er normalt.

Forfatter: Bernstrøm (2017)

Tittel: *Job change and reduced long-term sickness absence: Who benefits?*

Utvalg: Sykehusansatte (189 983) og de som har vært ansatt i sektoren minst én gang i perioden 2003–2008 (106 891). Heltidssykmeldte og delvis sykmeldte med fravær over 16 dager. Personer som byttet jobb i perioden 01.01.2003–31.12.2008. Inkluderer også de med mindre enn 6 måneders arbeidsledighet mellom jobbene.

Periode: 2003–2008.

Data: Random effects logistisk regresjon.

Type tiltak: Sammenligner effektene av jobbytte på langtidssykefravær i lys av kjønn, alder og utdanningsnivå.

Resultat: Jobbytte hadde en positiv effekt for alle ansattegrupper som ble studert, men effekten varierte mellom ulike grupper. Redusert sannsynlighet for langtidssykefravær etter et jobbytte for alle – kvinner, eldre og eldre med mer enn 4 år høyere utdanning. Forskjeller i effektstyrken avhengig av gruppe. Kvinner, eldre arbeidstakere og de med høyest utdanning hadde lavest reduksjon i fravær.

Forfatter: Nordström et al. (2011)

Tittel: *Sick leave and the impact of job-to-job mobility on the likelihood of remaining on the labour market – a longitudinal Swedish register study*

Utvalg: Den svenske populasjonen i alderen 20–60 år som mottok sykepenger, og som var ansatt i basisåret og i det påfølgende året.

Periode: 1994, 1999, 2004 (basisårene).

Data: Logistisk regresjon: for å undersøke sannsynligheten for om personene med sykefravær var i arbeid senere, avhengig av om de hadde byttet jobb eller ikke. Kontrollvariabler: Alder, sektor, bransje, familiesituasjon (barn, sivilstatus), utdanning, inntekt, tidligere sykefravær og tidligere jobbmobilitet.

Type tiltak: Longitudinell registerstudie. Konstruerer kohorter fra tre basisår: 1994, 1999, 2004. Individene ble delt i tre grupper basert på antall sykefraværsdager (0 dager, 1–180 dager og 181–365 dager). De ble deretter delt inn i grupper etter om de 4 år etter basisåret var ansatt eller ikke.

Funn: Kvinner med flere enn 180 dager sykefravær og som byttet arbeidssted, hadde større sannsynlighet for å være i arbeidslivet enn de som ikke byttet jobb. For menn var det statistisk signifikant i årene 1994 og 1999, men ikke i 2004. For dem med mellomlangt fravær er sannsynligheten for å være i jobb signifikant høyere dersom de forblir i samme jobb. Det er indikasjoner på at de med det høyeste sykefraværet og som har byttet jobb, har økt sannsynlighet for å bli værende i jobb, sammenlignet med dem med midtels høyt fravær. Noen metodologiske svakheter og tvetydige resultater for menn. Har ikke nok evidens for å anbefale jobbytte som en rehabiliteringsstrategi.

Forfatter: Nordström (2016)

Tittel: *Mobility on the labour market. Work ability and sick leave*

Utvalg: Personer med nedsatt arbeidsevne og langtidssykmeldte (180> dager).

Periode: 1994–2004/2005.

Studien består av fem ulike deler, men kun den første delen vil beskrives her.

Utvalg: Personer i alderen 20–60 år som var i et arbeidsforhold i årene 1994, 1999 og 2004. Kvinner utgjør mellom 1 448 972 og 1 503 397 av utvalget, og menn utgjør mellom 1 482 668 og 1 568 961.

Periode: 1994, 1999, 2004 (og det påfølgende året).

Data: Undersøker om jobbmobilitet påvirker sannsynligheten for å forbli i arbeidsmarkedet blant personer med langtidssykmelding. Det brukes longitudinelle registerdata. Populasjonen ble stratifisert i tre kategorier: 0 dager sykefravær, 1–180 dager sykefravær og 181–365 dager sykefravær.

Type tiltak: Jobbmobilitet.

Funn: Kvinner med mer enn 180 dager fravær som skiftet arbeidsplass, hadde større sannsynlighet for å være lenger i arbeid enn kvinner som ikke skiftet jobb. For menn var funnene statistisk signifikante i

årene 1994 og 2004. Personer uten sykefravær eller med færre sykefraværsdager enn 180 og som byttet arbeidsplass, hadde mindre sannsynlighet for å være i arbeid senere, enn de som fortsatte på samme arbeidsplass.

Forfatter: Ekberg et al. (2011)

Tittel: *Is mobility in the Labour Market a Solution to Sustainable Return to Work for Some Sick Listed Persons?*

Utvalg: Personer med muskel-/skjelettlidelser og personer med psykiske lidelser, Sverige. 1375 personer oppfylte inklusjonskriteriene, 962 besvarte et spørreskjema 3 uker etter at de leverte sykmelding fra lege til arbeidsgiver. 62 prosent hadde muskel- og skjelettlidelser, og resten hadde psykiske lidelser som diagnose.

Data: Tverrsnittsstudie, eksplorativ studie.

Type tiltak: Jobbmobilitet.

Funn: Forventningene til å bli værende i nåværende arbeid om 2 år hadde sammenheng med bedre helse og helserelaterte ressurser, ung alder, høyere utdanning og bedre balanse mellom innsats og belønning. Intervensjonsprogrammer med mål om å redusere langtidssykefraværet burde inkludere tiltak som letter jobbmobilitet for enkelte sykmeldte personer. For andre vil det være mer relevant med tiltak som har som mål å få den sykmeldte til å returnere til opprinnelig arbeid i kombinasjon med tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen.

Forfatter: Johansson et al. (2014)

Tittel: *Rörlighet på arbetsmarknaden bland sjukskrivna*

Utvalg: Samtlige svenske personer over 16 år som har folkeregistrert adresse i det aktuelle referanseåret.

Periode: Slutten av 1990-tallet til 2008.

Data: LISA (Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier). Kohortstudie. Baserer seg på studien til Nordström (2014). Data fra Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA). Bruker variablene sivilstand, antall barn, utdanning, fødeland, sykefravær i basisåret, tidligere mobilitet, deltidssykefravær og diverse variabler på arbeidsplassnivå: antall ansatte, sektor, kjønnssammensetning, gjennomsnittsalder, utdanningsnivå på arbeidsplassen. Undersøker sykmeldtes mobilitet på arbeidsmarkedet. Ser på omfang og effekter av mobilitet.

Type tiltak: Ser særlig på bytte av arbeidsplass.

Funn: Jo yngre de sykmeldte er, jo større sannsynlighet for mobilitet. Heltidssykmeldte har større sannsynlighet for bytte av arbeidsplass enn deltidssykmeldte. Jo mindre arbeidsplass, jo større sannsynlighet for bytte av arbeidsgiver. Jo høyere utdanning på arbeidsplassen, jo større sannsynlighet for bytte av arbeidsplass. Lav gjennomsnittsalder på arbeidsplassen øker sannsynligheten for å bytte arbeidsplass. Lavt utdanningsnivå øker sannsynligheten for at langtidssykmeldte forlater arbeidslivet. Kvinner med kun grunnskoleutdanning hadde lavere sannsynlighet for å bytte jobb enn de med ettergymsiasl utdanning. For kvinner hadde sivilstatus og antall barn betydning for jobbytte. Sannsynligheten for å bytte arbeidsplass økte for kvinner på mannsdominerte arbeidsplasser. Sannsynligheten for mobilitet ut av arbeidslivet øker med lavt utdanningsnivå for begge kjønn, og den øker dersom man er født utenfor Sverige.

Forfatter: Bach et al. (2007)

Tittel: *Employment effects of educational measures for work-injured people*

Utvalg: Personer med yrkesskade som har mottatt yrkesskadeerstatning i Danmark. 60 prosent med skade i rygg, armer og ben.

Periode: 2002–2003.

Data: Av 1620 personer med yrkesskade var det 219 (14 prosent) som gjennomførte utdanningstiltak. Kontrollerer også for kjønn, alder, etnisk bakgrunn, sivilstatus, utdanningsbakgrunn og antall år i opprinnelig arbeid før skade. Det benyttes data fra industrisektoren. Gjennomsnittlig utdanningslengde er 14 måneder.

Type tiltak: Utdanningstiltak.

Effekter på sysselsetting: De finner signifikant positiv effekt av utdanning på å komme i arbeid, men viser også til innlåsnings effekter under tiltaket.

Utfall: Sterkest effekt på sannsynligheten for å komme i skjermet/subsidiert arbeid, men også effekt på sannsynligheten for å få ordinær stilling.

Forfattere: Markussen & Røed (2014)

Tittel: *The impacts of vocational rehabilitation*

Utvalg: Personer med midlertidig uførepensjon i arbeidsmarkedstiltak (N = 345 000).

Periode: 1996–2005.

Data: Longitudinelle, administrative registerdata fra Norge. Kvasi-eksperimentelt design. Ser på geografisk variasjon i rehabiliteringsstrategier/bruk av tiltak og konsekvensene av dette. Ett år etter at individene sluttet å motta helserelaterte ytelser, har deltakerne signifikant høyere sysselsetting og inntekt enn ikke-deltakere.

Effekter på sysselsetting: Tiltaksstrategier med vekt på ordinær utdanning har positive effekter på sysselsetting og inntekt. Effektene kommer til syne ca. 5 år etter at individet begynte å motta helserelaterte ytelser. Arbeids-/rehabiliteringsstrategier med bruk av skjermet sysselsetting og/eller målrettet yrkesopplæring/kurs ser ut til å være mindre vellykket. Kan ikke si noe om hvilke tiltak som passer best for hvem. Rehabiliteringsstrategier der mottaker raskt plasseres ut i ordinært arbeid, er mer vellykket for sysselsetting og inntekt enn arbeid i skjermet virksomhet. Det er særlig effektivt for middelaldrende og eldre. For yngre er strategier med vekt på rask overgang til ordinær utdanning vellykket med tanke på inntekt etter tiltaket, og det reduserer risikoen for varig uførhet. Fire ulike utfallsmål: sysselsetting, yrkesinntekt, uførhet og trygdeytelser (inntil 7 år etter tiltaket).

Forfatter: Aakvik (2003)

Tittel: *Estimating the employment effects of education for disabled workers in Norway*

Utvalg: 1244 (av 1924) kvinnelige mottakere av attføringspenger som søkte om opplæringstiltak, arbeidspraksis eller lønnstilskudd, Norge. Sammenligningsgruppen er personer som har søkt, men ikke fått plass på opplæringstiltak.

Periode: 1989–1991.

Type tiltak: AMO-kurs, ordinær utdanning, arbeidspraksis eller lønnstilskudd.

Data: Økonometrisk seleksjonsmodell. Drøfter effekten av opplæringstiltak for personer som mottar attføringspenger, inkluderer hovedsakelig ordinær utdanning, men også AMO-kurs. Det skilles ikke mellom de ulike typene av tiltak.

Funn: Finner at de som deltar i yrkesrettet rehabilitering, har en sysselsettingsrate som er 8 prosent høyere enn den er for de som ikke deltar, men påpeker at dette kan skyldes trekk ved individene som alder, utdanningsnivå og arbeidserfaring. Ved bruk av økonometrisk seleksjonsmodell finner man ingen effekter av deltakelse i opplæringstiltak på sannsynligheten for å være i jobb 2, 3 og 4 år etter deltakelse. De med størst sannsynlighet for jobb i utgangspunktet er også de som deltar i tiltaket. Få/ingen effekter av deltakelse på opplæringstiltak på overgang til jobb for henholdsvis kvinner og unge med nedsatt arbeidsevne. Skiller ikke mellom AMO-kurs og ordinær utdanning.

Forfatter: Westlie (2008a)

Tittel: *Norwegian vocational rehabilitation programs: Improving employability and preventing disability?*

Utvalg: Skiller mellom tre grupper av tiltaksdeltakere i Norge: langtidssykmeldte (63,9 prosent), personer med korttidsfravær (25,5 prosent) og arbeidsledige personer (10,6 prosent) som er inntil 56 år gamle.

Periode: 1994–2003.

Type tiltak: Utdanning, arbeidspraksis (i ordinær/skjermet virksomhet), AMO og lønnstilskudd.

Data: Registerbaserte datasett. 177 353 forløp, som har en gjennomsnittlig varighet på 19,5 måneder.

Funn: Det mest brukte tiltaket er utdanning og brukes i 40,5 prosent av alle forløpene. Utdanning har lengst varighet, med en gjennomsnittsvarighet på 15,8 måneder. AMO-kurs har til sammenligning en gjennomsnittlig varighet på 4,7 måneder. Den gjennomsnittlige ventetiden for å komme inn i ett av de undersøkte tiltakene er 4,5 måneder. Flere deltar i flere ulike tiltak, og det gjelder særlig for gruppen over 44 år. Utdanningstiltaket er det tiltaket som i minst grad kombineres med andre tiltak. Det er flest i alderen 30–44 år som deltar i tiltakene, og de utgjør omtrent halvparten, mens gruppen under 30 år utgjør 30,4 prosent. Det mest vanlige utdanningstiltaket er yrkesfaglig utdanningsprogram. Beregner innlåsningseffekter og ansettelsesbarhet etter fullført tiltak. Bruker en økonometrisk modell for å skille kausale behandlingseffekter fra mulige spuriøse korrelasjoner som stammer fra seleksjonsprosesser. Deltakelse i et yrkesrettet rehabiliteringstiltak øker sysselsettingssannsynligheten med gjennomsnittlig 8,4 prosentpoeng. Samtidig er det store forskjeller mellom de ulike tiltakene. Det er særlig AMO-kurs og utdanning som øker sysselsettingssannsynligheten fra 11,7 til 15,4 prosentpoeng. Tiltakene har ulike effekter for ulike deltakere, og de langtidssykmeldte har mest å tjene på deltakelse med tanke på sannsynligheten for sysselsetting og redusert sannsynlighet for overgang til uføretrygd. Det er også gode effekter for personer med svak arbeidsmarkedstilknytning. Deltakere over 44 år, som er de som står i størst fare for uføretrygding, har den høyeste reduksjonen i faren for uførhet. Ny utdanning for å øke mulighetene for å kunne søke seg til et annet yrke, er et effektivt tiltak for å øke ansettelsesbarheten og for å unngå uførhet. Lønnstilskudd og ordinær utdanning har høye ettertiltakseffekter, men også høye innlåsningseffekter under tiltaksperioden.

Forfatter: Westlie (2008b)

Tittel: *The long-term impacts of vocational rehabilitation*

Utvalg: Alle personer som er nye i yrkesrettet rehabilitering (YR). De som er 55+ år når de går inn i rehabilitering, er ikke inkludert. Gjennomsnittsalderen på personene i yrkesrettet rehabilitering er 35,8 år når de entrer YR, de har i snitt jobbet i 10 år. Det er omtrent like mange av begge kjønn.

Periode: 1994–2003.

Data: Analyserer effekten av yrkesrettet rehabilitering på inntekt. Lønnseffekten er delt i tre, med vekt på effekten på sysselsettingssannsynligheten, sysselsettingsperioden og effekten på månedslønn. Undersøker også output ved deltakelse i yrkesrettet rehabilitering. Bruker mixed proportional hazard rate model på et sett av norske registerdata.

Type tiltak: Arbeidstreningstiltak med lønnstilskudd, arbeidstrening i ordinær virksomhet, tilrettelagt arbeid i skjermet virksomhet, ordinær utdanning og AMO-kurs.

Effekter på sysselsetting: Alle tiltak med unntak av AMO-kurs fører til bedre jobbmatch når det gjelder varigheten av ansettelsen. Finner altså at utdanning har positiv effekt på sysselsetting. Finner særlig positive effekter av utdanning til et nytt yrke hos dem der helseproblemene ikke er så store. Utdanning øker også varigheten av det etterfølgende jobbforløpet i større grad enn de andre tiltakene. Ved å øke varigheten på tiltakene med ett standardavvik, fører det også til positive effekter av AMO-kurs. Tiltaksdeltakere 44+ år har større effekt på sysselsettingsvarighet enn yngre deltakere. Utdanning og AMO-kurs har liten effekt på inntekten, med unntak av 2 prosent av mennene, som opplever 2 prosent økning i inntekten etter å ha deltatt i utdanning, men øker man perioden man måler inntekt på, fra 6 til 9 år, øker inntekten betydelig mer for de som tar utdanning. Sett over en periode på 6 år opplever alle – med unntak av deltakerne i arbeidstrening – en økning i inntekten. Jo mer likt arbeidet er ordinært arbeid, jo mer effektive er tiltakene. Klasseromsutdanning gjennom det offentlige skolevesenet har større effekt enn undervisning gjennomført av NAV (labour market office). Utdanning har en positiv nettoeffekt.

Forfatter: Børing (2002)

Tittel: *Norsk og internasjonal forskning om yrkesrettet attføring*

Periode: I all hovedsak studier fra før 2000-tallet.

Data: Dokumentstudie, norsk og internasjonal forskning på attføringsforløp. Hovedvekt på økonomiske studier.

Effekter på sysselsetting: Studiene viser at forskningen ikke er entydig i spørsmålet om attføringstiltak bidrar til å få yrkeshemmede tilbake i jobb eller ikke. Finner at utdanning har positiv effekt på sannsynligheten for å få en jobb, men at alder har en negativ effekt. Det ser også ut til at personer med fysiske funksjonshemninger har større sannsynlighet for å komme i arbeid enn de med psykiske funksjonshemninger.

Forfatter: Proba (2011)

Tittel: *Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie*

Utvalg: Personer med nedsatt arbeidsevne.

Periode: 2000-tallet.

Data: Litteraturstudie, norske og internasjonale studier. Forskning på effekter av arbeidsrettede tiltak (inkluderer også effekter av tiltak som kombinerer medisinsk og yrkesmessig rehabilitering).

Type tiltak: Arbeidsrettede tiltak.

Funn: Finner at studiene sjelden beskriver hva slags type utdanning som blir tilbudt deltakerne. De påpeker farene for innlåsning, at tiltak i ordinært arbeidsliv er mer effektive enn tiltak i skjermet arbeidsliv, men at det kan være individuelle forskjeller. De mest effektive tiltakene er de som integrerer yrkesrettet og helsemessig oppfølging. Lønnstilskudd er også et effektivt tiltak, men med fare for overforbruk.

Forfatter: Försäkringskassan (2006)

Tittel: *Försäkringskassan och arbetsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång till arbete. Försäkringskassan Analyserar 2006:10*

Utvalg: 7500 sykmeldte som har minimum 60 dager sykefravær.

Periode: 1999, 2001 og 2003.

Data: Et utvalg av lange sykmeldinger som ble påbegynt i januar i hvert av de tre undersøkelsesårene. Dette utgjør totalt 15 000 sykmeldinger. Analysen tar for seg oppfølging av sykmeldte de 13 første månedene i sykmeldingen. Det er i hvert av årene samlet inn informasjon om den enkeltes yrke, diagnose, arbeidsgiver og om og hvordan sykmeldingen har blitt avsluttet. I tillegg har de samlet inn informasjon om hvilke rehabiliteringstiltak som er iverksatt. Variabler som er inkludert: kjønn, alder, sivilstand, etnisitet, arbeidstilknytning, yrke, diagnose, en rekke ulike medisinske faktorer, sykmeldingsprosent, når sykmeldingen ble påbegynt/avsluttet, fylke og sykmeldingsår. Bruker cox proportional hazard regression. De finner en tydelig aldersseleksjon knyttet til hvem som får tilbud om rehabiliteringstiltak, og de finner også at skilte og personer som ikke er født i Sverige, i mindre grad mottar rehabiliteringstiltak. Det settes i større grad i verk rehabiliteringstiltak overfor personer med psykiske lidelser og personer med sykdommer i bevegelsesorganene.

Type tiltak: Arbeidsrettede tiltak som utdanning, arbeidstrening og -tilpasning, motivering.

Effekter på sysselsetting: Rehabiliteringstiltakene har signifikant positive effekter på sysselsetting. Utdanning har en sterk positiv effekt på retur til arbeid, men den er ikke statistisk signifikant.

Utfall: Registrert 13 måneder etter avsluttet rehabiliteringstiltak. Den totale effekten av aktiv innsats/tiltak viser at sysselsettingsandelen i snitt øker med 8 prosent. Påbegynt tiltak reduserer retur til arbeid med 10 prosent, mens etter avsluttet tiltak øker retur til arbeid med 20 prosent. Aktive tiltak øker i størst grad retur til arbeid for menn (40 prosent) og i mindre grad for kvinner (8 prosent). Tiltak overfor personer under 50 år øker retur til arbeid med 30–40 prosent. For unge (20–34 år) som mottar utdanningstiltak, har det sterke positive effekter på retur til arbeid.

Forfatter: Arendt & Pozzoli (2013)

Tittel: *Effekter af ordinær uddannelse for ledige: En oversigt over danske og internationale kvantitative studier*

Utvalg: De med og uten sykeforsikring, unge og sykmeldte arbeidsledige. Inkluderer både de som står nært arbeidsmarkedet, og de som står langt fra arbeidsmarkedet.

Periode: 1994–2013.

Data: Litteraturstudie, danske og internasjonale studier. Kvantitative effektmålinger av tiltak rettet mot arbeidsledige.

Type tiltak: Ordinær utdanning (*primært* arbeidsmarkedsutdanning (AMO-kurs)), yrkeskompetansegivende utdanninger i det ordinære utdanningssystemet, kurs i grunnleggende ferdigheter som datakurs, regne- og skrivekurs.

Effekter på sysselsetting: Skiller mellom effekter under tiltaket og effekter etter endt tiltak. Utdanning/kurs har store innlåsningseffekter, som øker med utdanningens lengde. Ulike funn når det gjelder positive program-/tiltakseffekter. Tendens til at internasjonale studier finner en positiv ettereffekt/programeffekt av utdanning på lang sikt. Finner ikke slike effekter i danske studier. Danske studier finner sterk evidens for at utdanning ikke har noen effekt for arbeidsledige med helseproblemer, og det

ser ut til at utdanningstiltak har bedre effekt for kvinner enn for menn. Det er liten kunnskap om hvilke typer kurs som passer for hvem.

Utfall: Ser på effekter av arbeidsmarkedsrelaterte utfall som ledighet, selvforsørgelse, sysselsetting og lønn.

Forfatter: Göransson et al. (2002)

Tittel: *Vilja och villkår – en studie om långtidssjukskrivnas situation (vedlegg i SOU 2002: 5)*

Utvalg: Studien består av to utvalg. I begge utvalgene ble undersøkelsen sendt til 675 personer. Utvalg 1 ble tilfeldig valgt fra Riksförsäkringsverkets (RFV) registre der personene hadde vært sammenhengende sykmeldt 1–1,5 år (675 personer). Deltakerne svarte på en postenquete (svarprosent 68 prosent), og noen fikk spørsmålene per telefon. Totalt svarte 538 personer. Utvalg 2 var personer som var tatt ut av RFVs registre for 6 måneder siden, men som før det hadde vært sykmeldt i 1–1,5 år. De fleste av disse hadde returnert til arbeid. Samme framgangsmåte for datainnsamling som for utvalg 1. Totalt svarte 479 personer i utvalg 2. Gjennomsnittsalderen for deltakerne i telefonintervjuene var 45,4 år for de langtidssykmeldte, og kvinneandelen var 53 prosent. For de som var tatt ut av registeret, var gjennomsnittsalderen 39,9 år, og kvinneandelen var 49 prosent.

Periode: 2001.

Data: Bruk av logistisk regresjon. Postenquete, telefonintervjuer og 16 dybdeintervjuer med personer som var i langtidssykmelding, og med de som hadde returnert til arbeid. De ble stilt en rekke generelle bakgrunnsspørsmål (alder, kjønn, hvorfor de var sykmeldt, innstilling til livet, spørsmål om arbeidet/arbeidsgiver, iverksatte tilretteleggingstiltak, opplevde muligheter for å påvirke sin egen situasjon nå og i framtiden). Både fysisk og psykisk arbeidsbelastning ble målt med en rekke spørsmål. Det samme ble engasjement og motivasjon for arbeidet, emosjonell tilknytning til arbeidet og kontroll («mastery»).

Funn: 25 prosent av de langtidssykmeldte har universitets- eller høyskoleutdanning, 29 prosent har fullført videregående skole, og 46 prosent har folkeskole, realskole eller grunnskole. Av de som er tatt ut av registeret, er det flere kvinner enn menn som har en universitets- eller høyskoleutdanning. Av de langtidssykmeldte er 49 prosent sykmeldt på grunn av smerter (like høy andel for begge kjønn) og 32 prosent for psykiske lidelser, hvorav utbrenthet er den største underdiagnosen (13 prosent), og de aller fleste av disse mener dette skyldes arbeidet. Begge utvalgene har i snitt i løpet av livet vært sykmeldt i til sammen 3 år, men antallet år avhenger av alder. Personer i alderen 20–29 år har i snitt vært sykmeldt 2,3 år. De fleste langtidssykmeldte/de som ikke lenger er registrerte, befinner seg i yrkene service- og omsorgsarbeid. Eldre mottar i større grad sykepenger eller førtidspensjonerer seg enn yngre. Blant de som ikke lenger er registrert, er det en betydelig lavere andel av de eldre enn de yngre som har returnert til arbeid. 33 prosent av utvalget mener årsaken til sykmeldingen er arbeidet, og 30 prosent mener arbeidet delvis er årsaken til det. Noen flere menn enn kvinner oppgir at arbeidet er årsaken til sykmeldingen, og det er noe flere eldre enn yngre som mener det. Personer med yrkesutdanning og universitets- og høyskoleutdanning svarer oftest at arbeidet er årsaken til sykmeldingen, henholdsvis 43 og 41 prosent. Det er flest i alderen 60–65 år (72 prosent) som svarer at sykmeldingen skyldes arbeidet, og rundt halvparten av dem i alderen 20–29 år. Diagnose: Av dem med nakke- og skulderproblematikk svarer 58 prosent at det har med arbeidet å gjøre, mens 85 prosent av dem med psykiske diagnoser svarer dette. 61 prosent med smerteproblemer oppgir at arbeidet er årsaken til sykmeldingen. De som mener at arbeidet er årsaken til sykmeldingen, opplever i mindre grad å kunne påvirke framtiden sin, og de mener også at de i liten grad vil være i stand til å gjennomføre endringer de faktisk kunne tenke seg. De opplever videre å være på arbeidsplasser der de i liten grad kjenner seg hørt, og de oppfatter arbeidsmiljøet som mindre bra. De som har returnert til arbeid, opplever i større grad å kunne påvirke sin egen situasjon og framtid enn de som fortsatt er sykmeldt. Viktige faktorer for retur til arbeid: bedring i helsen (85 prosent), kortere arbeidstid

(50 prosent) oppleves særlig viktig for kvinner, mer effektiv behandling av sykdommen og mindre stressende arbeid. For personer med diagnosen utbrenthet og depresjon er forandringer viktig, og en høy andel ønsker en annen arbeidsplass, en annen leder og andre kolleger. De ønsker for øvrig ikke et nytt yrke. Det som har minst effekt på retur til arbeid, er å få en annen leder eller andre kolleger (18 prosent), men dette oppleves som viktigere for dem med en psykisk diagnose. Om lag halvparten av dem under 34 år vil i større grad enn de eldre bytte arbeidsoppgaver, arbeidsplass og yrke. Støtte fra venner og familie oppfattes som viktig. Eldre ønsker i større grad å finne løsninger på nåværende arbeidsplass. Det er 60–70 prosent som oppgir at de viktigste faktorene for å ha returnert til arbeid er bytte av yrke, bytte av arbeidsplass eller kortere arbeidstid. Seks av ti svarer at helsen har blitt bedre, men at dette ikke var avgjørende for retur til arbeid. For dem med smerteopplevelser er mindre tungt arbeid en viktig faktor for retur til arbeid. Det er 6 prosent av de som har returnert til arbeid, som oppgir at de ikke burde arbeidet. Blant de som har returnert til arbeidet sitt etter en langtidssykmelding, tror 34 prosent at de kommer til å havne i en langtidssykmelding igjen på grunn av arbeidet. Dette gjelder flest menn, flest i alderen 40–49 år og flest med smerteproblematikk. De som har både psykiske utfordringer og fysiske smerter, og de med nakke- og skulderproblemer, har liten tro på retur til arbeid. De som tror de kan påvirke sin nåværende situasjon og framtid, tror også i større grad enn de som ikke gjør det, at de kommer til å returnere til arbeid.

Forfatter: Steskal,D (2018)

Tittel: *Bruk og virkning av utdanning i arbeidsmarkedspolitikken i Norden. Litteraturoversikt fra nordiske land*

Utvalg: Dokumentstudie, nordisk. Det er gruppen av personer som står utenfor eller ute i kanten av kanten av arbeidsmarkedet, aktiveringspolitikken er rettet mot, og studien inkluderer tiltak rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne, men omhandler også tiltak rettet mot innvandrere og andre utsatte grupper.

Type tiltak: Bruk og virkning av utdanning i arbeidsmarkedspolitikken i Norden.

Data: Todelt: 1) En gjennomgang av hvordan de nordiske landene bruker utdanning i arbeidsmarkedspolitikken sammenlignet med Norge, og en kunnskapsoppsummering av effekter av utdanning som tiltak og som aktivitetsplikt for stønad i Norge og nordiske land. 2) Registerbaserte analyser av tiltaket ordinær utdanning for personer med nedsatt arbeidsevne og utdanningsaktivitet i gruppen som mottar overgangsstønad til enslige forsørgere. Oppsummeringen tar for seg studier med mål om å finne årsakssammenhenger og som har sammenligningsgrupper. Tiltakseffektene deles inn i tre faser: før tiltaksdeltakelse, under tiltaksdeltakelse og etter tiltaksdeltakelse.

Resultater: **Norge:** Ordinær utdanning brukes for personer med nedsatt arbeidsevne. Flere studier viser at ordinær utdanning har bedre effekt enn AMO-kurs, men mindre effekt enn lønnstilskudd. Noen studier viser at ordinær utdanning har bedre effekter enn tiltak i skjermet virksomhet, arbeidspraksis og arbeid med bistand. Flere studier viser innlåsningseffekter under tiltaket.

Danmark: Tre effektstudier av tiltakene: i) *Ordinær utdanning* (omfatter også arbeidsmarkedsopplæring/korte kurs) og er rettet mot en bred målgruppe. Ulike resultater, men finner store innlåsningseffekter. ii) *Voksenlæring* (omfatter tilskudd til arbeidsgiver som inngår i en opplæringsavtale med ansatte, og kan være kortere/lengre yrkesopplæring. Rettet mot utsatte unge). En effektstudie som viser at det har positive sysselsettingseffekter for de som kommer fra arbeidsledighet, men negative effekter for de som allerede er sysselsatt. iii) *Brobygging til utdanning*. Er rettet mot utsatte unge.

Sverige: Arbeidsmarkedsopplæringen kan foregå i det ordinære utdanningssystemet. Kun én av ti bruker det. Ikke funnet effektstudier av arbeidsmarkedsopplæring.

Finland og Island: Har ikke funnet forskning som studerer effekter av relevante arbeidsrettede tiltak med tilbud om ordinær utdanning.

Forfatter: Fossetøl et al. (2016)

Tittel: *Idealer og realiteter i forvaltningen av arbeidsrettede tiltak i NAV*

Utvalg: Ordinære arbeidssøkere og personer med nedsatt arbeidsevne. Litteraturstudie, skandinaviske og engelske systematiske metaanalyser.

Periode: 2004–2014.

Data: Dokumentstudier.

Type tiltak: Lønnstilskudd, utdanning, formidlingstiltak.

Funn: For ordinære arbeidssøkere har utdanning og lønnstilskudd positive effekter på sysselsetting. Utdanning har stor innlåsnings effekt under tiltaket, men positive virkninger på sikt.

Forfatter: Møller (2005)

Tittel: *Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter*

Utvalg: Yrkeshemmede med diagnosen psykiske lidelser, Norge.

Periode: 1996–1999/2000–2002.

Data: Registerdata. Inkluderer personer med påbegynt og avsluttet attføringstiltak. Ser på hvilke attføringstiltak personer med psykiske lidelser deltar i, og hvilken effekt de har av deltakelse i ulike tiltak versus yrkeshemmede med andre diagnoser. Kontrollgruppe er personer på AMO-kurs.

Type tiltak: Utdanning (skole), arbeidspraksis (hospitering), lønnstilskudd.

Effekter på sysselsetting: Yrkeshemmede med psykiske lidelser har dårligere sysselsettingseffekt enn yrkeshemmede med andre diagnoser, uavhengig av om man deltar i tiltak eller ikke. Tiltakskjedning bestående av skole og arbeidspraksis har en relativt sett negativ sysselsettingseffekt.

Utfall: Registrert i årene 2000–2002 og omfatter 52 000 personer. Tiltakene som gir best sysselsettingseffekt (sammenlignet med dem på AMO-kurs), er lønnstilskudd, offentlig sysselsetting og skoletiltak. Skoletiltak har dårligere effekt for yrkeshemmede med psykiske lidelser, men de med psykiske lidelser har bedre sysselsettingseffekt av å være lenger i enkelte tiltak, som lønnstilskudd, AMB fase 2 og til en viss grad skolegang, sammenlignet med andre yrkeshemmede.

Forfatter: von Simson (2019)

Tittel: *Kunnskapsoversikt: Effekter av arbeidsmarkedstiltak mv. på arbeidstilbud og sysselsetting, norske erfaringer*

Utvalg: Innvandrere, ungdom, personer med nedsatt funksjonsevne/arbeidsevne. Skiller mellom grupper i/utenfor arbeidsmarkedet.

Data: Kunnskapsoversikt, norsk. Foreliggende forskning om effekter av tiltak/innsatser med formålet å hjelpe personer som står utenfor, eller som risikerer å falle ut av arbeidslivet, å få stabil tilknytning til arbeidslivet. Omfatter kvantitative studier med formålet å avdekke årsakssammenhenger. Undersøker om: i) de ulike aktiveringstiltakene har hatt ønsket effekt på sysselsetting og arbeidstilbud, ii) hvordan tiltakseffektene varierer mellom ulike grupper, og iii) hvem som har hatt nytte av hvilke tiltak. Skiller mellom personer i og utenfor arbeidsmarkedet. Deler tiltakseffektene inn før, under (innlåsnings effekter) og etter tiltaksdeltakelse. Vekt på direkte effekter av tiltaksdeltakelse.

Funn: Resultater for opplæringstiltak viser at de stort sett har positiv effekt på sannsynligheten for å få jobb for ordinære arbeidssøkere.

DEL AV SVENSK ARBEIDSGIVERRINGPROSJEKT

Forfatter: Boman & Bredmar (2009)

Tittel: *Rörlighet, hälsa och inlåsning i arbetslivet*

Utvalg: 173 deltakere som gjennomgikk en introduksjonssamtale i en arbeidsgiverring, svensk.

Periode: 2004–2006.

Data: Enqueter (173 stk., 132 svarte i 2005, 89 av 132 svarte året etter) og 30 intervjuer.

Type tiltak: Bruk av arbeidsgiverringer som en strategi for å fremme mobilitet og helse i arbeidslivet. Arbeidsgiverringer er et nettverk av virksomheter som samarbeider om og arbeider med utviklingen av personlige ferdigheter, rehabilitering og frivillig mobilitet. Et livs- og karriereplanleggingsprogram rettet mot personer som er i risikogruppen for å bli sykmeldt, har kommet tilbake etter korttidsfravær, har blitt sykmeldt, vurderer å bytte yrke.

Funn: Ikke en effektstudie, men viser at deltakerne opplevde færre helseutfordringer etter deltakelse, og ca. halvparten av deltakerne forandret på ett eller annet vis sin arbeidssituasjon.

DEL AV SVENSK ARBEIDSGIVERRINGPROSJEKT

Forfatter: Angelöw (2006)

Tittel: *Ökad rörlighet för ett livslångt och hälsofrämjande arbetsliv. Samverkan för ökad rörlighet inom Kalmarsunsregionens Arbetsgivarring*

Utvalg: Bruk av arbeidsgiverringer. Har bestått av 47 arbeidsgivere som omfatter ca. 20 000 ansatte.

Periode: 2004–2006.

Data: Del av utviklingsprosjektet «ökad rörlighet för ett livslångt och hälsofrämjande arbetsliv».

Type tiltak: Intern og ekstern mobilitet.

Formålet: Å stimulere til intern og ekstern mobilitet. Man har ønsket å utvikle strategier for ulike former for mobilitet, skape praktiske modeller for mobilitet, medvirke til at mobilitet blir et varig tiltak i virksomhetene som er del av arbeidsgiverringen, finne mulige løsninger på ulike problemer som kan oppstå i forbindelse med mobilitet. En viktig målsetting var å utvikle et systematisk mobilitetsarbeid. Ser på yrkesrettet rehabilitering, livs- og karriereplanlegging, overtallighet/omstilling, systematisk mobilitet, kompetanseutvikling og nettverksbygging.

DEL AV SVENSK ARBEIDSGIVERRINGPROSJEKT

Forfatter: Mellner et al. (2009)

Tittel: *Vägar tillbaka – En uppföljning av psykologiska och praktiska förutsättningar för återgång i arbete efter långtidssjukskrivning med stöd av en arbetsgivarring*

Utvalg: Mindre undersøkelse (N = 19), langtidssykmeldte som har fått tilbud om livs- og karriereplanlegging. Gjennomsnittsalderen var 45,7 år for kvinner og 45,2 år for menn (men stor spredning i alder), åtte var utenlandsfødte.

Periode: 2004–2005.

Data: Kvalitativ studie. Enquete og intervjuer med 19 langtidssykmeldte. Bygger på arbeidsgiverringstudiene.

Type tiltak: Karriereveiledning, jobbmobilitet.

Funn: Av de 19 intervjuede hadde ni returnert til nye arbeidsoppgaver hos opprinnelig arbeidsgiver eller byttet arbeidsplass/yrke eller begynt å studere. Viktige faktorer for å få til dette var trygghet, støtte og selvfølelse, men også økonomi, behandling for sykdommen, mulighetene for omskolering, veiledning og arbeidsformidlingstjenester. Disse faktorene hadde også betydning for opplevelsen av selv å kunne handle for å komme ut av situasjonen som sykmeldt.

DEL AV SVENSK ARBEIDSGIVERRINGPROSJEKT

Forfatter: Astvik et al. (2006)

Tittel: *På väg. En kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet*

Utvalg: 20 langtidssykmeldte personer, de fleste i blåsnippykker.

Periode: 2004–2005.

Data: Kvalitativ studie. Dybdeintervjuer med 20 personer om nåværende situasjon, tanker om retur til arbeid, forholdet mellom arbeidsvilkår og individuelle strategier.

Type tiltak: Karriereveiledning, jobbmobilitet.

Funn: Finner at de med lav utdanning i arbeid med lav kontroll opplever liten tro på mulighetene for å bytte arbeid, på grunn av deres helse og lave utdanning. For de med høy utdanning er problemene knyttet til å sette grenser for arbeidsmengden, der opplevelsen av at arbeidet invaderer privatlivet, og eget ansvar, er svært stort. Arbeidsvilkårene gjør at disse gradvis opplever færre muligheter for å gjøre en god jobb. De opplever å være i feil yrke og på feil arbeidsplass. Mangelen på kontroll i arbeidssituasjonen bidrar til stress og dårlig helse. Begge disse gruppene har sterk lojalitet til arbeidsgiver, og man ønsker ikke å gi opp. Viktig for begge grupper for retur til arbeidet er arbeid som er tilpasset arbeidsevnen.

Kompetansetiltak for sykmeldte

Kan kompetansehevende tiltak bidra til å styrke arbeidstilknytningen blant langtidssykmeldte og arbeidstakere med lange og/eller hyppige fravær? Dette spørsmålet adresseres gjennom et forprosjekt i regi av NAV. Fafo, på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, har oppsummert foreliggende kunnskap om slike tiltak og beskrevet målgruppen for tiltaket. Utfra dette kan vi peke på noen utfordringer og muligheter for tiltaket.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2021:04
ID-nr.: 20771