

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk Rapport 2013

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 14. juni 2013

1. Sammendrag.....	3
2. Innledning.....	14
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	15
4. Overordnet mål: mer inkluderende arbeidsliv.....	16
4.1 IA-avtalens mål.....	16
4.2 Nærmere om utviklingen i sysselsettingen.....	17
4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelaterte ytelsene.....	18
4.4 Oppsummering	25
5. Delmål 1: nedgang i sykefraværet.....	27
5.1 Sykefraværsutviklingen siste år.....	28
5.2 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid	29
5.3 Måloppnåelse.....	42
6. Delmål 2: økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne	43
6.1 Innledning.....	43
6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne	44
6.3 Utviklingen i sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne.....	45
6.4 Utviklingen i måleindikatorerne for delmål 2.....	53
6.5 Måloppnåelse.....	57
6.6 Mulige effekter av virkemiddelbruk.....	58
7. Delmål 3: forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år	64
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år	64
7.2 Måloppnåelse.....	70
8. Kilder.....	72
Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport.....	75
Vedlegg 2 – Figurer.....	80

1. Sammendrag

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått for første gang i 2001, og er nå i sin tredje avtaleperiode. I henhold til IA-avtalen av 24. februar 2010 er det etablert en egen faggruppe for å styrke oppfølgingen av IA-avtalen. Faggruppen har ansvar for å rapportere til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. I rapporten omtales IA-målenes status og utviklingstrekk. Denne rapporten er faggruppens femte rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2013.

Utviklingen knyttet til IA-målene

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

Andelen av befolkningen i alderen 15-66 år som var sysselsatt i 2012 var 1,2 prosentpoeng lavere enn i 2001. Nedgangen har kommet blant menn, særlig i alderen 15-24 og 25-39 år. Både blant kvinner og menn har det vært solid økning i sysselsettingsandelen i eldre aldersgrupper. Andelen mottakere av helserelaterte ytelser og andelen tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser er omtrent på samme nivå som i 2001. Det ser ut til å ha vært et trendskifte i 2004, året da sykefraværet falt betydelig.

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

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

Yrkesaktiviteten for personer over 50 år har økt markert siden 2001, og indikatoren for delmål 3 som måler forventet antall år i arbeid for en 50-åring viste en sterk økning også i 2012.

Det er viktig å vurdere IA-målene i sammenheng. God måloppnåelse på delmål 2 og 3 kan, alt annet likt, gjøre det mer krevende å oppnå gode resultater for delmål 1. Samtidig vil en nedgang i det langvarige sykefraværet på sikt kunne virke positivt på delmål 2 og 3 ved at risikoen for varig frafall fra arbeidsstyrken reduseres.

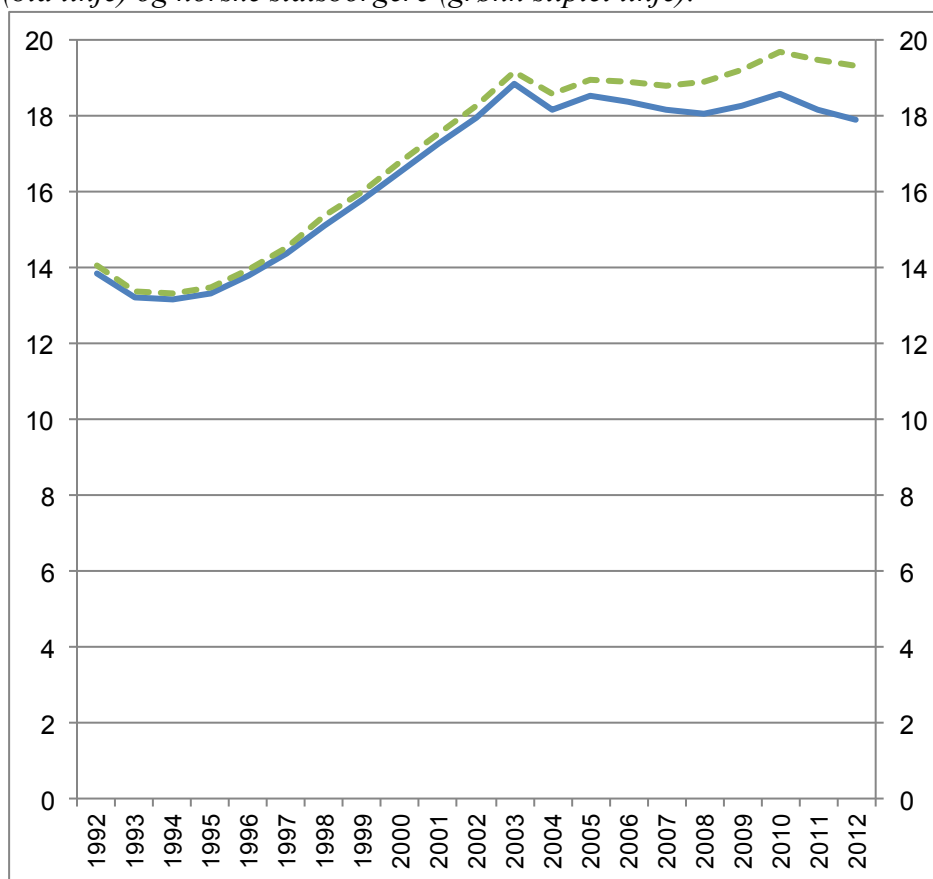
Demografi, konjunkturer og innvandring

Endringer i befolkning, befolkningssammensetning og konjunkturer kan ha stor betydning for utviklingen. I de tolv årene en har hatt IA-avtale har den demografiske utviklingen bl.a. vært kjennetegnet av at andelen eldre i arbeidsstyrken har økt. I tillegg har en kraftig innvandring fra 2005 bidratt til sterk økning i befolkningen i yrkesaktiv alder og til endringer i alderssammensetningen. Av økningen i antallet sysselsatte på 360 000 fra 2004 til 2012 kan

om lag 60 prosent knyttes til innvandring¹. Fra 2011 til 2012 sto nettoinnvandringen for 3/4 av den samlede befolkningstilveksten på 1,7 prosent i aldersgruppen 15–74 år. I perioden før den store arbeidsinnvandringen startet i 2005 var årlig befolkningsvekst langt lavere.

Innvandringen har særlig kommet i aldersgruppen 20–35 år. Dette påvirker både samlet sysselsettingsandel og andelen mottakere av trygdeytelser i befolkningen. Den relativt lave gjennomsnittsalderen blant innvandrerne bidrar isolert sett til å trekke opp samlet sysselsettingsandel og redusere andelen mottakere av trygdeytelser, selv om sysselsettingsandelene blant innvandrerne er lavere enn befolkningen for øvrig innenfor hver aldersgruppe (se tabell 14 i vedlegg 2). Figur 1 viser andelen mottakere av helserelaterte ytelser for alle bosatte og for undergruppen som var norske statsborgere i perioden 1992–2012. Siden 2005 har forskjellen i andelen mottakere økt mellom de to gruppene, noe som indikerer at arbeidsinnvandringen isolert sett bidrar til å redusere den samlede andelen mottakere av helserelaterte ytelser blant alle bosatte.

Figur 1 Mottakere av helserelaterte ytelser 1992–2012 i prosent av befolkningen. Alle bosatte (blå linje) og norske statsborgere (grønn stiptet linje).



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Befolkningsutviklingen med flere eldre har isolert sett bidratt til at andelen med helserelaterte ytelser har økt. Det har vært en økning i andelen mottakere av helserelaterte ytelser på 3,7 prosent (0,6 prosentpoeng) fra 2001 til 2012. Dersom befolkningen ikke hadde endret seg i perioden, ville andelen mottakere av helserelaterte ytelser gått ned med 0,8 prosent (0,2 prosentpoeng). Det er da lagt til grunn den faktiske utviklingen i de aldersspesifikke ratene for mottak av ytelsene i perioden. Uten befolkningsendringer ville andelen tapte årsverk knyttet

¹ SSB, registerbasert sysselsettingsdata

til mottak av helserelevante ytelser gått ned med 1,8 prosent (0,3 prosentpoeng) i samme periode.

Det var et tydelig trendsifte i 2004 med redusert sykefravær. Fra 2001 til 2003 økte andelen av befolkningen som mottok helserelevante ytelser med om lag 9 prosent (1,5 prosentpoeng), fra 2005 til 2012 *falt* andelen som mottok helserelevante ytelser med om lag 3 prosent (0,6 prosentpoeng). Arbeids- og velferdsdirektoratet har beregnet at demografiske endringer i liten grad har hatt betydning for *sykefraværet* i avtaleperioden. Dette er i tråd med tidligere analyser fra Statistisk sentralbyrå.

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

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

Det er usikkert i hvilken grad konjunktursvingninger har påvirket sykefraværsutviklingen i IA-perioden. Forskningen er ikke entydig på årsakssammenhenger mellom situasjonen på arbeidsmarkedet og sykefraværet. På 2000-tallet har det vært vanskeligere å identifisere samvariasjon mellom konjunkturer og samlet sykefravær enn på 1990-tallet. Det utelukker ikke at det kan være sterke konjunkturutslag på sykefraværet i enkeltbransjer. I kjølvannet av finanskrisen økte sykefraværet særlig mye i flere av de mest konjunkturutsatte næringene, bl.a. bygge- og anleggsvirksomhet. Det vises til nærmere drøfting av problemstillingen i faggruppens rapport 2/2011.

En betydelig del av sysselsettingsveksten i årene etter 2005 kan knyttes til innvandring. Vi må forvente stor arbeidsinnvandring også i årene fremover på grunn av store forskjeller i lønns- og levekår mellom Norge og mange andre land i Europa. Innvandring får konsekvenser for målsettingene i IA-avtalen på forskjellige måter. Befolkningsøkningen innebærer at det blir flere som skal inkluderes i arbeidslivet. Innvandrene aldersprofil trekker i retning av økt sysselsettingsandel og lavere andel mottakere av helserelevante ytelser. Lavere sysselsettingsandel blant innvandrere sammenliknet med befolkningen for øvrig i sammenlignbare aldersgrupper, trekker i motsatt retning.² Lett tilgang på billig utenlandsk arbeidskraft kan videre gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge, som ungdom, personer med helseutfordringer og andre innvandrere. Studier kan tyde på at slike effekter har begynt å gjøre seg gjeldene.³ Lav kompetanse, språkutfordringer, holdninger, lav lønn og høy kjøpekraft for norsk trygd i hjemlandet er alle faktorer som kan bidra til lavere inkludering av innvandrere i arbeidslivet på lengre sikt.

I dag er sysselsettingsandelen innen de enkelte aldersgruppene blant innvandrere fra sentral- og Øst-Europa lavere enn i tilsvarende aldersgrupper blant majoritetsbefolkningen. Når de får en likere aldersstruktur som den øvrige befolkningen trekker det i retning av lavere samlet sysselsettingsandel. Studier av erfaringen med den første bølgen arbeidsinnvandrere som kom

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

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

på 1970-tallet har vist at denne gruppen hadde et markant fall i sysselsettingen på 1980-tallet, og på lengre sikt fikk langt lavere sysselsetningsrater enn norskfødte med samme kjønns-, alders- og utdanningsfordeling. Hvis gruppen av arbeidsinnvandrere som har kommet de siste årene utvikler seg i tilsvarende retning, vil dette isolert sett kunne bidra til en økning i andelen mottakere av helserelevante ytelser.

Overordnet mål – Mer inkluderende arbeidsliv

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

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

Økt inkluderingsutfordring

Etter en kraftig økning fra 2003 til 2008 og en nedgang i forbindelse med finanskrisen i 2009, tok antall sysselsatte seg opp igjen fra 2. kvartal 2010. I 2012 var det ifølge nasjonalregnskapet sysselsatt 68 000 flere enn i 2008 og 355 000 flere enn i 2001. Kvartalsvise nasjonalregnskapstall tyder på vekst i antall sysselsatte gjennom hele 2012. Veksten i 2. halvår var imidlertid svakere enn i 1. halvår, og sesongjusterte AKU-tall tyder på at denne noe mer moderate utviklingen har fortsatt inn i 2013.

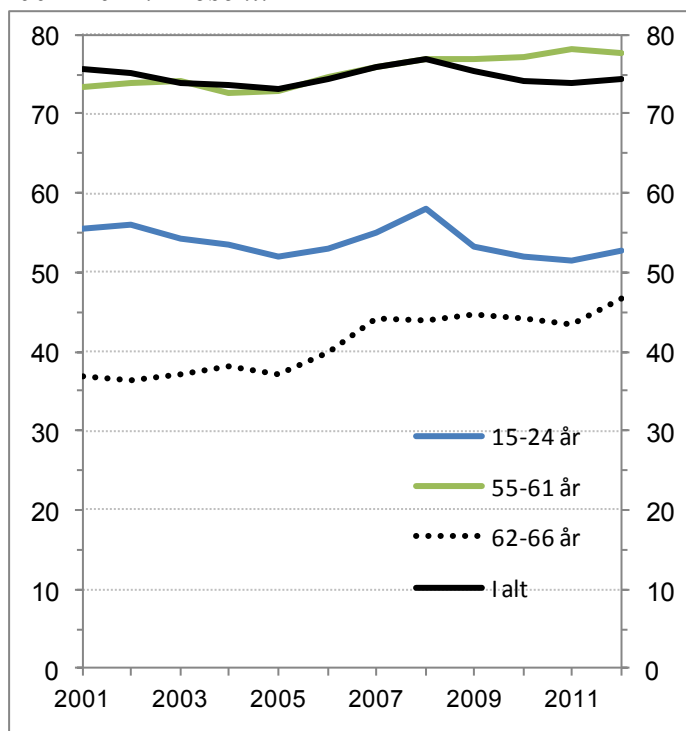
Sysselsettingsandelen viser hvor stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder som er i arbeid, og kan derfor over tid sies å være en overordnet indikator for om man har lyktes med arbeidslinjen. Sysselsettingen som andel av befolkningen 15–66 år var 1,2 prosentpoeng lavere i 2012 sammenliknet med i 2001, og 2,6 prosentpoeng lavere enn i 2008. I 2008 var vi imidlertid på en konjunkturtopp med svært høy andel sysselsatte. En økning i andelen sysselsatte på 2,6 prosentpoeng tilsvarer om lag 100 000 flere sysselsatte. Som årsgjennomsnitt var 74,4 prosent i alderen 15–66 år sysselsatt i 2012. Det er om lag som i de tre foregående årene.

Nedgangen i sysselsettingsandelen fra 2001 til 2012 har vært størst blant unge i alderen 15–39, mens det har vært solid økning blant senioren, der andelen i jobb har holdt seg godt oppe også til tross for finanskrisen. Utviklingen blant senioren er nærmere omtalt i kapittel 7. Utviklingen har gjennomgående vært svakere blant menn enn kvinner, med unntak for aldersgruppen 62–66 år. Blant menn har sysselsettingsandelen først og fremst gått ned i aldersgruppen 15–24 år og 25–39 år. Andelen sysselsatte kvinner var i 2012 litt høyere enn i 2001. For kvinner holdt sysselsettingsandelen seg uendret eller økte i samtlige aldersgrupper.

Endringene i sysselsettingsandelen blant ungdom i aldersgruppen 15–24 år følger samme mønster som for befolkningen som helhet, men sysselsettingsandelen falt spesielt mye fra 2008 til 2009. Nedgangen i denne perioden kommer delvis til syne som økt arbeidsledighet, men har også sammenheng med økt deltakelse i utdanning, nedgang i unge som kombinerer studier med deltidsjobb og økning i antallet unge med nedsatt arbeidsevne. Samtidig har det gjennom 2000-tallet vært en økning i andelen unge uføretrygdede, fra 1,2 prosent i 2001 til 1,3 prosent ved utgangen av 2012. Ved utgangen av 2012 var det i Arbeids- og velferdsetaten registrert om lag 28 900 personer mellom 15 og 30 år som enten var helt arbeidsledige eller ledige på tiltak. Videre var det drøyt 39 000 personer under 30 år som var registrert med

nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten, og nær 10 000 personer under 30 år mottok uførepensjon ved utgangen av 2012.⁴

Figur 2 Sysselsatte som andel av befolkningen for utvalgte aldersgrupper. Årsgjennomsnitt 2001–2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

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

Det er teknisk beregnet at 533 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i 2012. Antall tapte årsverk for 2012 viser en økning sammenliknet med 2001 på 81 000 årsverk, eller om lag 18 prosent. Målt som andel av befolkningen 18–66 år gikk 15,9 prosent av mulige årsverk tapt i 2001. I 2012 var andelen steget til 16,5 prosent. Den faktiske økningen i tapte årsverk må blant annet ses i sammenheng med befolkningsvekst og at befolkningen i yrkesaktiv alder har blitt eldre. Dersom befolkningen ikke hadde endret seg fra 2001 til 2012, ville det vært en nedgang på om lag 8000 tapte årsverk eller 1,8 prosent i denne perioden forutsatt den faktiske utviklingen i aldersspesifikke rater. Reduksjonen har særlig funnet sted blant befolkningen over 53 år, mens vi har sett en svak økning blant befolkningen mellom 18 og 31 år, og blant befolkningen mellom 40 og 50 år. Sterk befolkningsvekst som følge av stor arbeidsinnvandring trekker isolert sett antall tapte årsverk målt som andel av befolkningen ned.

⁴ Det er en mindre andel som både mottar uførepensjon og er registrert med nedsatt arbeidsevne. For alle personer 18–66 år som er registrert med nedsatt arbeidsevne er om lag 10 prosent også mottakere av uførepensjon.

Delmål 1 – nedgang i sykefraværet på 20 prosent

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

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2012 6,6 prosent, som tilsvarer en nedgang på 7,9 prosent sammenliknet med 2. kvartal 2001. Nedgangen fra 2. kvartal 2001 har vært sterkere for menn (13,6 prosent) enn for kvinner (3,7 prosent). Som årsgjennomsnitt for 2012 var sykefraværet 12,1 prosent lavere enn i 2001. Det er store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen primærnæringene, industrien og overnatting og serveringsvirksomhet, samt i fire av landets fylker har det vært nedgang i sykefraværet på 20 prosent eller noe mer⁵. Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen noe mindre, men også nær 20 prosent. ”Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” og ”undervisning” er blant næringene med minst nedgang (4–5 prosent). Hovedbildet de siste årene er at det samlede sykefraværet har vært relativt stabilt fra 2005, med unntak av år 2009 hvor det var en midlertidig økning. Sykefraværet har videre gått noe ned de siste par årene; fra 2010 til 2011 med knapt 1 prosent og fra 2011 til 2012 med i underkant av 4 prosent.

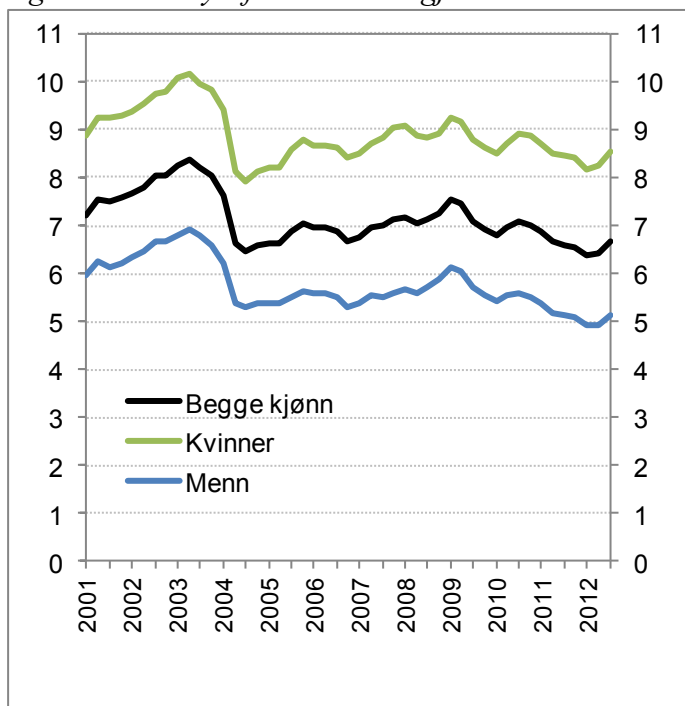
Det totale sykefraværet utgjorde 6,5 prosent i 2012 mot 6,7 prosent i 2011. Det var en nedgang i sykefraværet fra 2011 til 2012 både for menn og kvinner. Korrigert for normale sesongvariasjoner gikk sykefraværet noe opp de to siste kvartalene i fjor, etter seks forutgående kvartaler med nedgang.

Både i 2001 og 2012 var helse- og sosialtjenester næringen med høyest sykefravær. Ifølge Almlid-utvalget⁶ forklarer høyt innslag av kvinner i sektoren størstedelen av det høye sykefraværet. Utvalget peker videre på at sektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger.

⁵ For næringene refererer nedgangen til årstall for totalt sykefravær. For fylkene refererer nedgangen til legemeldt fravær for 4. kvartal. Fylkene med nedgang på 20 prosent eller mer er Oslo, Finnmark, Vest-Agder og Telemark

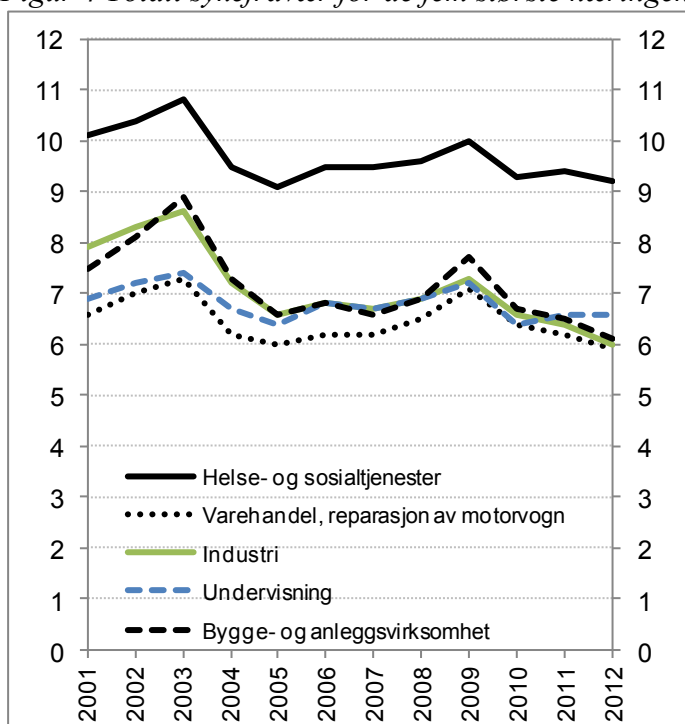
⁶ NOU 2010: 13 Arbeid for helse

Figur 3 Totalt sykefravær. Sesongjusterte tall. 2. kvartal 2001 – 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 4 Totalt sykefravær for de fem største næringene. Årstall 2001–2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Forskjellen mellom kvinner og menns sykefravær har økt i IA-perioden. I 2012 var sykefraværet blant kvinner 3,4 prosentpoeng (66 prosent) høyere enn blant menn, mot 2,9 prosentpoeng (49 prosent) i 2001. Kjønnforskjellen varierer mye mellom næringer, jamfør tabell 15 i vedlegg 2. I flere næringer har forskjellen i sykefraværet mellom kvinner og menn gått ned. Der det har vært en økning har forskjellen variert gjennom perioden.

Den gjennomsnittlige sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag gikk klart ned fra 2009 til 2012, noe som indikerer en økning i omfanget av gradering. Økningen kan ha sammenheng med at økt gradering har blitt et uttalt mål i IA-avtalen. Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad gikk noe opp igjen i de to siste kvartalene i 2012.

En rapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at endringer i regelverket har medvirket til at andelen som får graderte sykepenger har økt over tid.⁷ Undersøkelsen tyder på at økt gradering har redusert sykefraværet, både ved at det er færre personer som sykmeldes og ved at varigheten blir noe kortere. I tillegg kommer den direkte effekten på arbeidsdeltakelse ved at man er mer på arbeid ved gradert sykmelding.

Delmål 2 – Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne

Uklar måloppnåelse – behov for bedre indikatorer

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

En mye brukt tallserie er SSBs årlige tilleggsundersøkelse til AKU, som beskriver arbeidstilknytningen til personer som selv angir at de har en funksjonshemming. Siden utvalget i undersøkelsen er lite skal det mye til for å få signifikante utslag. Det er videre stor utskifting av hvem som oppfatter seg som funksjonshemmet fra en undersøkelse til en annen.⁸

I lys av svakhetene ved tilleggsundersøkelsen i AKU har faggruppen hele tiden basert seg på en bredde av indikatorer. I tillegg til AKUs tall for funksjonshemmede ser en på utviklingen i antall og andel uførepensjonister, personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Også disse tallseriene har svakheter. Brudd på grunn av regelverksendringer og reformer gjør det vanskelig å tolke utviklingen over tid, og det er lite opplysninger om arbeidstilknytning. Også etter at arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010⁹, er det krevende å tolke utviklingen. Tallseriene er blant annet fortsatt påvirket av at vi er inne i en reformperiode.

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

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

⁷ Brage m. fl. (2013)

⁸ Om lag 1/3 av de som oppgir at det har en funksjonsnedsettelse i en undersøkelse, oppgir at de ikke har en funksjonsnedsettelse ett år etter.

⁹ Som erstatning for tidsbegrenset uførestønad og attførings- og rehabiliteringspenger.

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

- *Personer registrert med nedsatt arbeidsevne*

Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse arbeids- og velferdsforvaltningen benytter om brukere som på grunn av fysiske, psykiske eller sosiale årsaker mottar eller skal motta spesiell oppfølging. Etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 ble gruppen som er registrert med nedsatt arbeidsevne betydelig utvidet.¹⁰ Dette gir et brudd i statistikken som gjør at en ikke kan sammenlikne dagens beholdning med beholdningen av personer med nedsatt arbeidsevne/yrkeshemmede før 2010.

Andelen personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten og som har kommet i arbeid, er høyere i 2012 sammenliknet med 2011. I januar 2012 var 46,4 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere. Dette er 2 prosentpoeng lavere enn måltallet på 48,4 prosent i tilleggssavtale til IA-avtalen. I perioden 2010–2013 har det vært svingninger i denne måleindikatoren, men ingen tydelig positiv eller negativ trend.

- *Overgang fra arbeid til passive ytelser*

Denne måleindikatoren er beregnet på grunnlag av andelen personer som har vært sykmeldte i 13 uker eller mer, og som er tilbake i arbeid fire uker etter dette. Målet er at andelen som er tilbake i arbeid er over 70 prosent. I tredje kvartal 2012 var 72,3 prosent av de som hadde vært sykmeldte i minst 13 uker tilbake i arbeid. Indikatoren falt med om lag ett prosentpoeng fra 2011 til 2012. Hvis vi ser perioden 2004–2012 under ett, har indikatoren vist en positiv utvikling.

- *Mottakere av uførepensjon*

Ved utgangen av 2012 mottok nær 310 000 personer uførepensjon, en økning på 3 200 personer sammenliknet med året før og en økning på om lag 30 000 personer siden utgangen av 2000. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen i alderen 18–67 år falt fra 9,9 prosent til 9,5 prosent i samme periode. I perioden har det vært en vekst i andelen uføre i de yngste aldersgruppene, mens det har vært en betydelig reduksjon i uføreandelen blant de eldste. Økningen i antall AFP-pensjonister kan ha bidratt til å dempe veksten i antall eldre mottakere av uførepensjon. En av tre uførepensjonister har arbeidsinntekt i tillegg til uførepensjon. Det er flest som kombinerer uførepensjon med jobb blant unge.

- *Mottakere av arbeidsavklaringspenger*

Fra utgangen av 2000 og fram til utgangen av 2009 var det en markant vekst i antall mottakere av de midlertidige ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. I denne perioden ble antall mottakere av de midlertidige ytelsene mer enn doblet fra i underkant av 78 000 til nær 160 000 mottakere. Andelen mottakere av de midlertidige ytelsene i befolkningen 18–66 år økte fra 2,7 prosent til 5 prosent fra 2000 til 2009. Det er viktig å se trygdeytelsene i sammenheng. En lenger og bevisst satsing fra myndighetene for å hindre at personer med redusert arbeidsevne havner på varig uførepensjon har ført til at en større andel av de som tidligere ville fått innvilget en varig uførepensjon har mottatt ytelser som tidsbegrenset uførestønad og

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

nå arbeidsavklaringspenger. Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger økte fra mars 2010 og fram til sommeren 2011. Fra annet halvår av 2011 og utover i 2012 falt antall mottakere av denne ytelsen. Siden høsten 2012 har antall mottakere av arbeidsavklaringspenger vært om lag uendret, og det var om lag 166 000 personer som mottok ytelsen ved utgangen av 2012. Om lag en av fire kombinerer ytelsen med jobb. Tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personene er, og er noe høyere for kvinner enn menn.

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

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

Fortsatt god utvikling blant seniorene

Delmål 3 ble reformulert i forbindelse med ny IA-avtale i 2010, blant annet som følge av pensjonsreformen. Som indikator for dette målet brukes forventet antall år i arbeid justert for stillingsandel ved 50 år¹¹. Det er relativt store forskyvninger blant aldersgruppene over 50 år, hvilket innebærer at denne indikatoren i likhet med indikatorer til de øvrige delmålene påvirkes av demografi.

Sammenliknet med den generelle utviklingen på arbeidsmarkedet, har utviklingen for de eldste aldersgruppene vært spesielt god. I 2012 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11,2 år i arbeid med full stilling, som er 0,3 år mer enn i 2009 og 1,6 år mer enn i 2001. Forventet antall år i arbeid har aldri vært høyere. Indikatoren har vist stabilitet eller økning i hele tolvårsperioden, også i perioder da den samlede arbeidsledigheten har økt. For at IA-avtalens mål skal oppfylles må forventet antall år i arbeid for de over 50 år ha økt til 11,4 år innen utgangen av 2013. For å nå målet må økningen fra 2012 til 2013 være like stor som fra 2011 til 2012.

Forventet antall år i arbeid med full stilling er høyere for menn enn for kvinner. Den viktigste årsaken til dette er at kvinner jobber mer deltid enn menn. Forskjellen mellom kvinner og menn har imidlertid minsket fra 3,4 år i 2001 til 2,9 år i 2012. For de senere årene kan det ha hatt sammenheng med at utviklingen i sysselsettingsandelen har vært mer positiv for kvinner enn for menn, dels som følge av at de vanligste kvinneyrkene ble mindre rammet av svake konjunkturer fra 2008. På lang sikt kan holdningsendringer ha spilt en rolle. Samtidig har vi trolig også sett en sterkere kohorteffekt blant kvinnene: Flere kvinner enn menn som nå er i 50- og 60-årene ble berørt av utdanningsekspløsjonen på 1970- og 1980-tallet.

Utviklingen i andelen sysselsatte i SSBs arbeidskraftsundersøkelse bekrefter den gode utviklingen for seniorene. I de eldste aldersgruppene har det de siste tolv årene vært en klar økning i sysselsettingsandelen. Dessuten har uføreandelene for denne gruppen blitt redusert gjennom flere år. Utviklingen for seniorene er til forskjell for en del yngre aldersgrupper lite påvirket av den kraftige arbeidsinnvandringen vi har hatt de senere årene.

¹¹ Indikatoren er ikke betinget på om man var i arbeid ved fylte 50 år. Den kan derfor bli påvirket av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

En rekke faktorer har bidratt til den positive utviklingen for seniorerne på arbeidsmarkedet. Det har vært en klar økning i utdanningsnivået, særlig blant kvinner. Insentivene i pensjonsreformen til å fortsette i arbeid ser også ut til å ha hatt en positiv effekt på sysselsettingen blant eldre. Dette gjelder spesielt de som har rett til AFP i privat sektor. Høy etterspørsel etter arbeidskraft en stor del av tidsperioden sammen med andre trekk ved arbeidslivet, næringsstruktur og bedret helse kan også ha vært viktig.

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

Utdypinger i rapporten

I denne rapporten er det tre utdypinger, og innholdet i disse gjengis kort nedenfor.

Betydningen av alderssammensetning og innvandring for bruk av helserelaterte ytelser

Siden 2001 har andelen eldre i arbeidsstyrken økt på grunn av store fødselskull i etterkrigsårene. Videre har kraftig innvandring siden 2004–2005 bidratt til sterk økning i befolkningen i yrkesaktiv alder og til å motvirke noe av aldringen ved at innvandrerne har lavere gjennomsnittsalder enn befolkningen forøvrig. Dette har påvirket den samlede andelen mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen. Arbeids- og velferdsdirektoratet har analysert utviklingen i antall og andelen mottakere av helserelaterte ytelser for henholdsvis *alle bosatte* og *norske statsborgere*. Analysen finner at norske statsborgere har en høyere samlet andel som mottar helserelaterte ytelser enn blant alle bosatte. Det er en nedgang i bruk av helserelaterte ytelser siden 2004 for gruppen *alle bosatte*, mens nivået for *norske statsborgere* er om lag uendret fra 2004 til 2012. Innvandringen ser altså ut til å ha bidratt til en nedgangen er større enn hva en kunne forventet uten innvandring. Videre har Arbeids- og velferdsdirektoratet beregnet andelen mottakere av helserelaterte ytelser med utgangspunkt i andelen uføre for hvert årskull, men med en gitt befolkning som holdes fast. Slike aldersjusterte andeler korrigerer for endringer i befolkningssammensetningen, og kan dermed si noe om utviklingen som skyldes andre forhold (regelverksendringer, strukturendringer, adferdsendringer mv.).

Mulige effekter av virkemidler i IA-samarbeidet

Faggruppen har vurdert at det er viktig å få mer kunnskap om effekter og kostnader ved virkemidler knyttet til IA-avtalen. På den bakgrunn finansierte Arbeidsdepartementet i april 2013 et forskermøte som skulle oppsummere kunnskapen på feltet i Norge og internasjonalt, samt peke på alternativer for å frambringe mer kunnskap. Forskermøtet er oppsummert i en rapport fra Folkehelseinstituttet som publiseres i juni 2013, og boks 3 i kapittel 5 gjengir noen hovedkonklusjoner fra denne rapporten.

Effekter av virkemiddelbruk – delmål 2

En del av faggruppens mandat er å vurdere konsekvensene av virkemidler knyttet til IA-målene. I denne delen gis det en oppsummering av kunnskap om effekter av de virkemidlene rettet mot delmål 2 som det er enighet om i IA-avtalen. Oppsummeringen er

basert på en litteraturstudie fra Proba samfunnsanalyse som ble gjennomført som ledd i arbeidet med NOU 2012:6 Arbeidsrettede tiltak (Brofossutvalget).

2. Innledning

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

Faggruppen har ansvar for å rapportere til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd om status og utviklingstrekk i forhold til IA-målene. Denne rapporten er faggruppens femte rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2013. Faggruppen presenterer i denne rapporten sesongjusterte sykefraværstall. Faggruppen har videre sett nærmere på betydningen av innvandring og demografiske endringer for utviklingen i antall mottakere av helserelaterte ytelser.

Faggruppen ledes av Arbeidsdepartementet. I faggruppen deltar arbeidsgiverorganisasjonene NHO, KS, Spekter, Virke og staten som arbeidsgiver ved Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet og arbeidstakerorganisasjonene ved LO, Unio, YS og Akademikerne. I tillegg deltar Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeidstilsynet og Finansdepartementet. I tillegg er Statistisk sentralbyrå tilknyttet faggruppen.

3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

I IA-avtalen av 24. februar 2010 heter det at IA-avtalens overordnede mål er:

Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Overordnet mål: mer inkluderende arbeidsliv

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

4.1 IA-avtalens mål

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

Presiseringer og problematiseringer

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

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

Boks 1 – Valg av indikatorer for et mer inkluderende arbeidsliv

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

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

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

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

arbeide mer enn de gjør i dag. Regneeksemplet gir likevel nyttig informasjon, jf. nærmere omtale i teksten senere.

Indikatoren kan imidlertid gi et feilaktig inntrykk av om arbeidslivet er mer inkluderende dersom nedgang i mottakere av helserelevante ytelser har sitt motstykke i at flere i stedet mottar sosialtrygd, arbeidsledighetstrygd eller på andre måter fortsetter å stå uønsket utenfor arbeidslivet.

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

4.2 Nærmere om utviklingen i sysselsettingen

Sysselsettingsandelen, definert som andelen av befolkningen i alderen fra og med 15 til og med 66 år som er sysselsatt, varierer over tid. Den kortsiktige fluktuationen henger sammen med økonomiske konjunkturer. Den langsiktige trenden skyldes endrede strukturer.

Sysselsettingsandelen er redusert fra 2001 til 2012 med 1,2 prosentpoeng, se tabell 1. I 2012 var nivået 2,6 prosentpoeng under det rekordhøye nivået i 2008.

Tabell 1 Sysselsatte som andel av befolkningen fra 15 til 66 år. Årsgjennomsnitt 2001–2012¹². Prosent.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Oppgangen i norsk økonomi de siste årene gjenspeiles blant annet med god vekst i sysselsettingen. Antall sysselsatte økte med 58 000 personer fra 2011 til 2012, etter en oppgang på 35 000 personer året før. Veksten var klart høyere i fjor enn i de tre foregående årene, og også høyere enn den gjennomsnittlige veksten fra 2003 til 2008. Ifølge tall fra det kvartalsvise nasjonalregnskapet (KNR) økte sysselsettingen gjennom hele fjoråret, men langsommere i andre halvår enn i første.

¹² I 2006 fant det sted en større omlegging av SSBs arbeidskraftsundersøkelse. Dette er det korrigerert for i tabellen slik at tallene før og etter 2006 er sammenliknbare. En mer detaljert alders- og kjønnsfordeling er med i sin helhet, finnes i vedlegg 3, tabell 14.

Endret alderssammensetning og befolkningsvekst bidrar isolert sett til nedgang i sysselsettingsandelen i IA-perioden, mens sysselsettingsvekst trekker andelen sysselsatte opp. I IA-perioden sett under ett er det blant menn under 55 år at sysselsettingsandelen har gått ned. Denne gruppen utgjør en stor andel av de sysselsatte, og bidrar til at den samlede sysselsettingen både for begge kjønn og for menn har gått ned i perioden. For kvinner var den samlede sysselsettingsandelen i 2012 på et litt høyere nivå enn 2001. Dette gjelder for alle aldersgrupper med unntak av aldersgruppen 15–24 år hvor sysselsettingsandelen har vært uendret i IA-perioden.

Det har gjennomgående vært god utvikling blant senioren i IA-perioden, der andelen i jobb økte med 4,2 prosentpoeng i alderen 55–61 år og 9,8 prosentpoeng i alderen 62–66 år. Med dagens befolkning i disse aldersgruppene som utgangspunkt, tilsvarer det en økning i antall sysselsatte på henholdsvis 15 000 og 33 000 personer. Andelen seniorer i jobb holdt seg godt oppe også i forbindelse med finanskrisen. Den gode utviklingen er reflektert i at andelen uførepensjonister de senere årene har gått ned i eldre aldersgrupper, særlig blant menn. Utviklingen for senioren er i liten grad påvirket av innvandringen, siden de aller fleste av innvandrerne er under 50 år. Av utenlandske statsborgere som kom til Norge i 2010, var bare 4 prosent mellom 50 og 65 år.

Sysselsettingsandelen har i IA-perioden gått mest ned i aldersgruppen 15–24 år (2,9 prosentpoeng), og særlig blant menn (5,7 prosentpoeng). Nedgangen har først og fremst skjedd etter finanskrisen i 2008. Nedgangen i denne perioden må i tillegg til økt arbeidsledighet ses i sammenheng med økt overgang til utdanning, at færre unge kombinerer studier med deltidsjobb og flere unge er registrert med nedsatt arbeidsevne. Samtidig har det gjennom 2000-tallet vært en økning i andelen unge uføretrygdede. Ved utgangen av 2012 var det i Arbeids- og velferdsetaten registrert 29 000 personer mellom 15 og 30 år som enten var helt arbeidsledige, eller var på ordinære tiltak. Videre var det nær 40 000 personer under 30 år som var registrert med nedsatt arbeidsevne.

I aldersgruppene 25–39 år og 40–54 år var andelen sysselsatte i 2012 hhv. 1,1 og 0,3 prosentpoeng lavere enn i 2001. Nedgangen har i sin helhet kommet blant menn (se tabell 12 i vedlegg 2). For kvinner er andelen i jobb økt med rundt 0,7 prosentpoeng i begge disse aldersgruppene, til tross for at det også for disse har vært klar nedgang i sysselsettingsandelen etter 2008.

Det er først og fremst i aldersgruppen 20–39 år, men i noen grad også blant 40–54-åringene, at det har vært betydelig befolkningstilvekst gjennom arbeidsinnvandring. Effekten på sysselsettingsandelen er imidlertid usikker.

4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelevante ytelsene

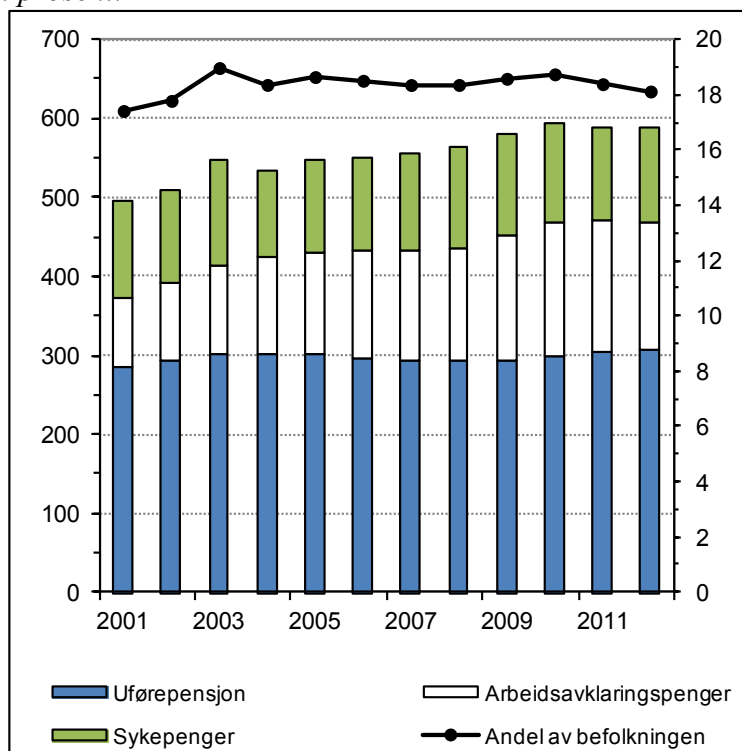
I dette avsnittet ser vi nærmere på utviklingen i de helserelevante ytelsene, og illustrerer dette med tre metoder for å måle utviklingen. Vi begynner med å presentere antall og andel mottakere av helserelevante ytelser justert for dobbelttelling. Videre presenterer vi et estimat på antall og andel tapte årsverk knyttet til mottak av helserelevante ytelser. Til slutt ser vi nærmere på hva endringer i alderssammensetningen og arbeidsinnvandringen har betydd for bruk av helserelevante ytelser. De ulike metodene som er benyttet presenteres nærmere under omtalene av de tre metodene.

Mottakere av helserelaterte ytelser

Figur 5 viser utviklingen i både antall personer som mottok helserelaterte ytelser fra 2001 til 2012 og som andel av befolkningen. Utviklingen i antallet mottakere av helserelaterte ytelser reflekterer ikke nødvendigvis utviklingen i antallet personer som står utenfor arbeidslivet. Mange av personene har tilknytning til arbeidslivet. Mottakere av sykepenger har (med svært få unntak) et arbeidsforhold. Mange har graderte ytelser og jobber samtidig deltid. Også personer som har fulle ytelser, for eksempel full uførepensjon og jobber opp til 1 G, kan ha delvis tilknytning til arbeidslivet. I figuren er det korrigert for at flere kan motta mer enn én ytelse samtidig, i motsetning til tallseriene som tradisjonelt har vært brukt. Se for øvrig nærmere drøfting av inkluderingsutfordringen i boks 1.

Antall mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen i alderen 18 til 66 år har økt fra 17,4 prosent i 2001 til 18,1 prosent i 2012. Antall mottakere av de helserelaterte ytelsene har økt fra i underkant av 500 000 i 2001 til om lag 590 000 i 2012. Antallet har økt i hele perioden, med unntak av en nedgang fra 2003 til 2004 og fra 2010 til 2011. Fra 2011 til 2012 har antallet vært om lag uendret, men antall mottakere som andel av befolkningen er redusert med 0,3 prosentpoeng det siste året.

Figur 5 Antall mottakere av sykepenger, arbeidsavklaringspenger¹³ og uførepensjon (venstre akse) og mottakere av disse ytelsene som andel av befolkningen mellom 18–66 år (høyre akse), justert for dobbelttelling. Tall ved utgangen av året 2001–2012. Antall i tusen. Andel i prosent.¹⁴



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

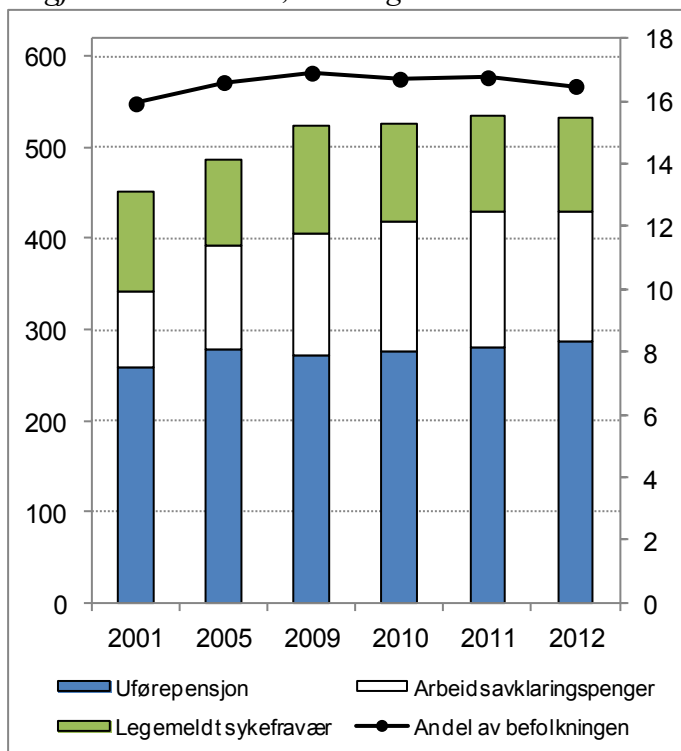
¹⁴ Foreløpige tall for 2012

Tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser

Mange som mottar helserelaterte ytelser har tilknytning til arbeidslivet. Dette er nærmere belyst i boks 4. Figur 5 tar hensyn til at mange mottakere av helserelaterte ytelser også er sysselsatt. Figuren viser et estimat på utviklingen i antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser beregnet av Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹⁵ Med tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser menes her hvor mange ekstra årsverk det ville utgjort dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, eller som mottok arbeidsavklaringspenger¹⁶ eller uførepensjon i stedet hadde arbeidet. De tapte årsverkene beregnes ved at det tas hensyn til hvor stor andel av en full ytelse hver person mottar, og hvor stor andel av året personen mottar denne ytelsen. Tallene gir mål på en teoretisk arbeidskraftsreserve, og må ikke tolkes som et mål om at alle skal i arbeid.

Sammenliknet med 2001 har antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser økt med om lag 81 000, eller 18 prosent. Antall årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser tilsvarte i 2012 16,5 prosent av befolkningen i alderen 18–66 år, se figur 6. Andelen mottakere blant befolkningen er redusert med 0,3 prosentpoeng fra 2011, mens det har vært en økning på 0,6 prosentpoeng fra 2001.

Figur 6 Estimat på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser (venstre akse) og som andel av befolkningen 18–66 år (høyre akse). Antall i tusen. Andel i prosent. Årsgjennomsnitt 2001, 2005 og 2009–2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

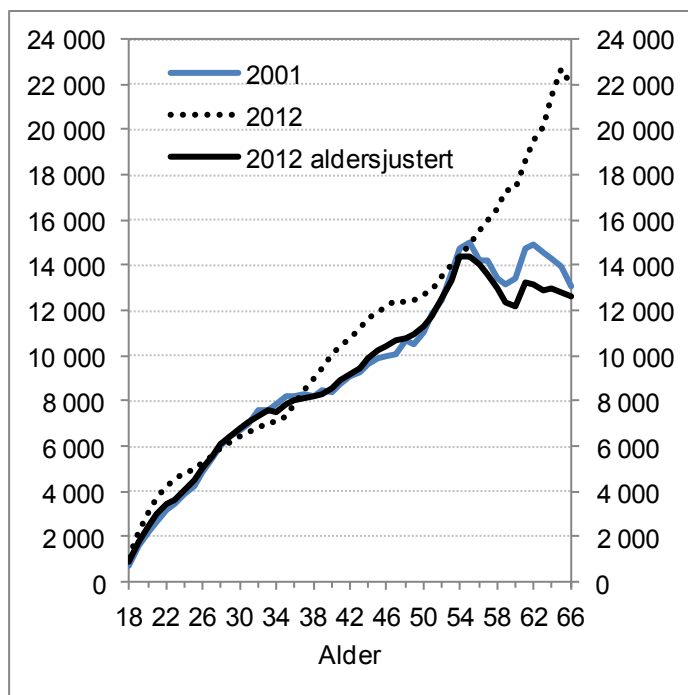
¹⁶ Gruppen med arbeidsavklaringspenger har endret seg i perioden. I 2001 består gruppen av mottakere av rehabiliteringspenger og attføringspenger. I 2005 og 2009 består gruppen av mottakere av tidsbegrenset uførestønad, rehabiliteringspenger og attføringspenger. I 2010 inneholder gruppen mottakere av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

I gjennomsnitt for 2012 gikk 533 000 årsverk ”tapt” knyttet til mottak av helse relaterte ytelser. Dette er en nedgang på om lag 2000 årsverk, eller 0,3 prosent, sammenliknet med 2011.

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

Den faktiske økningen i tapte årsverk må altså blant annet ses i sammenheng med at befolkningen i yrkesaktiv alder har blitt eldre. Dersom befolkningen ikke hadde endret seg fra 2001 til 2012, ville det vært en nedgang på om lag 8000 personer eller 1,8 prosent i tapte årsverk i denne perioden. Den faktiske utviklingen i aldersspesifikke rater er da lagt til grunn. Figur 7 viser dette alderstrinn for alderstrinn og det framgår at utviklingen varierer mellom aldersgruppene. Reduksjonen har særlig funnet sted blant befolkningen over 53 år, mens vi har sett en svak økning blant befolkningen mellom 18 og 31 år, og blant befolkningen mellom 40 og 50 år.

Figur 7 Estimat på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser i alderen 18–66 år. Faktiske tall for 2001 og 2012, og tall for 2012 aldersjustert med utgangspunkt i 2001-befolkningen.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Hva betyr endringer i alderssammensetning og arbeidsinnvandring for bruk av helserelaterte ytelser?¹⁷

I dette avsnittet ser vi nærmere på hva endringer i alders- og kjønnsammensetning og arbeidsinnvandring har betydd for utviklingen i bruk av helserelaterte ytelser i tidsperioden 1992–2012. Vi ser på antall personer ved utgangen av året på disse ytelsene, justert for dobbelttelling slik at personer med flere ytelser ikke blir talt to ganger. Tallene er ikke justert for gradering av ytelsen, noe som bidrar til at man overvurderer veksten, siden graderingsandelen har økt markert de senere årene. Det har heller ikke vært mulig å ta hensyn til om en person er sysselsatt eller ikke, men dette har først og fremst betydning for mottakere av sykepenger.

Hensikten med analysen er todelt:

- 1) en ønsker å se på om endringer i alders- og kjønnsammensetning har hatt betydning for utviklingen i bruk av helserelaterte ytelser, og
- 2) hvorvidt den sterke arbeidsinnvandringen en har hatt siden siste halvdel av 2000-tallet kan ha dempet en underliggende økende trend i bruk av helserelaterte ytelser i den øvrige befolkningen.

Mottak av helserelaterte ytelser varierer med alder og kjønn. Antall mottakere av helserelaterte ytelser må derfor ventes å variere ikke bare med befolkningens størrelse, men også som følge av endret befolkningssammensetning. Siden den første IA-avtalen ble signert i 2001 har den demografiske utviklingen bl.a. vært kjennetegnet av at andelen eldre har økt.¹⁸ I tillegg har en kraftig innvandring siden 2004–2005 bidratt til sterk økning i befolkningen i yrkesaktiv alder og til vridninger i alderssammensetningen. Innvandringen påvirker utviklingen i arbeidsliv/arbeidsmarked også gjennom at innvandrere kan ha annen trygdetilbøyelighet enn befolkningen for øvrig. En lavere trygdetilbøyelighet på kort sikt kan være knyttet til ulikheter i helse, normer og ulik grad av rettigheter og kunnskap om disse.

Hypotesen knyttet til det første punktet er at aldring av befolkningen kombinert med høyere bruk av helserelaterte ytelser blant seniorer enn blant yngre, har gitt økt bruk av helserelaterte ytelser. Hvis dette er tilfelle, ønsker vi å se på hvordan utviklingen har vært når vi alders- og kjønnsjusterer tallene.

Hypotesen knyttet til det andre punktet er at arbeidsinnvandringen består av unge friske personer, som også kan ha lavere trygdetilbøyelighet enn befolkningen forøvrig. Dette kan bidra til at andelen av befolkningen som mottar sykepenger, arbeidsavklaringspenger¹⁹ og uførepensjon er på et lavere nivå enn hvis vi ikke hadde hatt denne innvandringen.

I analysen ser vi derfor på utviklingen blant alle norske statsborgere (alders- og kjønnsjustert) spesielt for å se om arbeidsinnvandringen de siste årene kan ha kamouflert en underliggende økende trend i bruk av helserelaterte ytelser blant norske statsborgere.

Mottakere i perioden 1992–2012

I perioden fra 2001 til 2012 økte antall mottakere av helserelaterte ytelser fra 490 000 til 581 000, eller med 18,6 prosent, se tabell 14 i vedlegg 2. Antall mottakere som andel av

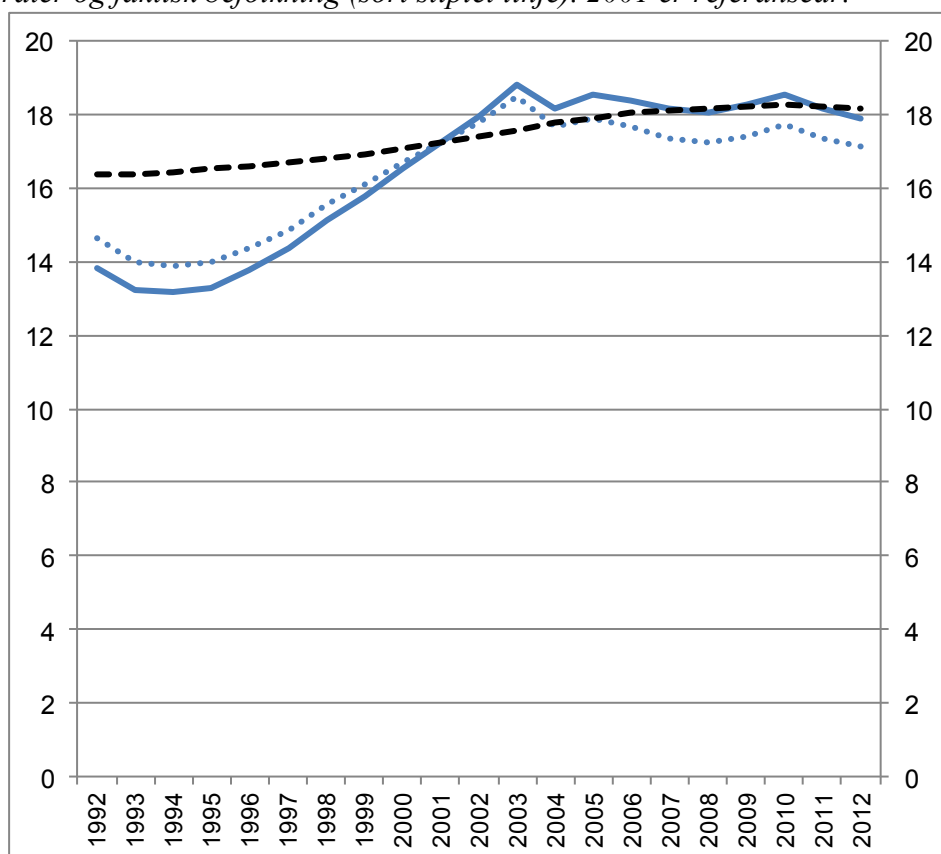
¹⁷ Dette avsnittet presenterer resultater fra en analyse utført av Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet vil publisere analysen i en artikkel i løpet av 2013.

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

¹⁹ I analysen er ytelsene som ble erstattet av arbeidsavklaringspenger i mars 2010 slått sammen og omtalt som arbeidsavklaringspenger. Dette gjelder rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring og tidsbegrenset uførestønad.

befolkningen økte i samme perioden fra 17,3 prosent til 17,9 prosent, eller med 3,7 prosent, jf. den heltrukne linjen i figur 8. Det fremgår at den sterkeste veksten i andelen av befolkningen fant sted i perioden 1996–2003. I 2004 var det en nedgang i andelen som skyldes en kraftig reduksjon i sykefraværet. Dette må ses i sammenheng med sykemeldingsreformene dette året, se nærmere omtale i kapittel 5. En utflating av uførepensjon, samt i ytelsene som var forløperne for arbeidsavklaringspenger inntraff også i siste halvår 2004. Det inntraff altså et tydelig trendskifte i 2004, med en nedgang og utflating av andelen av befolkningen som mottar helserelaterte ytelser.

Figur 8 Mottakere av helserelaterte ytelser 1992–2012 i prosent av befolkningen. Faktisk utvikling (heltrukken linje), med fast befolkning og faktiske rater (prikket linje) og med faste rater og faktisk befolkning (sort stiplet linje). 2001 er referanseår.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Andelen mottakere, justert for endringer i befolkningssammensetningen

Dersom vi holder befolkningen konstant slik den var i 2001, og kun lar ratene i hver aldersgruppe være slik de faktisk er, finner vi hvordan utviklingen kunne vært uten endringer i befolkningen. Vi ser det samme mønsteret i utviklingen i de faktiske tallene som i tallene som er justert for endringer i befolkningssammensetningen. Den kraftige nedgangen i 2004 skyldes altså ikke endringer i befolkningssammensetningen, siden vi ser det samme mønsteret når befolkningen holdes konstant.

Dersom vi holder ratene i hver ettårs aldersgruppe konstant slik de var i 2001, og kun lar befolkningen endre seg, finner vi hvordan utviklingen hadde vært dersom vi kun hadde endringer i befolkningen. Gitt den faktiske befolkningsutviklingen og konstante rater i hver ettårs aldersgruppe slik de var i 2001, ville andelen mottakere økt med 5,4 prosent fra 2001 til

2012 (se tabell 2). Imidlertid har den faktiske økningen i perioden vært lavere enn dette (3,7 prosent). Dette impliserer at befolkningsutviklingen isolert sett har bidratt til at andelen med helse relaterte ytelser har økt, og kan forklare mer enn hele veksten fra 2001 til 2012.

Tabell 2 Relativ (prosentvis) endring i antall mottakere av helse relaterte ytelser som andel av befolkningen. Faktisk utvikling, forventet utvikling med 2001-rater og faktisk befolkning, og utvikling justert for befolknings sammensetning.

	Faktisk utvikling
	2001–2012
Hele befolkningen	3,7 %
Norske statsborgere	10,3 %
	Forventet utvikling med faste rater (2001) og faktisk befolkning
	2001–2012
Hele befolkningen	5,4 %
Norske statsborgere	8,3 %
	Utvikling justert for befolknings sammensetning (dvs. endringer som skyldes strukturelle forhold og atferdsendringer) (Befolkningen holdes konstant =2001 befolkning. Kun ratene endres)
	2001–2012
Hele befolkningen	-0,8 %
Norske statsborgere	3,7 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Det framgår videre av tabell 2 at justert for endringer i befolknings sammensetningen har det vært en nedgang i andelen av befolkningen på helse relaterte ytelser fra 2001 til 2012 på 0,8 prosent. Strukturelle forhold og atferdsendring har altså bidratt til at vi har fått *lavere* bruk av helse relaterte ytelser enn vi ville ha hatt dersom alle aldersgrupper hadde benyttet helse relaterte ytelser som vi gjorde i 2001.

Befolkningsendringen bidrar til økt bruk av helse relaterte ytelser i hele perioden fra 1992 til 2010, jf. at den stiplede linjen i figur 8 stiger. Fram til 2004 vokser imidlertid andelen mottakere av helse relaterte ytelser langt sterkere enn det befolknings utviklingen skulle tilsi, mens dette ikke er tilfelle etter 2004.. Det ser ut til at befolknings utviklingen snudde i 2010, og at den deretter har bidratt til redusert bruk av helse relaterte ytelser.

For ytelsene sett hver for seg, er det kun uføreratene som har en tydelig aldersgradient, og det er kun her vi finner at alders sammensetningen trekker i retning av flere på ytelsen. For sykepenger og arbeidsavklaringspenger betyr alders sammensetningen lite, og trekker svakt i motsatt retning. Befolknings sammensetningen tilsier altså en økning i antall uføre, men en *reduksjon* i andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger og sykepenger.

Andelen mottakere, justert for endringer i befolknings sammensetningen. Norske statsborgere bosatt i Norge.

Innvandringen har de siste årene bidratt til at vi har fått en yngre befolkning enn vi ellers ville hatt. En stor andel av innvandringen er midlertidig bosatte, og det er usikkert hvor mange av

dem som vil bli boende i landet. I denne analysen har vi derfor sett på utviklingen for alle norske statsborgere²¹, en gruppe hvor de alle fleste sannsynligvis blir boende. Vi finner at denne gruppen har en høyere andel som mottar helserelaterte ytelser enn befolkningen samlet sett.

Forskjellen i utviklingen de siste årene skyldes bl.a. at for norske statsborgere trekker alderssammensetningen mer i retning av flere på helserelaterte ytelser. Fra 2004 til 2012 bidrar befolkningsveksten alene til en vekst på 4,9 prosent for norske statsborgere. For befolkningen sett under ett skulle befolkningssammensetningen tilsi en vekst på 2,1 prosent (se tabell 14 og tabell 15 i vedlegg 2). Både aldersfordelingen blant innvandrerne og at de har lavere trygdetilbøyelighet på kort sikt trekker i retning av at andelen mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen som helhet er lavere enn den ville vært uten den høye arbeidsinnvandringen de siste årene.

Siden 2004 har strukturelle endringene/atferdsendringer gitt en nedgang i de justerte ratene for hele befolkningen, mens det for norske statsborgere har vært en tilnærmet stabil utvikling. Dette kan skyldes lavere trygdetilbøyelighet på kort sikt blant innvandrere. Innvandringen bidrar dermed isolert sett til en nedgang i ratene for hele befolkningen, til tross for at utviklingen blant norske statsborgere er tilnærmet uendret fra 2004 til 2012.

4.4 Oppsummering

I 2012 var 74,4 prosent i alderen 15–66 år sysselsatt. Det var 1,2 prosentpoeng lavere enn i 2001. Sysselsettingsandelen ble redusert i de tre etterfølgende årene fra toppåret i 2008, men fra 2011 til 2012 gikk sysselsettingsandelen opp med 0,4 prosentpoeng.

Nedgangen i IA-perioden har vært størst blant unge, mens det har vært god økning blant seniorene, særlig i aldersgruppen 62–66 år. Utviklingen har gjennomgående vært svakere blant menn enn kvinner, med unntak for aldersgruppen 62–66.

Etter 2008 har svakere konjunkturer stått for en stor del av nedgangen i sysselsettingsandelen. Endret alderssammensetning har imidlertid også vært en viktig faktor bak nedgangen. Det isolerte bidraget siden 2001 fra endret alderssammensetning er beregnet til 1/6 prosentpoeng per år.

Høy innvandring siden 2004, men også i årene etter finanskrisen i 2008, har hatt mye å si for utviklingen på flere områder. Innvandringen påvirker både alderssammensetningen og sysselsettingsandelen innen hver aldersgruppe. Aldersfordelingen og lavere trygdetilbøyelighet på kort sikt blant innvandrere tilsier at andelen mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen er lavere enn den ville vært uten den høye arbeidsinnvandringen de siste årene.

I 2012 gikk 533 000 årsverk ”tapt” knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Tallene gir mål på teoretisk arbeidskraftsreserve og må ikke tolkes som at det er realistisk at alle kommer i arbeid eller kan jobbe mer enn de gjør i dag. Dette er en økning på 81 000 årsverk fra 2001, mens det er en reduksjon på 2000 årsverk fra 2012. Regnet som andel av befolkningen har omfanget økt fra 15,9 prosent i 2001 til 16,5 prosent i 2012. Fra 2011 til 2012 er antall tapte årsverk redusert med 0,3 prosent, og andelen av befolkningen er redusert med 0,3 prosentpoeng. Dersom man korrigerer for utviklingen i alderssammensetningen i

²¹ Dette inkluderer *alle* norske statsborgere ved utgangen av 2012, både norskfødte av norskfødte foreldre, norskfødte av innvandrede foreldre og innvandrere med norsk statsborgerskap.

befolkningen, har det siden 2001 vært en nedgang både i antall mottakere og som andel av befolkningen. Sterk innvandring har også påvirket utviklingen i denne perioden.

5. Delmål 1: nedgang i sykefraværet

Delmål 1 er en reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Utviklingen i sykefraværet måles ved sykefraværsprosenten (antall tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk). I første del av omtalen av delmål 1 ses det nærmere på sykefraværutviklingen det siste året. I den andre delen er fokuset på utviklingstrekk i sykefraværet over tid. Faggruppen ser særlig på utviklingen fra 2001 til i dag, dvs. siden den første IA-avtalen ble underskrevet. Her går det nærmere inn på utviklingen og forskjellen i sykefraværet mellom kjønnene og de ulike aldersgruppene, mellom fylker og næringer, og blant de ulike diagnosegruppene. Sykefraværstilfellenes varighet og bruk av gradert sykmelding omtales også. Videre er det i dette kapittelet en boks som oppsummerer resultatene fra et forskningsseminar om mulige effekter av tiltakene i IA-avtalen for delmål 1. Nytt i denne rapporten er at det presenteres sesongjusterte sykefraværstall.

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

I tidligere rapporter fra faggruppen er ujusterte sykefraværstall benyttet for å rapportere om sykefraværet. På grunn av store sesongmessige svingninger fra det ene kvartalet til det neste har det vært vanskelig å følge den løpende utviklingen kvartal for kvartal. I den grad det har eksistert årstall for sykefraværet, har faggruppen derfor benyttet disse når vi har sett på utviklingen i sykefraværet over tid. Dersom årstall ikke er tilgjengelig, har faggruppen sammenliknet et kvartal mot tilsvarende kvartal i et foregående år for å vurdere utviklingen i sykefraværet.

Siden sykefraværstatistikken for 2. kvartal 2012 ble publisert, har imidlertid Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet sesongjusterte sykefraværstall. Fordelen med sesongjusterte tall er at sesongvariasjonene mellom kvartalene fjernes, og at det dermed blir mulig å fange opp trendsifter i sykefraværet tidligere enn når man sammenlikner ujusterte tall med samme kvartal året før.

Foreløpig publiseres det kun sesongjusterte tall for totalt, legemeldt og egenmeldt fravær fordelt på kjønn. I de delene av rapporten hvor disse tallene omtales vil faggruppen omtale de sesongjusterte tallene. I de sesongjusterte tallene som presenteres i rapporten, er det også justert for svingninger i influensa²². Ettersom utbrudd av influensa kan variere relativt mye fra år til år og fra kvartal til kvartal, og dessuten påvirker sykefraværet nokså mye, gir influensajusterte tall en god beskrivelse av den underliggende utviklingen i fraværet.

Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet planlegger også å sesongjustere sykefraværstallene fordelt etter alder, næring og fylker. Disse tallene vil omtales i senere rapporter fra faggruppen så snart de foreligger. For disse tallene vil vi som i tidligere rapporter benytte årstall dersom dette eksisterer. Videre vil vi sammenlikne et kvartal mot tilsvarende kvartal i et foregående år for tallserier der det ikke eksisterer årstall.

Det totale sykefraværet består av legemeldt og egenmeldt fravær. På de områdene det finnes tall for totalt sykefravær, bruker faggruppen disse. Data om egenmeldt fravær innhentes i form av utvalgsundersøkelser, mens data om legemeldt fravær registreres hos Arbeids- og

²² Tallene vi bruker for det sesongjusterte fraværet er de samme tallene som SSB og Arbeids- og velferdsetaten på sine nettsider omtaler som ”sesong- og influensajusterte tall”

velferdsetaten på grunnlag av sykmeldinger. De fleste tallseriene som finnes for sykefravær, gjelder derfor legemeldt sykefravær. Det legemeldte fraværet utgjør om lag 85 prosent av det totale fraværet.

5.1 Sykefraværsutviklingen siste år

Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2012 6,6 prosent. Fraværet avtok de to første kvartalene i 2012, mens det økte de to siste kvartalene i 2012. Likevel er fraværet for 4. kvartal 2012 blant det laveste fraværet siden den første IA-avtalen ble signert i 2001. I løpet av 2012, nærmere bestemt i 2. kvartal 2012, var sykefraværet på det laveste nivået siden den første IA-avtalen ble signert. Fraværet var da på 6,4 prosent mot 7,2 prosent i 2. kvartal 2001. I 4. kvartal 2012 var fraværet 7,9 prosent lavere enn i 2. kvartal 2001. Sammenliknet med 4. kvartal 2011 er fraværet økt med 0,7 prosent.

Det totale sesongjusterte fraværet for menn var i 4. kvartal 2012 5,1 prosent, mens kvinners fravær var 8,5 prosent. Den relative forskjellen i sykefraværet mellom kjønnene har økt fra 2011 til 2012, og var i 4. kvartal 2012 66 prosent (3,4 prosentpoeng). Store kjønnsforskjeller i sykefraværet ser en også i andre land, se nærmere omtale under "Kjønn og alder" i avsnitt 5.2. Sammenliknet med 2. kvartal 2001 er menns fravær redusert med 13,6 prosent, mens kvinners fravær er redusert med 3,7 prosent. I løpet av 2012 var menns fravær på det laveste nivået siden den første IA-avtalen ble signert (dvs. i 2. kvartal 2012), mens kvinners fravær kun har vært lavere i en periode tidligere (fra 3. kvartal 2004 til 1. kvartal 2005). Sammenliknet med 4. kvartal 2011 er fraværet økt med 0,7 prosent for begge kjønn.

I 4. kvartal 2012 var det sesongjusterte *legemeldte* sykefraværet 5,6 prosent, mens det sesongjusterte *egenmeldte* fraværet var 1,0 prosent. Sammenliknet med 4. kvartal 2011 var det legemeldte fraværet uendret, mens det egenmeldte fraværet økte med 4,3 prosent.

Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag gir et uttrykk for omfanget av gradering. Jo lavere denne er, jo høyere er omfanget av gradering. I 4. kvartal 2012 var den sesongjusterte gjennomsnittlige sykmeldingsgraden for legemeldt fravær 83,6 prosent, mens tilsvarende tall for 4. kvartal 2011 var 82,6. Den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden avtok gjennom hele 2011 og i første halvår i 2012. De to siste kvartalene i 2012 økte imidlertid gjennomsnittlig sykmeldingsgrad. Gradert sykefravær omtales nærmere under avsnitt 5.2.

Utviklingen i sykefraværet fra et år til et annet kan forklares ved endringer i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad, antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk og gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene. Som omtalt ovenfor var det sesongjusterte legemeldte fraværet uendret fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012. Videre økte den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden med 1,3 prosent (fra 82,6 til 83,6 prosent), og bidro isolert sett til å øke det legemeldte fraværet med 1,3 prosent fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012. Når det legemeldte fraværet likevel var uendret i denne perioden, må antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk og gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene til sammen ha bidratt å redusere det legemeldte fraværet med 1,3 prosent.

Vi vet imidlertid ikke i hvilken grad hver av disse to komponentene bidro til å redusere fraværet. Dette skyldes blant annet at vi ikke kjenner varigheten av sykefraværstilfellene som pågikk ved utgangen av 2012. Vi har kun data over antall sykefraværstilfeller og gjennomsnittlig varighet for avsluttede tilfeller, mens sykefraværstatistikken gjelder alt fravær innen hvert kvartal uansett når hvert tilfelle startet eller sluttet. Data for varighet og antall tilfeller i 2011 og 2012 omtales i avsnittet nedenfor. Disse tallene kan ikke direkte

benyttes til å forklare utviklingen fra 4. kvartal 2011 til 4. kvartal 2012, men de viser at det har vært en nedgang i begge komponentene den siste tiden.

Utviklingen i varighet siste år

Tabell 3 nedenfor viser endringer i antall legemeldte sykefraværstilfeller og avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet fra 2011 til 2012 (statistikk for hele året). Fra 2011 til 2012 var det en reduksjon i antall legemeldte sykefraværstilfeller på 0,8 prosent. Videre var det en reduksjon på 0,9 prosent i antall avsluttede tilfeller. Dette innebærer en reell nedgang på 2–3 prosent, siden antall avtalte dagsverk økte i perioden. Blant de avsluttede tilfellene var det en reduksjon for alle varighetsgruppene unntatt for fravær innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager, hvor det var en svak økning. Varighetsgruppene over åtte uker hadde sterkest reduksjon. Dette innebærer at det har skjedd en vridning fra lengre til kortere fravær, og viser dermed at det har vært en nedgang i gjennomsnittlig varighet når vi sammenlikner sykefraværstilfeller som ble avsluttet i 2011 med tilfeller som ble avsluttet i 2012.

Tabell 3 Legemeldte sykefraværstilfeller og avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet. Antall og prosentvis endring. Årstall 2011–2012.

	2011	2012	Prosentvis endring 2011–2012
Tilfeller i alt (avsluttede og ikke avsluttede)	1 548 494	1 536 714	-0,8 %
Avsluttede tilfeller i alt	1 440 008	1 426 868	-0,9 %
Hvorav:			
1–16 dager	867 181	877 224	1,2 %
17 dager–8 uker	291 179	287 358	-1,3 %
8–12 uker	69 915	66 053	-5,5 %
12–26 uker	108 524	100 657	-7,2 %
26–52 uker	103 209	95 576	-7,4 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

5.2 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid

Hovedtrekk

Tabell 4 viser årstall for utviklingen i totalt og egenmeldt fravær fra 2001 til 2012, samt totalt fravær fordelt på kjønn. De tre siste årene har sykefraværet avtatt på årlig basis, og fra 2011 til 2012 avtok fraværet med 3,7 prosent. Sykefraværet var for 2012 som helhet 12,1 prosent lavere enn i 2001, og siden den første IA-avtalen ble signert i 2001 har det årlige fraværet aldri vært lavere enn i 2012.

Tabell 4 Totalt sykefravær etter kjønn og egenmeldt fravær i alt. Tapte dagsverk på grunn av sykefravær i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværersprosenten). Årstall 2001–2012.

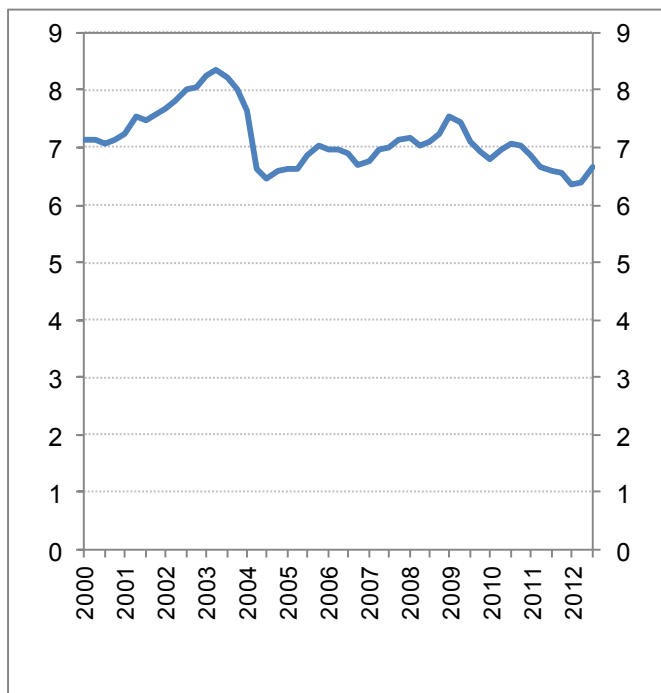
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totalt, Begge kjønn	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7,0	7,5	6,8	6,7	6,5
Totalt, Menn	6,1	6,4	6,8	5,8	5,4	5,6	5,5	5,6	6,1	5,4	5,3	5,0
Totalt, Kvinner	9,1	9,5	10,0	8,7	8,3	8,6	8,7	8,9	9,3	8,5	8,6	8,4
Egenmeldt, Begge kjønn	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Siden 2001 har det vært en økning i det egenmeldte fraværet, se tabell 4 ovenfor. I 2001 var det egenmeldte sykefraværet 0,8 prosent, mens det i 2012 var 1,0 prosent. Det er særlig i næringer dominert av offentlig sektor hvor veksten har vært tydelig. Dette kan være en indikasjon på at økt egenmeldingsperiode som følge av IA-avtalen har hatt betydning siden andelen med økt egenmeldingsperiode har økt mest i offentlig sektor.

Figur 9 viser utviklingen i det sesongjusterte totale sykefraværet fra 2. kvartal 2000 til 4. kvartal 2012. Det foreligger ikke statistikk for sykefraværersprosenten lenger tilbake enn til 2. kvartal 2000.

Figur 9 Totalt sykefravær. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ifølge tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for sykepengedager utover arbeidsgiver-finansiert periode pr. lønnstaker pr. år, var det en langvarig og kraftig økning i det totale sykefraværet fra midten av 1990-tallet og frem til 2003, se figur 17 i vedlegg 2. I perioden fra 2. kvartal 2000 til 3. kvartal 2003 økte det totale sykefraværet fra 7,1 til 8,4 prosent. Dette tilsvarer en økning på nær 17 prosent. Men fra 4. kvartal 2003 til 4. kvartal 2004 fant det sted en brå og markant nedgang, og det totale fraværet falt med nær 23 prosent i løpet av denne perioden. Det er flere forhold som kan ha påvirket utviklingen i sykefraværet i denne perioden. Endret regelverk knyttet til bedre oppfølging av de sykmeldte og strengere krav for å bli langtidssykmeldt i mer enn åtte uker, samt økt bruk av gradert sykemelding, er kanskje de viktigste årsakene til nedgangen i sykefraværet i perioden. Siden 2005 har sykefraværsprosenten vært noenlunde stabil dersom vi ser bort fra første halvdel av 2009 som var en spesiell tid. For en nærmere omtale av sykefraværet i 2009, se boks 2 i faggruppens rapport 2/2011.

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

Kjønn og alder

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn, og dette gjelder for alle aldersgruppene, se figur 18 og figur 19 i vedlegg 2. Sykefraværet for menn øker med økende alder, med unntak av for den eldste aldersgruppen (65–69 år) hvor sysselsettingen er lav. Kvinners fravær har ikke samme aldersmønster som hos menn, unntatt for de yngste og for aldersgruppene over 45 år. Kvinner mellom 25 og 44 år har høyere fravær enn de etterfølgende aldersgruppene. Mye av dette fraværet kan relateres til sykdom under svangerskap. Dersom man kun ser på ikke-graviders fravær vil likevel ikke dette forklare hvorfor kvinners fravær ikke øker med alder for alle aldersgrupper slik tilfellet er for menn. Ikke-gravide kvinner i alderen fra 35 til 44 år har eksempelvis høyere fravær enn de i alderen 45–49 år. Forskjellen mellom kvinner og menns fravær er størst i aldersgruppen 25–39 år.

Det totale sesongjusterte fraværet er fra 2. kvartal 2001 til 4. kvartal 2012 redusert med 13,6 prosent blant menn og 3,7 prosent blant kvinner. Det totale sesongjusterte fraværet kan ikke splittes opp etter alder. For å analysere utviklingen for de ulike aldersgruppene i perioden fra 2001 2012 må en derfor se på det ujusterte legemeldte fraværet. Fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2012 er det *legemeldte* sykefraværet blant menn redusert med 21,6 prosent, mens det for kvinner er redusert med 12,0 prosent, se figur 20 i vedlegg 2. I perioden har det vært en nedgang i fraværet i alle aldersgrupper for begge kjønn. Sykefraværet er sterkt redusert blant de eldste og yngste aldersgruppene. Særlig gjelder dette for menn. For disse gruppene er fraværet blant menn redusert med mer enn 30 prosent. Fraværet er redusert minst blant kvinner i alderen fra 25 til 44 år.

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

økt noe de siste årene. Reduksjonen i sykefraværet for de eldste aldersgruppene kan derfor kun i svært liten grad forklares av økt tilstrømming til AFP.

Ifølge statistikken var kvinners totale sesongjusterte sykefravær i 2. kvartal 2001 nær 50 prosent (2,9 prosentpoeng) høyere enn menns. Forskjellen har vært økende gjennom hele det siste tiåret, med unntak av i perioden etter finanskrisen da særlig fraværet for menn steg kraftig. I 4. kvartal 2012 var kvinners sykefravær 66 prosent (3,4 prosentpoeng) høyere enn menns. Dette innebærer at kvinners sykefravær relativt til menns i gjennomsnitt har økt med over ett prosentpoeng hvert år i perioden fra 2001 til 2012, se figur 21 i vedlegg 2. Dersom man ser på det trygdefinansierte sykefraværet²³, har forskjellene mellom menn og kvinners sykefravær også økt kraftig i perioden fra 1989 til 2001. Kjønnforskjellen varierer betydelig mellom ulike næringer, og i noen næringer er kjønnforskjellen redusert fra 2001 til 2012. Dette gjelder særlig innen næringene transport og lagring, informasjon og kommunikasjon og personlig tjenesteyting. Videre har det innen ulike næringer også vært svingninger i kjønnforskjellen gjennom perioden. Tabell 16 i vedlegg 2 viser utviklingen i kjønnforskjellen i det totale sykefraværet i de ulike næringene i perioden 2001 til 2012.

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

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

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

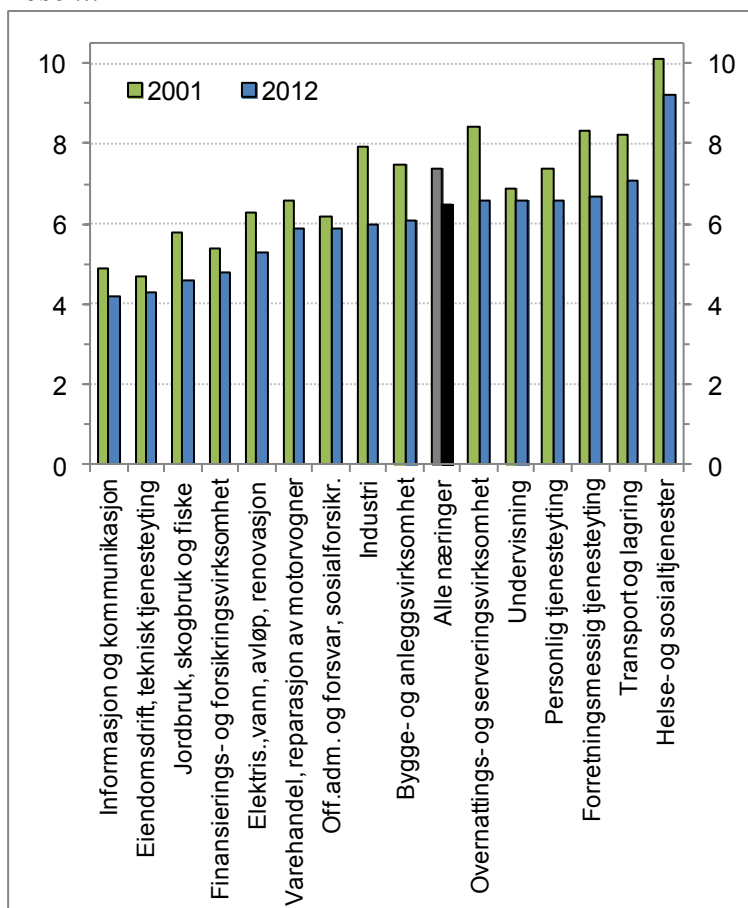
²³ Dvs. sykefravær over 16 dager.

denne ikke er godt nok forstått. For å forstå disse mente forskerne at man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen.²⁴

Sykefraværsutvikling i ulike næringer

Sykefraværet etter næring var i 2012 klart høyest innen ”helse og sosiale tjenester”. Denne næringen sysselsetter hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker, se tabell 17 i vedlegg 2. At fraværet er høyt i denne næringen kan skyldes både forhold i næringen og kjønnsforskjeller i sykefraværet. Almlid-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010: 13), konkluderer med at hovedforklaringen til det høye sykefraværet og den høye overgangen til andre helserelaterte trygdeytelser for helse- og omsorgssektoren er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenliknet med andre næringer. Selv om Almlid-utvalget peker på at kjønns sammensetningen er den viktigste forklaringen, peker også utvalget på at det er mye som tyder på at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Almlid-rapporten er nærmere omtalt i faggruppens rapport 1/2011.

Figur 10 Totalt sykefravær etter næring. Årstall basert på ujusterte tall, 2001 og 2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 10 viser sykefraværet i alle næringene i 2001 og 2012. Både i 2001 og 2012 var helse- og sosialtjenester næringen med klart høyest sykefravær. Sykefraværet var lavest innen ”informasjon og kommunikasjon” i 2012. I perioden fra 2001 til 2012 har den sterkeste

²⁴ Mykletun, A., & Vaage, K. (2012)

nedgangen i det totale sykefraværet funnet sted i industrien, innen overnattings- og serveringsvirksomhet og innen ”jordbruk, skogbruk og fiske”. I alle disse næringene er det totale fraværet redusert med over 20 prosent. Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen noe mindre, men også nær 20 prosent. I alle næringene ble det totale sykefraværet i denne perioden redusert, se figur 22 i vedlegg 2. Nedgangen var svakest i næringene ”undervisning” og ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring”.

Tabell 18 i vedlegg 2 viser årstall for sykefraværet for de ulike næringene i perioden 2001 til 2012. Sykefraværet var uendret fra 2011 til 2012 i næringene ”undervisning” og ”personlig tjenesteyting”, mens det avtok i alle de øvrige næringene i samme periode.

Figur 23 og figur 24 i vedlegget viser utviklingen i det totale sykefraværet fra 2001 til 2012 for de fem næringene som sysselsetter hhv. flest menn og kvinner. Det totale sykefraværet innen de enkelte næringene har i stor grad fulgt den generelle utviklingen, men endringene fra et år til et annet varierer mellom de ulike næringene. Videre ser vi at helse- og sosialtjenester er den næringen med høyest sykefravær blant kvinner, mens dette ikke er tilfelle blant menn.

Som det framgår av figur 10 er det store forskjeller i sykefraværnivå mellom næringer. Tilsvarende gjelder for yrker. Endringer i nærings- og yrkessammensetningen kan dermed i prinsippet påvirke endringer i sykefraværet. Videre kan sykefraværutviklingen innad i næringer være påvirket av strukturelle endringer i sysselsettingen som for eksempel alderssammensetning, kjønnsfordeling og utdanning. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at endringene i alders- og næringsstruktur i liten grad har påvirket det samlede sykefraværet i perioden fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009.

Fylkesvise forskjeller

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. De to nordligste fylkene og Østfold hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2012, mens Rogaland, Oslo og Sogn og Fjordane hadde det laveste fraværet. Se figur 25 i vedlegg 2 for tall for alle fylkene for 4. kvartal 2001 og 2012.

Det er også store fylkesvise forskjeller i endringen i det legemeldte sykefraværet fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2012, se figur 26 i vedlegg 2. I denne perioden avtok sykefraværet mest i Oslo (23 prosent), mens fraværet avtok med over 20 prosent også i Vest-Agder, Finnmark og Telemark. Nord-Trøndelag er fylket hvor fraværet er redusert minst i perioden. Her ble fraværet redusert med 6,2 prosent. Det er vanskelig å se noe klart mønster i utviklingen i det fylkesvise fraværet, og det er for de fleste fylker ingen klar sammenheng mellom nivået i 2001 og størrelsen på de fylkesvise endringene i perioden fra 2001 til 2012. Oslo er eksempelvis fylket med den høyeste nedgangen i legemeldt fravær i perioden, og var allerede i 2001 blant fylkene med lavest sykefravær.

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

Den ene undersøkelsen²⁵ så på varigheten av legemeldte sykefraværstilfeller etter fylke. Resultatene fra undersøkelsen viste at det er vesentlige forskjeller mellom fylkene både i

²⁵ Helde m.fl. (2010)

gjennomsnittlig varighet og median varighet, også når det kontrolleres for forskjeller i kjønns- og alderssammensetningen i fylket. Forskjellene ble ikke mindre selv om man så på enkelt-diagnoser. Undersøkelsen fant også at det er store forskjeller i andelen graderte sykefraværstilfeller mellom fylkene. Undersøkelsen pekte på at en mulig forklaring på forskjellene i sykmeldingspraksisen mellom fylkene kan være forskjeller i næringsfordelingen mellom fylkene.

Den andre undersøkelsen²⁶ fra Arbeids- og velferdsdirektoratet gikk et skritt dypere ned i materialet for å belyse om ulik næringsstruktur kunne forklare noe av de fylkesvise forskjellene i sykefraværet. I analysen ses det nærmere på i hvilken grad det også er fylkesvise forskjeller i varigheten blant sykmeldte med *samme* diagnose innen *samme* næring. Effektene av ulik næringsfordeling mellom fylkene ble dermed fjernet. Resultatene viste at forskjellene mellom fylkene faktisk ble større. Det ble også korrigert for forskjeller i alderssammensetning og kjønn i de ulike næringene i de ulike fylkene, men konklusjonene ble selv da ikke endret.

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

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

Diagnoser

Figur 27 i vedlegg 2 viser prosentvis fordeling av legemeldt sykefraværsdagsverk etter diagnose for 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Muskel- og skjelettlidelser er den klart største diagnosegruppen med i underkant av 40 prosent av sykefraværsdagsverkene. Den nest største diagnosegruppen er psykiske lidelser med nær 20 prosent av sykefraværsdagsverkene.

Generelt er diagnosesammensetningen relativt stabil fra ett år til et annet. Likevel har det i perioden fra 2001 til 2012 vært endringer i andelen med muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser og svangerskapssykdommer. I denne perioden avtok andelen sykefraværsdagsverk mest for muskel- og skjelettlidelser. Videre var økningen størst for diagnosegruppene lettere psykiske lidelser og svangerskapssykdommer. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

I perioden fra 2000 til 2011 økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser med 20 prosent. Ifølge en artikkel fra Arbeid og velferd²⁷ er det lite som tyder på at denne

²⁶ Helde m.fl. (2011)

²⁷ Brage m.fl. (2012)

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

Når det gjelder økningen for svangerskaps sykdommer, kan en medvirkende årsak være at legene har endret kodepraksis i perioden. I en artikkel i *Arbeid og velferd*²⁸ er det vist at andelen av sykmeldte gravide registrert med muskel- og skjelettlidelser ble omtrent halvert fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2006, samtidig som andelen med svangerskapslidelser økte kraftig. Dette kan ha sammenheng med at det fra 1. april 2002 ble mulig for virksomhetene å søke om refusjon av sykepenger i arbeidsgiverperioden for svangerskapsrelatert sykefravær.

Diagnosefordelingen kan måles både i form av tapte dagsverk og antall sykefraværstilfeller. Generelt vil diagnoser som vanligvis fører til kortvarig sykefravær (f.eks. sykdommer i luftveiene) utgjøre en større andel av sykefraværstilfellene enn av sykefraværsdagsverkene. Diagnoser som vanligvis fører til lengre sykefravær (f.eks. muskel- og skjelettlidelser) vil utgjøre en større andel av dagsverkene enn av tilfellene. Andelen med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er derfor noe lavere blant sykefraværstilfellene enn blant sykefraværsdagsverkene. Motsatt er også andelen med sykdommer i luftveiene mer enn dobbelt så høy for sykefraværstilfellene enn sykefraværsdagsverkene.

Sykefravær inndelt etter varighet

Tabell 5 viser legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2011 fordelt etter varighet, mens tabell 6 gir tilsvarende fordeling av legemeldte sykefraværsdagsverk. Varigheten er regnet i kalenderdager, og dermed ikke justert for stillingsandel eller sykmeldingsgrad. Tilsvarende tall for 2012 er klare om ett år, siden det er først da alle tilfellene påbegynt i 2012 vil være avsluttet og varigheten kan måles.

I 2011 var i overkant av 60 prosent av alle påbegynte sykefraværstilfeller innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager, se tabell 5. Videre ble over 80 prosent av tilfellene avsluttet innen åtte uker.

Totalt var det en nedgang på 3,3 prosent i antall sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2011 sammenliknet med 2001. Utviklingen blant de ulike varighetsgrupperingene har vært ulik denne perioden. Det er de korteste tilfellene (under åtte uker) og de lengste tilfellene (over 26 uker) som er redusert, mens antall tilfeller mellom åtte og 26 uker har økt, se tredje kolonne i tabell 5.

²⁸ Myklebø (2007)

Det normale er at antallet tilfeller øker over tid som følge av økt sysselsetting og dermed økning i antall avtalte dagsverk. I motsatt retning trekker utvidelsen av egenmeldingsperioden for IA-virksomheter som påvirker varighetsgruppen 1–16 dager. Andelen av tilfellene for varighetsgruppen for 1–16 dager kan også ha blitt redusert som følge av dette. I kolonnen lengst til høyre i tabell 5 er det søkt å ta hensyn til den økte sysselsettingen i perioden ved å beregne den prosentvise endringen fra 2001 til 2011 i antall tilfeller pr. arbeidstaker fra 2001 til 2011. Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2011, var det en nedgang i antall legemeldte sykefraværstilfeller på nær 15 prosent. Vi ser videre at antall sykefraværstilfeller under åtte uker og over 26 uker er redusert mest. Det har også vært en liten nedgang i antall sykefraværstilfeller mellom 8 og 12 uker, mens det har vært en svak økning i antall sykefraværstilfeller mellom 12 og 26 uker.

Tabell 5 Legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2011. Etter varighet.

	Antall tilfeller	Andel av tilfellene	Prosentvis endr. ant. tilfeller 2001–2011	Prosentvis endr. ant. tilfeller pr. arbeidstaker 2001–2011
I alt	1 264 454	100,0 %	-3,3 %	-14,6 %
1–16 dager	789 638	62,4 %	-7,0 %	-17,9 %
17 dager–8 uker	257 699	20,4 %	-0,1 %	-11,8 %
8–12 uker	58 123	4,6 %	11,7 %	-1,3 %
12–26 uker	82 573	6,5 %	16,4 %	2,8 %
26–52 uker	76 421	6,0 %	-1,8 %	-13,3 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Mens sykefraværstilfeller på inntil 16 dager sto for 62 prosent av alle tilfellene som ble påbegynt i 2011, utgjorde de kun snaut 14 prosent av de tapte dagsverkene som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2011, se tabell 6. Når man regner i dagsverk er det de lengre tilfellene som veier klart tyngst, og det samme gjelder for sykefraværsprosenten. Tilfeller på over et halvt år utgjorde 6 prosent av de påbegynte sykefraværstilfellene i 2011, men sto for 43 prosent av sykefraværtdagsverkene i disse tilfellene. Tilfeller over 8 uker utgjorde nær 70 prosent av dagsverkene, men kun drøye 17 prosent av tilfellene.

Tabell 6 Tapte dagsverk i legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2011. Etter varighet.

	Antall tapte dagsverk	Andel av tapte dagsverk	Prosentvis endring antall tapte dagsverk 2001–2011	Prosentvis endr. antall tapte dagsverk pr. arb.taker 2001–2011
I alt	24 873 575	100,0 %	-5,5 %	-16,5 %
1–16 dager	3 425 057	13,8 %	-9,9 %	-20,4 %
17 dager–8 uker	4 173 193	16,8 %	-8,4 %	-19,1 %
8–12 uker	1 902 615	7,6 %	-3,2 %	-14,5 %
12–26 uker	4 671 745	18,8 %	5,6 %	-6,7 %
26–52 uker	10 700 965	43,0 %	-7,4 %	-18,2 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

I perioden fra 2001 til 2011 ble tapte dagsverk redusert med 5,5 prosent, jf. tredje kolonne i tabell 6. Det var en nedgang for alle varighetsgrupper med unntak av varighetsgruppen 12–26 uker.

I likhet med for antall sykefraværstilfeller er det normale at antall tapte dagsverk øker som følge av økt sysselsetting, mens utvidet egenmeldingsperiode for IA-virksomheter trekker i motsatt retning. Utvidet egenmeldingsperiode kan også ha påvirket andelen tapte dagsverk under 16 dager. I kolonnen lengst til høyre i tabell 6 er det søkt å ta hensyn til den økte sysselsettingen i perioden ved å beregne den prosentvise endringen fra 2001 til 2011 i antall tapte dagsverk pr. arbeidstaker fra 2001 til 2011. Dersom man tar hensyn til at sysselsettingen økte fra 2001 til 2011, var det en nedgang i antall tapte dagsverk på 16,5 prosent. Fraværet ble redusert for alle varighetsgrupper, men det var tapte dagsverk under åtte uker og over 26 uker som ble redusert mest.

Dersom man ser på hele perioden fra 2001 til 2011, økte den gjennomsnittlige varigheten for legemeldte sykefraværstilfeller fra 38,2 dager til 39,8 dager, eller med 4,2 prosent.

I perioden 2001 til 2004 gikk om lag 60 000 personer ut sykepengeperioden. I perioden etter 2004 ble dette antallet kraftig redusert og lå på rundt 45 000 årlig. De to siste årene er antall personer som går ut sykepengeperioden ytterligere redusert, og i 2012 gikk i overkant av 40 000 personer ut sykepengeperioden. Hvis vi ser på andelen av de som mottar sykepenger som bruker opp sykepengerettighetene sine (samme år eller året etter), har denne andelen også avtatt i perioden. I perioden før 2004 lå denne andelen på om lag 14–15 prosent, mens den i perioden etter 2004 har ligget på om lag 11–12 prosent.

I boks 2 nedenfor omtales det nærmere om hvem av oss som utgjør sykefraværet.

Boks 2 Er det få personer som står for den største delen av sykefraværet?

I løpet av ett år har mellom 800 000 og 900 000 av om lag 2,4 millioner arbeidstakere et legemeldt sykefravær. Det er stor utskifting i hvem som bidrar til det legemeldte sykefraværet hvert år, og halvparten av de med legemeldt sykefravær var ikke sykmeldt året før. Av de om lag 1,3 millioner som hadde legemeldt sykefravær i 2010 og 2011, var i underkant av en tredel sykmeldt en periode begge år. Utskifting av individer må også bl.a. ses i sammenheng med at om lag 4 prosent av de som har legemeldt sykefravær ett år går ut sykepengeperioden og over på andre helserelaterte ytelser²⁹.

Vi vet at sykefraværet varierer med alder, og kan påvirkes av ulike livsfaser. De som har lange sykefravær bidrar naturlig nok mye til sykefraværet i den perioden de er sykmeldt. Selv om det er stor utskifting av hvilke individer som står for sykefraværet kan det være fellestrekk som karakteriserer de som står for den største delen av sykefraværet. Vi vet blant annet at det er flere kvinner enn menn som er sykmeldt, at eldre aldersgrupper i hovedsak har høyere sykefravær enn yngre aldersgrupper, og at sykefraværet varierer mellom ulike næringer og yrker. Det er utover dette vanskelig å identifisere noen felles kjennetegn for hvem som står for mye av fraværet.

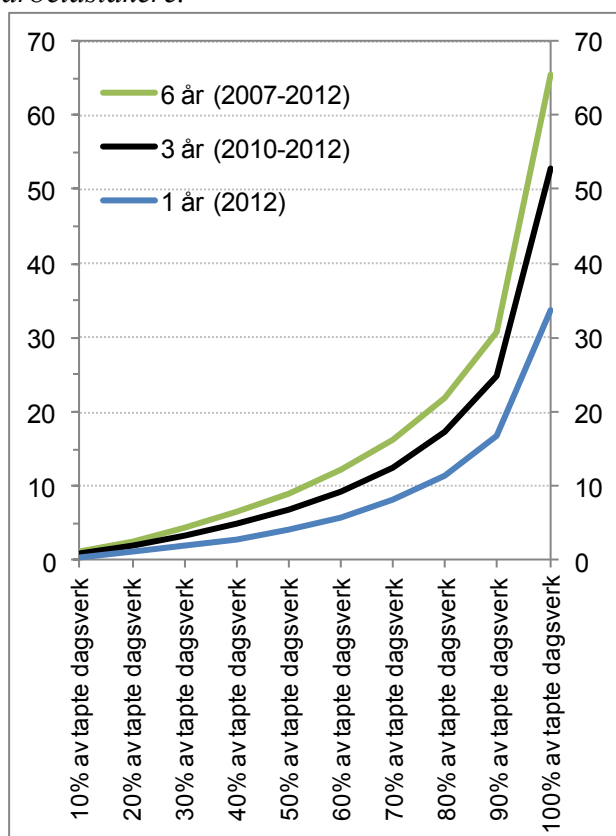
I løpet av ett år står om lag 11 prosent av arbeidstakerne for 80 prosent av de tapte dagsverkene. Dette kan tolkes som at det er en liten del av befolkningen som har betydning for sykefraværet, og at tiltak må rettes spesielt mot denne gruppen. Imidlertid er det en betydelig utskifting i hvem som har høyt sykefravær fra år til år, og hvor stor andel av befolkningen som står for majoriteten av sykefraværet avhenger derfor av hvilken tidshorisont

²⁹ Handal (2010)

man legger til grunn. Ser man på en periode på tre eller seks år er det hhv. 17 og 25 prosent av arbeidstakerne som står for 80 prosent av fraværet, jf. figur 11 nedenfor.

Man kan også snu litt på det og se på hvor stor andel av arbeidstakerne som har legemeldt sykefravær uansett varighet. I løpet av seks år er det nesten 70 prosent som har hatt legemeldt sykefravær minst en gang, og i løpet av tre år er det tilsvarende tallet 55 prosent. Hvert år er det 33 prosent av arbeidstakerne som har hatt minst ett legemeldt fravær. Figur 11 nedenfor illustrerer dette.

Figur 11 Hvor stor andel av arbeidstakerne står for det legemeldte sykefraværet? Fordeling av tapte legemeldte sykefraværsdagsverk for ulike tidsperioder. Prosent av sysselsatte arbeidstakere.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tallene det er referert til ovenfor gjelder kun legemeldt fravær siden det kun er denne type fravær vi har statistikk for varighet, antall personer og hvor vi har mulighet til å identifisere personene. Når vi ser på det samlede sykefraværet, utgjør det egenmeldte fraværet en betydelig andel av det totale fraværet, om lag 15 prosent. Det egenmeldte fraværet gjelder fravær opptil åtte dager for IA-virksomheter, og inntil tre dager for øvrige virksomheter. De fleste fravær er korte. Selv om hvert av fraværene er korte har korttidsfraværet stor betydning for det samlede sykefraværet. Det egen- og legemeldte fraværet med varighet på inntil 16 dager bidrar med i underkant av 30 prosent av de tapte dagsverkene årlig³⁰. Fravær med inntil åtte ukers varighet bidrar med i overkant av 40 prosent av de tapte dagsverkene.

Bruk av gradert sykmelding

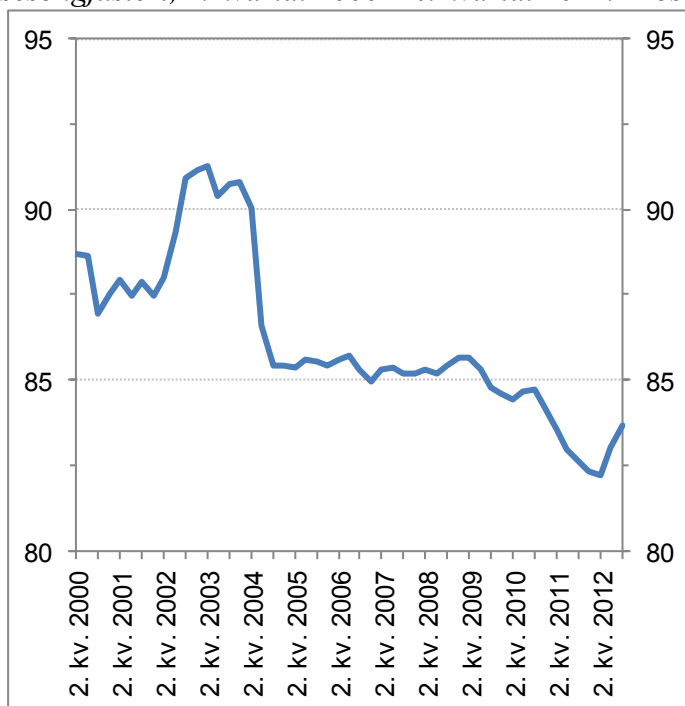
³⁰ Dette må ikke forveksles med hvor stor andel arbeidsgiver finansierer i arbeidsgiverperioden på 16 dager. Arbeidsgiver finansierer i tillegg sykefravær med varighet over 16 dager, men da kun for de første 16 dagene.

Siden 2009 har det vært en utvikling i retning av økt andel graderte sykefraværstilfeller, se figur 28 i vedlegg 2 og figur 12 nedenfor. Et av forslagene fra den regjeringsoppnevnte faglige ekspertgruppen som i 2009–2010 vurderte mulige administrative tiltak som kunne redusere sykefraværet var å bidra til økt bruk av gradert sykmelding. Forslaget ble begrunnet med at det bl.a. vil virke forebyggende mot varig utstøting fra arbeidslivet. Mulige effekter av bruk av gradert sykmelding er omtalt i boks 2 og i faggruppens rapport fra 2012.

Figur 28 i vedlegg 2 viser utviklingen i andelen legemeldte sykefraværstilfeller som er graderte. I 2012 som helhet fortsatte økningen i omfanget av gradert sykmelding. Dersom man sammenlikner med samme kvartal året før, avtok imidlertid økningen i 3. kvartal, mens omfanget ble redusert i 4. kvartal. En svakhet ved å måle bruken av gradert sykmelding på denne måten, er at den ikke tar hensyn til om det er de korte eller lange tilfellene som oftest er graderte. Videre vil denne indikatoren i perioder med for eksempel mye influensa – alt annet likt – vise at andelen graderinger har gått ned siden influensa svært sjelden graderes. Andre svakheter ved metoden er at den ikke fanger opp om det er forskyvninger mellom antall korte og lange tilfeller, hvor lenge de ”graderte” tilfellene faktisk er graderte og at sykefraværstilfeller som går over flere kvartaler telles med flere ganger. Siden de lange fraværene ofte er graderte blir nivået på indikatoren overvurdert. Indikatoren sier heller ikke noe om hvilken gradering som blir brukt, kun om fraværet er gradert eller ikke. Denne metoden glatter heller ikke ut sesongvariasjoner siden den er basert på ujusterte serier.

Et alternativt mål på gradering som delvis fanger opp disse faktorene er indikatoren gjennomsnittlig sykmeldingsgrad for det totale sesongjusterte fraværet, regnet i gjennomsnitt for hver tapte arbeidsdag. Dette målet på gradering er mindre påvirket av de normale svingningene i sykefraværet og endringer i antall sykefraværstilfeller. Utviklingen i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er illustrert i figur 12 nedenfor. Jo lavere denne indikatoren er, jo mer er sykefraværet gradert.

Figur 12 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapte arbeidsdag. Legemeldt sykefravær sesongjustert, 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figuren illustrerer at det har vært en økt bruk av gradering fra andre halvdel av 2009 frem til 2. kvartal 2012. De to siste kvartalene i 2012 har det vært en økning i den gjennomsnittlige sykmeldingsgraden. Figuren viser videre at nedgangen fra 2009 til 2012 er mindre nå enn i perioden fra 2003 til 2005.

Både Arbeids- og velferdsdirektoratet³¹ og Sintef³² har foretatt brede gjennomganger av bruk av gradert sykefravær. Funnene fra disse analysene er gjengitt i faggruppens rapport 2/2011 og i faggruppens rapport fra 2012. I korte trekk viser disse gjennomgangene at omfanget av gradering øker med lengden av sykefraværet, og at det er størst omfang av gradering blant kvinner, blant gravide, blant høyt utdannede og blant ansatte i offentlig sektor.

Fravær etter sektor

Arbeids- og velferdsdirektoratet publiserer tall for sykefraværet for ulike sektorer. I tillegg eksisterer egen statistikk fra enkelte tariffområder. Faggruppen har sett behov for å se disse tallene i sammenheng, og tallene presenteres derfor ikke i denne rapporten. Om og i hvilken form tall fra de ulike tariffområdene skal formidles i faggruppens rapport, vil faggruppen se nærmere på.

Sykefraværsutvikling for virksomheter og prioriterte IA-virksomheter

Faggruppen er bedt om å rapportere på sykefraværsutviklingen for virksomheter og prioriterte IA-virksomheter. Det er imidlertid knyttet store utfordringer ved å måle utviklingen i sykefraværet for IA-virksomheter som følge av seleksjon i utvalgene som må analyseres. Derfor er det vanskelig for faggruppen å rapportere på dette punktet. Utviklingen i sykefravær fordelt på næringer, for virksomheter samlet, er presentert tidligere i kapittelet. I forrige evaluering av IA-avtalen, ble spørsmålet om sykefraværsutviklingen i IA-virksomheter berørt. I juni 2013 vil det komme en ny evaluering av IA-avtalen for perioden 2010–2013.

Boks 3 Mulige effekter av tiltak knyttet til IA-avtalen

Faggruppen har vurdert at det er viktig å få mer kunnskap om effekter og kostnader ved virkemidler knyttet til IA-avtalen. På den bakgrunn finansierte Arbeidsdepartementet i april 2013 et forskermøte som skulle oppsummere kunnskapen på feltet i Norge og internasjonalt, samt peke på alternativer for å frambringe mer kunnskap.

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

- Møtet konkluderte med at det er solid dokumentasjon for at økt bruk av gradert sykefravær fører til redusert sykefravær og lavere risiko for utstøtning fra arbeidsmarkedet. Det var imidlertid mer usikkerhet i møtet om hvor sterk denne effekten av gradert sykefravær på det totale sykefraværet er.
- Det er generelt lite kunnskap om uønskede effekter av gradert sykmelding. Kostnader og gevinster for bedriftene er generelt ukjente, men må sees i sammenheng med kostnader og gevinster for samfunnet og for den enkelte sykmeldte.

³¹ Brage m.fl. (2011)

³² Ose m.fl. (2012)

- Når det gjelder andre sentrale tiltak, som tiltak rettet mot sykmelder, tilretteleggingstilskuddet, tjenester fra NAV arbeidslivssenter, Raskere tilbake og oppfølgingsregimet for sykmeldte (herunder oppfølgingsplan, dialogmøter og sanksjoner) finnes det lite kunnskap om effekter.
- Det er gode forutsetninger for effektevaluering av tiltak i IA avtalen i Norge. Det finnes gode registerdata, disse kan kobles, og det finnes kompetente forskningsmiljø og relevante forskningsprogram. Likevel er det påfallende lite kunnskap om effekten av tiltakene i IA avtalen.

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

5.3 Måloppnåelse

Det totale sesongjusterte sykefraværet var i 4. kvartal 2012 6,6 prosent. De sesongjusterte tallene viser at fraværet avtok de to første kvartalene i 2012, mens fraværet økte de to siste kvartalene i 2012. Samtidig var det en økning i omfanget av gradert sykmelding de to første kvartalene, men en nedgang i de to siste kvartalene i 2012.

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i forhold til 2. kvartal 2001. Sykefraværet kan svinge mye fra kvartal til kvartal, bl.a. som følge av sesongsvingninger. Derfor er det ved vurderingen av måloppnåelsen naturlig å legge vekt på sesongjusterte tall for sykefraværet. I 4. kvartal 2012 var det totale sesongjusterte sykefraværet redusert med 7,9 prosent sammenliknet med 2. kvartal 2001. Dersom en vurderer utviklingen over flere år kan en også se på årsgjennomsnitt. Det totale gjennomsnittlige sykefraværet i 2012 var 12,1 prosent lavere enn i 2001.

Generelt har det vært en nedgang i sykefraværet fra 2001 til 2012 for begge kjønn, alle aldersgrupper, næringer og fylker. Imidlertid er nedgangen ujevnt fordelt: Siden 2. kvartal 2001 har nedgangen i det sesongjusterte totale fraværet vært sterkere for menn (-13,6 prosent) enn for kvinner (-3,7 prosent). Videre er det legemeldte ujusterte fraværet redusert mest for de yngste (16–24 år) og de eldste aldersgruppene (60–69 år). For disse aldersgruppene har nedgangen i det legemeldte fraværet vært mellom 25 og 35 prosent fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2012. I denne perioden har nedgangen i fraværet vært klart lavest blant kvinner i alderen 25 til 44 år. Det er videre store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen industrien, overnattings- og serveringsvirksomhet og ”jordbruk, skogbruk og fiske” har det vært nedgang i det årlige totale sykefraværet på over 20 prosent fra 2001 til 2012. Innen forretningsmessig tjenesteyting og bygge- og anleggsvirksomhet var nedgangen noe mindre, men også nær 20 prosent. Næringene undervisning og ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” har hatt den laveste nedgangen i perioden (om lag 4,5 prosent). I fire av landets fylker (Oslo, Vest-Agder, Finnmark og Telemark) har det vært en nedgang i det ujusterte legemeldte fraværet på over 20 prosent fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2012. Blant fylkene er det Nord-Trøndelag som har hatt den laveste nedgangen (om lag 6 prosent).

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

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

Det er et begrenset tallmateriale til rådighet for analyse av måloppnåelsen knyttet til delmål 2. Tilgjengelig statistikk omfatter tilleggsundersøkelsen til arbeidskraftundersøkelsen fra 2. kvartal 2012, uføretall ved utgangen av desember 2012, utviklingen i antall personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk og andelen som går fra henholdsvis sykefravær til arbeid og fra trygd til arbeid.

Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse har opplysninger om antall funksjonshemmede som oppgir at de er sysselsatte. Disse tallene benyttes i faggruppens rapport for å beskrive utviklingen over tid i yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Undersøkelsen gjennomføres en gang årlig, og i denne rapporten presenteres tall for undersøkelsen fra 2. kvartal 2012.

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

6.1 Innledning

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

6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne

Statistisk sentralbyrås statistikk over funksjonshemmede

Årlig gjennomfører SSB en tilleggsundersøkelse til arbeidskraftundersøkelsen (AKU) om situasjonen til funksjonshemmede i arbeidsmarkedet. Tallene fra undersøkelsen er subjektive vurderinger fra den enkelte om eventuell funksjonshemming. Tallene gir et bilde av hvor mange som anser at de har en funksjonshemming, men sier ingen ting om hvorvidt funksjonshemmingen er så alvorlig at personene har krav på en eller flere ytelser som følge av funksjonshemmingen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk over personer med nedsatt arbeidsevne

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

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

Sammenholding av de to begrepene

Som følge av at SSB og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeider statistikk for til dels ulike grupper med redusert funksjonsevne, vil tallene fra de to institusjonene ikke være sammenlignbare. SSBs tall rapporterer om selvrapportert funksjonshemming uavhengig av om man mottar en ytelse eller ikke, mens Arbeids- og velferdsdirektoratets tall baserer seg på registrert statistikk over personer med krav om bistand. Eksempelvis vil en person i SSBs statistikk som er funksjonshemmet, ikke finnes igjen hos Arbeids- og velferdsdirektoratet dersom vedkommende ikke fyller kravene til de ulike stønadene. Videre vil en som er registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsdirektoratet som følge av arbeidsrettet bistand, men som ikke selv vurderer seg som funksjonshemmet, ikke være å finne i SSBs statistikk.

Mulig arbeidskraftspotensial blant personer med redusert funksjonsevne

I kapittel 4 viste vi at omtrent 533 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i 2012. Denne størrelsen er ikke det samme som arbeidskraftspotensialet i gruppen med redusert funksjonsevne. Størrelsen på det urealiserte arbeidskraftspotensialet blant personer med redusert funksjonsevne er ikke triviell å anslå. Det vil komme an på tidsperspektivet som legges til grunn, og det vil være avhengig av politikken og rammebetingelsene gruppen stilles overfor. Under følger omtale av henholdsvis SSBs tilleggsundersøkelse og Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk som kan belyse potensialet:

Ifølge SSBs undersøkelse i 2012 var det 27 prosent av de ikke-sysselsatte funksjonshemmede, 84 000 personer, som oppga at de ønsket å komme i jobb. Bare et mindretall av disse, 17 prosent (14 000 personer), var reell arbeidskraft ved at de tilfredstilte kravene for å bli definert som arbeidsledige. Ifølge offisielle definisjoner fra ILO og Eurostat representerer en ikke reell arbeidskraft før en *både* er tilgjengelig og aktiv arbeidssøker. Halvparten av de funksjonshemmede jobber deltid, mot en fjerdedel blant alle sysselsatte.

Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk var det i april 2013 registrert om lag 212 000 personer med nedsatt arbeidsevne. En undersøkelse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (Bråthen & Vetvik 2011) blant personer registrert med nedsatt arbeidsevne i 2. kvartal 2010, viser at seks av ti enten ønsket å komme i jobb eller hadde arbeidstilknytning. Tallene kan indikere at arbeidskraftspotensialet blant de med nedsatt arbeidsevne kan være nær 130 000 personer. Noen av disse er imidlertid i en deltidsstilling, og betingelsen om å være aktiv jobbsøker er ikke lagt til. Det reelle arbeidskraftspotensialet er sannsynligvis dermed lavere. Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2012 indikerer at drøyt 40 prosent av personene med avgang fra status som nedsatt arbeidsevne er i jobb seks måneder senere.

6.3 Utviklingen i sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne

Sysselsetting blant funksjonshemmede

SSB har siden 2002 gjennomført en årlig tilleggsundersøkelse i AKU om funksjonshemmede. Dette er en utvalgsundersøkelse basert på et relativt lite utvalg, og undersøkelsen har dermed nokså store standardavvik. Mens 24 000 personer intervjues i den ordinære AKU, rettes spørsmål om funksjonshemming til om lag halvparten, om lag 12 000 personer. I 2012-undersøkelsen har usikkerheten økt ytterligere på grunn av høyt frafall. Undersøkelsen gjennomføres en gang årlig, og nedenfor presenteres tall fra undersøkelsen fra 2. kvartal 2012.

Andelen av befolkningen som oppgir å være funksjonshemmet

I 2. kvartal 2012 oppga 15 prosent i aldersgruppen 15–66 år at de var funksjonshemmet. Oppblåst til hele befolkningen tilsvarer dette 521 000 personer. Andelen er ikke mye endret fra den første undersøkelsen i 2002 og variasjonene over tid er innenfor feilmarginene.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede

Personer med funksjonshemming har lavere sysselsettingsrate (41 prosent) enn befolkningen i alt (75 prosent). Forskjellen har ikke endret seg signifikant i perioden fra 2002 til 2012. Den lave sysselsettingsraten må ses i sammenheng med at en stor andel av de funksjonshemmede (41 prosent) mottar uførepensjon. Sysselsettingsandelen blant funksjonshemmede er stabil over aldersgrupper (40–50 prosent), men faller sterkt ved 60 år. Andelen sysselsatte som jobber deltid er langt høyere blant funksjonshemmede (47 prosent) enn blant alle sysselsatte (26 prosent).

Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede

Ifølge offisielle definisjoner³³ har ikke funksjonshemmede større ledighetsproblemer enn befolkningen ellers. Ledighetsprosenten i 2012 var 2,6 prosent både for funksjonshemmede og i befolkningen i alt. De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som ønsker arbeid,

³³ I AKU defineres arbeidsledige som personer uten inntektsgivende arbeid som forsøkte å skaffe seg slikt arbeid i løpet av de siste fire ukene, og som kunne ha påtatt seg arbeid i løpet av referanseuken eller de to påfølgende ukene. Arbeidsledigheten regnes i prosent av arbeidsstyrken.

tilfredsstillende ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. Enten søker de ikke jobb aktivt, eller de er ikke tilgjengelige for arbeid på kort sikt. Om lag én av fire av de funksjonshemmede som ikke er sysselsatt, oppgir at de ønsker arbeid, mens tre av fire oppgir at de ikke ønsker arbeid. Andelen som ønsker arbeid avtar med alder. Funksjonshemmede som mottar uførepensjon er gjennomgående mindre interessert i å komme i jobb sammenliknet med funksjonshemmede som mottar andre ytelser (herunder arbeidsavklaringspenger).

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

Mottak av stønader blant funksjonshemmede

Nær to tredjedeler av de funksjonshemmede mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er uførepensjon (63 prosent av alle stønadstilfellene) og arbeidsavklaringspenger (24 prosent av alle stønadstilfellene). Disse utgjør til sammen nær 90 prosent av tilfellene. Blant sysselsatte med funksjonshemminger er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men fortsatt vesentlig, 38 prosent.

Tilpasninger på arbeidsplassen

Vel halvparten av de sysselsatte med funksjonshemming oppgir at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Av de som har fått tilpasninger på arbeidsplassen, oppgir 85 prosent at det ikke er behov for ytterligere tilpasninger. 15 prosent oppgir at det er behov for ytterligere tilrettelegging.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede påvirkes lite av konjunktorene

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

Overganger til og fra statusen "funksjonshemmet"

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

Om lag en tredel av de som oppgir å være funksjonshemmet i ett kvartal, oppgir at de ikke oppfatter seg som funksjonshemmet samme kvartal året etter. En tredel blir altså "friske" fra det ene året til det neste.

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

Tabell 7 Personer i alt, sysselsatte og ikke-sysselsatte 15–66 år som anser at de har en funksjonshemming, fordelt etter mottak av stønader. 2. kvartal 2012. Antall i tusen.

	Personer i alt	Sysselsatte	Ikke-sysselsatte
I alt	521	214	307
Mottar ingen stønad	177	131	46
Mottar en eller flere stønader	343	82	261
Uførepensjon	215	40	175
Grunnstønad eller hjelpestønad	14	4	10
Arbeidsavklaringspenger	82	20	62
Sykepenger	21	14	7
Økonomiske ytelser fra privat hold	7	2	5
Annet ³⁴	16	5	11
Uoppgitt	2	-	-

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personer med nedsatt arbeidsevne

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

Gruppen av personer med nedsatt arbeidsevne består hovedsakelig av personer som mottar arbeidsavklaringspenger. I tillegg er det en del som mottar uførepensjon. Over ti prosent mottar andre ytelser ("Annet" i tabellen) som for eksempel sykepenger, kvalifiseringsstønad, sosialstønad, individstønad og personer som søker om en ytelse, se tabell 8.

Tabell 8 Andel personer med nedsatt arbeidsevne etter ytelse. Desember 2012.

	Andel
Antall med nedsatt arbeidsevne i alt	100 %
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	76 %
AAP/Uførepensjon	2 %
Uførepensjon	12 %
Lønnstilskudd	1 %
Annet	9 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

³⁴ Inkluderer mottakere av andre ytelser som for eksempel kvalifiseringsstønad, sosialstønad, individstønad og personer som søker om en ytelse.

Ved utgangen av april 2013 var i underkant av 212 000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette er en økning på om lag 12 900 personer fra mars 2010, eller 6 prosent, se figur 13. Økningen i antall personer med nedsatt arbeidsevne har vært størst for unge under 30 år og for de i aldersgruppen over 60 år. Det var i april 2013 registrert 39 500 personer under 30 år med nedsatt arbeidsevne. Dette tilsvarer en økning på 12 prosent fra mars 2010. I aldersgruppen over 60 år har det vært en økning på 72 prosent siden mars 2010. I øvrige aldersgrupper har det vært mindre endringer.

Antall personer med nedsatt arbeidsevne var nær 199 000 ved utgangen av mars 2010. Totalt sett var det en relativt sterk økning i antall personer med nedsatt arbeidsevne i 2010 på vel 17 500 personer. Antall personer med nedsatt arbeidsevne ble redusert med knappe 1 000 personer fra utgangen av 2010 til utgangen av 2011. Beholdningen ble ytterligere redusert med drøyt 4 000 personer fra desember 2011 til desember 2012. Fra januar til april 2013 har antall personer med nedsatt arbeidsevne økt med knappe 500 personer.

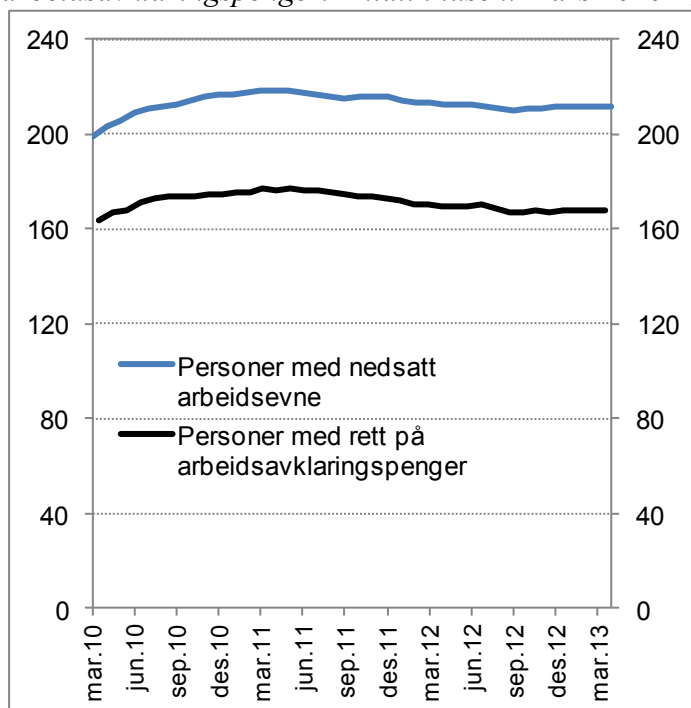
56 prosent av de med nedsatt arbeidsevne er kvinner, mens 44 prosent er menn. Den største gruppen av personer med nedsatt arbeidsevne er i aldersgruppen 40–49 år (28 prosent).

Boks 4 – Personer på velferdsytelser og utenfor arbeidslivet

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

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

Figur 13 Utvikling i antall personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Antall i tusen. Mars 2010 – februar 2013.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger

Ved utgangen av april 2013 var det om lag 168 000 personer med rett på arbeidsavklaringspenger, se figur 13.³⁵ Dette tilsvarer en økning på nær 4 500 personer, eller 2,6 prosent, sammenliknet med innføringstidspunktet for arbeidsavklaringspenger i mars 2010. Økningen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger har vært størst for unge under 30 år samt for de over 60 år, mens det har vært en svak reduksjon i aldersgruppen 30–49 år. I april 2013 hadde vel 28 000 personer under 30 år rett på arbeidsavklaringspenger, en økning på drøye 10 prosent fra mars 2010.

Antallet som mottok arbeidsavklaringspenger i mars 2010 var om lag 161 000 personer, og økte med 8 prosent til utgangen av 2010. Det var altså en økning i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger i 2010, mens det var en reduksjon i 2011 og de første tre kvartalene i 2012. Fra oktober 2012 til april 2013 steg antall personer med rett på arbeidsavklaringspenger med drøyt 1000 personer. Reduksjonen i antall mottakere gjennom 2011 og store deler av 2012 kan knyttes til større intensitet i oppfølgingsarbeidet i NAV. I tillegg har antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger vist en fallende trend siden innføringen av ytelsen i mars 2010, med unntak av høy tilgang i juni 2012. Den største gruppen av de som får innvilget arbeidsavklaringspenger er personer som har brukt opp sykepengere retten. I årene 2010–2012 har nivået på sykefraværet falt. Det har igjen ført til at antallet som har brukt opp sykepengere rettighetene også har gått ned.

³⁵ Den ordinære statistikken for mottakere av arbeidsavklaringspenger teller alle som har mottatt minst en utbetaling av arbeidsavklaringspenger i løpet av måneden. Grunnet feil i datavarehuset til Arbeids- og velferdsdirektoratet var det ikke mulig å produsere tall for personer som mottar arbeidsavklaringspenger våren 2013. Den midlertidige statistikken for personer med rett til arbeidsavklaringspenger teller alle som er registrert med rettighetsstatus arbeidsavklaringspenger. På landsbasis avviker disse tellemåtene fra hverandre med ca. 1-2 prosent.

Dersom en ser på utviklingen fra desember 2010 og frem til april 2013, har det vært en økning i antall mottakere under 25 år og over 60 år. Det har vært en nedgang i antall mottakere i alderen 30–49 år. Reduksjonen må ses i sammenheng med at mange i denne aldersgruppen var tidligere mottakere av tidsbegrenset uførestønad, og har fått innvilget uførepensjon i løpet av perioden.

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

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

59 prosent av de med rett på arbeidsavklaringspenger er kvinner, mens 41 prosent er menn. Den største aldersgruppen av mottakere er aldersgruppen 40–49 år, og her finner vi 29 prosent av alle med rett på arbeidsavklaringspenger. Gjennomsnittsalderen er 42 år. Tabell 19 i vedlegg 2 viser en oversikt over antall mottakere av arbeidsavklaringspenger etter kjønn og alder i april 2013. Om lag én av fire mottakere av arbeidsavklaringspenger kombinerer ytelsen med jobb. Tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personen er, og er også noe høyere for kvinner enn for menn (se Bråthen, 2012). 76 prosent av de med nedsatt arbeidsevne per desember 2012 mottok arbeidsavklaringspenger.

1. mars 2010 ble alle mottakerne av de midlertidige ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad overført til den nye ytelsen arbeidsavklaringspenger. Totalt ble om lag 161 000 personer innvilget arbeidsavklaringspenger på bakgrunn av et tidligere vedtak om rehabiliteringspenger, attføringspenger eller tidsbegrenset uførestønad. Av disse mottok om lag 71 000 fortsatt arbeidsavklaringspenger ved utgangen av februar 2013.

Utviklingen i antall mottakere av uførepensjon

Ved utgangen av 2012 mottok nær 310 000 personer uførepensjon. Dette innebærer en økning på nær 3 200 personer, eller 1,1 prosent sammenliknet med utgangen av 2011. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år var uendret på 9,5 prosent i samme periode. Andelen uførepensjonister blant norske statsborgere var ved utgangen av 2012 10,4 prosent, en økning på 0,1 prosentpoeng fra forrige år. Andelen mottakere av

uførepensjon stiger med alder fram til fylte 67 år. Av alle uførepensjonister er 33 prosent i alderen 50–59 år, og 42 prosent i alderen 60–67 år.

Ved utgangen av 2001 mottok om lag 285 000 personer uførepensjon. Fra 2001 til 2012 har antall uførepensjonister økt med om lag 25 000 personer eller 9 prosent, se figur 29 i vedlegg 2. Andelen uførepensjonister i befolkningen er redusert fra 10 prosent til 9,5 prosent i samme periode. Utviklingen i antall mottakere av uførepensjon må blant annet ses i sammenheng med utviklingen i antallet som mottar andre helserelaterte ytelser. I perioden fra 2001 har det vært en sterk vekst i antall mottakere av helserelaterte trygdeytelser. Samtidig har det vært endringer i inngangsvilkår og avgrensninger mellom de ulike ytelsene i denne perioden. Tidsbegrenset uførestønad (TU) ble innført 1. januar 2004. Mange som tidligere ville fått innvilget uførepensjon, fikk fra 1. januar 2004 i stedet innvilget tidsbegrenset uførestønad. Disse mottakerne ble konvertert til ytelsen arbeidsavklaringspenger våren 2010. Av disse tidligere mottakerne av tidsbegrenset uførestønad som har hatt avgang fra AAP innen mars 2012 har om lag 92 prosent fått innvilget full uførepensjon, og 1 prosent har fått innvilget gradert uførepensjon. Bare 1 prosent har kommet i arbeid og mottok ingen ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen etter avgang.³⁶

Økningen i antall uførepensjonister siden 2001 bør også ses i sammenheng med befolkningsutviklingen. Levealderen har økt, samtidig som de store etterkrigskullene har nærmet seg pensjonsalderen. Fra 2001 til i dag har andelen av befolkningen i alderen 62–66 år økt. Alt annet likt vil et økt antall eldre i befolkningen føre til flere uførepensjonister (se Bråthen, 2010). Blant de over 60 år er det en økning på om lag 28 500 uførepensjonister sammenliknet med 2001. Samtidig er det spesielt i de eldste aldersgruppene at *andelen* uførepensjonister har gått mye ned fra 2001. På den andre siden har helsetilstanden blitt bedre i befolkningen over tid, noe som tilsier at andelen uføre for hvert årskull bør gå ned, alt annet likt. Bratsberg og Røed (2011) peker på at økt utdanningsnivå i befolkningen isolert sett trekker i retning av redusert uføretilbøyelighet. De konkluderer med at svært lite av veksten i trygdebruken over tid kan forklares av endret alders- og utdanningssammensetning i befolkningen samlet sett. Forklaringen i veksten i uførerater i Norge må derfor søkes i mekanismer som gir opphav til økt uførerisiko gitt personers alder og utdanning.

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

Overgang fra sykefravær til arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsdirektoratets målinger av overgang fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger foretas seks måneder etter at mottak av sykepenger er avsluttet. Utviklingen i overgang fra sykefravær til arbeidsavklaringspenger må sammenliknes med tall for

³⁶ 6 prosent har hatt overgang til andre tilstander enn arbeid og uførepensjon. Dette kan være økonomisk sosialhjelp, privat forsørgelse, dødsfall mv.

tilsvarende kvartal året før. I 2. kvartal 2012 hadde nær 9 800 personer brukt opp sykepengeretten. Av disse var 53,8 prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (dvs. i 4. kvartal 2012). Til sammenligning var det om lag 11 200 som hadde brukt opp sykepengeretten i 2. kvartal 2011, og 12 700 i 2. kvartal 2010. Av disse var henholdsvis 55,7 (2011) og 58,3 (2010) prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (i 4. kvartal 2010/2011). Det har altså vært en positiv utvikling fra 2010 til 2012 – færre personer bruker opp sykepengeretten, og en lavere andel av disse er registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger etter et halvt år.

Overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og til uførepensjon

Arbeids- og velferdsdirektoratet undersøker hvilken status personer har på arbeidsmarkedet seks måneder etter at de har hatt avgang fra arbeidsavklaringspenger. Utviklingen i overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og uførepensjon bør sammenliknes med tall for tilsvarende kvartal i tidligere år. Tabell 9 nedenfor viser statusen på arbeidsmarkedet i 4. kvartal 2010–2012 for personer med avgang fra arbeidsavklaringspenger i 2. kvartal samme år.

Tabell 9 Status på arbeidsmarkedet seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. 4. kvartal 2010-2012.³⁸

	2010 Antall (andel)	2011 Antall (andel)	2012 Antall (andel)
Avgang arbeidsavklaringspenger i alt	9 656 (100 %)	13 150 (100 %)	12 596 (100 %)
Arbeidstaker	3 974 (41,2 %)	5 244 (39,9 %)	5 293 (42 %)
Hvorav:			
- Kun registrert som arbeidstaker	2 252 (23,3 %)	3 183 (24,2 %)	3 269 (26 %)
- Registrert som arbeidstaker og mottaker av en ytelse fra NAV	1 722 (17,8 %)	2 061 (15,7 %)	2 024 (16,1 %)
Arbeidssøker	205 (2,1 %)	331 (2,5 %)	344 (2,7 %)
Nedsatt arbeidsevne	1 337 (13,8 %)	1 848 (14,1 %)	1 830 (14,5 %)
Uførepensjon	2 930 (30,3 %)	3 730 (28,4 %)	3 178 (25,2 %)
Annet	1 210 (12,5 %)	1 997 (15,2 %)	1 951 (15,5 %)

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ved valg av status på arbeidsmarkedet i tabellen nedenfor har arbeid forrang. Dette innebærer at en person som både er registrert i arbeid og som mottaker av uførepensjon, blir registrert som "arbeidstaker". I 4. kvartal 2012 var 42 prosent av de med avgang fra arbeidsavklaringspenger seks måneder tidligere registrert som arbeidstakere. Av disse var 16 prosent i tillegg

³⁸ Grunnet feil i Arbeids- og velferdsdirektoratets datavarehus er tallene basert på personer med rett til arbeidsavklaringspenger. Dette medfører at tallene avviker noe fra tidligere publiserte tall.

registrert med en ytelse fra Arbeids- og velferdsetaten, mens 26 prosent av disse var kun registrert som arbeidstaker.³⁹

I 4. kvartal 2012 var 25 prosent av de som seks måneder tidligere hadde avgang fra arbeidsavklaringspenger registrert som mottaker av uførepensjon. Siden personer som mottar gradert uførepensjon kan inngå i gruppen ”Registrert som arbeidstaker og mottaker av en ytelse fra NAV”, er sannsynligvis andelen som mottar uførepensjon høyere enn 25 prosent. Dette gjelder for øvrig også for de andre kategoriene i tabellen. Kategorien ”Annet” innebærer at personene ikke gjenfinnes i statistikken som omfattes av tabellen.

Ordningen med arbeidsavklaringspenger trådte i kraft i 2010, og avgangen fra ordningen var lav gjennom året. Vi ser at avgangen fra ordningen økte betydelig fra 4. kvartal 2010 til 4. kvartal 2011, jf. også omtale av utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger tidligere i kapitlet. Sammenliknet med foregående år, var det i 4. kvartal 2012 en noe høyere avgang til arbeid, og en noe lavere overgang til uførepensjon som ikke kombineres med arbeid.

Overgang fra ufør til arbeid

Fra januar til oktober 2012 var det vel 21 900 personer med avgang fra uførepensjon. Av disse var det 381 personer som kun var i arbeid tre måneder etter avgang fra uførepensjon. Dette tilsvarer 1,7 prosent av avgangen fra uførepensjon. I tillegg var det om lag 7 prosent som hadde avgang til arbeid i kombinasjon med alderspensjon. Om lag 89 prosent av de som hadde avgang fra uførepensjon gikk over på alderspensjon som ikke var kombinert med arbeid (73 prosent) eller var døde (16 prosent).⁴⁰

Kombinasjonen ufør og arbeid

Ved utgangen av 2012 var 18 prosent av de som mottok uførepensjon også registrert med et arbeidstakerforhold i arbeidstakerregisteret på samme tidspunkt. Dette tilsvarer vel 55 200 personer. Andelen har variert mellom 17 og 18 prosent i hele perioden fra 2001. 72 prosent av de som mottar en gradert uførepensjon og 6 prosent av de som mottar full uførepensjon er registrert med et arbeidstakerforhold i desember 2012. Tilsvarende andeler i 2001 var henholdsvis 57 prosent og 7 prosent.

6.4 Utviklingen i måleindikatorene for delmål 2

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

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

Måleindikatoren er beregnet på grunnlag av andelen personer som har vært sykmeldte i 13 uker eller mer, og som er tilbake i arbeid fire uker etter dette. IA-målet er at andelen som er tilbake i arbeid er over 70 prosent. I 3. kvartal 2012 var 72,3 prosent av arbeidstakere som hadde vært sykmeldte i minst 13 uker, tilbake i arbeid.

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

⁴⁰ Faggruppens tidligere rapporter skiller ikke mellom overgang til alderspensjon og overgang til en kombinasjon av alderspensjon og arbeid, og rapporterer derfor en høyere andel med overgang til alderspensjon.

Det er store sesongvariasjoner i sykefraværet og i overgangen til arbeid. Så lenge tallene ikke er justert for slike sesongvariasjoner, bør tallene i ett kvartal sammenliknes med tilsvarende kvartal i tidligere år. Fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012 falt andelen som kommer tilbake i arbeid etter sykmelding med 0,9 prosentpoeng, fra 73,2 prosent til 72,3 prosent. Tilsvarende tall for 3. kvartal 2008-2010 var 72,2 prosent (2008), 67,8 prosent (2009) og 69,8 prosent (2010). Tallserien som går fra 1. kvartal 2007 er vist i tabell 21 i vedlegg 2. Samlet sett har det vært en positiv utvikling i perioden.

b) Øke andelen som starter opp yrkesrettet attføring i sykepengeperioden

Delmål 2 b i IA-avtalen skal bidra til at det gis arbeidsrettet bistand til sykmeldte i sykmeldingsperioden. Selve måleindikatoren har til nå angitt andelen avsluttede sykepengetilfeller av mer enn 13 ukers varighet som har påbegynt yrkesrettet attføring i sykepengeperioden. Med påbegynt yrkesrettet attføring menes at personen har fått et vedtak hjemlet i Folketrygdlovens § 11-5, som gir rett til attføring. Det har vært et mål at denne andelen skal utgjøre minst 2 prosent.

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

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

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

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

Andelen som har startet arbeidsrettede tiltak vil variere avhengig av hvilken av disse gruppene en ser på. Lovendringene som trådte i kraft 1. juli 2011 innebærer blant annet at dialogmøte 1 skal gjennomføres etter uke 7 i sykmeldingsperioden. Dialogmøte 2 skal fremdeles gjennomføres innen uke 26 i sykmeldingsperioden. I figur 32 i vedlegg 2 gis en nærmere beskrivelse av hvilke tiltak som skal benyttes i Arbeids- og velferdsetaten etter at lovendringene 1. juli 2011 trådte i kraft, og ved hvilke tidspunkt de ulike tiltakene normalt skal settes i verk.

Tabell 10 Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak. 3. kvartal 2010–2012.

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

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak, øker i takt med sykefraværets varighet. Dette er i tråd med at Arbeids- og velferdsetaten setter i gang flere tiltak utover i sykepengeperioden. I 3. kvartal 2012 hadde 5 prosent av de som tidligere hadde mottatt sykepenger i 8 uker eller mer, startet et arbeidsrettet tiltak. Tilsvarende tall for de som hadde mottatt sykepenger i 13 eller 26 uker eller mer, var hhv. 6,1 prosent og 8,6 prosent. Tiltaksaktiviteten i Arbeids- og velferdsetaten innebærer store svingninger mellom kvartalene. For å vurdere utviklingen i disse måltallene, må tallene derfor sammenliknes med tall for ett år tilbake i tid, dvs. 3. kvartal 2011. Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2011 var det en nedgang i tiltaksaktiviteten for tidligere sykepengemottakere. Fra 3. kvartal 2011 til 3. kvartal 2012 var det en økning i tiltaksaktiviteten, jf. tabell 10. Tiltaksnivået i 3. kvartal 2012 er likevel lavere enn i 3. kvartal 2010.

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

Tabellen nedenfor er en mer detaljert versjon av tallene for 3. kvartal 2011 i tabell 10, og viser antallet i hver gruppe og gir fordeling etter type av tiltak.

Tabell 11 Personer som har mottatt sykepenger i 8, 13 eller 26 uker eller mer, etter om de har påbegynt et tiltak i sykepengeperioden. 3. kvartal 2012.

	8 uker eller mer		13 uker eller mer		26 uker eller mer	
	Ant. Personer	Andel	Ant. personer	Andel	Ant. personer	Andel
Sykepengemottakere i alt	40 132	100 %	30 691	100 %	18036	100 %
Andel arbeidsrettede tiltak	1 995	5,0 %	1 872	6,1 %	1 543	8,6 %
Av dette:						
- Arbeidsmarkedstiltak	603	1,5 %	507	1,7 %	321	1,8 %
- Raskere tilbake	1392	3,5 %	1 365	4,4 %	1 222	6,8 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

Innføringen av arbeidsavklaringspenger og endringen i Arbeids- og velferdsetatens avgrensning av gruppen med nedsatt arbeidsevne, fører til at datagrunnlaget for denne indikatoren endres. Tidligere bestod populasjonen for denne indikatoren av personer med avgang fra statusen med nedsatt arbeidsevne (definisjon før 1. mars 2010), personer som hadde sluttet å motta rehabiliteringspenger eller personer som hadde sluttet å motta tidsbegrenset uførestønad. Tilpasningen på arbeidsmarkedet ble målt seks måneder etter

avgangstidspunktet. Det var et mål om at andelen som var kommet i arbeid på dette tidspunktet skulle økes til 45 prosent.

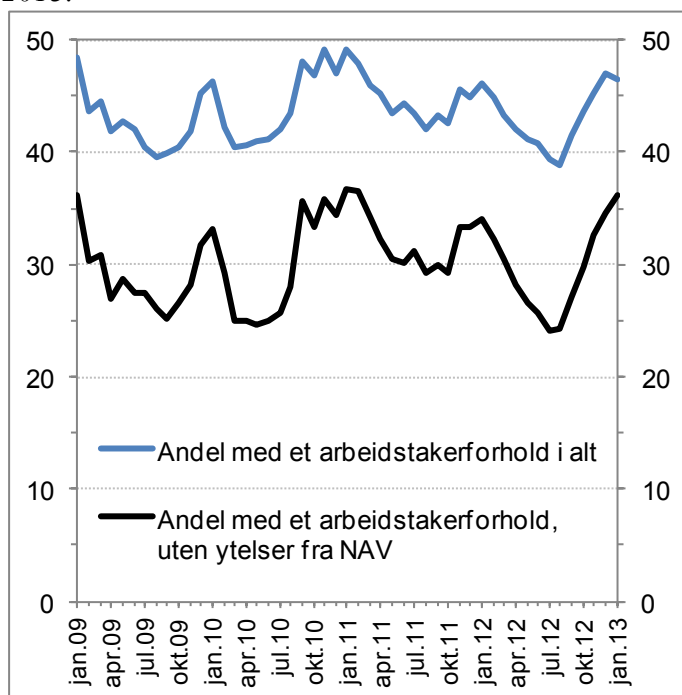
Etter 1. mars 2010 ble alle mottakere av attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad overført til den nye ytelsen arbeidsavklaringspenger, og kategorisert under betegnelsen ”Personer med nedsatt arbeidsevne”. Denne sammenslåingen av ytelser og status fører til at færre personer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

Figur 14 viser utviklingen i andelen personer med nedsatt arbeidsevne som er kommet over i arbeid i perioden fra 2009 og fram til januar 2013. I januar 2013 var 46,4 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten seks måneder tidligere. Dette er 0,3 prosentpoeng høyere enn på tilsvarende tidspunkt i fjor, og 2 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent. For hele året 2012 var 42,8 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten seks måneder tidligere (avgang i perioden juli 2011-juni 2012). Tilsvarende tall for 2011 var 44,7 prosent. Det var altså noe lavere avgang til arbeid i 2012 sammenliknet med 2011.

Fokus på oppfølgingsarbeidet rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne i arbeids- og velferdsetaten har også ført til at flere personer som i sin tid ble konvertert fra de tidligere ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad til arbeidsavklaringspenger nå har fått en ny gjennomgang av hvilket behov de har for oppfølging og ytelser. I denne prosessen har flere fått identifisert et behov for en permanent ytelse, som uførepensjon. Dette gjelder i særlig grad de som hadde mottatt tidsbegrenset uførestønad over et lengre tidsrom. Som følge av dette har andelen som kommer i arbeid avtatt i 2. og 3. kvartal 2012, grunnet høy avgang fra tidligere mottakere av tidsbegrenset uførestønad i 4. kvartal 2011 og 1. kvartal 2012.

I tallene inngår også personer som før avgang fra ytelsene kombinerte disse med deltidsarbeid. Dette innebærer at en person som har avgang fra graderte arbeidsavklaringspenger til gradert uførepensjon vil registreres som om vedkommende er i arbeid etter avgang fra ytelsen. Måleindikatoren her innebærer at man ikke måler en reell overgang til arbeid fra trygdeytelser. Dette er korrigert for i den sorte linjen i figuren. Der inngår kun personer som ikke er registrert med ytelser fra Arbeids- og velferdsetaten. Basert på denne definisjonen hadde 36,1 prosent av de som var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere et arbeidstakerforhold i januar 2013. Tilsvarende andel i januar 2012 var 34 prosent. Dette tilsvarer en økning på 2,1 prosentpoeng.

Figur 14 Personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten som er i arbeid seks måneder etter avgang. Prosent. Januar 2009 – januar 2013.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

6.5 Måloppnåelse

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

For å følge utviklingen i deltakelsen i arbeidslivet blant personer med redusert funksjonsevne benyttes tall hentet fra Statistisk sentralbyrås arbeidskraftsundersøkelse over antall funksjonshemmede som oppgir at de er sysselsatte. For denne gruppen ble det publisert nye tall i september 2012. Basert på den statistikken faggruppen har til rådighet, må drøfting av måloppnåelsen for delmål 2 konsentrere seg om tilleggsundersøkelsen til arbeidskraftsundersøkelsen fra 2. kvartal 2012, uføretall ved utgangen av 2012, utviklingen i antall personer med nedsatt arbeidsevne og andelen som går fra henholdsvis sykefravær til arbeid og fra trygd til arbeid.

Forskjellen i sysselsettingsandelen mellom befolkningen som helhet og funksjonshemmede har ikke endret seg signifikant i perioden fra 2002–2012. Andelen av de som subjektivt oppgir å ha en funksjonshemming og er i jobb, er redusert med 2–3 prosentpoeng de siste to årene, men dette er altså innenfor feilmarginen i AKU. Personer med funksjonshemming har en lavere sysselsettingsandel (41 prosent) enn befolkningen i alt (75 prosent). Den lavere sysselsettingsandelen må ses i sammenheng med at en betydelig andel av de funksjonshemmede (41 prosent) mottar uførepensjon. Funksjonshemmede hadde samme lave

arbeidsledighet som befolkningen ellers i 2012 (2,6 prosent). De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som oppgir at de ønsker arbeid, tilfredsstill ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. Dette er enten fordi de ikke søker jobb aktivt eller fordi de ikke er tilgjengelige for arbeid på kort sikt.

Det har vært en svak økning i antallet uførepensjonerte fra utgangen av 2011 til utgangen av 2012. I samme periode har antall mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen vært uendret på 9,5 prosent. Befolkningsveksten har i stor grad kommet som arbeidsinnvandring, og har dermed bidratt til å holde uføreandelen i hele befolkningen nede. Uføreandelen blant norske statsborgere har økt med 0,1 prosentpoeng fra 2011 til 2012.

I februar 2013 var om lag 211 000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten. Dette er en reduksjon på 0,8 prosent, tilsvarende nær 1 700 personer fra februar 2012. Det var en sterk økning i antall personer med nedsatt arbeidsevne i 2010. Beholdningen økte videre fram mot sommeren 2011. Deretter avtok antall personer registrert med nedsatt arbeidsevne fram mot høsten 2012. Fra oktober 2012 til februar 2013 har antall personer med nedsatt arbeidsevne økt med om lag 1 000 personer.

Når det gjelder de konkrete måleindikatorne for delmål 2, har overgangen til arbeid for de som har vært sykmeldte i minst 13 uker falt med om lag ett prosentpoeng det siste året. Hvis vi ser perioden 2004–2012 under ett, har indikatoren vist en positiv utvikling. Attføringsbegrepet ble fjernet i forbindelse med innføringen av arbeidsavklaringspenger. Det skal utvikles en ny indikator for delmål 2 b, men faggruppen vil avvete arbeidet med utvikling av en ny indikator inntil en har et større datagrunnlag, og kan utvikle et nytt måltall. Vi har i rapporten presentert tall for andelen sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak i 3. kvartal 2012 etter hhv. 8, 13 og 26 uker med sykepenger. Tallene viser at det var en økning i tiltaksaktiviteten i 3. kvartal 2012 sammenliknet med samme periode i 2011, men at tiltaksaktiviteten er lavere enn i 3. kvartal 2010.

Videre er andelen personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten og som har kommet i arbeid, høyere i 2012 sammenliknet med 2011. I januar 2012 var 46,4 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere. Dette er 2 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent.

6.6 Mulige effekter av virkemiddelbruk

En del av faggruppens mandat er å vurdere konsekvenser av virkemidler knyttet til IA-målene. I dette kapittelet tas det sikte på å gi en oppsummering av foreliggende kunnskap om effekter av virkemidlene rettet mot delmål 2. Oppsummeringen er basert på en litteraturstudie fra Proba samfunnsanalyse som ble gjennomført som ledd i arbeidet med NOU 2012: 6 Arbeidsrettede tiltak (Brofoss-utvalget). Videre presenteres jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne hvor det bl.a. gis en oversikt over hva som er implementert hittil.

Innsatsen rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne eller funksjonsevne er inne i en reformprosess. Brofoss-utvalgets innstilling ble avgitt 9. februar 2012 og har senere vært på en bred høring. Arbeidsdepartementet skal vurdere hvordan Brofoss-utvalget skal følges opp.

Det foreligger forholdsvis få rene effektevalueringer av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, og de effektevalueringer som er gjort på norsk empiri bygger på relativt gamle tall. Noe av årsaken er at datatilgangen har vært utilstrekkelig siden administrative registre

ikke har vært tilpasset forskningsformål. Det har imidlertid vært jobbet mye med å bedre denne situasjonen. I tillegg er det igangsatt mange forsøk i senere tid. Andre forsøk er under vurdering. En fellesnevner for mange av disse forsøkene er at de tar sikte på å vurdere hvordan arbeidsmarkedsmyndighetene kan samarbeid tettere og bedre med ordinære virksomheter om å hjelpe personer med nedsatt arbeidsevne og/eller funksjonsevne til å bli inkludert i arbeidslivet. Nedenfor er det listet opp noen pågående sentrale forsøk og evalueringer på dette området.

- Arbeidsdepartementet finansierer et stort treårig prosjekt for å evaluere effektene av tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne, herunder effekt på ulike målgrupper, effekten av tiltakskjeder mv. Prosjektet ble igangsatt i 2011 og gjennomføres av Frischsenteret.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet har laget et eget benchmarkingsystem i samarbeid med ASVL og bransjeforeningen Attføringsbedriftene. Systemet skal bidra til å heve kvaliteten på tjenestene.
- Fra 1. januar 2013 er det igangsatt forsøk i noen utvalgte fylker med tilskudd til arbeidsgivere for å ansette personer som mottar arbeidsavklaringspenger. Med det nye forsøket kan mottakere av arbeidsavklaringspenger jobbe hel- eller deltid inntil tre år på samme vilkår som andre ansatte.
- Både Arbeids- og velferdsdirektoratet og bransjeforeningen Attføringsbedriftene i NHO har igangsatt forsøk med oppfølgingsmetodikken ”individual placement and support” (IPS), rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne på grunn av psykiske problemer.⁴¹ Det er også besluttet å igangsette forsøk med oppfølgingsmetodikken Supported Employment, beslektet med IPS. Et tidligere forsøk med Supported Employment ble gjennomført på begynnelsen av 1990-tallet og resulterte i at arbeidsmarkedstiltaket arbeid med bistand ble etablert.
- Regjeringen vil bruke statlige etater som foregangsetater. Disse skal fungere som referanseramme for andre virksomheter i statlig sektor når det gjelder å gi unge med nedsatt funksjonsevne økte muligheter i arbeidslivet. Utvalgte kommuner er også invitert til å være foregangskommuner.

Resultatene av disse forsøkene og evalueringene er ventet å styrke kunnskapsgrunnlaget om hvilke tiltak som har best virkning.

6.6.1 Arbeidsrettede tiltak

Arbeids- og velferdsetaten har et bredt spekter av arbeidsrettede tiltak som kan tildeles den enkelte arbeidssøker ved behov. Alle som henvender seg til et NAV-kontor med ønske om arbeid eller behov for bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. For personer som gjennomgår en arbeidsevnevurdering, skal vurderingen munne ut i et oppfølgingsvedtak som blant annet sier noe om hvorvidt arbeidsevnen er nedsatt, og hva slags type bistand vedkommende har behov for, jf. NAV-lovens §14a.

Ifølge tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet deltok til sammen rundt 75 000 personer på arbeidsrettede tiltak i oktober 2012 (faktisk gjennomføring). De største tiltakene er opplæring og arbeidspraksis hvor til sammen over halvparten av tiltaksdeltakerne deltar. Utover dette, fordeler deltakerne seg på tiltakstypene tilrettelagt arbeid, oppfølging, lønnstilskudd, avklaring, helsemessig utredning, tilrettelegging og jobbskaping/egenetablering.

⁴¹ IPS-forsøket vil bli evaluert. Evalueringsrapporten vil bli levert i 2016.

Hva vet vi om effekter av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne?

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

Det er heftet betydelig usikkerhet omkring resultatene fra effektevalueringene. Det må bl.a. ses i sammenheng med at det metodemessig er svært vanskelig å korrigere for ulik seleksjon inn i tiltakene, at evalueringene påvirkes av personer kan være plassert på ”feil” tiltak og at kvalitet i gjennomføringen varierer. Det er store forskjeller i resultatene mellom ulike studier av samme typer tiltak. Resultater fra internasjonale undersøkelser har begrenset overføringsverdi. Variasjon i arbeidsmarkedssituasjon, velferdspolitisk system, ulik utforming av tiltak og avgrensning av deltakergrupper er noen årsaker til det. Som følge av disse utfordringene konkluderer Proba med at det er få sikre konklusjoner. Det synes imidlertid å være relativt godt grunnlag for å si at oppfølging i ordinært arbeidsliv gir god effekt.

Proba (2011) trekker fram følgende konklusjoner:

Utvelgelsen til tiltak er avgjørende

Mange av studiene viser at utvelgelsen til tiltak ofte er langt fra optimal. Med dette mener Proba at tiltaket kunne fått bedre effekt hvis seleksjonsprosessene til tiltakene hadde vært bedre og man dermed hadde valgt ut de deltakerne som ville hatt størst nytte av tiltaket. I praksis viser det seg ofte at personer som har egenskaper som gjør dem relativt attraktive på arbeidsmarkedet er overrepresentert blant dem som deltar på tiltak. Probas evaluering av Arbeids- og velferdsetatens arbeidsevne vurderinger viser at det har vært svakheter i måten etaten gjennomfører arbeidsevnevurderingene og at etaten ikke alltid snakker med brukerne før bistandsbehov blir avgjort.

Innlåsningseffekter er sterke ifølge Proba. Innlåsning er at deltakernes innsats for å finne jobb reduseres mens tiltaket pågår. Dette kan oppveie eventuelle positive virkninger av tiltaket senere. Innlåsningseffekter betyr mest for personer som hadde hatt størst sannsynlighet for å finne jobb på egenhånd, og er sterkest ved langvarige tiltak. For å veie opp for den negative innlåsningseffekten, må man ha en lang observasjonsperiode for å finne en samlet positiv effekt. Proba påpeker at man kan komme til å trekke misvisende konklusjoner om et tiltaks effekt om man bruker en kort observasjonsperiode.

I Norge har denne problemstillingen blant annet vært belyst av Aavik (2005) som i denne studien ikke fant noen signifikant effekt av attføringstiltak generelt sett. Aavik mente at dette blant annet skyldes måten deltakerne ble valgt ut på.

Tiltak som står nær det ordinære arbeidsmarkedet er best for sysselsetting

Det er en tendens til at tiltak som gir deltakeren erfaring med en ordinær arbeidsplass er mest effektive hvis målet er at deltakeren skal gå over til en ordinær jobb. Imidlertid finnes det også analyser som kommer til andre konklusjoner.

Rask utplassering i ordinært arbeid fungerer godt for personer med psykiske problemer

I USA er det gjort mange forsøk med direkte utplassering av personer med ulike, og til dels alvorlige, psykiske diagnoser. Metoden kalles ”individual placement and support” (IPS). Den innbefatter løpende oppfølging både fra medisinsk og yrkesfaglig ekspertise. Oppfølgingen er i prinsippet ubegrenset i tid. I de aller fleste studiene gir IPS klart høyere sysselsetting blant deltakerne, både sammenliknet med personer som ikke har deltatt på tiltak, og personer som har deltatt på andre tiltak. Det kan se ut til at kvaliteten i gjennomføringen er viktig for effekten. Både Arbeids- og velferdsdirektoratet og bransjeforeningen Attføringsbedriftene i NHO har igangsatt forsøk med ”Individual Placement and Support” i Norge. Forsøket er så langt ikke evaluert.

Hvis målet er ansettelse i ordinær stilling, er praksis eller opplæring i skjermede miljøer lite effektivt

Nesten alle studier som sammenlikner praksis eller opplæring i skjermede tiltak med andre tiltak konkluderer med at det er best å unngå veien om skjermede tiltak, gitt at målet er at deltakerne skal over i ordinære stillinger. Dette gjelder også når opplæring i skjermede omgivelser etterfølges av praksis i ordinær stilling. Nesten ingen av studiene analyserer om slike tiltak har andre positive virkninger. De tiltakene som er evaluert, er slike som likner på det norske tiltaket Arbeidspraksis i skjermet sektor (APS). I Norge har denne type tiltak blitt evaluert av Møller (2005) og Westlie (2008a). Begge fant at denne type tiltak har negativ effekt når det gjelder sannsynligheten for overgang til jobb. Westlie fant likevel at APS gir mer stabile ansettelsesforhold hos dem som kommer i arbeid.

Lønnstilskudd er effektivt, men risiko for overforbruk

Lønnstilskudd fører ofte til at de som får det blir værende i arbeidslivet etterpå. For forskerne er det imidlertid vanskelig å avgjøre om disse personene ville vært i arbeid også uten tilskudd ved at enkelte arbeidsgivere kan søke om tilskudd for arbeidstakere de ville ansatt uansett. Basert på norsk empiri har både Møller (2005) og Westlie (2008a) funnet at lønnstilskudd er blant de tiltakene som har størst effekt på den enkeltes jobbsannsynlighet. Westlie sammenliknet en referanseperson med lønnstilskudd med en person med en person som ikke var på tiltak, men ellers hadde de samme egenskaper. Sannsynligheten for at førstnevnte var i jobb tre måneder etter tiltaksslutt var 65,5 prosent, mot 34,9 prosent for personen som ikke hadde vært på tiltak. Differansen mellom tiltak og ikke-tiltak var med andre ord 30,6 prosentpoeng. Det ble kontrollert for kjønn, alder, utdanning, tidligere ledighetserfaring/arbeidserfaring, diagnose, sykdomshistorie og arbeidsmarkedet ved avslutning av tiltaket.

Gradvis innfasing i ordinær stilling fungerer godt ved muskel-/skjelettlidelser

Det finnes ikke mange evalueringer av arbeidsrettede tiltak som viser resultatene for personer med muskel-/skjelettlidelser spesielt, men Proba viser til én studie som tyder på at gradvis innfasing i ordinær (gjærne opprinnelig) stilling er effektivt, også som et medisinsk tiltak.

Omskolering effektivt for yrkesskadde

For yrkesskadde som ikke kan gå tilbake til tidligere stilling, er utdanning et effektivt tiltak. Utdanning vil gi disse personene kompetanse til å utføre andre typer jobber enn dem de ikke lenger kan gjennomføre. Tverrfaglige oppfølgingsteam er mest effektive. Flere av evalueringene tyder på at det er en fordel å bruke team med både medisinsk og yrkesfaglig kompetanse for å følge opp deltakere på arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne.

Kvalitet i gjennomføringen kan være avgjørende

Enkelte analyser tyder på at det ikke bare er valg av riktig type tiltak som er viktig, men også at kvaliteten i gjennomføringen kan være avgjørende for effekten. Dette funnet åpner også for at sprikende konklusjoner om hvilke tiltak som er effektive kan skyldes at studiene omhandler tiltak av varierende kvalitet.

Virkningene er individuelle

En rekke studier viser at virkningene av et gitt tiltak er ulik for ulike grupper av deltakere. Studiene viser effekter for alle deltakere eller for grupper av deltakere, men ikke for det enkelte individ. Selv om forskerne viser at et tiltak har hatt negativ effekt, kan man godt tenke seg at tiltaket har virket positivt for enkelte av deltakerne.

6.6.2 Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne

Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne er rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne under 30 år. Gjennomføringen er et felles ansvar for partene i arbeidslivet, funksjonshemmedes organisasjoner, virksomhetene, arbeidsgiverne, Arbeids- og velferdsetaten og andre offentlige tjenesteytere, samt den enkelte. Overgangen fra utdanning til arbeid er høyt prioritert i strategien. Viktige virkemidler er et eget tilretteleggingstilskudd, opprettelse av koordinatorstillinger i Arbeids- og velferdsetaten samt opprettelse av assistentstillinger hvor assistenten skal bidra til å gjøre det praktisk mulig for brukere å fungere i arbeidslivet.

Effekter av jobbstrategien

Det er foreløpig for tidlig å vurdere jobbstrategiens resultater, da tiltakene har blitt løpende iverksatt gjennom 2012. En evaluering av jobbstrategien ble igangsatt tidlig i 2013. Evalueringen gjennomføres av Sintef teknologi og samfunn, og resultatene fra evalueringen ventes å foreligge ved utgangen av året.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har gitt følgende foreløpige rapportering om implementeringen:⁴²

- Jobbstrategien er rettet mot personer under 30 år med nedsatt funksjonsevne. Målgruppen består både av arbeidssøkere med gjennomført utdanning som er disponible for arbeidsmarkedet, og personer med nedsatt funksjonsevne som er langtidsmottakere av arbeidsavklaringspenger. I første halvår 2012 deltok nesten halvparten av jobbstrategiens registrerte målgruppe på arbeidsmarkedstiltak. Dette er en høyere tiltaksandel enn for gruppen personer med nedsatt arbeidsevne totalt. Det viser at unge under 30 år prioriteres ved tildeling av tiltaksplasser. Grunnet forsinket statistikkleveranse finnes det ikke tall for deltakelsen ved utgangen av 2012. Arbeids- og velferdsdirektoratet mener det er et potensial for å ta i bruk tiltak i ordinært arbeidsliv i større grad. Det krever imidlertid god oppfølging av den enkelte tiltaksdeltaker.
- Alle fylker har ansatt en arbeidslivsscoach som arbeider med jobbstrategien. Stillingene er plassert ved arbeidslivssentrene og er rettet mot oppfølging av virksomhetene og arbeidsgiverne i fylket. Det er også ansatt egne fylkeskoordinatorer for jobbstrategien i alle fylker. Arbeids- og velferdsdirektoratet anser at erfaringene er gode. Stillingene er viktige for å prioritere målgruppen. Samarbeidet mellom arbeidslivsscoachene og fylkeskoordinatorene fungerer også bra.

⁴² Arbeids- og velferdsdirektoratet, Virksomhetsrapport for 2012, vedlegg 4.

- Brukerutvalgene på fylkesnivå er en ofte benyttet arena for informasjon og innspill til arbeidet med Jobbstrategien. Det er opprettet egne samarbeidsgrupper for Jobbstrategien der brukerorganisasjonene er representert. Det er imidlertid ofte utfordrende å finne frem til unge brukerrepresentanter. Jobbstrategien er også jevnlig et tema i dialogen mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og brukerorganisasjonene i det sentrale brukerutvalget
- Det er utviklet et eget kompetanseprogram rettet mot arbeidslivet og et eget kompetanseprogram for ansatte i Arbeids- og velferdsetaten. Programmet inneholder leveranser som vil være en støtte for arbeidslivscoachene og IA-rådgiverne i opplæringen overfor arbeidslivet. Dette materialet er også et godt utgangspunkt for opplæring av veiledere ved NAV-kontorene. For oppfølging og bistand til Jobbstrategiens ansatte i fylkene har det vært arrangert regionale og nasjonale fagkonferanser.
- Bruken av den nye mentorordningen og ordningen med funksjonsassistanse har gradvis blitt trappet opp i løpet av 2012. Ved utgangen av 2012 ble det benyttet 462 tiltaksplasser til mentor, hvorav 62 plasser med bare mentor og 400 plasser i kombinasjon med andre tiltak. Utgiftene til mentor er postert sammen med fadder under oppfølgingstiltaket. Til sammen er det benyttet 37 millioner kroner til mentor og fadder i 2012. Det er fortsatt store utfordringer når det gjelder tilstrekkelig kompetanse for mentor. Tilbakemeldingene har likevel vært svært positive.
- Tilretteleggingsgarantien spiller en stadig viktigere rolle i arbeidet med å oppnå mer inkludering i arbeidslivet for målgruppen. Det blir rapportert om konkrete saker der tilretteleggingsgarantien har vært avgjørende for arbeidsgivere ved inntak av brukere. Det har vært en betydelig økning i bruk av tilretteleggingsgaranti på landsbasis. Beholdningen av aktive tilretteleggingsgarantier var 4846 ved utgangen av desember 2012 mot 1921 på samme tidspunkt året før. Antallet personer under 30 år med tilretteleggingsgaranti var 1793 ved årsskiftet (mot 1088 året før). Bakgrunnen for økningen er særlig økt forankring i NAV-organisasjonen ved at tilretteleggingsgarantien er inkludert i jobbstrategien.
- Forsøket med tilretteleggingstilskudd for arbeidssøkere som skal dekke ulike kostnader for arbeidsgiver, er foreløpig brukt mindre enn planlagt. Ved utgangen av 2012 var det registrert 98 tiltaksgjennomføringer med tilretteleggingstilskudd for arbeidssøkere med nedsatt arbeidsevne. Av rammen på 25 mill. kroner er det benyttet 2,8 mill. i 2012. Tilretteleggingstilskudd oppleves som effektivt, enkelt å ta i bruk, og lite byråkratisk for Arbeids- og velferdsetaten og arbeidsgiver. Grunnen til at tiltaket er brukt mindre enn forutsatt kan være at tilskuddet overlapper med andre tiltak, som for eksempel driftstilskudd høy sats til arbeidspraksis i ordinær virksomhet eller tilskudd til teknisk tilrettelegging.
- Ved utgangen av 2012 var det registrert 476 brukere som hadde fått støtte til arbeids- og utdanningsreiser. I 5 fylker er det færre enn 10 brukere totalt, i 11 fylker er det mellom 10 og 50 brukere og i 2 fylker er det over 50 brukere.

7. Delmål 3: forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

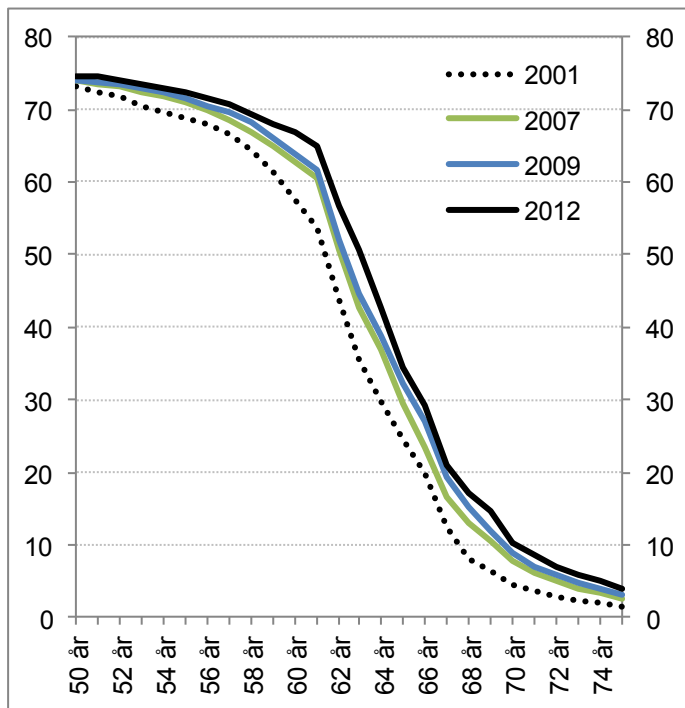
Delmål 3 i IA-avtalen er å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med seks måneder sammenliknet med nivået i 2009. Utviklingen måles med utgangspunkt i indikatoren forventet antall år i arbeid ved 50 år. I tillegg belyses utviklingen i sysselsettingsandelen av seniorer ved registerbasert sysselsettingsstatistikk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

7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år

Registerbasert sysselsettingsstatistikk

Sysselsettingsandelen blant personer over 50 år har økt markert etter 2001. Ikke minst har vi sett økt sysselsetting fra 2010 til 2012. Det er aldersgruppen 60–64 år som har hatt den største økningen i sysselsettingsandelen de siste to årene.

Figur 15 Andel av befolkningen i registrert arbeid, etter alder. Aa-registeret. 4. kvartal 2001, 2007, 2009 og 2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 15 viser sysselsatte i registrerte arbeidsforhold⁴³ i prosent av befolkningen etter ettårig alder ved utgangen av 2001, 2007, 2009 og 2012. Ifølge Aa-registeret har sysselsettingen økt for de over 50 år i perioden fra 2001 til 2012. Sysselsettingsandelen er høyest for 50-åringene (74,6 prosent), og faller jevnt frem til 61-åringene hvor 65,1 prosent var i et arbeidsforhold i 2012. Mange hadde mulighet til å gå av med AFP eller alderspensjon ved 62 år, noe som bidrar til at andelen sysselsatte 62-åringene er 8,3 prosentpoeng lavere enn for 61-åringene.

⁴³ Sysselsatte er personer i registrerte arbeidsforhold ifølge Arbeids- og velferdsetatens arbeidstaker/arbeidsgiverregister (AA-registeret). AA-registeret inneholder opplysninger om alle arbeidsforhold av minst sju dagers varighet og med ukentlig arbeidstid på minst fire timer. I motsetning til SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk inkluderes blant annet ikke selvstendig næringsdrivende. Sysselsettingsandelen regnes som andel sysselsatte i prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder.

Etter 62 år faller sysselsettingen raskt for hver kohort. Blant 67-åringene er 21,1 prosent sysselsatt, mens 4,9 prosent av 74-åringene er sysselsatt.

Fra 2001 til 2007 steg andelen sysselsatte klart for alle aldersgrupper, men spesielt for personer i 60-årene. I disse årene var Norge inne i en høykonjunktur med fallende arbeidsledighet, stigende sysselsetting og stor etterspørsel etter arbeidskraft. I kjølvannet av finanskrisen økte arbeidsledigheten sterkt fra 2008 til 2009, samtidig som sysselsettingen for hele befolkningen falt. For personer i 50-årene ser det ut til å ha gitt en utflating i sysselsettingsveksten, mens personer over 60 år fortsatt opplevde en liten vekst i andelen sysselsatte også fra 2007 til 2009. I 2010 så vi en stabilisering i arbeidsmarkedet, hvor ledigheten stabiliserte seg og sysselsettingen igjen begynte å øke noe. Andelene i registrerte arbeidsforhold har økt ytterligere fram til 2012, og da spesielt for de over 60 år. Utviklingen i denne perioden var imidlertid ulikt fordelt mellom kjønnene. Mens veksten i sysselsettingsandelen blant menn har økt for de over 60, har andelen blant kvinner økt i alle disse aldersgruppene fra 2001 til 2012.

Ser vi på perioden 2001 til 2012, har sysselsettingen steget klart for personer mellom 50 og 74 år. Andelen sysselsatte har økt mest for personer mellom 60 og 69 år, hvor økningen er på mellom 8 og 15 prosentpoeng fra 2001. Dette gjelder både for kvinner og menn, men med enkelte forskjeller. Økningen i sysselsettingen har vært størst for kvinner i alderen 50 til 62 år, mens for de eldre aldersgruppene har økningen vært størst blant menn.

Sysselsettingsstatistikk fra SSBs utvalgsundersøkelse (utvikling siden 2001)

Også Statistisk sentralbyrås arbeidskraftsundersøkelse (AKU) viser økt sysselsetting blant eldre etter 2001. Andelen sysselsatte over 50 år var klart høyere i 2012 enn i 2001.⁴⁴ Økningen var imidlertid langt sterkere fra 2001 til 2007 enn fra 2008 til 2012. Det må ses i sammenheng med at finanskrisen har virket negativt på sysselsettingen blant personer i 50-årene.

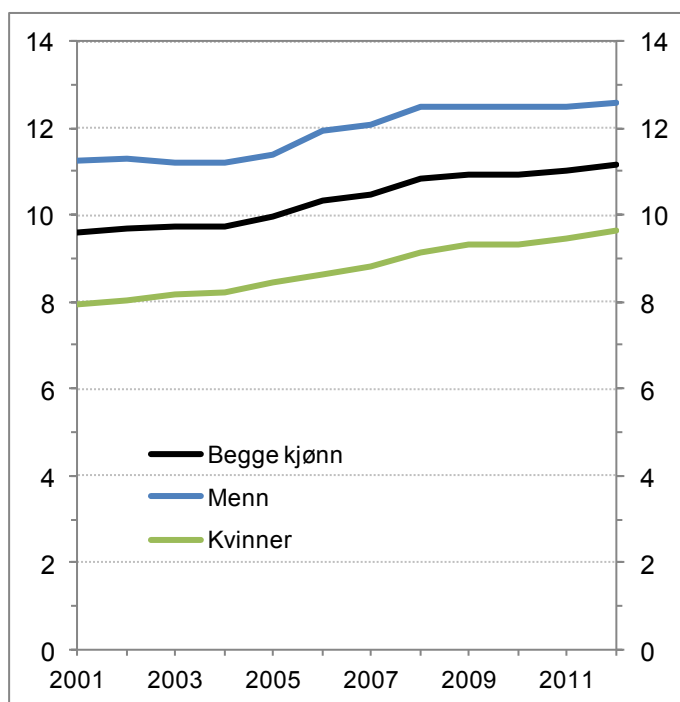
Forventet antall år i arbeid ved 50 år

Et av målene i den nye IA-avtalen er at gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet ved 50 år skal forlenges med seks måneder fra 2009. Figur 16 viser én måte å måle dette på – forventet antall år i arbeid justert for stillingsandel ved 50 år. For mer om beregningen av denne indikatoren, se Haga (2013). Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at en 50-åring i 2012 kunne forvente å tilbringe 11,2 årsverk i arbeid. Dette gjelder som et gjennomsnitt for hele befolkningen, det vil si at indikatoren ikke er betinget på at man er i arbeid ved 50 år. Den vil derfor påvirkes av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker.

En 50-åring kunne altså forvente å tilbringe 11,2 år i arbeid med full stilling i 2012. Dette er 0,3 år eller 3 ½ måned mer enn for en som var 50 år i 2009. Forventet antall år i arbeid har aldri vært høyere. Sammenliknet med 2001 kunne en 50-åring i 2012 forvente å tilbringe 1,6 årsverk mer i arbeid. Antall år i arbeid har vist en jevn eller stigende utvikling i hvert eneste år i perioden, også i perioder med stigende arbeidsledighet, slik som i periodene 2002–2003 og 2009–2010.

⁴⁴ Det var et brudd i AKU i 2006 som gjør at vi ikke har sammenlignbare tall over hele tidsperioden. Ved en enkel bruddjustering får vi at andelen sysselsatte i aldersgruppen 55–74 år har økt med nær 6 prosentpoeng fra 2001 til 2012.

Figur 16 Forventet antall år i arbeid ved 50 år, justert for stillingsandel. 2001–2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

En viktig forklaring på utviklingen de siste årene er pensjonsreformen, som er omtalt i et senere avsnitt. En annen viktig forklaring bak økningen på lengre sikt er at andelen med høyere utdanning har økt i denne aldersgruppen. Sysselsettingen øker med utdanningsnivået, også blant eldre (Bråthen 2007 og Dahl og Lien 2013). Utdanningsnivået er fortsatt økende for 50-åringene, og dette innebærer at en 50-åring i dag i gjennomsnitt har høyere utdanningsnivå enn en 50-åring i 2001. For hvert år som går vil dermed 50-åringene i gjennomsnitt ha høyere utdanning enn 50-åringene året før, og særlig gjelder dette kvinner. Isolert sett kan dette tilsi økt forventet antall år i arbeid for en 50-åring også i årene som kommer. Dahl og Lien (2013) viser dessuten at det er de med kortest utdanning som har økt sannsynligheten til å fortsette i arbeid mest sammenliknet med andre utdanningsgrupper. Likevel er det fortsatt de med lengst utdanning som står lengst i jobb.

En annen forklaring kan være holdningsendring blant arbeidsgivere og arbeidstakere. En holdningsendring kan ha medvirket til at både arbeidskraftstilbudet og etterspørselen etter arbeidskraft kan ha økt i denne aldersgruppen. I den sammenheng viste en kommuneundersøkelse om seniorpolitikk fra Perduco (2010) at hele 77 prosent oppga at kommunen hadde en definert strategi for å holde på arbeidstakere som er eldre enn 55 år. Videre svarte fire av fem arbeidsgivere at de var svært eller nokså enige i at de ønsket at deres medarbeidere skulle fortsette i arbeid så lenge som mulig etter fylte 60 år i en spørreundersøkelse Norstat gjennomførte for Arbeids- og velferdsetaten i mars 2010. I en spørreundersøkelse fra Econ-Pöyry svarte ni av ti kommuner og fylkeskommuner at de har en seniorpolitikk.

Fra 2009 til 2010 var forventede år i arbeid for 50-åringene stabil. Veksten i sysselsetting blant eldre fram til 2012 har blant annet hatt med pensjonsreformen å gjøre, ved at det ble mer gunstig å kombinere pensjon med arbeid fra 2011 (Bakken og Bråthen 2012).

Figur 16 illustrerer at forventet antall år i arbeid med full stilling er høyere for menn enn for kvinner, men differansen har minket fra 3,4 år i 2001 til 2,9 år i 2012. Den viktigste årsaken

bak kjønnsforskjellene, er at kvinner i større grad jobber deltid enn menn. Samtidig er sysselsettingen fortsatt noe lavere for kvinner enn menn. Når forventede antall år i arbeid har steget noe mer for kvinner enn for menn, kan det skyldes en noe sterkere kohorteffekt blant kvinnene. Økningen i høyere utdanning var betydelig sterkere blant kvinner enn blant menn allerede fra tidlig på 1970-tallet (Steinkellner 2010). Kvinnene som var de første til å oppleve utdanningsekspløsjonen spesielt sterkt, er i dag i 50- og 60-årene. Videre er det nå flere av kvinnene som har vært i arbeid enn blant kvinner i eldre kohorter.

Etter pensjonsreformen er ikke forventet pensjoneringsalder et like godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Mens forventet yrkesaktivitet ved 50 år har økt med 1,6 år fra 2001 til 2012, har forventet pensjoneringsalder ved 50 *sunket* med 0,8 år i samme periode (Haga 2013). Dette er fordi mange flere nå tar ut pensjon selv om de fortsetter i jobb. Det er særlig blant menn at forventet pensjoneringsalder har sunket. Kvinner har helt til i 2010 alltid hatt lavere forventet pensjoneringsalder enn menn. Nå har kjønnene byttet plass, slik at menn fra 2011 hadde lavest forventet pensjoneringsalder.

Boks 5 Indikatorer delmål 3

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

Forventet pensjoneringsalder angir den alderen en person som ennå ikke var pensjonert ved en gitt alder, teoretisk kan regne med å starte uttaket av pensjon (AFP, alders- eller uførepensjon). Denne er beregnet ut ifra pensjonsuttaket for hver aldersgruppe i aldersintervallet 51–66 år et gitt år. For eksempel er forventet pensjoneringsalder i 2012 beregnet ut ifra den pensjoneringsadferden som er observert i 2012.

Med begrepet *forventet antall år i arbeid* menes antall årsverk en person i en gitt alder kan regne med å bidra i arbeidslivet dersom sysselsettingsatferden og levealderen holder seg konstant fremover. For eksempel angir forventet antall år i arbeid ved 50 år i 2012 produktsummen av sannsynligheten for å overleve fra et år til et annet og sysselsettingsandelen (korrigert for stillingsandel) som faktisk er observert for alle personer mellom 50 år og oppover i 2012. Litt enklere kan man kalle dette gjennomsnittlig tid i arbeid for personer over 50 år i 2012.

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

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

Virkinger av pensjonsreformen på sysselsetting

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

- Nøytrale uttaksregler gir høyere alderspensjon ved utsatt pensjonering, noe som gjør det mer attraktivt å fortsette i arbeid.
- Alderspensjonen kan fritt kombineres med arbeid fra 62 år, noe som gir sterke økonomiske insentiver til arbeid.
- Nye skatteregler fra 2011 gjør det mer gunstig enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

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

Andelen 62–66-åringer som mottar en form for pensjon – alderspensjon, uførepensjon, avtalefestet pensjon eller etterlattepensjon – økte som følge av de fleksible uttaksreglene fra 57–58 prosent i perioden 2008–2010 til i underkant av 70 prosent i desember 2012. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

65 prosent av de som hadde tatt ut alderspensjon før de fylte 67 år, jobbet ved siden av pensjonen i desember 2012. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte dessuten fra 39 prosent til 43 prosent fra 2010 til 2012 (selvstendig næringsdrivende er ikke inkludert i disse tallene). Dette var en sterkere sysselsettingsøkning enn for befolkningen mellom 18 og 66 år. Andelen som fortsatte i arbeid i aldersgruppen 62–66 år, økte mest i næringene industri og bergverksdrift og utvinning.

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

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

Dahl og Lien (2013) så videre på hva som kjennetegner de gruppene der sysselsettingen har økt særlig mye etter fylte 62 år. Blant ulike yrkesgrupper viser det seg at det er personer med tunge manuelle yrker som i størst grad har latt seg påvirke til å fortsette lenger i jobb. Tilsvarende når de ser på utdanning, så er det de med kun grunnskoleutdanning som har økt sin sannsynlighet til å fortsette i jobb mest. Men selv om forskjellene i jobbsannsynlighetene nå har blitt mindre, så er det fortsatt de med lengst utdanning som står lengst i jobb.⁴⁵

⁴⁵ Disse funnene blir bekreftet av Nordby m.fl. (2013).

Bakken og Bråthen (2012) har sett på hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for å fortsette i jobb fra et år til et annet. De faktorene som ga størst effekt på denne avgjørelsen var helsetilstanden, tidspunktet for ektefellens pensjonsbeslutning og om man er ansatt i en bedrift med AFP. I tillegg fant de at pensjonsreformen isolert sett hadde en positiv effekt på sannsynligheten for å fortsette i jobb.

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

Norsk seniorpolitisk barometer

Norsk seniorpolitisk barometer har siden 2003 kartlagt holdninger på det seniorpolitiske området i arbeidslivet. Tre funn er særlig tydelige, to er positive og ett er negativt:

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

Om undersøkelsen

Norsk seniorpolitisk barometer er gjennomført årlig siden 2003. Informasjonen i undersøkelsen hentes inn per telefonintervju. Utvalget består netto av 1000 personer over 15 år og 600 bedrifter og 150 offentlige etater. Det er Synovate som gjennomfører undersøkelsen på oppdrag av Senter for seniorpolitikk (SSP).

Karakteristisk ved arbeidstakernes vurderinger

- Eldre gleder seg i større grad enn yngre til å gå på jobb. Dette bildet har vært stabilt over tid.
- Eldre opplever i større grad enn yngre at de mestrer sine arbeidsoppgaver. Slik har det vært i hele tiårsperioden.
- 20 prosent av de eldre har opplevd at det foregår aldersdiskriminering. Andelen har vært stabil over tid.
- Det er en utbredt oppfatning blant sysselsatte at eldre er lite ettertraktet på arbeidsmarkedet.
- Sammenliknet med yngre har eldre tidligere rapportert om dårligere muligheter til å få nye arbeidsoppgaver. Her synes det imidlertid å ha vært en bedring fra begynnelsen av perioden til slutten av perioden: Eldre har de tre siste årene rapportert at de har samme muligheter som yngre til å få nye arbeidsoppgaver.
- Majoriteten av de sysselsatte over 60 år opplyser at de ønsker å arbeide også etter at de har startet å ta ut pensjon. Denne andelen økte fram til 2010, men har falt etter 2010. Nå er det om lag 2/3 som opplyser om at de kunne tenke seg å fortsette å arbeide etter at de har startet med å ta ut pensjon.
- Ønsket fratredelsesalder har trendmessig økt i perioden (men i 2012 var det nedgang). De sysselsatte rapporterer nå at de ønsker å fratre ved 64–65-årsalderen. I begynnelsen av perioden var ønsket fratredelsesalder 61 år.

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

Karakteristisk ved arbeidsgivernes vurderinger

- Arbeidsgivere oppgir at erfarne arbeidstakere og unge arbeidstakere er de mest attraktive ved ansettelser. Motsatt oppgis funksjonshemmede, eldre og innvandrere å være de minst attraktive. Med andre ord; arbeidsgivernes ønsker arbeidstakere som både er erfarne og unge (mange vil mene at det er en krevende egenskap å inneha). Bildet har holdt seg nokså stabilt de siste fem årene.
- Ved hvilken alder folk må betraktes som "eldre i arbeidslivet" har økt over tid. I begynnelsen av perioden (2003) oppga arbeidsgivere i gjennomsnitt at 52 år var grensen for når folk kan betraktes som "eldre". I slutten av perioden (2012) har denne grensen økt til om lag 56 år.
- Knappe 20 prosent av arbeidsgiverne har opplevd aldersdiskriminering i arbeidslivet. Denne andelen har variert noe over tid, men ikke vist noen klar trend.
- Majoriteten av arbeidsgiverne opplever at det er en fordel at arbeidstakere står i jobb frem til "normal pensjonsalder", og denne andelen har økt over tid.
- Få arbeidsgivere mener at eldre bør sies opp før yngre når en bedrift må nedbemanne. Dette bildet har vært stabilt over tid.
- Mange arbeidstakere ønsker ikke å kalle inn eldre arbeidssøkere til intervju. I gjennomsnitt oppgis 57 år som den aldersgrensen arbeidsgivere vil nøle med å kalle inn til intervju. Dette bildet har holdt seg nokså stabilt over tid.
- Majoriteten av arbeidsgivere oppgir at eldre som tar ut pensjon vil ha gode muligheter til å fortsette å jobbe deltid i bedriften.

På noen områder har arbeidstakere og arbeidsgivere sammenfallende oppfatning

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

Men på ett område har arbeidstakere og arbeidsgiver ulik oppfatning

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

7.2 Måloppnåelse

Delmål 3 i IA-avtalen er at gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet for personer over 50 år skal øke med seks måneder fra 2009 til 2013. I 2012 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11,2 år i arbeid. Dette 0,3 år eller 3 ½ måned mer enn i 2009. For at IA-avtalens mål skal oppfylles, må forventet antall år i arbeid øke til 11,4 år innen 2013 for de over 50 år.

Forventet antall år i arbeid for personer over 50 år økte svakt fra 2009/10 til 2011, mens økingen til 2012 var relativt sterk. Sammenliknet med den generelle utviklingen på arbeidsmarkedet, har utviklingen for de eldste aldersgruppene vært spesielt god. Sysselsettingsandelen for hele befolkningen sank fra 2008 til 2010 og har deretter økt bare marginalt fram til 2012. Likevel økte sysselsettingsandelen blant personer over 57 år i samme periode. Blant de over 60 år har det vært en økning i sysselsettingsandelen de siste ti årene. Samtidig har uføreandelene for denne gruppen gått ned gjennom flere år.

Hittil i denne IA-perioden har vi kommet nærmere målet om en økning i forventet antall år i arbeid for personer over 50 år med seks måneder. For å nå målet må økingen fra 2012 til 2013 være like stor som økingen fra 2011 til 2012.

En av utfordringene også ved dette målet, er at konjunktursituasjonen påvirker sysselsettingen. Indikatoren måler dermed også utviklingen i andre forhold enn det en kan påvirke ved å legge til rette for en god seniorpolitikk.

8. Kilder

Statistikk fra www.ssb.no

Statistikk fra www.nav.no

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg 1 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport

IA-avtalens overordnede mål

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

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

Delmål 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 13 Ulike faktorerers betydning for endringer i sykefraværsprosenten fra 2008–2009 og fra 2009–2010. I de tre siste faktorene er luftveislidelser holdt utenfor.

	Økning 2008–2009	Reduksjon 2009–2010
Influenza ⁴⁸	19 prosent	24 prosent
Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad	6 prosent	10 prosent
Antall sykmeldingstilfeller per avtalt dagsverk	-25 prosent	65 prosent
Sykefraværstilfellenes varighet	100 prosent	1 prosent

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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

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

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

⁴⁸ Beregnet med utgangspunkt i endringen for hele diagnosegruppen luftveislidelser, siden en del influensa trolig er kodet med andre luftveisrelaterte diagnoser.

Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk

(rapport 2/2011, s. 29)

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

Almlid-utvalget

(rapport 1/2011, s. 19)

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

Delmål 2

Begrepsbruk delmål 2

(rapport 1/2011, s. 27)

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

Delmål 3

Seniorpolitikk i kommunesektoren – en spørreundersøkelse

(rapport 2/2011, s. 47)

Ni av ti kommuner og fylkeskommuner har en seniorpolitikk. Å sikre kommunen arbeidskraft og i særlig grad arbeidskraft med spesifikk kompetanse er de viktigste årsakene for å bruke ressurser på seniorpolitikk. Tilrettelegging av arbeidet er det seniortiltaket som flest tilbyr. En stor del av kommunene tilbyr også særskilte stimuleringstiltak for å stå i jobb for ansatte som

er fylt 62 år. Kommunene er likevel usikre på effektene av mange av de ulike tiltakene som tilbys. Om lag tre av fire kommuner og fylkeskommuner anser at seniorpolitikk er lønnsomt for kommunen/fylkeskommunen. Bare et lite mindretall, anslagsvis fem prosent, av kommunene og fylkeskommunene anser at pensjonsreformen har betydning for utformingen av seniorpolitikken.

Vedlegg 2 – Figurer

Kapittel 4 Overordnet mål for avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

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

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 13 Sysselsatte som andel av befolkningen etter landbakgrunn, 15(16)* - 66 år etter alder. 4. kvartal 2003-2011. Prosent.

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Befolkningen	I alt	75,4	75,2	74,1	75,5	77,1	77,0	75,2	74,7	74,9
ekskludert	15-24 år	59,0	59,1	52,7	55,1	60,8	59,3	54,5	54,1	54,3
innvandrere	25-39 år	82,5	82,4	83,3	85,1	85,8	86,3	85,0	84,5	84,8
	40-54 år	84,0	83,8	84,3	85,4	85,9	86,4	85,8	85,4	85,6
	55-61 år	74,6	74,4	74,8	76,1	77,1	78,0	77,9	78,2	78,6
	62-66 år	42,4	43,0	43,4	46,1	49,0	49,9	49,7	49,3	50,1
EU-landene	I alt	63,8	66,0	69,4	72,0	76,9	74,1	71,2	71,4	74,0
i Øst-Europa	15-24 år	46,1	49,9	51,0	55,9	64,2	59,3	53,7	54,6	56,1
	25-39 år	66,5	68,9	73,1	75,2	78,9	76,4	74,1	74,4	76,9
	40-54 år	72,6	73,1	75,4	76,3	81,0	77,5	73,7	73,9	77,0
	55-61 år	62,2	63,5	65,6	67,0	71,6	70,7	67,4	66,7	69,1
	62-66 år	43,8	41,8	43,1	43,9	43,6	44,6	47,5	45,6	50,4
Landgruppe 2**	I alt	50,8	50,7	51,1	54,4	57,6	58,3	55,1	54,5	55,0
	15-24 år	40,4	40,6	38,2	42,5	48,4	47,6	40,5	38,8	38,1
	25-39 år	54,0	53,7	55,3	58,9	61,8	62,8	59,6	59,2	60,0
	40-54 år	56,9	56,8	57,6	59,9	62,0	62,8	60,8	60,4	60,8
	55-61 år	39,0	39,8	40,2	42,2	43,8	45,9	45,7	45,7	46,6
	62-66 år	19,9	19,4	20,3	22,6	23,6	24,6	25,2	26,4	27,7

*16 år 2001- 2005

**Øst-Europa utenom EU, Asia, Afrika, Latin-Amerika og Oseania utenom Australia og New Zealand

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 14 Mottakere av helserelaterte ytelser, bosatt i Norge per 31.12 årene 1992-2012, justert for dobbelttelling. Antall og i prosent av befolkningen 18-66 år

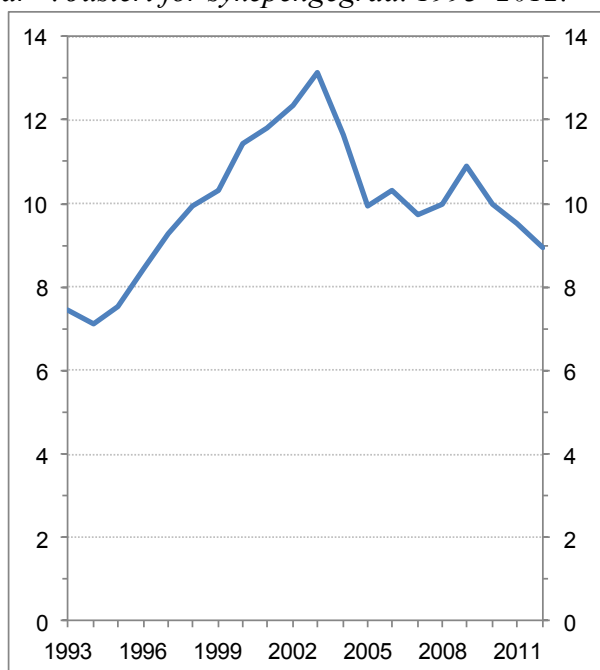
8.1.1	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2001-2012
Antall per 31.12																						
Syke "AAP" og uføre	372 287	357 674	358 303	363 890	379 077	397 184	421 240	441 920	467 017	489 764	514 249	543 342	528 592	543 314	545 222	546 560	553 762	569 165	586 743	582 445	580 853	18,6 %
uføre og "AAP"	298 528	291 261	286 784	287 511	291 459	300 889	320 256	333 483	354 874	370 076	389 090	411 902	421 842	428 757	431 864	431 732	434 949	450 388	468 121	469 844	468 346	26,6 %
uføre	234 578	230 769	232 106	234 677	237 973	245 068	256 816	268 703	278 512	284 238	291 209	300 057	301 162	299 648	296 242	293 633	294 781	294 853	299 487	304 871	308 262	8,5 %
"AAP"	66 551	63 127	57 314	55 331	56 145	58 845	62 532	68 338	77 849	91 240	103 174	117 328	124 871	133 017	139 308	141 438	144 226	159 061	173 810	171 235	165 811	81,7 %
Syke	76 969	69 441	74 734	80 036	91 728	101 164	106 372	113 793	118 617	125 879	132 031	138 799	112 908	121 255	119 932	121 616	125 559	125 841	124 829	118 321	118 098	-6,2 %
Antall i prosent av befolkningen																						
Syke "AAP" og uføre	13,8	13,2	13,2	13,3	13,8	14,4	15,1	15,8	16,6	17,3	18,0	18,8	18,2	18,5	18,4	18,1	18,1	18,3	18,6	18,2	17,9	3,7 %
Uføre og "AAP"	11,1	10,8	10,5	10,5	10,6	10,9	11,5	11,9	12,6	13,0	13,6	14,3	14,5	14,6	14,6	14,3	14,2	14,5	14,8	14,7	14,4	10,7 %
Uføre	8,7	8,5	8,5	8,6	8,7	8,9	9,2	9,6	9,9	10,0	10,2	10,4	10,4	10,2	10,0	9,7	9,6	9,5	9,5	9,5	9,5	-5,2 %
"AAP"	2,5	2,3	2,1	2,0	2,0	2,1	2,2	2,4	2,8	3,2	3,6	4,1	4,3	4,5	4,7	4,7	4,7	5,1	5,5	5,3	5,1	58,9 %
Syke	2,9	2,6	2,7	2,9	3,3	3,7	3,8	4,1	4,2	4,4	4,6	4,8	3,9	4,1	4,0	4,0	4,1	4,0	4,0	3,7	3,6	-18,0 %
Beregnete rater, gitt faktisk befolkning og rater som i 2001																						
Syke "AAP" og uføre	16,4	16,4	16,4	16,5	16,6	16,7	16,8	16,9	17,1	17,3	17,4	17,6	17,8	17,9	18,0	18,1	18,2	18,2	18,2	18,2	18,2	5,4 %
Uføre og "AAP"	12,3	12,3	12,4	12,4	12,5	12,5	12,6	12,7	12,9	13,0	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8	13,9	14,0	14,1	14,1	14,1	14,0	7,6 %
Uføre	9,4	9,4	9,4	9,4	9,5	9,5	9,6	9,7	9,8	10,0	10,2	10,4	10,5	10,7	10,8	10,9	11,0	11,2	11,2	11,2	11,1	11,2 %
"AAP"	3,1	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	-3,9 %
Syke	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	-1,1 %
Beregnete rater, gitt faktiske rater og befolkning som i 2001																						
Syke "AAP" og uføre	14,6	14,0	13,9	14,0	14,4	14,9	15,6	16,1	16,7	17,3	17,8	18,5	17,7	17,9	17,7	17,4	17,2	17,4	17,7	17,4	17,1	-0,8 %
Uføre og "AAP"	11,8	11,4	11,2	11,1	11,1	11,3	11,9	12,2	12,7	13,0	13,4	14,0	14,0	14,0	13,8	13,6	13,3	13,6	13,9	13,8	13,6	4,3 %
Uføre	9,3	9,2	9,1	9,1	9,2	9,3	9,6	9,9	10,0	10,0	10,1	10,1	9,8	9,5	9,2	8,9	8,7	8,4	8,4	8,5	8,5	-14,6 %
"AAP"	2,5	2,4	2,1	2,0	2,0	2,1	2,2	2,4	2,8	3,2	3,6	4,1	4,3	4,6	4,8	4,8	4,8	5,2	5,6	5,5	5,2	62,5 %
Syke	3,0	2,7	2,9	3,0	3,4	3,7	3,9	4,1	4,2	4,4	4,6	4,8	3,9	4,1	4,0	4,0	4,1	4,1	4,0	3,7	3,7	-17,1 %

Tabell 15 Mottakere av helserelaterte ytelser årene 1992-2012, norske statsborgere bosatt i Norge per 31.12.2012, justert for dobbelttelling. Antall og i prosent av befolkningen 18-66 år

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2001-2012
Antall per 31.12																						
Syke "AAP" og uføre	367 031	352 491	352 962	358 302	373 025	390 576	413 763	433 623	457 656	479 638	502 936	530 762	515 804	529 337	530 127	529 916	535 071	548 223	562 784	556 656	552 516	15,2 %
uføre og "AAP"	294 561	287 287	282 818	283 464	287 240	296 390	315 156	327 912	348 669	363 392	381 664	403 575	412 799	419 104	421 431	420 721	423 207	436 986	452 424	452 711	449 706	23,8 %
uføre	231 493	227 551	228 710	231 245	234 301	240 974	252 262	263 778	275 882	278 715	285 455	294 146	294 909	293 289	289 785	287 081	287 242	288 105	292 411	297 412	300 204	7,7 %
"AAP"	65 389	62 038	56 370	54 359	55 155	57 793	61 360	66 962	76 175	89 212	100 626	114 071	121 204	128 838	134 469	136 134	138 310	151 575	164 312	160 734	154 463	73,1 %
Syke	83 279	74 368	78 836	83 626	94 763	103 350	107 056	113 127	116 396	122 349	127 109	132 450	106 920	113 932	111 926	112 436	114 857	114 596	113 012	106 200	104 923	-14,2 %
Antall i prosent av befolkningen																						
Syke "AAP" og uføre	14,0	13,4	13,3	13,5	14,0	14,6	15,3	16,0	16,8	17,5	18,3	19,2	18,6	19,0	18,9	18,8	18,9	19,2	19,7	19,5	19,3	10,3 %
Uføre og "AAP"	11,3	10,9	10,7	10,6	10,7	11,0	11,7	12,1	12,8	13,3	13,9	14,6	14,9	15,0	15,0	14,9	14,9	15,3	15,8	15,8	15,7	18,5 %
Uføre	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9,0	9,4	9,7	10,1	10,2	10,4	10,6	10,6	10,5	10,3	10,2	10,1	10,1	10,2	10,4	10,5	3,1 %
"AAP"	2,5	2,4	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3	2,5	2,8	3,3	3,7	4,1	4,4	4,6	4,8	4,8	4,9	5,3	5,7	5,6	5,4	65,8 %
Syke	3,2	2,8	3,0	3,1	3,5	3,9	4,0	4,2	4,3	4,5	4,6	4,8	3,8	4,1	4,0	4,0	4,1	4,0	4,0	3,7	3,7	-17,9 %
Beregnete rater, gitt faktisk befolkning og rater som i 2001																						
Syke "AAP" og uføre	16,5	16,6	16,7	16,7	16,8	16,9	17,0	17,2	17,3	17,5	17,7	17,9	18,1	18,3	18,4	18,6	18,7	18,8	18,9	18,9	19,0	8,3 %
Uføre og "AAP"	12,5	12,5	12,6	12,6	12,7	12,7	12,8	13,0	13,1	13,3	13,4	13,6	13,8	14,0	14,2	14,3	14,5	14,6	14,7	14,8	14,8	11,5 %
Uføre	9,4	9,4	9,5	9,5	9,6	9,7	9,7	9,9	10,0	10,2	10,4	10,6	10,8	11,0	11,1	11,3	11,5	11,7	11,8	11,8	11,9	16,7 %
"AAP"	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	-5,3 %
Syke	4,3	4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4	-0,8 %
Beregnete rater, gitt faktiske rater og befolkning som i 2001																						
Syke "AAP" og uføre	15,0	14,3	14,1	14,2	14,6	15,1	15,8	16,3	17,0	17,5	18,1	18,8	18,0	18,3	18,1	17,9	17,8	18,1	18,5	18,3	18,2	3,7 %
Uføre og "AAP"	12,1	11,7	11,3	11,2	11,3	11,5	12,1	12,4	13,0	13,3	13,7	14,2	14,3	14,3	14,2	14,0	13,8	14,2	14,6	14,6	14,5	9,2 %
Uføre	9,6	9,3	9,3	9,3	9,3	9,5	9,8	10,0	10,3	10,2	10,2	10,3	10,0	9,7	9,4	9,1	8,9	8,7	8,8	8,9	9,1	-10,9 %
"AAP"	2,6	2,4	2,1	2,0	2,1	2,1	2,3	2,5	2,8	3,3	3,7	4,1	4,4	4,7	4,9	4,9	5,0	5,5	6,0	5,8	5,6	71,5 %
Syke	3,0 %	2,7 %	2,9 %	3,1 %	3,5 %	3,8 %	3,9 %	4,1 %	4,2 %	4,5 %	4,6 %	4,8 %	3,9 %	4,2 %	4,1 %	4,1 %	4,2 %	4,2 %	4,1 %	3,9 %	3,8 %	71,49 %

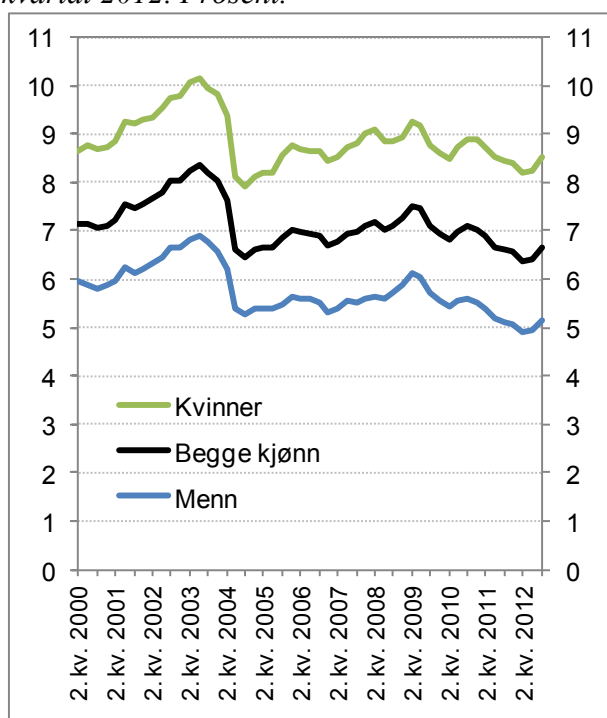
Kapittel 5 Sykefravær – delmål 1

Figur 17 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år⁴⁹. Justert for sykepengegrad. 1993–2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

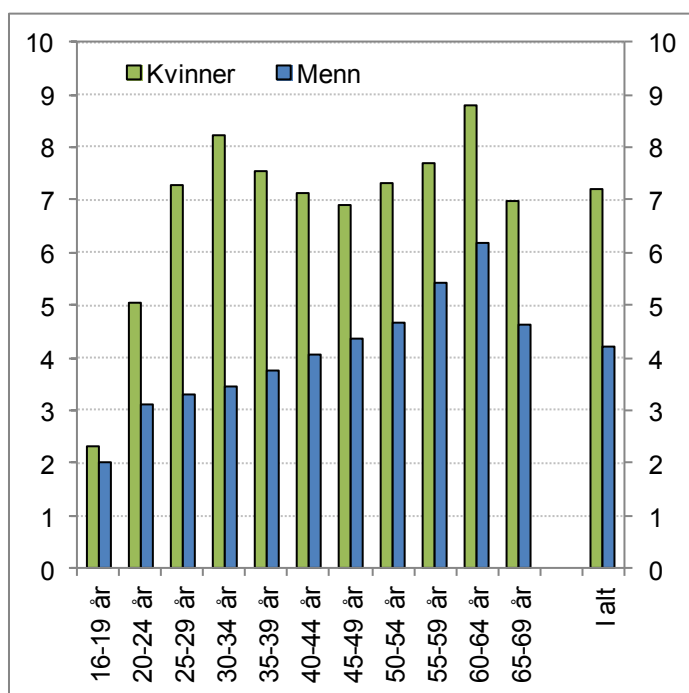
Figur 18 Totalt sykefravær etter kjønn. Sesongjusterte kvartalsvise tall. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2012. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

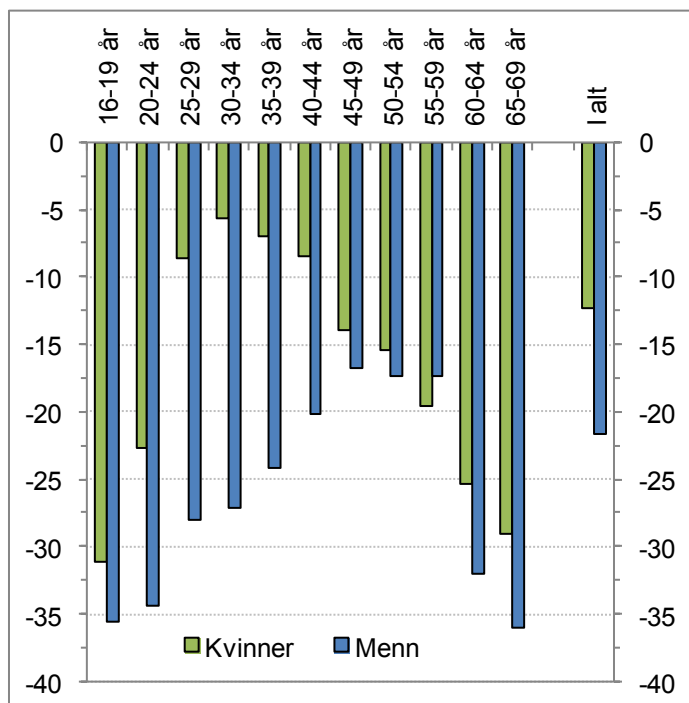
⁴⁹ Tallene er korrigeret for utvidelsen av arbeidsgiver perioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000.

Figur 19 Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Årstall basert på ujusterte tall, 2012. Prosent.



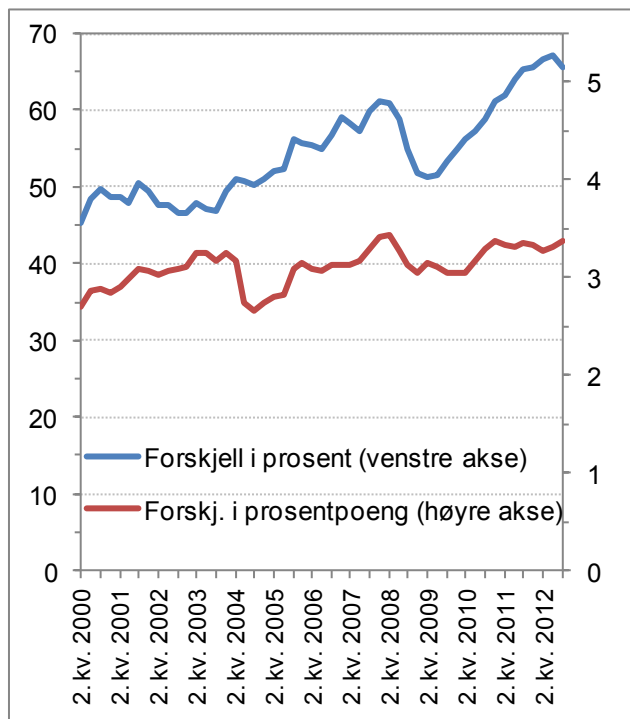
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 20 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 16 Forskjell mellom kvinners og menns totale sykefravær etter næring. Årstall, 2001–2012. Prosentpoeng.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Endr. 01-12
Alle næringer	3,0	3,1	3,2	2,9	2,9	3,0	3,2	3,3	3,2	3,1	3,3	3,4	0,4
Jordbruk, skogbruk og fisk	1,9	1,5	1,2	1,1	0,8	1,4	1,9	2,0	1,5	2,1	2,2	1,9	0,0
Industri	2,9	2,8	2,8	2,5	2,3	2,7	2,4	2,7	2,5	2,2	2,6	2,6	-0,3
Elektrisitet, vann og renov	1,2	1,4	1,7	1,1	0,9	0,8	1,2	1,2	1,5	1,8	2,2	1,6	0,4
Bygge- og anleggsvirksom	0,1	0,0	-0,5	0,3	-0,2	-0,3	0,1	0,5	0,0	-0,2	0,3	0,4	0,3
Varehandel, motorvognre	2,3	2,5	2,8	2,5	2,3	2,6	2,8	2,7	2,6	2,6	2,7	2,6	0,3
Transport og lagring	3,0	3,2	2,9	2,8	2,3	2,7	2,2	2,5	2,3	2,2	2,5	2,4	-0,6
Overnattings- og servering	2,4	2,5	2,5	2,3	2,2	2,2	2,4	2,6	2,6	2,4	2,5	2,2	-0,2
Informasjon og kommunik	4,2	4,4	4,4	3,9	3,4	3,6	3,8	3,6	3,8	3,5	3,6	3,6	-0,6
Finansiering og forsikring	3,7	3,7	4,3	3,4	3,3	3,4	3,8	3,6	3,5	3,1	3,6	3,5	-0,2
Teknisk tjenesteyting, eier	2,8	2,9	3,0	2,6	2,5	2,5	2,6	2,7	2,9	2,7	2,9	2,8	0,0
Forretningsmessig tjeneste	3,2	3,5	4,3	3,5	3,7	3,6	3,8	3,6	3,7	3,6	3,5	3,5	0,3
Off.adm., forsvar, sosialfo	3,8	3,8	4,2	3,7	3,4	3,3	3,5	3,5	3,8	3,6	3,7	3,6	-0,2
Undervisning	3,1	3,3	3,4	3,0	2,8	3,0	3,1	3,6	3,8	3,4	3,5	3,6	0,5
Helse- og sosialtjenester	3,2	3,7	4,0	3,4	3,3	3,5	3,7	3,8	3,8	3,6	3,7	3,8	0,6
Personlig tjenesteyting	3,4	3,4	3,0	2,9	2,6	3,0	3,0	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	-0,5

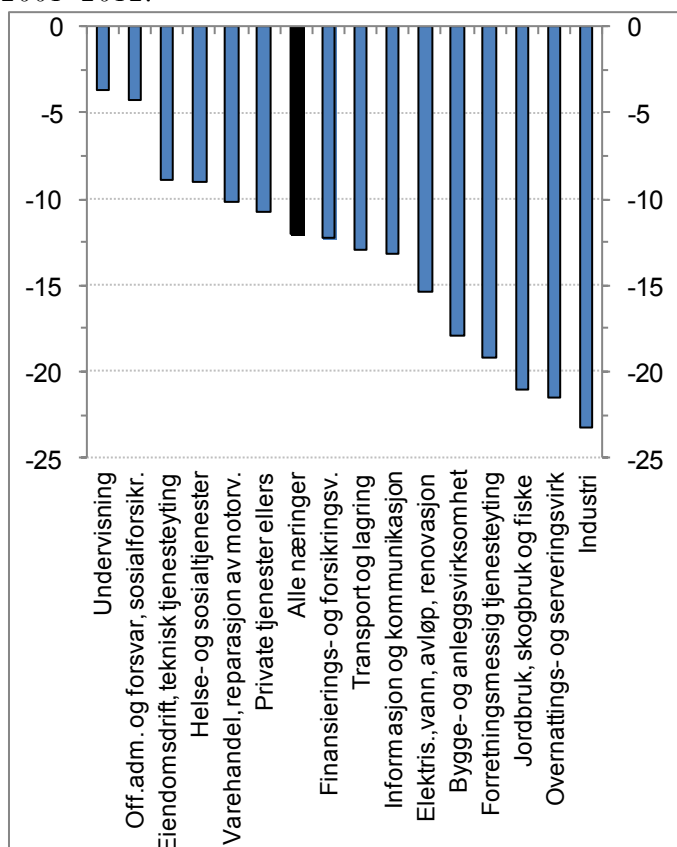
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 17 Andel arbeidstakere (Aa-registeret) etter kjønn og næring. 4. kvartal 2012. Prosent.

	Begge kjønn	Kvinner	Menn
Helse og sosialtjenester	21	36	7
Varehandel mv.	14	14	15
Industri	10	5	14
Undervisning	8	11	5
Bygge- og anleggsvirksomhet	8	1	14
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	6	7	6
Transport og lagring	6	3	8
Eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting	6	5	7
Forretningsmessig tjenesteyting	5	5	6
Informasjon og kommunikasjon	4	2	5
Private tjenester ellers	3	4	2
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3	4	2
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2	2	2
Elektrisitet, vann og renovasjon	1	1	2
Bergverksdrift og utvinning	2	1	3
Jordbruk, skogbruk og fiske	1	1	1

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 22 Prosentvis endring totalt sykefravær etter næring. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2012.



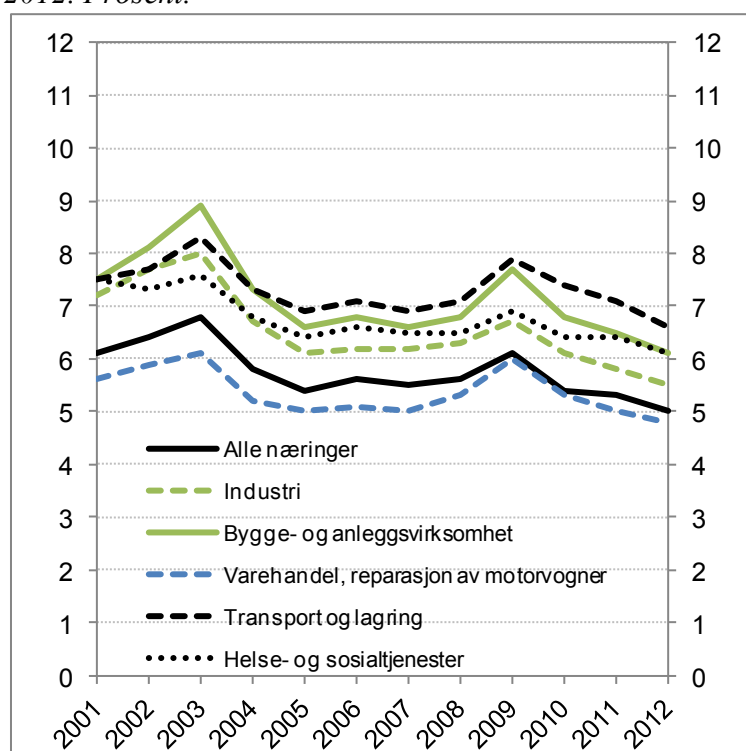
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 18 Totalt sykefravær etter næring. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2012. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Endr. 01-12
Alle næringer	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7	7,5	6,8	6,7	6,5	-12,0
Jordbruk, skogbruk og fisk	5,8	6,1	6,8	5,9	5,1	5,1	5,1	5,2	5,8	5,1	4,9	4,6	-21,1
Industri	7,9	8,3	8,6	7,2	6,6	6,8	6,7	6,9	7,3	6,6	6,4	6	-23,2
Elektris., vann, avløp, reno	6,3	6,5	6,9	5,9	5,7	5,8	5,9	5,9	6,3	5,7	5,5	5,3	-15,4
Bygge- og anleggsvirksom	7,5	8,1	8,9	7,3	6,6	6,8	6,6	6,9	7,7	6,7	6,5	6,1	-17,9
Varehandel, reparasjon av	6,6	7	7,3	6,2	6	6,2	6,2	6,5	7,1	6,4	6,2	5,9	-10,2
Transport og lagring	8,2	8,5	9	8	7,5	7,7	7,4	7,6	8,4	7,9	7,6	7,1	-13,0
Overnattings- og servering	8,4	8,9	9,2	7,9	7,1	7,4	7,3	7,6	8,3	7,4	6,8	6,6	-21,5
Informasjon og kommunika	4,9	5,5	5,7	4,9	4,6	4,8	4,7	4,6	5,1	4,4	4,4	4,2	-13,2
Finansierings- og forsikrin	5,4	5,5	5,9	5,3	4,9	4,9	5	5,2	5,3	4,9	4,9	4,8	-12,2
Eiendomsdrift, teknisk tjer	4,7	5,1	5,6	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,5	4,5	4,3	-8,9
Forretningsmessig tjeneste	8,3	9,1	9,5	8,1	7,6	7,7	8	7,6	8,3	7,5	7,1	6,7	-19,2
Off. adm. og forsvar, sosia	6,2	6,4	6,7	6	5,8	5,9	5,9	6	6,3	5,8	6	5,9	-4,3
Undervisning	6,9	7,2	7,4	6,7	6,4	6,8	6,7	6,9	7,2	6,4	6,6	6,6	-3,7
Helse- og sosialtjenester	10,1	10,4	10,8	9,5	9,1	9,5	9,5	9,6	10	9,3	9,4	9,2	-9,0
Private tjenester ellers	7,4	7,7	7,9	6,7	6,3	6,7	6,6	6,9	7,1	6,6	6,6	6,6	-10,7

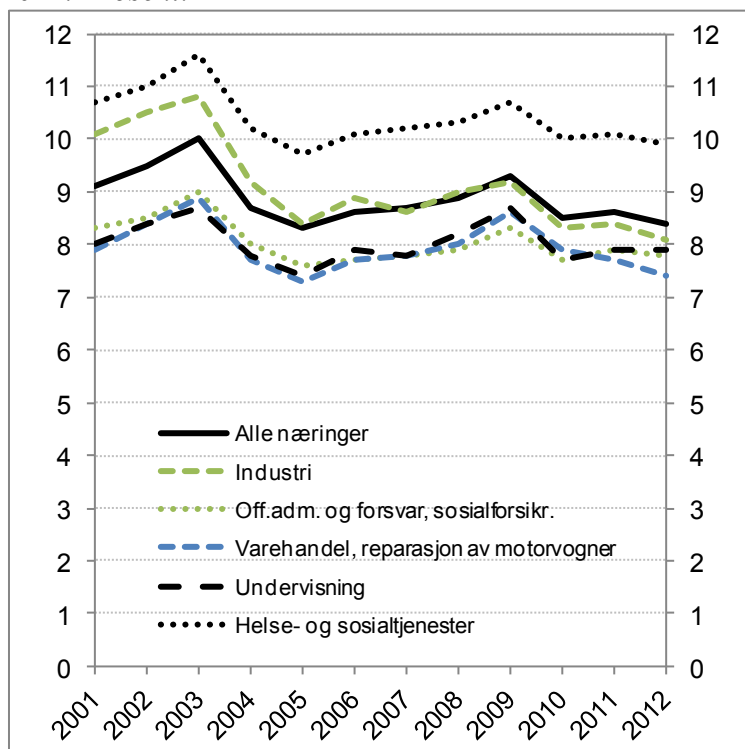
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 23 Totalt sykefravær for menn i ulike næringer. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2012. Prosent.



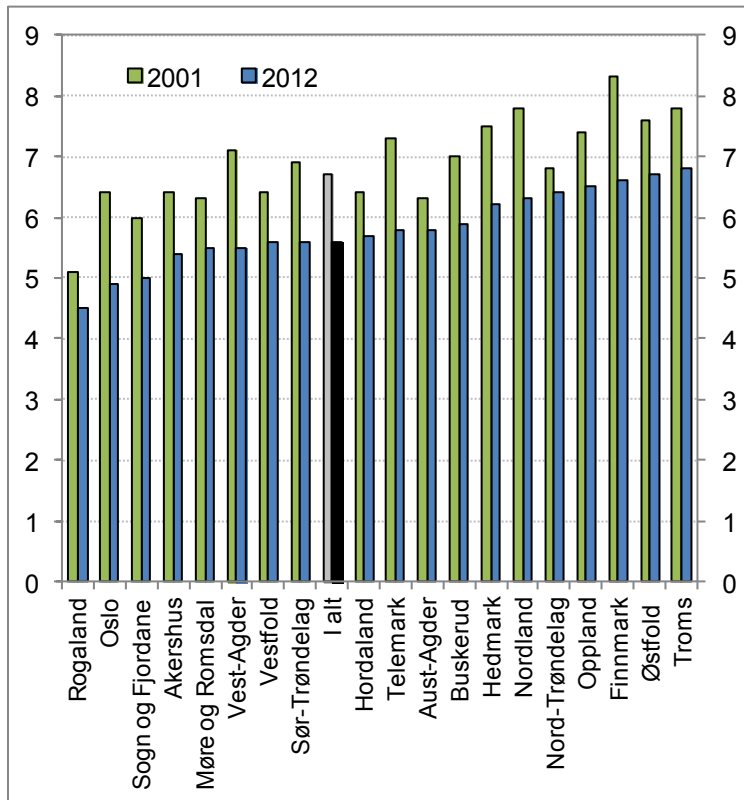
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 24 Totalt sykefravær for kvinner i ulike næringer. Årstall basert på ujusterte tall, 2001–2012. Prosent.



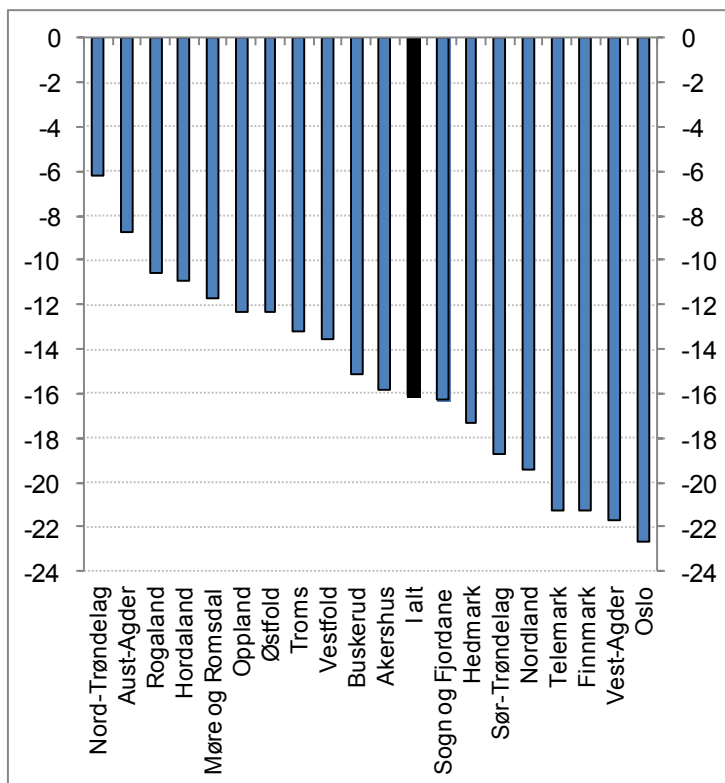
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 25 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Prosent.



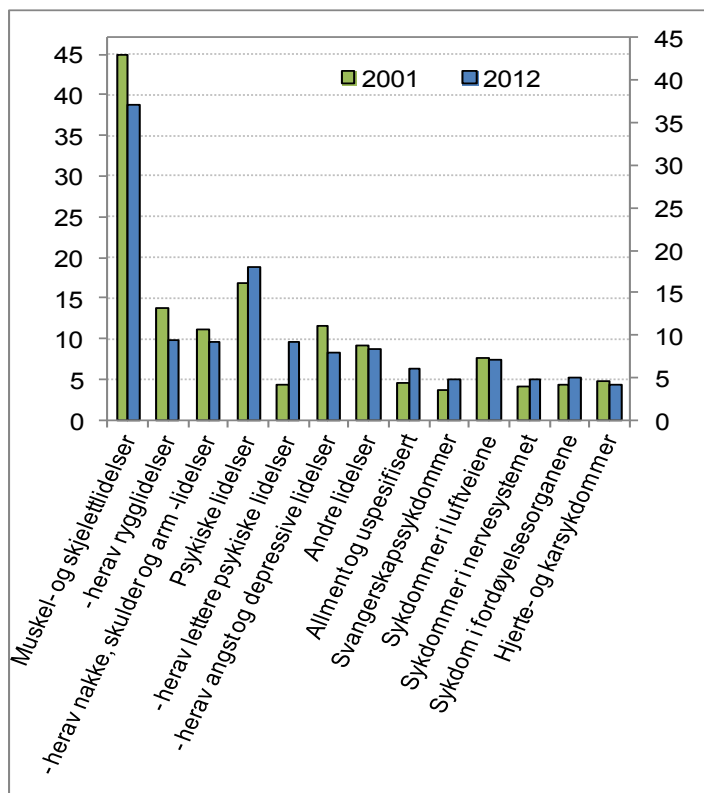
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 26 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2012.



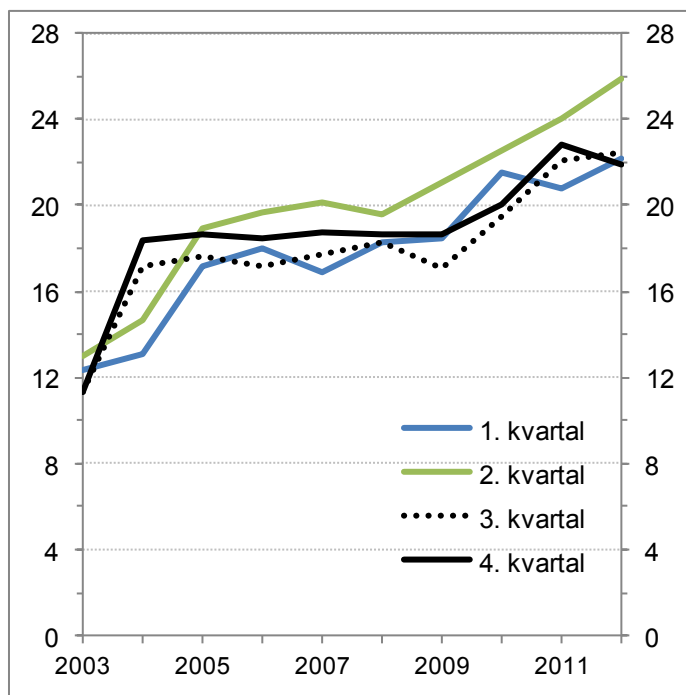
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 27 Legemeldte sykefraværdsdagsverk etter diagnose. Ujusterte tall, 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2012. Andel av alle legemeldte sykefraværdsdagsverk. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Kapittel 6 Sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne – delmål 2

Tabell 19 Antall personer med rett på arbeidsavklaringspenger, etter kjønn og alder. April 2013.

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

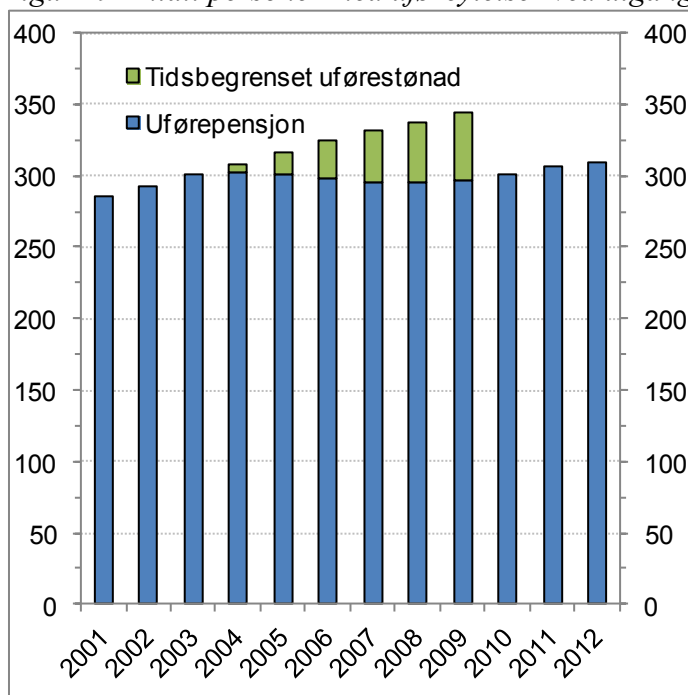
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 20 Uføregrad blant uførepensjonister. Utgangen av 2012.

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

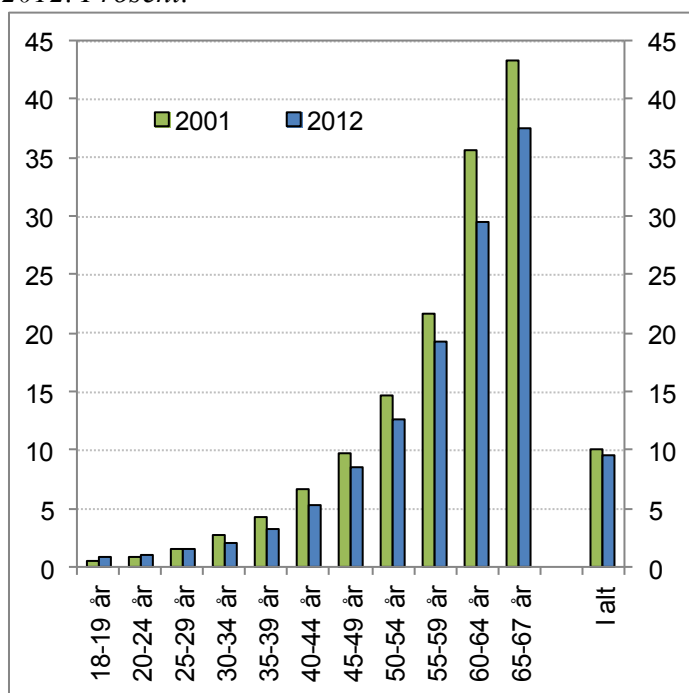
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



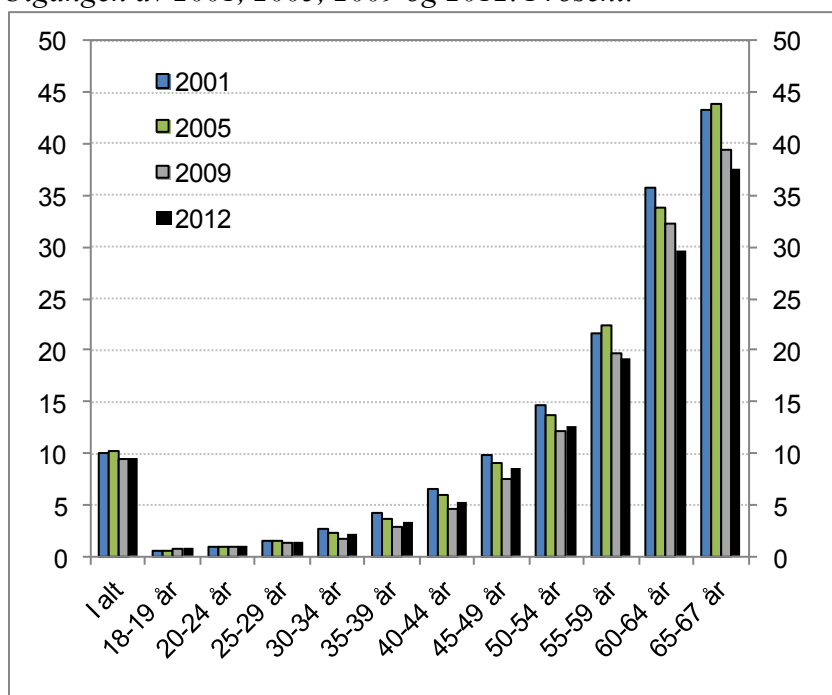
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

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



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 21 Arbeidstakere som har vært sykmeldte i minst 13 uker. Andel i arbeid fire uker etter friskmelding. 1. kvartal 2007 – 3. kvartal 2012.

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

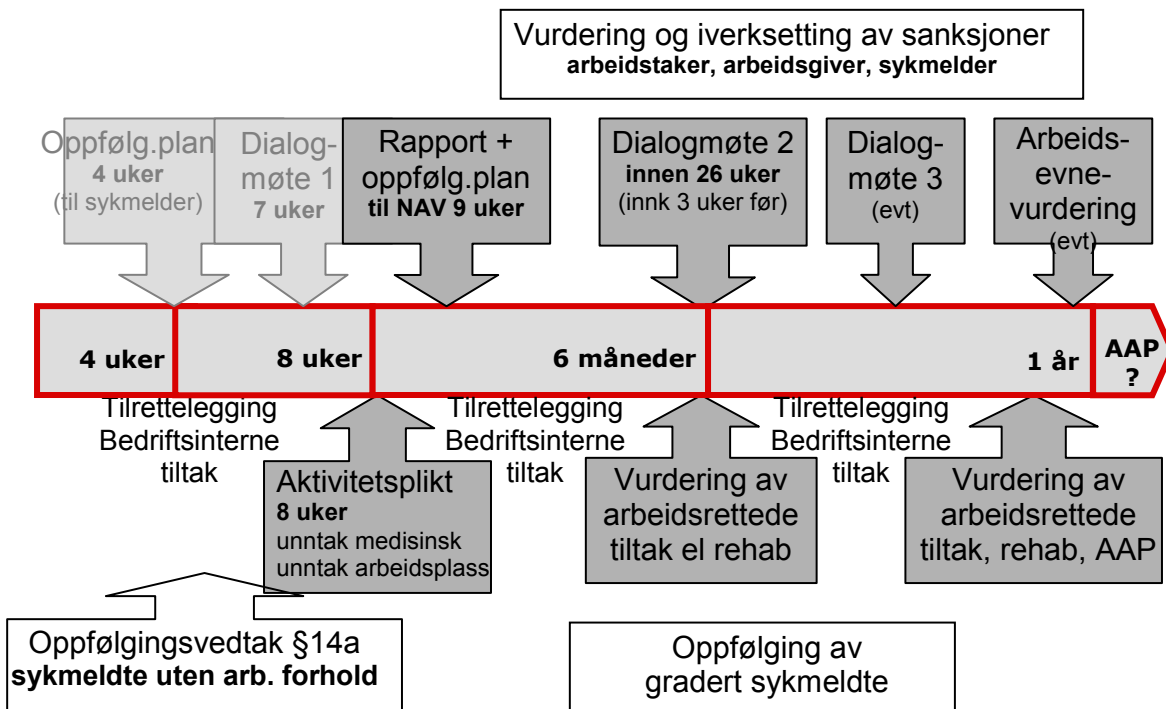
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 22 Antall sykepengetilfeller som har passert henholdsvis 4, 8, 13 og 26 uker i løpet av et år. 2000–2012.

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

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 32 Oppfølging sykmeldte



AAP = Arbeidsavklaringspenger

Oppfølgingstidspunkter

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