

Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk nr. 1/2012

Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 20. juni 2012

1. Sammendrag.....	3
2. Innledning.....	12
3. Målene i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	12
4. Overordnet mål: mer inkluderende arbeidsliv	13
4.1 IA-avtalens mål.....	13
4.2 Nærmere om utviklingen i sysselsettingen	15
4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelaterte ytelsene.....	16
4.4 Oppsummering	19
5. Delmål 1: nedgang i sykefraværet.....	20
5.1 Sykefraværsutviklingen siste år	20
5.2 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid	26
5.3 Måloppnåelse.....	41
5.4 Mulige effekter av virkemidler i IA-avtalen.....	42
6. Delmål 2: Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne	52
6.1 Innledning.....	53
6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne	53
6.3 Utviklingen i sysselsettingen for personer med redusert funksjonsevne.....	54
6.4 Utviklingen i måleindikatorene for delmål 2.....	62
6.5 Måloppnåelse.....	65
7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år.....	67
7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år	67
7.2 Måloppnåelse.....	72
8. Kilder.....	73
Vedlegg 1 – Utviklingen i sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon.....	77
Vedlegg 2 – Oversikt over tidligere temaer i faggruppens rapport.....	79
Vedlegg 3 – Figurer.....	82

Utdypinger i rapporten:

En mulig metode for sesongjustering av sykefraværstallene.....	23
Kjønnsforskjeller i sykefraværet.....	28
Sammenligning av sykefraværet mellom land.....	36
Mulige gevinster av å redusere sykefraværet.....	37

1. Sammendrag

Rapporten fra faggruppen kommer to ganger årlig. Siden forrige rapport (nr. 2/2011) er det bl.a. kommet oppdaterte tall for sysselsetting (4. kvartal 2011), sysselsettingsandeler (2011), sykefravær (3. og 4. kvartal 2011), samt mottakere av uførepensjon (3. og 4. kvartal 2011) arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne (oktober 2011–mai 2012). I tillegg har vi oppdaterte tall på måleindikatorer for delmål 2. Det har også kommet oppdaterte tall for tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser, for mottakere av helse relaterte ytelser justert for dobbelttelling og for forventet antall år i arbeid ved 50 år.

Nytt i denne rapporten er også at det for perioden 2001–2011 presenteres kjønnsfordelte tall for sysselsettingsandeler etter alder korrigert for brudd i AKU i 2006 (tabell 14), samt årstall for sykefravær etter næring (tabell 16). Tabellene er laget på oppdrag for faggruppen.

Samlet sett innebærer den nye statistikkinformasjonen at hovedbildet for IA-målene som ble gitt i forrige rapport er lite endret, jf. nærmere omtale nedenfor.

Utviklingen knyttet til IA-målene: Demografi, konjunkturer, innvandring, sammenheng i IA-målene

Det er viktig å forstå betydningen av demografi og konjunkturer for å kunne identifisere hvilke endringer i sykefravær og arbeidsmarked/arbeidsliv som kan knyttes til IA-arbeidet. Endringer i befolkning, befolkningssammensetning og konjunkturer kan ha stor selvstendig betydning.

I de ti årene en har hatt IA-avtale har den demografiske utviklingen bl.a. vært kjennetegnet av at andelen eldre har økt. I tillegg har en kraftig innvandring i siste halvdel av tiårsperioden 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 atferd enn i befolkningen for øvrig. Av økningen i antallet sysselsatte på 280 000 fra 2004 til 2010 kan nær 60 prosent knyttes til innvandring¹. Fra 2010 til 2011 sto nettoinnvandringen for 70 prosent av den samlede befolkningstilveksten på 1,3 prosent i aldersgruppen 15–74 år. I perioden før den store arbeidsinnvandringen startet i 2005 var årlig befolkningsvekst langt lavere.

Samlet sett har det vært en vekst i antall sysselsatte på 308 000 personer fra 2001 til 2011. Det er imidlertid viktig å påpeke at perioden vært preget av store svingninger i etterspørselen etter arbeidskraft. I årene 2002 og 2003 og senere, i en tid etter finanskrisen i 2008, falt antall sysselsatte noe, mens den fra 2004, og særlig i 2006 til 2008, økte meget sterkt. Den kraftige konjunkturedgangen fra 2008 er for lengst over, selv om norsk økonomi fortsatt er nær bunnen i en moderat lavkonjunktur.²

Betydningen av demografi, konjunkturer og innvandring er forsøkt reflektert i tilknytning til hvert delmål. Faggruppen vil i kommende rapporter jobbe videre med disse problemstillingene.

I vurderingen av utviklingen knyttet til delmålene er det videre viktig å vurdere IA-målene i sammenheng. God måloppnåelse på delmål 2 og 3 kan gjøre det mer krevende å oppnå gode

¹ SSB, registerbasert sysselsettingsdata

² *Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2012*. Endelig hovedrapport fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene. Arbeidsdepartementet, mars 2012.

resultater for delmål 1. Samtidig vil en nedgang i det langvarige sykefraværet på sikt virke positivt på delmål 2 og 3 ved at risikoen for varig frafall fra arbeidsstyrken reduseres.

Overordnet mål – Mer inkluderende arbeidsliv Sysselsettingsnedgang stoppet opp – sterk befolkningsvekst

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 helserelaterte ytelser i prosent av befolkningen mellom 18–66 år

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 – flere i arbeid og færre på trygd.

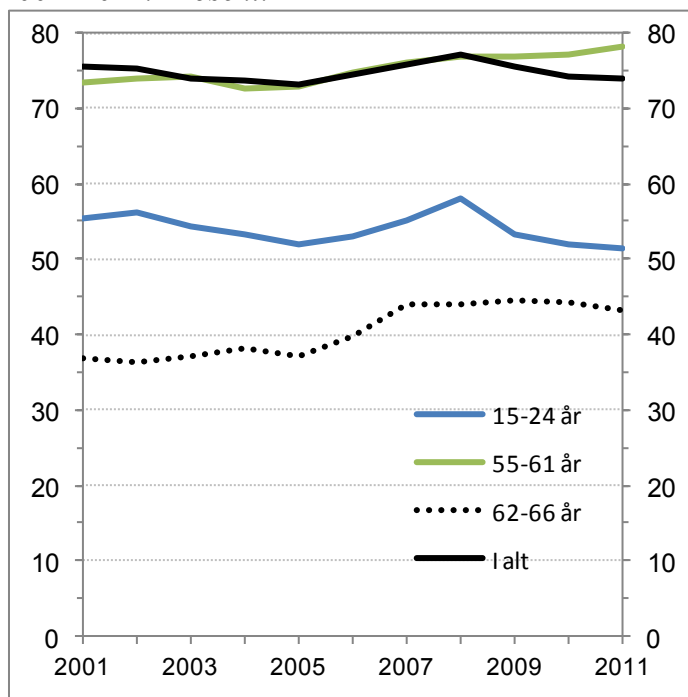
Etter en kraftig økning fra 2003 til 2008, og en nedgang i forbindelse med finanskrisen i 2009, har antallet sysselsatte tatt seg opp igjen siden 2. kvartal 2010. I 2011 var det ifølge nasjonalregnskapet sysselsatt 22 000 flere enn i 2008 og 308 000 flere enn i 2001. Sesongjusterte AKU-tall tyder på at den relativt gode sysselsettingsutviklingen har fortsatt inn i 2012.

Sysselsettingen som andel av befolkningen var 1,6 prosentpoeng lavere i 2011 sammenlignet med i 2001, og 3 prosentpoeng lavere enn i toppåret 2008. En økning i andelen sysselsatte på 3 prosentpoeng tilsvarer om lag 100 000 flere sysselsatte. Ifølge kvartalstall stoppet nedgangen opp i andre halvår i fjor. Som årsgjennomsnitt var 74 prosent i alderen 15–66 år sysselsatt i 2011.

Nedgangen fra 2001 til 2011 har vært størst blant unge, mens det har vært solid økning blant seniorenene, der andelen i jobb holdt seg godt oppe også til tross for finanskrisen. Utviklingen har gjennomgående vært svakere blant menn enn kvinner, med unntak for aldersgruppen 62–66 år. Andelen sysselsatte kvinner var i 2011 om lag den samme som i 2001, og det var bare blant de yngste det var nedgang. Utviklingen blant seniorenene er nærmere omtalt i tilknytning til delmål 3.

Endringene i sysselsettingsandelen blant ungdom i aldersgruppen 15–24 år følger samme mønster som for befolkningen som helhet, men sysselsettingsandelen falt spesielt raskt fra 2008 til 2009. Nedgangen i denne perioden må i tillegg til økt arbeidsledighet ses i sammenheng med økt overgang til 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. Ved utgangen av 2011 var det i NAV registrert om lag 31 000 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 Arbeids- og velferdsetaten.

Figur 1 Sysselsatte som andel av befolkningen for utvalgte aldersgrupper. Årsgjennomsnitt 2001–2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Etter 2008 har svake konjunkturer stått for en stor del av nedgangen i sysselsettingsandelen. I tillegg har endret alderssammensetning isolert sett bidratt til å trekke ned den samlede sysselsettingsandelen med om lag $\frac{1}{4}$ prosentpoeng per år.

Sterk innvandring i siste halvdel av tiårsperioden kan også ha hatt mye å si for utviklingen. Innvandringen påvirker både alderssammensetningen og sysselsettingsandelen innen hver aldersgruppe. Effektene er imidlertid usikre og bør analyseres nærmere.

Indikatoren teoretisk tapte årsverk ved mottak av helserelevante ytelser gir et teknisk anslag på mulig økning i utførte årsverk dersom mottakere av helserelevante 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. Indikatoren kan videre gi et misvisende inntrykk av at arbeidslivet er mindre inkluderende dersom økning i mottakere av helserelevante ytelser for eksempel reflekterer en bevisst satsing på å få arbeidsavklaring for personer som i utgangspunktet har stått uønsket utenfor arbeidslivet gjennom annen eller ingen inntektssikring.

Tall for tapte årsverk for 2011 viser en økning sammenlignet med 2001 på omtrent 18 prosent. Den faktiske økningen i tapte årsverk må blant annet ses i sammenheng med at befolkningen i yrkesaktiv alder har blitt eldre. Dersom befolkningen ikke hadde endret seg fra 2001 til 2011, ville det vært en liten nedgang på om lag 1000 personer eller 0,25 prosent i tapte årsverk i denne perioden. Det er teknisk beregnet at 535 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelevante ytelser i 2011. Målt som andel av befolkningen var andelen 15,9 prosent i 2001. I 2011 var andelen 16,8 prosent. Tapte årsverk bør også ses i sammenheng med endringer i befolkningens utdanningssammensetning som, ifølge Bratsberg og Røed (2011), har medført redusert trygdeavhengighet. De konkluderer med at forklaringer av veksten i uførerater derfor må søkes i mekanismer som gir opphav til økt uførerisiko gitt

personers alder og utdanning. Sterk innvandring påvirker også denne indikatoren på ulike og kompliserte måter, for eksempel: En høy asyl- og flyktninginnvandring der innvandrere sliter med å komme inn i arbeidslivet, vil øke tallet for tapte årsværk. En høy arbeidsinnvandring gir tilskudd til utførte årsværk, men kan samtidig tenkes å skape mindre rom for inkludering av marginale arbeidssøkere. Det siste vet vi ikke så mye om.

Delmål 1 – nedgang i sykefraværet på 20 prosent

Sterk nedgang i industrien og i flere fylker i IA-perioden

Det totale sykefraværet var på 6,7 prosent for hele 2011 mot 6,8 prosent i 2010. Dette innebærer en nedgang på 1,4 prosent. Nedgangen i fraværet fra 2010 til 2011 kan i sin helhet tilskrives redusert sykefravær blant menn. Dersom man sammenligner sykefraværsprosenten med samme kvartal året før, økte sykefraværet i de to første kvartalene i 2011, mens det avtok i de to siste kvartalene 2011. Disse tallene gir begrenset informasjon om utviklingen i fraværet gjennom 2011. For å få et bedre bilde av utviklingen gjennom året tas det sikte på å presentere sesongjusterte tall i neste rapport fra faggruppen. I boks 2 i rapporten presenteres en mulig måte å sesongjustere den legemeldte sykefraværsprosenten. Denne metoden indikerer at det legemeldte fraværet økte svakt i 1. kvartal 2011, for deretter å avta relativt sterkt både i 2. og 3. kvartal 2011. Videre indikerer denne metoden at det legemeldte fraværet økte noe i 4. kvartal 2011.

Det er for tidlig å si om regelendringene for sykefraværsoppfølging som kom i juli 2011 har begynt å få virkning, og om utviklingen i 2011 reflekterer en begynnende tendens til nedgang. Hovedbildet er at sykefraværet har vært relativt stabilt fra 2005, når en ser bort fra 2009 som var et år preget av finanskrisen og svineinfluensa.

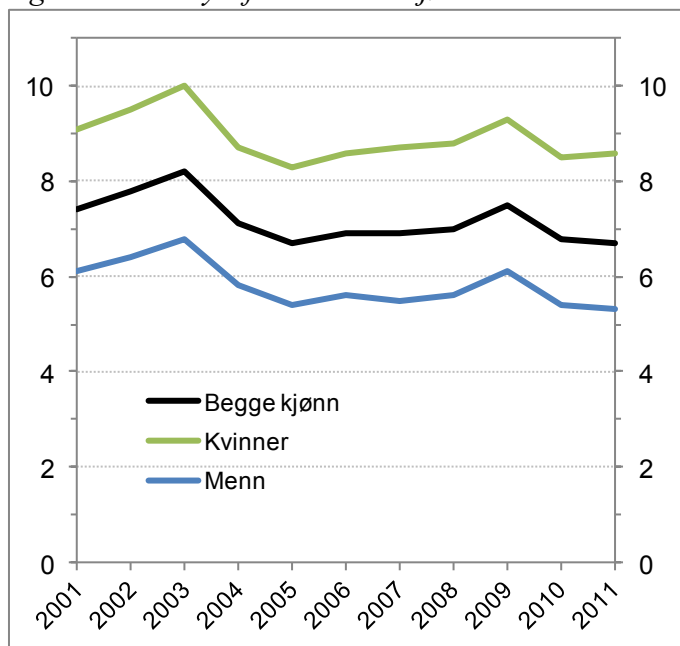
IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten på 20 prosent i forhold til 2001. I 2011 var sykefraværet 8,8 prosent lavere enn i 2001. Nedgangen i perioden har vært sterkere for menn (13,6 prosent) enn for kvinner (5,4 prosent). Det er videre store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen industrien og overnatting og serveringsvirksomhet, samt i fem av landets fylker har det vært nedgang i sykefraværet på nær 20 prosent eller noe mer³. ”Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” og ”undervisning” er blant næringene med minst nedgang (om lag 3,5 prosent). Disse næringene hadde sammen med bl.a. med helse- og sosialtjenester en viss økning i sykefraværet fra 2010 til 2011.

Både i 2001 og 2010 var helse- og sosialtjenester næringen med høyest sykefraværingsnivå. Ifølge Almlid-utvalget⁴ forklarer høyt innslag kvinner størstedelen av det høye sykefraværet. Utvalget peker videre på at sektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger.

³ For næringene refererer nedgangen seg til totalt sykefravær for årstall. For fylkene refererer nedgangen til legemeldt fravær for 4. kvartal. Fylkene med nedgang på nær 20 prosent eller mer er Oslo, Finnmark, Vest-Agder, Telemark og Sør-Trøndelag

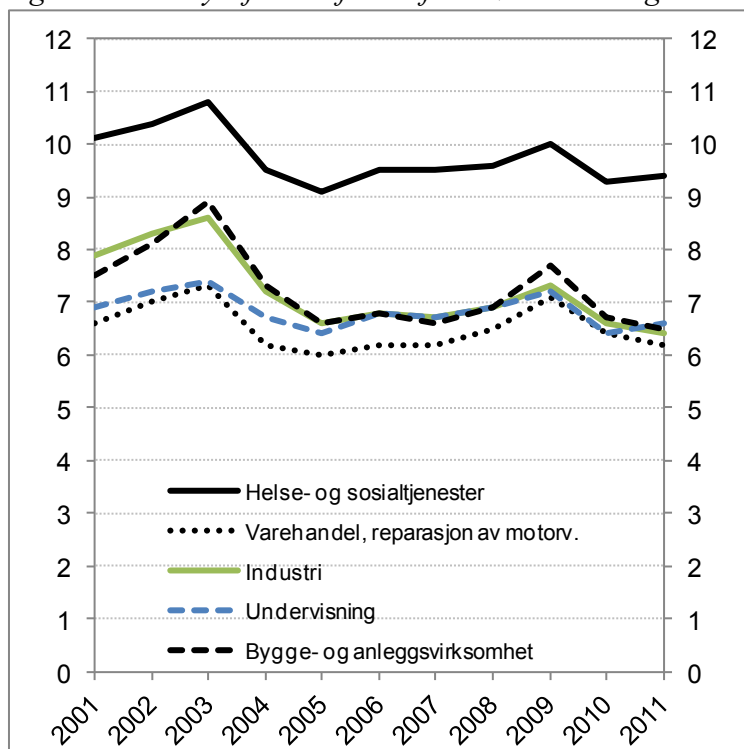
⁴ NOU 2010: 13 Arbeid for helse

Figur 2 Totalt sykefravær etter kjønn. Årstall 2001–2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 3 Totalt sykefravær for de fem største næringene. Årstall 2001–2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Forskjellen i sykefravær mellom fylker synes i tiårsperioden å ha blitt redusert noe. Forskjellen mellom kvinner og menn har imidlertid økt. I 2011 var sykefraværet blant kvinner 3,3 prosentpoeng er høyere enn blant menn, mot 3 prosentpoeng i 2001. Regnet i prosent var altså sykefraværet i 2011 blant kvinner 63 prosent høyere enn blant menn.

Økningen i andelen graderte sykefraværstilfeller fra 2009 synes å fortsette. Veksten er imidlertid ikke like sterk som i forbindelse med regelverksendringene i 2004. Økningen de

siste par årene kan ha sammenheng med at økt gradering har blitt et uttalt mål i IA-avtalen. Gjennomsnittlig andel graderte sykefraværstilfeller for alle kvartalene i 2011 var 22,4 prosent mot 20,9 i 2010. Andelen graderte sykefraværstilfeller er høyere blant kvinner enn menn.

Beregninger fra Statistisk sentralbyrå viser at demografiske endringer samlet sett har hatt lite å si for utviklingen i sykefraværet i perioden fra 2. kvartal 2001 til 2. kvartal 2009.

I hvilken grad konjunktursvingninger har påvirket sykefraværsutviklingen i tiårsperioden er usikkert. 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 forhindrer 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.

Delmål 2 – Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne

Nedgang i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger – økning i antall uførepensjonister

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 avgrenset i IA-avtalen. Begrepet redusert funksjonsevne eksisterer heller ikke i offisiell statistikk. Det må derfor benyttes flere tall og indikatorer for å få et helhetlig bilde av måloppnåelsen for denne gruppen.

Statistisk sentralbyrå gjennomfører årlig en tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen, som beskriver arbeidstilknytningen til funksjonshemmede. Gruppen funksjonshemmede består her av personer som selv angir at de har en funksjonshemming. Tilleggsundersøkelsen gjennomføres i 2. kvartal hvert år, og nye tall vil derfor først bli presentert i neste rapport fra faggruppen.

I tillegg publiserer NAV statistikk over personer som mottar ulike ytelser og tjenester knyttet til nedsatt arbeidsevne. Dette omfatter tall over mottakere av arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, samt personer som deltar på tiltak eller får annen oppfølging fra NAV som er rettet mot de med nedsatt arbeidsevne.

I neste rapport fra faggruppen tas det sikte på en mer helhetlig gjennomgang av delmål 2. Faggruppen vil i denne sammenheng se nærmere på utviklingen for dette delmålet i hele IA-perioden. Nedenfor følger en gjennomgang av den siste tids endringer i indikatorene nedsatt arbeidsevne, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, hvor det pekes på noen mulige årsaker til den observerte utviklingen.

Antall mottakere av ytelser og brukere av tjenester rettet mot personer registrert med nedsatt arbeidsevne i NAV, har i de siste to årene vært sterkt påvirket av en større reform. 1. mars 2010 ble ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad erstattet av arbeidsavklaringspenger. I tillegg ble arbeidsevnevurdering gjort obligatorisk som arbeidsmetodikk i NAV måneden før. Sammen skal disse to grepene styrke NAVs oppfølging av personer som har fått redusert sin arbeidsevne, og gi den enkelte økte muligheter for å komme tilbake til arbeidslivet.

Beholdningen av personer med arbeidsavklaringspenger steg med 16 600 personer i løpet av de 16 første månedene med den nye ytelsen. I tidsrommet rundt innføringen av den nye reformen var det større fokus i NAV på at brukere skulle få rett ytelse til riktig tid, fremfor selve oppfølgingsarbeidet. Det ble i en innledende periode også brukt ressurser på opplæring i bruk av arbeidsevnevurdering som ny oppfølgingsmetodikk. Begge disse to momentene kan ha påvirket omfanget og kvaliteten på oppfølgingsarbeidet som ble utført.

I annet halvår av 2011 falt imidlertid antall mottakere av denne ytelsen fra 177 900 til 171 800. Nedgangen kan både knyttes til at antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger har vært synkende, i tillegg til at en større intensitet i oppfølgingsarbeidet i NAV har ført til at avgangen fra ytelsen har økt.

Den største gruppen av de som utgjør tilgangen til arbeidsavklaringspenger er personer som ikke lenger har rett på sykepenger. I løpet av 2010 og 2011 falt nivået på sykefraværet. Det gjorde at antallet som brukte opp sykepengerrettighetene også gikk ned. Indikatoren for delmål 2 som angir hvor mange som kommer tilbake i arbeid etter å ha vært sykmeldt i 13 uker eller mer, viser da også at andelen som returnerer til arbeidslivet har økt i siste halvdel av 2011 sammenlignet med året før.

Samtidig har antall personer som sluttet å motta arbeidsavklaringspenger økt. Flere med ytelsen kom over i arbeid i 4. kvartal 2011, enn hva tilfelle var ett år tidligere. Til tross for dette har indikatoren som angir hvor stor andel som kommer i jobb gått ned. Fokus på oppfølgingsarbeidet rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne i NAV har nemlig ført til at flere personer som i sin tid ble konvertert fra de tidligere ytelsene atferingspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad 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 av de med nedsatt arbeidsevne som går over til uførepensjon økt.

Økt avgang fra arbeidsavklaringspenger over til uførepensjon har også påvirket beholdningstallene for uførepensjon. Ved utgangen av 2011 mottok 306 700 personer uførepensjon, en økning på 5 600 personer sammenlignet med året før. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen i alderen 18–67 år er uendret i samme periode. Veksten i antall uførepensjonister har vært størst i de yngste aldersgruppene.

En viss andel av mottakerne av arbeidsavklaringspenger og uførepensjon har en tilknytning til arbeidslivet ved at de kombinerer ytelsen med en jobb. En av fire med arbeidsavklaringspenger er registrert med et arbeidsforhold i arbeidstakerregisteret, mens 17 prosent av de med uførepensjon har et aktivt ansettelsesforhold.

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

Fortsatt god utvikling blant seniorenne

Målet ble reformulert i forbindelse 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 år⁵. Det er relativt store forskyvninger blant aldersgruppene over 50 år, hvilket innebærer at også denne indikatoren påvirkes av demografi.

I 2011 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11 år i arbeid med full stilling, som omtrent 5 uker mer enn i 2009 og 1,4 årsverk mer enn i 2001. Forventet antall år i arbeid har aldri vært høyere. Indikatoren har vist stabilitet eller økning i hele tiårsperioden, 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 2013.

Forventet antall år omregnet til heltid er høyere for menn enn for kvinner i hovedsak som følge av at kvinner jobber mer deltid enn menn. Forskjellen mellom kvinner og menn har imidlertid minsket fra 3,4 år i 2001 til 3 år i 2011. 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 arbeidskraftundersøkelse bekrefter den gode utviklingen for seniorene. I de eldste aldersgruppene har det gjennom 2000-tallet vært en økning i sysselsettingsandelen. Dessuten har uføreandelene for denne gruppen blitt redusert gjennom flere år. For aldersgruppene 55–61 år og 62–66 år var andelen i jobb i 2011 hhv. 4,8 og 6,5 prosentpoeng høyere enn i 2001. Utviklingen for seniorene er til forskjell for en del yngre aldersgrupper lite påvirket av den kraftige arbeidsinnvandringen vi har hatt de senere årene. Man kan imidlertid forvente at uttak av AFP og innføring av ny fleksibel alderspensjon fra 62 år vil påvirke sysselsettingsandelene.

En rekke faktorer kan ha bidratt til den positive utviklingen for seniorene på arbeidsmarkedet. Det har vært en klar økning i utdanningsnivået, særlig blant kvinner. Høy etterspørsel etter arbeidskraft en stor del av tidsperioden sammen med andre trekk ved arbeidslivet og næringsstruktur kan også ha vært viktig.

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

Utdypinger i rapporten

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

⁵ 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. For å være definert som sysselsatt må en ha en pensjonsgivende inntekt som overstiger 20 prosent av lønn per normalårsverk. I 2008 utgjorde dette om lag 84 000 kroner.

Metode for sesongjustering av sykefraværstallene

Arbeids- og velferdsdirektoratet presenterer en mulig metode for å sesongkorrigere det legemeldte sykefraværet. Sesongjustering vil kunne gjøre det lettere å tolke utviklingen i sykefraværet fra kvartal til kvartal. Videre fanger sesongjusterte tall opp trendsifter tidligere enn når man sammenligner ujusterte tall med samme kvartal året før. De sesong- og influensajusterte tallene viser at nedgangen i legemeldt sykefravær som ble observert gjennom hele 2010, faktisk startet allerede i 3. kvartal 2009. Videre startet økningen som ble observert fra 1. kvartal 2011 faktisk i 3. kvartal 2010.

Hva forklarer forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn?

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

Sammenligning av sykefraværet mellom land

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.

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

Det er en rekke mulige gevinster både for samfunnet, i virksomhetene og for den enkelte av å redusere sykefraværet. Boks 4 i rapporten illustrerer noen mulige gevinster gjennom regneeksempler. Boksen går også inn på mulige gevinster for samfunnet som ikke lett lar seg måle kvantitativt.

Effekter av virkemiddelbruk – delmål 1

En del av faggruppens mandat er å vurdere konsekvenser av virkemidler knyttet til IA-målene. I denne delen tas det sikte på å gi en oppsummering av foreliggende kunnskap om effekter av de virkemidlene rettet mot delmål 1 som det er enighet om i IA-avtalen. Oppsummeringen omfatter de studiene som faggruppen har oversikt over på det nåværende tidspunktet. Faggruppen har ikke vurdert den metodemessige kvaliteten på studiene som presenteres.

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 utarbeide en rapport hvert halvår til Oppfølgingsgruppen for IA-avtalen og Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd om status og utviklingstrekk ift. IA-målene. Denne rapporten er faggruppens fjerde rapport, og er utarbeidet på grunnlag av materiale som var tilgjengelig ved utgangen av mai 2012. Neste rapport vil foreligge høsten 2012.

Det er en rekke temaer og analyser som faggruppen vil se nærmere på, og som det vil være aktuelt å utdype i senere rapporter. Faggruppen vil i neste rapport presentere sesongjusterte sykefraværstall. Det vil også være aktuelt å se nærmere på temaer som allerede er med i denne rapporten. Faggruppen vil blant annet se nærmere på betydningen av innvandring i senere rapporter. Gradering av sykefravær, og sykefraværet under finanskrisen er andre temaer faggruppen vil se nærmere på. Faggruppen skal også se nærmere på betydningen av demografiske endringer for utviklingen i antall mottakere av helserelaterte ytelser.

Faggruppen har foreløpig ikke tilstrekkelig grunnlag for å kommentere virkningene av virkemiddelbruken som ble iverksatt i 2011 på bakgrunn av IA-avtalen og protokollen fra 2010. I denne rapporten gis imidlertid en oppsummering av foreliggende kunnskap, som faggruppen er kjent med, om effekter av de virkemidlene rettet mot delmål 1 som det er enighet om. Det påpekes at det ikke er ment å gi en fullstendig litteraturgjennomgang på området. Faggruppen følger opp pågående forskning om alle delmålene i IA-avtalen, og kommer tilbake til resultater fra dette i senere rapporter.

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

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

Delmål 3: Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder. Med dette menes en økning sammenlignet 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 en oppdatering av omtalen av sysselsettingsutviklingen, nye tall for "tapte årsverk" og aldersjustering av disse med utgangspunkt i aldersfordelingen i 2001.

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 helserelevante 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 helserelevante 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 i følge 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 helserelevante ytelser* tar hensyn til at mange har graderte ytelser og hvor stor andel av året man mottar en ytelse. En får også korrigeret for at noen kan være mottakere av flere ytelser. Når en måler tapte årsverk knyttet til mottak av helserelevante 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 helserelevante 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 fluktuasjonen henger sammen med økonomiske konjunkturer. Den langsiktige trenden skyldes endrede strukturer.

Sysselsettingsandelen er redusert fra 2001 til 2011 med 1,6 prosentpoeng, se tabell 1. I 2011 var nivået 3 prosentpoeng under det rekordhøye nivået i 2008.

Tabell 1 Sysselsatte som andel av befolkningen fra 15 til 66 år. 2001–2011⁶. Prosent.

Prosent	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I alt	75,6	75,2	73,9	73,6	73,2	74,4	75,9	77,0	75,4	74,2	74,0
Menn	79,2	78,5	76,9	76,5	76,3	77,5	78,7	79,6	77,4	76,3	76,0
Kvinner	71,9	71,9	70,9	70,6	69,9	71,1	73,0	74,2	73,2	72,0	71,8
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
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
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
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
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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Etter en kraftig økning i antall sysselsatte fra 2003 til 2008 på grunn av gode konjunkturer, ble sysselsettingen på årsbasis redusert både i 2009 og i 2010. Siden 3. kvartal 2010 har antallet sysselsatte økt svakt (se figur 14, vedlegg 3). I 2011 var det ifølge nasjonalregnskapet sysselsatt 22 000 flere enn i 2008 og 308 000 flere enn i 2001. Sysselsettingsandelen avtok likevel fra 74,2 prosent i 2010 til 74 prosent i 2011 fordi befolkningen steg sterkere enn antall sysselsatte.

Endret alderssammensetning og befolkningsvekst bidrar isolert sett til nedgang, mens sysselsettingsvekst trekker andelen sysselsatte opp. I tiårsperioden sett under ett er det blant menn at utviklingen har vært svakest. Den samlede sysselsettingsandelen blant kvinner var i 2011 på om lag samme nivå som i 2001, og det er kun blant de yngste at sysselsettingsandelen har gått ned.

Det har gjennomgående vært god utvikling blant senioren i tiårsperioden, der andelen i jobb økte med 4,8 prosentpoeng i alderen 55–61 år og 6,5 prosentpoeng i alderen 62–66 år. Med dagens befolkning i disse aldersgruppene som utgangspunkt, tilsvarer det en økning i antall sysselsatte på henholdsvis 17 000 og 22 000 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 tiårsperioden gått mest ned i aldersgruppen 15–24 år (4 prosentpoeng), og særlig blant menn (6,6 prosentpoeng). Nedgangen har først og fremst

⁶ I 2006 fant det sted en større omlegging av SSBs arbeidskraftsundersøkelse. Dette er det korrigeret 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.

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 2011 var det i NAV registrert 31 000 personer mellom 15 og 30 år som enten var helt arbeidsledige, eller var på ordinære tiltak. Videre var det nær 40 000 personer som under 30 år som var registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten.

I aldersgruppene 25–39 år og 40–54 år var andelen sysselsatte i 2011 hhv. 0,8 og 0,5 prosentpoeng lavere enn i 2001. Nedgangen har i sin helhet kommet blant menn (se tabell 14 i vedlegg 3). For kvinner er andelen i jobb økt med 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.

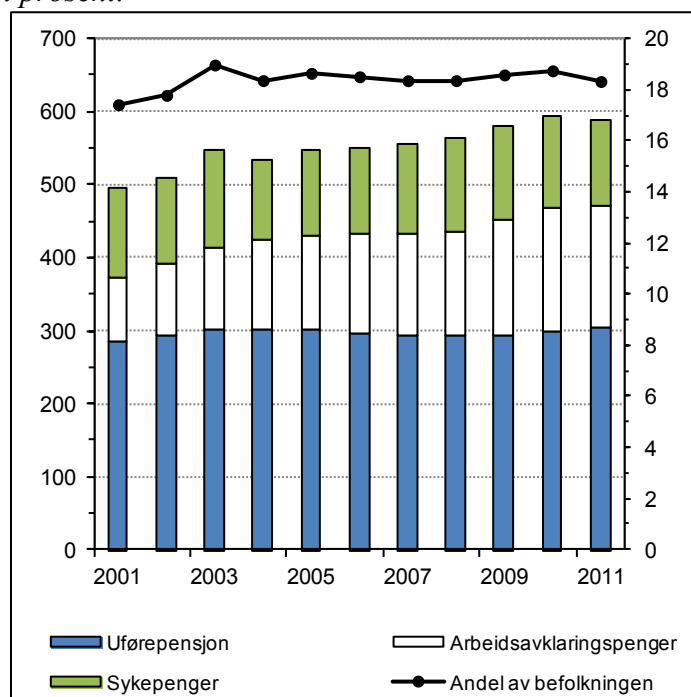
4.3 Nærmere om utviklingen i de helserelaterte ytelsene

Mottakere av helserelaterte ytelser

Figur 4 viser utviklingen i både antall personer som mottok helserelaterte ytelser fra 2001 til 2011 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 sykepengar har (med svært få unntak) et arbeidsforhold. Mange har graderte ytelser og jobber samtidig deltid. Også personer som har fulle ytelser, for eksempel full uførepensjon og jobber opp til 1 G, kan ha delvis tilknytning til arbeidslivet. I figuren er det korrigert for at flere kan motta mer enn én ytelse samtidig, i motsetning til tallseriene som tradisjonelt har vært brukt. Se for øvrig nærmere drøfting av inkluderingsutfordringen i boks 1. I vedlegg 1 er det også lagt en nærmere redegjørelse for antall mottakere av de ulike ordningene, hvilken arbeidstilknytning mottakerne av de ulike ordningene har, og gjennomstrømmingen mellom de ulike ordningene.

Antall mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen i alderen 18 til 66 år har økt fra 17,4 prosent i 2001 til 18,3 prosent i 2011. Antall mottakere av de helserelaterte ytelsene har økt fra i underkant av 500 000 i 2001 til nær 590 000 i 2011. Antallet har økt i hele perioden, med unntak av en nedgang fra 2003 til 2004. Også fra 2010 til 2011 har det vært en nedgang i antall mottakere, og andelen av befolkningen ble også redusert det siste året.

Figur 4 Antall mottakere av sykepenger, arbeidsavklaringspenger⁷ 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 2001–2011. Antall i tusen. Andel i prosent.⁸



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser

Mange som mottar helse relaterte ytelser har tilknytning til arbeidslivet. Dette er nærmere belyst i vedlegg 1. Figur 5 tar hensyn til at mange mottakere av helse relaterte ytelser også er sysselsatt. Figuren viser et estimat på utviklingen i antall tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser beregnet av Arbeids- og velferdsdirektoratet.⁹ Med tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser menes her hvor mange ekstra årsverk det ville utgjort dersom alle som mottok sykepenger på grunn av legemeldt fravær, eller som mottok arbeidsavklaringspenger¹⁰ 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.

Sammenlignet med 2001 har antall tapte årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser økt med om lag 83 000, eller 18 prosent. Antall årsverk knyttet til mottak av helse relaterte ytelser tilsvarte i 2011 16,8 prosent av befolkningen i alderen 18–66 år, se figur 5. Andelen har økt med 0,1 prosentpoeng fra 2010, mens det har vært en økning på 0,9 prosentpoeng fra 2001.

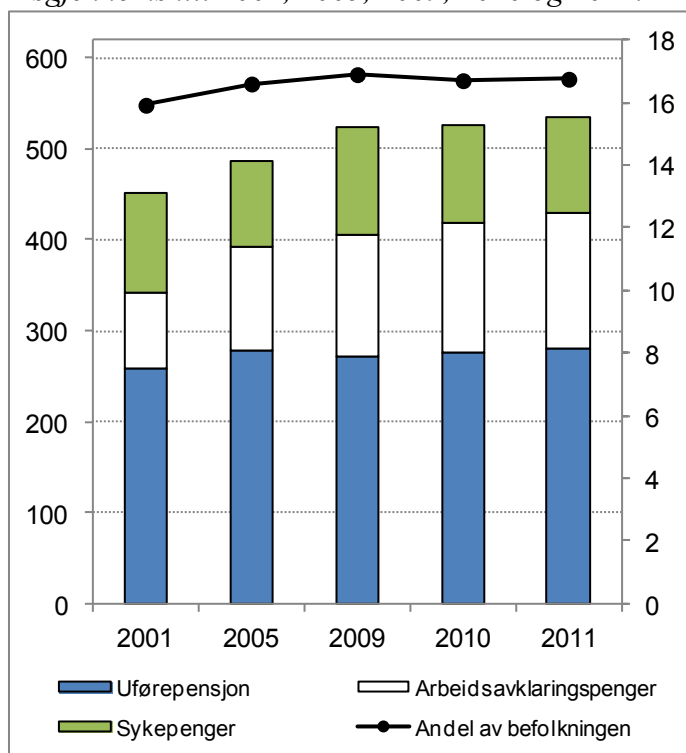
⁷ Det som tidligere het attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad er i figuren slått sammen til arbeidsavklaringspenger.

⁸ Foreløpige tall for 2011

⁹ Se Furuberg m.fl. (2011) for nærmere dokumentasjon bak beregningene.

¹⁰ 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.

Figur 5 Estimert på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser (venstre akse) og som andel av befolkningen 18–66 år (høyre akse). Antall i tusen. Andel i prosent. Årsgjennomsnitt 2001, 2005, 2009, 2010 og 2011.



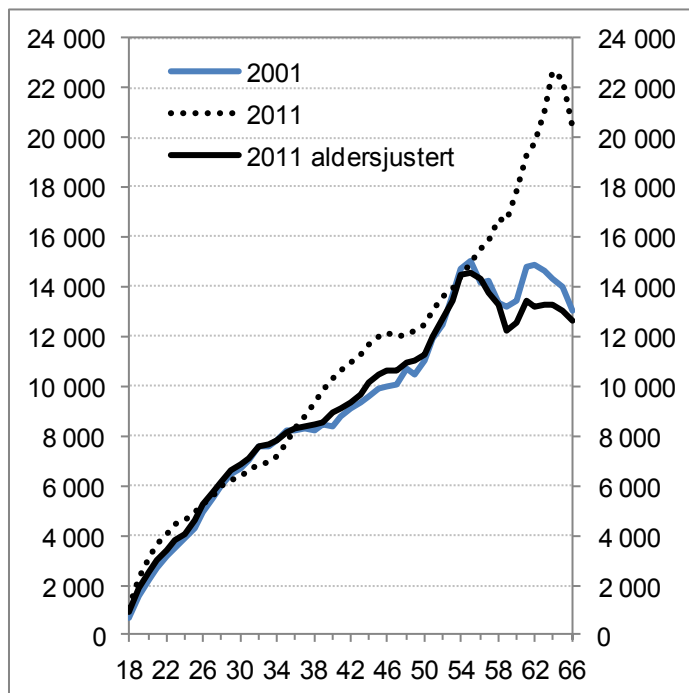
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

I gjennomsnitt for 2011 gikk 535 000 årsverk ”tapt” knyttet til mottak av helserelaterte ytelser. Dette er en økning på om lag 9000 årsverk, eller 1,7 prosent, sammenlignet med 2010.

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

Den faktiske økningen i tapte årsverk 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 2011, ville det vært en liten nedgang på om lag 1000 personer eller 0,25 prosent i tapte årsverk i denne perioden. Figur 6 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 52 år.

Figur 6 Estimert på antall tapte årsverk knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i alderen 18–66 år. Faktiske tall for 2001 og 2011, og tall for 2011 aldersjustert med utgangspunkt i 2001-befolkningen.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

4.4 Oppsummering

I 2011 var 74 prosent i alderen 15–66 år sysselsatt. Det var 1,6 prosentpoeng lavere enn i 2001. I løpet av det siste året har reduksjonen i sysselsettingsandelen stoppet opp.

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

Etter 2008 har svake konjunkturer stått for en stor del av nedgangen i sysselsettingsandelen. Endret alderssammensetning har imidlertid også vært en viktig faktor bak nedgangen. Det isolerte bidraget fra endret alderssammensetning er beregnet til $\frac{1}{4}$ prosentpoeng per år.

Høy innvandring siden 2004, men også i årene etter finanskrisen i 2008, kan ha hatt mye å si for utviklingen på flere områder. Innvandringen påvirker både alderssammensetningen og sysselsettingsandelen innen hver aldersgruppe. Effektene er imidlertid usikre og en har ikke gode nok analyser for å kunne konkludere.

I 2011 gikk 535 000 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 83 000 årsverk fra 2001 og 9000 årsverk fra 2010. Regnet som andel av befolkningen har omfanget økt fra 15,9 prosent i 2001 til 16,8 prosent i 2010. Fra 2010 til 2011 har antall tapte årsverk økt med 1,7 prosent, og andelen av befolkningen har økt med 0,1 prosentpoeng. Siden 2001 har det likevel vært en svak nedgang hvis man korrigerer for utvikling i alderssammensetning. Sterk innvandring kan også ha 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 2001.

Utviklingen i sykefraværet måles ved sykefraværsprosenten (antall tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk). I første del av omtalen av delmål 1 ses det nærmere på sykefraværsutviklingen det siste året. I den sammenheng er en metode for å sesongjustere det legemeldte sykefraværet omtalt i en egen boks. 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 kjønnsforskjeller i sykefraværet samt en egen omtale som ser nærmere på internasjonal sammenligning av sykefraværet ved hjelp av arbeidskraftsundersøkelsene. Kapittelet inneholder også en boks som omtaler mulige gevinster av å redusere sykefraværet. Avslutningsvis er en oppsummering av foreliggende kunnskap om effekter av virkemidler rettet mot delmål 1 som det er enighet om i IA-avtalen.

Sykefraværet måles her som tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten). Sykefraværsprosenten viser klare sesongmessige svingninger fra det ene kvartalet til det neste, jf. figur 15 i vedlegg 3. Det er en klar tendens til at sykefraværet synker fra 1. kvartal til 2. kvartal og øker fra 2. til 3. kvartal og fra 4. kvartal til 1. kvartal påfølgende år. Videre er det en svak tendens til at fraværet synker fra 3. til 4. kvartal. Det lages foreløpig ikke sesongjusterte tall for sykefraværsprosenten. I den grad det eksisterer årstall for sykefraværet, benyttes disse når vi i rapporten ser på utviklingstrekk i sykefraværet over tid. Dersom årstall ikke er tilgjengelig, vil et kvartal sammenlignes mot tilsvarende kvartal i et foregående år for å vurdere utviklingen i sykefraværet. Når vi i rapporten omtaler sykefraværet menes det sykefraværsprosenten dersom ikke annet er nærmere angitt.

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 NAV 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 sykefraværet var på 6,7 prosent for hele 2011 mot 6,8 prosent i 2010. Dette innebærer en nedgang på 1,4 prosent. Siden den første IA-avtalen ble signert i 2001 har det årlige fraværet kun vært lavere én gang (i 2005), se tabell 5. Sammenlignet med sykefraværet for hele 2001, var fraværet i 2011 redusert med 8,8 prosent.

Nedgangen i fraværet fra 2010 til 2011 kan i sin helhet tilskrives redusert sykefravær blant menn. Menns fravær var i 2011 på det laveste nivået siden den første IA-avtalen ble signert. Kvinners fravær har imidlertid økt fra 2010 til 2011, fra 8,5 prosent til 8,6 prosent. Den relative forskjellen i sykefraværet mellom kjønnene har følgelig økt fra 2010 til 2011. I 2011 var kvinners sykefravær 63 prosent høyere enn menns, mens det var 57 prosent høyere i 2010.

Dersom man sammenligner sykefraværsprosenten med samme kvartal året før, økte sykefraværet i de to første kvartalene i 2011, mens det avtok i de to siste kvartalene 2011.

Disse tallene gir begrenset informasjon om utviklingen i fraværet gjennom 2011. For å få et bedre bilde av utviklingen gjennom året tas det sikte på å presentere sesongjusterte tall i neste rapport fra faggruppen. I boks 2 senere i avsnittet presenteres en mulig måte å sesongjustere den legemeldte sykefraværsprosenten. Denne metoden indikerer at det legemeldte fraværet økte svakt i 1. kvartal 2011, for deretter å avta relativt sterkt både i 2. og 3. kvartal 2011. Videre indikerer denne metoden at det legemeldte fraværet økte noe i 4. kvartal 2011.

Det *legemeldte* sykefraværet ble redusert fra 5,9 prosent for hele 2010 til 5,8 prosent i 2011, dvs. en nedgang på 1,6 prosent. Det *egenmeldte* fraværet var 1,0 prosent både i 2010 og 2011.

Andelen graderte sykefraværstilfeller (delvis sykmelding) har økt i 2011. Gjennomsnittlig andel graderte sykefraværstilfeller for alle kvartalene i 2011 var 22,4 prosent, mot 20,9 i 2010. Gradert sykefravær omtales nærmere under avsnitt 5.2.

Utviklingen i antall sykefraværstilfeller og varigheten av disse kan gi en indikasjon på hvilke faktorer som har størst betydning for endringene i sykefraværsprosenten i tillegg til betydningen av gradering. Tabell 2 nedenfor viser endringer i antall legemeldte sykefraværstilfeller og avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet fra 2010 til 2011.

Fra 2010 til 2011 var det en økning i antall legemeldte sykefraværstilfeller på 3,9 prosent, se tabell 2. Videre var det en økning på 4,7 prosent for de avsluttede tilfellene. Blant de avsluttede tilfellene var det en økning for alle varighetsgruppene unntatt for varighet over et halvt år. Det er antall tilfeller med varighet under 16 dager som har økt mest i perioden.

Tabell 2 Legemeldte sykefraværstilfeller og avsluttede legemeldte sykefraværstilfeller etter varighet. Antall og prosentvis endring. Årstall 2010–2011.

	2010	2011	Prosentvis endring 2010–2011
Tilfeller i alt (avsluttede og ikke avsluttede)	1 490 733	1 548 494	3,9 %
Avsluttede tilfeller i alt	1 375 901	1 440 008	4,7 %
Hvorav:			
1–16 dager	815 181	867 181	6,4 %
17 dager–8 uker	282 730	291 179	3,0 %
8–12 uker	68 722	69 915	1,7 %
12–26 uker	104 823	108 524	3,5 %
26–52 uker	104 445	103 209	-1,2 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Utviklingen i sykefraværet kan dekomponeres i endringer i tre faktorer:

- 1) Antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk
- 2) Gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene
- 3) Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad.

Nedenfor redegjøres det for hvordan reduksjonen på 1,6 prosent i legemeldt sykefravær fra 2010 til 2011 kan dekomponeres på disse tre faktorene.

Vi ser av tabell 2 at antall sykefraværstilfeller økte med nær 4 prosent fra 2010 til 2011, mens avtalte dagsverk økte med om lag 1 prosent. Dette innebærer en økning i *antall sykefraværstilfeller per avtalt dagsverk* som isolert sett har bidratt til å øke det legemeldte sykefraværet med 3,0 prosent.

Videre ble *gjennomsnittlig sykmeldingsgrad* redusert med 1,4 prosent fra 2010 til 2011, og har dermed isolert sett bidratt til å redusere det legemeldte sykefraværet med 1,4 prosent.

Samlet har dermed utviklingen i antall sykefraværstilfeller per avtalte dagsverk og gjennomsnittlig sykmeldingsgrad isolert sett bidratt til å øke det legemeldte sykefraværet med 1,6 prosent. Når vi samtidig vet at det legemeldte fraværet faktisk ble redusert med 1,6 prosent fra 2010 til 2011, innebærer dette at redusert *gjennomsnittlig varighet* isolert sett må ha bidratt til å redusere det legemeldte sykefraværet med 3,2 prosent.

Det foreligger ikke statistikk for den gjennomsnittlige varigheten av alle sykefraværstilfeller i hvert kalenderår. Det framgår av tabell 2 at andelen *avsluttede* sykefravær med varighet minst 26 uker gikk ned fra 2010 til 2011, mens antall fravær med kortere varighet økte. Det innebærer at det har skjedd en vridning fra lengre til kortere fravær, og bekrefter dermed at det har vært en nedgang i gjennomsnittlig varighet, selv om vi her inkluderer sykefraværstilfeller som ble avsluttet i 2011, men startet året før.

Boks 2 En mulig metode for å sesongjustere legemeldt sykefravær

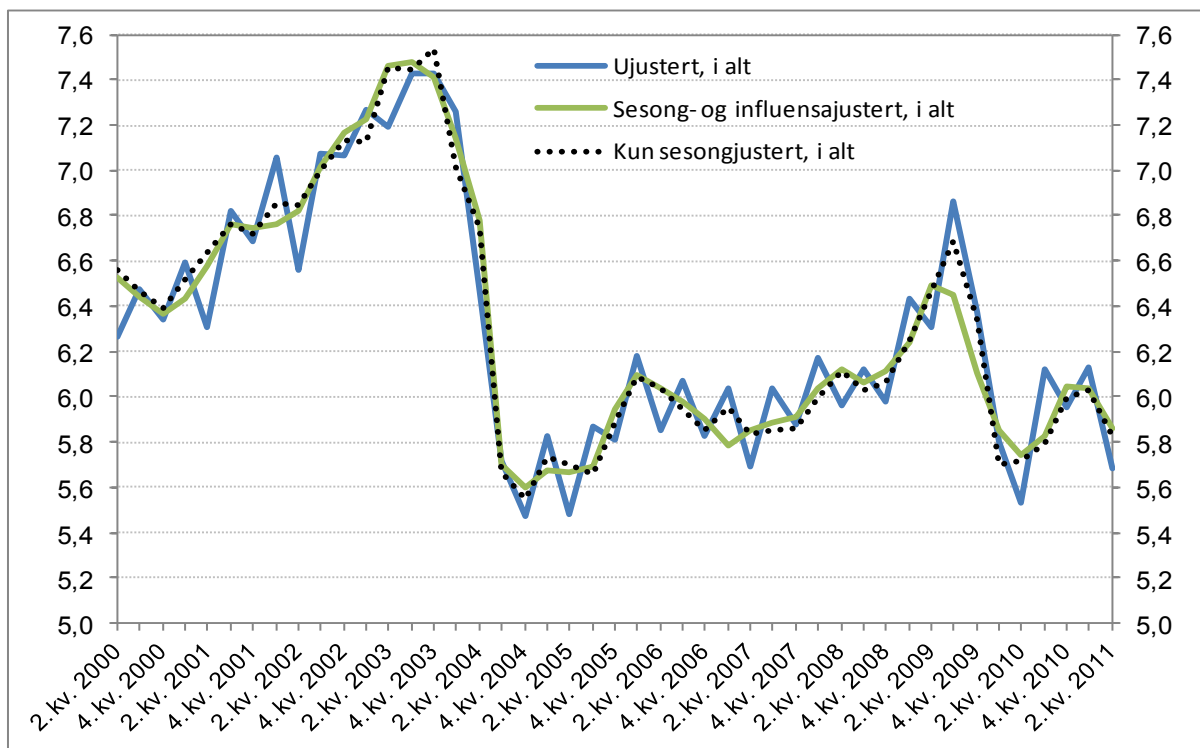
Sykefraværstatistikken viser betydelig sesongvariasjon som gjør det vanskelig å tolke utviklingen fra kvartal til kvartal. Dette er særlig uheldig i perioder med store svingninger i sykefraværet, slik vi har sett de siste par årene. Til nå har sesongjusterte tall ikke blitt utarbeidet. Sesongjustering vil gjøre 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.

I Arbeid og velferd 4/2011 presenteres en metode for sesongjustering av *legemeldt sykefravær* i alt og etter kjønn (Nossen, 2011). Legemeldt fravær utgjør om lag 85 prosent av det totale sykefraværet. Metoden er basert på programmet X-12-ARIMA, som er det mest brukte verktøyet for sesongjustering. Artikkelen redegjør nærmere for metoden, herunder en del valg som er gjort mht. behandling av ferie og helligdager. Det er kontrollert for at influensafraværet ikke følger et fast sesongmønster med en variabel for andelen tapte dagsverk med diagnose influensa. Det er også forsøkt å kontrollere for effekter av regelendringer eller andre spesielle forhold, men den eneste signifikante er et nivåskifte mellom 2. og 3. kvartal 2004 i forbindelse med regelendringene fra 1. juli samme år.

Metoden gir relativt glatte kurver uten synlig gjenværende sesongvariasjon. Særlig gjelder det når effekten av influensasvingningene er fjernet. Dette er tydeligst i forbindelse med svineinfluensaen, som gjorde at det var uvanlig mye influensa i 3. og 4. kvartal 2009, og uvanlig lite i 1. kvartal 2010. Det er også en klar forskjell blant annet i 4. kvartal 2003, 1. kvartal 2004 og 1. kvartal 2007. Før en fast rutine for sesongjustering innføres bør det vurderes om det er mest hensiktsmessig å fjerne influensasvingningene fra de sesongjusterte tallene eller ikke.

Figur 7 viser to varianter av den sesongjusterte tidsserien for begge kjønn samlet, der forskjellen er om effekten av at influensafraværet ikke følger et fast sesongmønster er fjernet eller ikke. I tillegg vises de ujusterte tallene. Tidsserien går fra 2. kvartal 2000, dvs. fra da Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet startet med statistikkproduksjon som viste sykefraværsprosenten, til 2. kvartal 2011.

Figur 7 Legemeldt sykefravær. Sesong- og influensajustert, kun sesongjustert og ujustert. 2. kvartal 2000 – 2. kvartal 2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Nedenfor omtales bare den sesong- og influensajusterte serien. For 2. kvartal 2011 viser ujusterte tall en økning på tre prosent i forhold til 2. kvartal 2010. De sesong- og influensajusterte tallene viser derimot en *nedgang* på 3 prosent fra forrige kvartal, se tabell 3 nedenfor.

Tabell 3 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær fra samme kvartal året før eller fra forrige kvartal. Ujusterte tall og sesongjusterte tall med og uten influensasvingninger. 1. kvartal 2009 – 2. kvartal 2011.

	Prosentvis endring fra samme kvartal året før			Prosentvis endring fra forrige kvartal	
	Ujusterte tall	Sesongjusterte tall med influensasvingninger	Sesong- og influensajusterte tall	Sesongjusterte tall med influensasvingninger	Sesong- og influensajusterte tall
1. kv 2009	+4,2	+4,3	+3,4	+3,0	+2,1
2. kv 2009	+5,8	+5,7	+6,1	+3,5	+4,0
3. kv 2009	+12,1	+10,9	+6,3	+3,4	-0,7
4. kv 2009	+6,7	+4,5	-0,0	-5,2	-5,3
1. kv 2010	-9,7	-8,7	-6,2	-10,0	-4,2
2. kv 2010	-12,3	-11,6	-11,5	+0,2	-1,8
3. kv 2010	-10,9	-13,3	-9,6	+1,4	+1,4
4. kv 2010	-6,6	-5,4	-1,1	+3,5	+3,7
1. kv 2011	+5,6	+5,7	+3,2	+0,6	-0,1
2. kv 2011	+2,8	+2,0	+2,0	-3,4	-3,0

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Sesongjusterte tall fanger også opp trendskifter tidligere enn når man sammenligner ujusterte tall med samme kvartal året før. De sesong- og influensajusterte tallene viser at nedgangen i legemeldt sykefravær som ble observert i hele 2010, faktisk startet allerede i 3. kvartal 2009. Videre startet økningen som ble observert fra 1. kvartal 2011 faktisk i 3. kvartal 2010. Videre er det en nedgang allerede fra 1. kvartal 2011.

Med sesong- og influensajusterte tall finner vi at den store nedgangen i legemeldt sykefravær fra 2009 til 2010 i all hovedsak skjedde i 4. kvartal 2009 og 1. kvartal 2010. Nedgangen sammenfaller dermed med den store mediedebatten om sykefravær i kjølvannet av statsministerens utspill om tiltak for å få ned sykefraværet, samt forhandlingene om en ny IA-avtale.

Sesongjustering bidrar også til å vurdere effekten av nivåskiftet i legemeldt sykefravær fra 2. til 3. kvartal 2004 i forbindelse med endringer i sykmeldingsregelverket fra 1. juli 2004. De sesongjusterte tallene viser en nedgang fra 2. til 3. kvartal 2004 på 16 prosent både for kvinner og menn. Det var imidlertid også en betydelig nedgang i første halvår 2004 som det ikke kan utelukkes at hadde sammenheng med regelendringene.

Basert på denne metoden for sesongjustering av det legemeldte sykefraværet, har Arbeids- og velferdsdirektoratet beregnet tilsvarende tall for sykefraværet for 3. og 4. kvartal 2011, se

Tabell 4 nedenfor. Som tabellen illustrerer avtok det sesongjusterte legemeldte sykefraværet fra 2. kvartal til 3. kvartal 2011, mens det økte fra 3. kvartal til 4. kvartal 2011. Dersom man sammenligner sykefraværet i 4. kvartal 2011 med fraværet i 4. kvartal året før var det imidlertid en nedgang i fraværet.

Tabell 4 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær fra samme kvartal året før eller fra forrige kvartal. Ujusterte tall og sesongjusterte tall med og uten influensasvingninger. 3. kvartal 2011 – 4. kvartal 2011.

	Prosentvis endring fra samme kvartal året før			Prosentvis endring fra forrige kvartal	
	Ujusterte tall	Sesongjusterte tall med influensasvingninger	Sesong- og influensajusterte tall	Sesongjusterte tall med influensasvingninger	Sesong- og influensajusterte tall
3. kv 2011	-5,7	-6,8	-6,9	-5,5	-5,5
4. kv 2011	-8,5	-7,8	-7,8	+1,0	+1,4

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Det er et kjent problem ved sesongjustering at tidligere observasjoner ofte revideres betydelig når det kommer til tall for nye perioder. Med metoden som Arbeids- og velferdsdirektoratet har brukt her, viser det seg imidlertid at når sykefraværstallene for de to siste kvartalene i 2011 innarbeides blir det kun marginale endringer i de tidligere beregnede tallene som er presentert i tabell 3.

5.2 Utviklingstrekk i sykefraværet over tid

Hovedtrekk

Tabellen nedenfor viser utviklingen i totalt og egenmeldt sykefravær fra 2001 til 2011, mens figur 15 og 16 i vedlegg 3 viser utviklingen i det kvartalsvise sykefraværet frem til 4. kvartal 2011. Det foreligger ikke sammenlignbare årstall for sykefraværsprosenten lenger tilbake enn til 2001.

Tabell 5 Totalt sykefravær etter kjønn og egenmeldt fravær i alt. Tapte dagsverk på grunn av sykefravær i prosent av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten). Årstall 2001–2011.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ifølge tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet for sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert 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 3. Fra 2001 til 2003 økte det totale sykefraværet, målt med årstall fra 7,4 prosent til 8,2 prosent. Fra 2003 til 2005 fant det sted en brå og markant nedgang, og i 2005 var det totale fraværet nesten 20 prosent lavere enn i 2003. 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 2009 som var et spesielt år. For en nærmere omtale av sykefraværet i 2009, se boks 2 i faggruppens rapport 2/2011.

Siden 2001 har det vært en økning i det egenmeldte fraværet, se tabell 5. I 2001 var det egenmeldte sykefraværet 0,8 prosent, mens det i 2011 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.

I hvilken grad konjunktursvinginger har betydning for sykefraværet er usikker. Forskningen er ikke entydig på årsakssammenhenger mellom situasjonen på arbeidsmarkedet og sykefraværet. 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 unntatt 16–19 år, se figur 18 i vedlegg 3. Sykefraværet for menn øker i stor grad med økende alder, med unntak av for den eldste aldersgruppen (65–69 år) hvor sysselsettingen er lav. Kvinners fravær er derimot høyere mellom 25 og 39 år enn mellom 40 og 55 år, noe som bl.a. har sammenheng med svangerskapsrelatert fravær. Forskjellen mellom kvinner og menn er størst i aldersgruppene 25–39 år.

Det totale fraværet er fra 2001 til 2011 redusert med 13,6 prosent for menn og 5,4 prosent for kvinner. Det totale fraværet kan ikke splittes opp på alder, og for å analysere utviklingen for de ulike aldersgruppene i perioden fra 2001 til 2011, må en derfor se på det legemeldte fraværet. Fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2011 er det *legemeldte* sykefraværet blant menn redusert med 23,6 prosent, mens det for kvinner er redusert med 15,0 prosent, se figur 19 i vedlegg 3. 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 eventuelt forklares av økt tilstrømming til AFP.

Ifølge statistikken var kvinners totale sykefravær i 2001 nær 50 prosent 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 2011 var kvinners sykefravær over 60 prosent 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 2011. Dersom man ser på det trygdefinansierte sykefraværet¹², har forskjellene mellom menn og kvinners sykefravær også økt kraftig i perioden fra 1989 til 2001.

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

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

¹² Dvs. sykefravær over 16 dager.

av forskjellen i menn og kvinners legemeldte sykefravær kan tilskrives svangerskapsrelaterte sykdommer.

Forklaringer bak kjønnsforskjeller i sykefraværet er et tema faggruppen har sett nærmere på. I den forbindelse gjennomførte Nasjonalt folkehelseinstitutt etter initiativ fra faggruppen 23. og 24. november 2011 et ekspertmøte blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet. En viktig del av oppdraget var å utarbeide en rapport som oppsummerer diskusjonen i møtet. Hovedresultatene fra denne rapporten er presentert i boks 3 nedenfor. Det vises for øvrig også til en nærmere omtale av mulige forklaringer bak kjønnsforskjeller i sykefraværet i faggruppens rapport 1/2011. Denne omtalen er basert på konklusjoner fra Almlid-utvalget.

Boks 3 Kjønnsforskjeller i sykefraværet

På oppdrag fra Arbeidsdepartementet gjennomførte Nasjonalt folkehelseinstitutt et ekspertmøte blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet. Hovedresultatene fra rapporten¹³ som ble utarbeidet etter diskusjonene på møtet er presentert nedenfor.

Er det stor kjønnsforskjell i sykefraværet i Norge og er det et særnorsk fenomen?

Det var i møtet bred enighet om at det høye totale sykefraværet er mer påfallende i Norge enn kjønnsforskjellen i sykefravær. Kjønnsforskjellen i sykefravær i Norge er noe høyere enn i sammenlignbare land, men et høyere sykefravær blant kvinner enn menn finner vi i de fleste vestlige land med høy sysselsettingsrate blant kvinner.

Arbeidsmiljøhypotesen: Er typiske kvinnearbeidsplasser mer sykefraværsfremmende?

En grundig studert hypotese er hvorvidt typiske kvinneyrker og næringer dominert av kvinner, er mer sykdomsfremkallende eller forbundet med mer fysisk eller psykisk slitasje enn typiske yrker for menn. Denne hypotesen er det vanskelig å finne forskningsmessig støtte for. Det ser ut til at kvinner i typiske mannsyrker, og menn i typiske kvinneyrker, har et sykefraværs-mønster som korresponderer med deres kjønn snarere enn med deres yrke. Bare en svært liten andel av kjønnsforskjellen i sykefraværet kan tilskrives hvilke foretak, yrker og næringer kvinner og menn arbeider i, og denne forklaringsandelen har vært stabil siden 1995.

Dobbeltarbeidshypotesen: Skyldes høyere sykefravær blant kvinner en større belastning ved kombinasjon av forpliktelser i hjem og i arbeidsliv?

Økningen i andel kvinner som deltar i arbeidslivet var sterkest på 70- og 80-tallet, og har siden den tid avflatet noe. Andelen kvinner som arbeider fulltid og som tar høyere utdannelse har imidlertid fortsatt å øke. Dobbeltarbeidshypotesen viser til at kvinner har økt sin involvering i lønnet arbeid uten en tilsvarende reduksjon i ansvar for ubetalt omsorgsarbeid for egne barn eller foreldre. Det var enighet om at dobbeltarbeidshypotesen trolig er relevant som én mulig forklaring på kjønnsforskjell i sykefravær, men at sammenhengene ikke er tilstrekkelig forstått.

Kjønnsforskjell i normer for sykefravær og prioriteringer mellom hjem og jobb?

Innenfor et tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv forventes kvinner å utvikle sterkere preferanser for fritid etter å ha født egne barn. En slik forklaringsmodell vektlegger kjønnsforskjeller i prioriteringer, og hypotesen er at kvinner når de får barn vil prioritere lønnsarbeid og karriere mindre og familieliv og fritid mer. Det er godt dokumentert at kvinner reduserer sin yrkesdeltakelse med økende antall barn, mens menn øker sin yrkesdeltakelse. Det er også

¹³ Mykletun & Vaage (2012)

dokumentert at sykefravær reduserer framtidig lønnsutvikling, men i større grad for menn enn for kvinner. Det foreligger ikke empirisk forskning om hvorvidt kvinner senker terskelen for sykefravær når de får familie.

Kan kjønnsforskjellen i sykefravær tilskrives kjønnsforskjell i helseplager?

Kvinner går mer til lege, rapporterer flere symptomer og plager, men lever likevel lenger enn menn. Hvorvidt kvinners høyere forekomst av plager og symptomer kan være en forklaring på kjønnsforskjellen i sykefravær har vært mindre studert, men pågående studier antyder at kjønnsforskjell i helseplager ikke kan forklare kjønnsforskjell i sykefravær.

Graviditetsrelatert sykefravær

Det har vært betydelig oppmerksomhet på økningen i graviditetsrelatert sykefravær. Siden 1993 har det vært en større økning i graviditetsrelatert sykefravær for kvinner enn annet sykefravær for kvinner. Endret finansiering av svangerskapsrelatert fravær bidrar med å forklare noe av utviklingen på 2000-tallet, men ikke at veksten startet alt tidlig på 1990-tallet. Siden kvinner er gravide bare en liten del av sitt yrkesaktive liv, utgjør økningen i graviditetsrelatert sykefravær likevel bare en mindre andel av økningen i kjønnsforskjellen i sykefravær.

Konklusjon

Det har lenge vært en betydelig kjønnsforskjell i sykefraværet i Norge. Kjønnsforskjellen økte mest fra midten av 70-tallet til midten av 80-tallet. De siste ti årene har den vært avflatende. Det høye sykefraværet i Norge er mer påfallende enn kjønnsforskjellen i sykefraværet, som vi også finner i mange andre land. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet. Forskning fra Sverige viser at kvinners sykefravær øker når de blir mødre, og at den mest fundamentale endringen inntreffer ved første barn. Det er imidlertid vanskelig å konkludere ut fra foreliggende forskning om dette skyldes økt arbeidsbyrde, endrede preferanser eller noe annet. Dobbeltarbeidshypotesen er altså ikke avvist, men mekanismene i denne er ikke godt nok forstått. Møtet etterlyser mer og bedre forskning – kvalitativ og kvantitativ – for å bringe ny kunnskap om betydningen av familie og familiedanning for sykefraværet. Kjønnsforskjeller i helseplager, eller respons på disse, har vært mindre studert, men pågående studier antyder at kjønnsforskjeller i helseplager ikke kan forklare kjønnsforskjell i sykefraværet.

Veien videre

Gruppen av forskere mente at det ikke er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å gi råd om tiltak for reduksjon i kjønnsforskjellen i sykefraværet. Verken kjønnsforskjellen eller økningen i denne er et særnorsk fenomen. Det er heller ikke internasjonalt demonstrert noen effektiv løsning på utfordringen med den økende kjønnsforskjellen i sykefraværet.

Av forklaringene som ble gjennomgått festet flest lit til dobbeltarbeidshypotesen. Det var imidlertid skepsis til den enkle varianten av dobbeltarbeidshypotesen som fokuserer på at kjønnsforskjellen i sykefravær kan forklares med enkle tidsregnskap hvor man teller opp hvor mange timer menn og kvinner i sum produserer av lønnsarbeid og arbeid i hjemmet. Mekanismene er ikke godt dokumentert, og gruppen mente man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen.

Sykefraværsutvikling i ulike næringer

Sykefraværet etter næring var i 2011 klart høyest innen ”helse og sosiale tjenester”. Denne næringen sysselsetter hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker, se tabell 15 i vedlegg 3. 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, 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 sammenlignet 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.

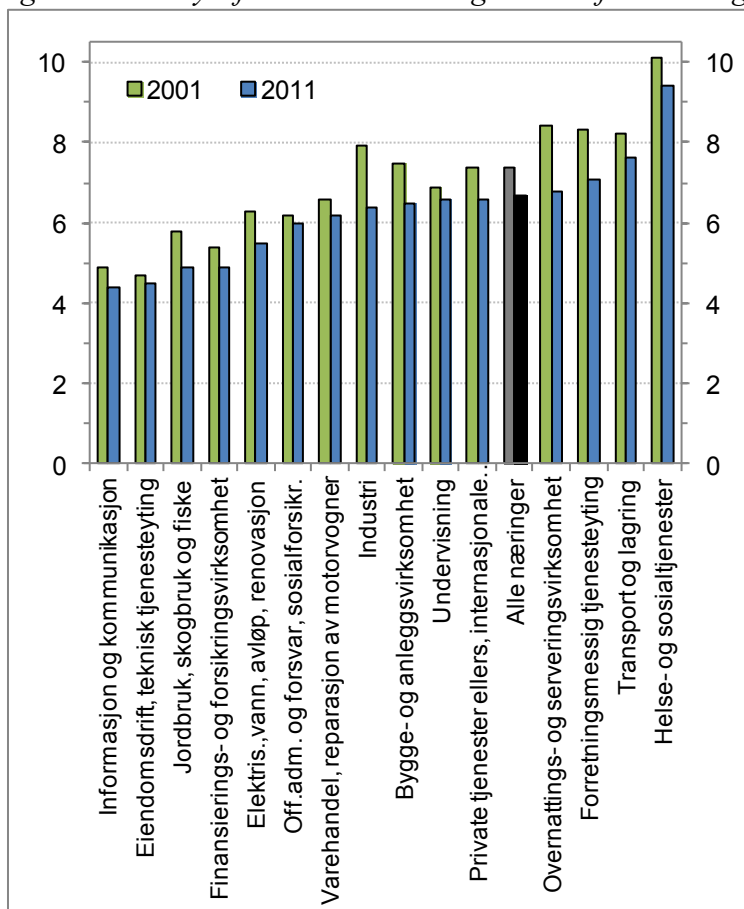
”Transport og lagring”, ”forretningsmessig tjenesteyting¹⁴” og ”overnattings- og serveringsvirksomhet” er andre næringer med spesielt høyt fravær. Disse næringene sysselsetter vel 13 prosent av arbeidstakerne. Sykefraværet var lavest innen ”informasjon og kommunikasjon” i 2011.

Figur 8 viser sykefraværet i alle næringene i 2001 og 2011. Både i 2001 og 2011 var helse- og sosialtjenester næringen med høyest sykefravær. I perioden fra 2001 til 2011 har den sterkeste nedgangen i det totale sykefraværet funnet sted i industrien og innen overnattings- og serveringsvirksomhet. I alle næringene ble det totale sykefraværet i denne perioden redusert, se figur 20 i vedlegget. Nedgangen var svakest i næringene ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” og ”eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting”.

Tabell 16 i vedlegget viser årstall for sykefraværet for de ulike næringene i perioden 2001 til 2011. En ser at i næringene ”undervisning”, ”offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring” og ”helse- og sosialtjenester” økte fraværet fra 2010 til 2011.

¹⁴ I denne næringen inngår bl.a. renhold og innleid arbeidskraft (vikartjenester).

Figur 8 Totalt sykefravær etter næring. Årstall for 2001 og 2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 21 og figur 22 i vedlegget viser utviklingen i det totale sykefraværet fra 2001 til 2011 for de fem næringene som sysselsetter flest menn og kvinner. Det totale sykefraværet innen de enkelte næringene har i stor grad fulgt utviklingen for alle næringer, 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 8 er det store forskjeller i sykefraværingsnivå mellom næringer. Tilsvarende gjelder for yrker. Endringer i nærings- og yrkessammensetningen kan dermed i prinsippet påvirke endringer i sykefraværet. Videre kan sykefraværingsutviklingen innad i næringer være påvirket av strukturelle endringer i sysselsettingen som f.eks. alders sammensetning, 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. Både i 4. kvartal 2001 og 2011 hadde de to nordligste fylkene det høyeste legemeldte sykefraværet, mens Rogaland hadde det laveste fraværet. Se figur 23 i vedlegg 3 for tall for alle fylkene for 4. kvartal 2001 og 2011.

Det er også store fylkesvise forskjeller i *endringen* i det legemeldte sykefraværet fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2011, se figur 24 i vedlegg 3. I denne perioden falt sykefraværet i Oslo med 25,8 prosent, mens fraværet avtok med 24,3 prosent i Finnmark og 22,2 prosent i Vest-Agder. Rogaland er fylket hvor fraværet er redusert minst i perioden, og her ble fraværet

reduisert med 11,7 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 2011. Oslo er eksempelvis fylket med den nest 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 undersøkelsen¹⁵ så på varigheten av legemeldte sykefraværstilfeller etter fylke. Resultatene fra undersøkelsen viste at det er vesentlige forskjeller mellom fylkene både i gjennomsnittlig varighet og median varighet, også når det kontrolleres for forskjeller i kjønns- og alderssammensetningen i fylket. Forskjellene ble ikke mindre selv om man så på enkelt-diagnoser. Undersøkelsen fant også at det er store forskjeller i andelen graderte sykefraværstilfeller mellom fylkene.

Innenfor en og samme diagnose vil det kunne være stor variasjon i sykdommens karakter/alvorlighetsgrad og i hvilken grad sykdommen lar seg kombinere med arbeid. Videre vil det kunne være ulikheter i sykmelders vurderinger og bruk av diagnoser. Likevel skulle det ikke være grunnlag for å forvente betydelige forskjeller mellom fylkene når man ser på enkelt-diagnoser. Stor variasjon i varighet innenfor en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utover selve sykdommen/diagnosen som kan forklare noe av forskjellene i varigheten og sykmeldingsmønsteret på fylkesnivå. Undersøkelsen pekte på at en mulig forklaring på forskjellene i sykmeldingspraksisen mellom fylkene kan være forskjeller i næringsfordelingen mellom fylkene.

Den andre undersøkelsen¹⁶ 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

¹⁵ Helde m.fl. (2010)

¹⁶ Helde m.fl. (2011)

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 25 i vedlegget viser prosentvis fordeling av legemeldt sykefraværsdagsverk etter diagnose for 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2011. 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 relativ stabil fra ett år til et annet. Likevel har det i perioden fra 2001 til 2011 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. Når det gjelder økningen for svangerskapssykdommer, kan imidlertid en medvirkende årsak være at legene har endret kodepraksis i perioden. I artikkelen ”Sykefravær og svangerskap” i Arbeid og velferd nr. 3/2007 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 6 viser legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2. kvartal 2010 fordelt etter varighet, mens tabell 7 gir tilsvarende fordeling av legemeldte sykefraværsdagsverk. Varigheten er regnet i kalenderdager, og dermed ikke justert for stillingsandel eller sykmeldingsgrad. Tilsvarende tall for 2011 er klare om ett år, siden det er først da alle tilfellene påbegynt i 2011 vil være avsluttet og varigheten kan måles.

I 2010 var i overkant av 60 prosent av alle påbegynte sykefraværstilfeller innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager, se tabell 6. Videre ble over 80 prosent av tilfellene avsluttet innen åtte uker.

Totalt var det en nedgang på 7,3 prosent i antall sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2010 sammenlignet med 2001. Utviklingen blant de ulike varighetsgrupperingene har vært ulik denne perioden. Antall tilfeller under åtte uker er redusert, mens antall tilfeller over åtte uker har økt. 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 en utvidet egenmeldingsperiode for IA-virksomheter, og dette påvirker varighetsgruppen 1–16 dager.

Andelen av tilfellene for varighetsgruppen for 1–16 dager kan også ha blitt redusert som følge av dette, se tabell 6.

Tabell 6 Legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2010. Etter varighet.

	Antall tilfeller	Andel av tilfellene	Prosentvis endring antall tilfeller 2001–2010
I alt	1 212 834	100,0 %	-7,3 %
1–16 dager	740 510	61,1 %	-12,8 %
17 dager–8 uker	251 254	20,7 %	-2,6 %
8–12 uker	57 949	4,8 %	11,4 %
12–26 uker	82 738	6,8 %	16,6 %
26–52 uker	80 383	6,6 %	3,3 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Mens sykefraværstilfeller på inntil 16 dager sto for 61 av alle tilfellene som ble påbegynt i 2010, utgjorde de kun snaut 13 prosent av de tapte dagsverkene som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2010, se tabell 7. 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 drøye 6 prosent av de påbegynte sykefraværstilfellene i 2010, men sto for nesten 45 prosent av sykefraværstidspunktene i disse tilfellene. Tilfeller over 8 uker utgjorde i overkant av 70 prosent av dagsverkene, men kun drøye 18 prosent av tilfellene.

Tabell 7 Tapte dagsverk i legemeldte sykefraværstilfeller påbegynt i 2010. Etter varighet.

	Antall tapte dagsverk	Andel av tapte dagsverk	Prosentvis endring antall tapte dagsverk 2001–2010
I alt	25 718 806	100,0 %	-2,2 %
1–16 dager	3 220 339	12,5 %	-15,3 %
17 dager–8 uker	4 146 479	16,1 %	-9,0 %
8–12 uker	1 946 686	7,6 %	-0,9 %
12–26 uker	4 869 297	18,9 %	10,1 %
26–52 uker	11 536 005	44,9 %	-0,2 %

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

I perioden fra 2001 til 2010 ble tapte dagsverk redusert med 2,2 prosent, jf. tabell 7. 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.

Dersom man ser på hele perioden fra 2001 til 2010, økte den gjennomsnittlige varigheten for legemeldte sykefraværstilfeller fra 38,2 dager til 42,0 dager, eller med 10,0 prosent.

Bruk av gradert sykmelding

Siden 2009 har det vært en utvikling i retning av økt andel graderte sykefraværstilfeller, se figur 26 i vedlegget. Et av ekspertgruppens forslag 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.

En svakhet ved å måle bruken av gradert sykmelding ved andelen graderte sykefraværstilfeller, er at den ikke tar hensyn til om det er de korte eller lange tilfellene som oftest er graderte. Andre svakheter ved metoden er at den ikke fanger opp om det er forskyvninger mellom antall korte og lange tilfeller, eller hvor lenge de ”graderte” tilfellene faktisk er graderte. Et alternativt mål som delvis fanger opp disse faktorene er gjennomsnittlig sykmeldingsgrad for legemeldt fravær, regnet i gjennomsnitt for hver tapte arbeidsdag. Utviklingen i gjennomsnittlig sykmeldingsgrad er illustrert i figur 27 i vedlegg 3. Figuren illustrerer at det har vært økt bruk av gradering fra 2009 til 2011 målt på denne måten, men at endringen er mindre nå enn i perioden fra 2003 til 2005.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har startet et utredningsprosjekt som søker å øke kunnskapen om gradert sykmelding. Bakgrunnen for prosjektet er at det til tross for stor oppmerksomhet om ordningen, finnes forholdsvis lite kunnskap om hvordan gradert sykmelding brukes i praksis og hvilke konsekvenser det har å benytte gradert sykmelding. Direktoratet har tilgang på mer detaljerte data enn det forskere har hatt til nå, blant annet om den enkelte sykmelding. De første resultatene fra prosjektet ble publisert i *Arbeid og velferd* nr. 3/2011. Artikkelen beskriver bruken av graderte sykmeldinger, endringer i bruken over tid, og kjennetegn ved dem som får gradert sykmelding. En oppsummering av de viktigste funnene er gjengitt i boks 4 i faggruppens rapport 2/2011. Arbeids- og velferdsdirektoratet ser også på hva som er seleksjon til gradert sykmelding og hva som eventuelt er effekter av gradering. Dette er et svært komplisert spørsmål, og det er derfor usikkert hvor langt man kommer med denne problemstillingen. Resultatene vil bli omtalt i faggruppens rapport når de foreligger. Det vises også til avsnitt 5.4.1 hvor mulige effekter av gradert sykmelding omtales.

Sintef (Ose m.fl., 2012) har foretatt en bred gjennomgang av bruk av gradert sykefravær. I den forbindelse har Ose blant annet analysert registerdata om gradert sykemelding. Ose finner at over 30 prosent av alle sykefraværsdagene nå er gradert i en eller annen grad. Det vanligste dersom man har delvis sykmelding er å ha sykmelding 50 prosent eller over 70 prosent. Lengden på sykefraværstilfellene varierer sterkt med hvor stor graderingsandelen er. Jo høyere sykmeldingsgrad, jo lengre er gjennomsnittslengden på sykefraværet. Kvinner har høyest andel av sykefraværet gradert og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 år andelen gradert sykefravær er høyest.

Ose finner at sannsynligheten for å få gradert sykmelding øker systematisk med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel graderte sykmeldinger. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til noen spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. De yrkesgruppene med høyest andel av gradert sykefravær er lederjobber (høyest), akademiske yrker (nest høyest) og deretter høyskoleyrker, og dette gjelder både kvinner og menn.

Ose finner videre at det i privat sektor er betydelig lavere graderingsandel enn i stat, kommune og fylke. Næringene med lavest andel gradert sykefravær (under 20 prosent) er hotell- og restaurant, transport og kommunikasjon, olje- og gassutvinning og bygge- og anleggsvirksomhet. Høyest andel, med over 30 prosent av tilfellene gradert, finner en i offentlig administrasjon, finans- og forsikringsvirksomhet og undervisning.

I tillegg til analyse av registerdata, har Ose også foretatt en spørreundersøkelse om gradering blant arbeidsgivere. På bakgrunn av denne finner Ose at mange arbeidsgivere har store utfordringer med å få til effektiv tilrettelegging og bruk av graderte sykmeldinger. Ifølge Ose handler dette om mangel på produktive oppgaver og at dette gir økonomiske konsekvenser for arbeidsgiveren. Videre finner Ose ikke belegg for at det er stor uvilje mot tilrettelegging blant arbeidsgivere, eller at dette er noe som forklarer variasjonen mellom næringene.

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.

Sammenligning av sykefravær mellom land ved arbeidskraftundersøkelsene

I faggruppens rapport nr. 1/2011 omtales usikkerheten ved sammenligninger av sykefraværet mellom land. Internasjonale sammenligninger av sykefraværet tar ofte utgangspunkt i arbeidskraftundersøkelsene (AKU). Basert på AKU er sykefraværet i Norge høyt sammenlignet med andre land. I 2010 var sykefraværet i Norge ifølge AKU 3,7 prosent mens det i Sverige og Finland var på hhv. 2,0 prosent og 2,7 prosent.

En rapport fra Statistisk sentralbyrå (Berge m.fl., 2012) undersøker nærmere om AKU er egnet som datakilde for å sammenligne sykefravær internasjonalt. Det overordnede problemet med AKU som sykefraværsindikator er at AKU ikke er designet for dette. Data om sykefravær fremkommer i AKU som et biprodukt i en spørrefrekvens om arbeidstid. Det vanligste brukte måltallet på sykefraværet fra AKU er sysselsatte som er helt borte fra arbeidet i undersøkelsesuken på grunn av sykdom. Rapporten trekker frem to områder som aktuelle for å avgjøre om AKU er sammenlignbar mellom land.

Det ene området er tekniske sider ved AKU. Rapporten går på dette punktet gjennom fire faktorer som kan gi utslag på AKU-målingenes sammenlignbarhet. Den første faktoren er om undersøkelsene er gjort i ulike referanseuker i de ulike landene. Dette vil i så fall kunne være en utvalgsskjevhet siden sykefravær påvirkes av når på året det måles. Hvor lenge man kan være fraværende fra jobb og fortsatt bli definert som sysselsatt er en annen faktor. Det er krav om å være definert som sysselsatt for å bli registrert i sykefraværstallene i AKU. Siden definisjonen for om en er sysselsatt eller ikke ved fravær er uklar, kan det være ulikheter i hvordan landene praktiserer dette. Den tredje faktoren er om landenes utforming og registrering av fravær i AKU påvirker sykefraværstatistikken dersom flere fraværsårsaker oppgis. Den siste tekniske faktoren som undersøkes er virkningen av å bruke kriteriet om sykefravær i hele fraværsuken. Personer som arbeider mindre enn fem dager i uken vil lettere

bli klassifisert som fraværende i hele referanseuken på grunn av sykdom enn personer som jobber heltid.

Å undersøke om de tekniske sidene ved AKU er så ulike mellom land at det kan forklare hele eller deler av forskjellen man observerer i sykefraværet er hovedformålet med rapporten. Konklusjonen er at tekniske forhold ved landenes AKU-undersøkelser ikke synes å forklare de forskjeller en ser i sykefraværprosentene.

Det andre området som ifølge rapporten kan avgjøre om AKU er egnet som sammenligningsgrunnlag er hvordan forskjeller i landenes sykepengeordninger og andre institusjonelle ordninger gjør at tallene likevel ikke blir helt sammenlignbare. Rapporten beskriver to sentrale elementer som kan påvirke målingene. Det første elementet er ordninger som gjør at personen faller ut av statusen ”sysselsatt” tidligere i noen land selv om personen fortsatt er syk. Det kan være regler for oppsigelsesvern under sykdom eller hvor raskt man overføres fra sykepengeordning (hvor man er sysselsatt) til attføringsordninger (hvor man ikke er sysselsatt). Det andre elementet er ordninger hvor man er noe til stede på jobben mens man er sykmeldt. Man vil da ikke komme med i AKUs tall for sykefravær fordi man ikke er helt fraværende hele undersøkelsesuken. Eksempler på slike ordninger er gradert eller aktiv sykmelding.

Det lå utenfor dette prosjektets formål å foreta en fullstendig gjennomgang av de nordiske landenes sykepengeordninger og andre relevante institusjonelle forhold. Rapporten konkluderer med at utforming av sykepengeordninger og andre institusjonelle ordninger potensielt kan ha stor betydning for sykefraværstallene som fremkommer fra AKU og derfor ikke nødvendigvis gir et korrekt bilde av de reelle forskjellene i sykefravær mellom land.

I rapporten er det også en sammenligning av sykefraværet fordelt på alder, kjønn og næring. Problemstillingen er om Norge har flere sysselsatte i grupper som i alle land har høyt sykefravær. Tall for Norge ble sammenlignet med tall fra Danmark, Nederland og Storbritannia. Hovedkonklusjonen på dette er at langs disse dimensjonene har Norge jevnt over et klart høyere sykefravær.

Boks 4 Mulige gevinster av å redusere sykefraværet

I IA-samarbeidet er det enighet om at sykefraværet i Norge er for høyt og at en reduksjon er ønskelig ut fra hensyn til både samfunn, virksomheter og enkeltpersoner. I denne boksen illustreres eksempler på gevinster ved en slik reduksjon.

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. Regneeksemplene i denne boksen hensyntar ikke slike effekter.

Blir sykefraværet for høyt vil det imidlertid ha negative konsekvenser både for samfunnsliv, virksomheter og enkeltpersoner. Det er størst negative konsekvenser knyttet til langtids-sykefravær, ved at det øker risikoen for varig frafall fra arbeidsstyrken. Samtidig er det også negative konsekvenser ved korttidssykefravær, spesielt knyttet til at virksomheter kan ha vanskeligheter med å tilpasse seg fraværet.

Gevinster for samfunnet

Nedgang i *langtidssykefraværet* kan gi betydelige gevinster for samfunnet. Det er nær sammenheng mellom langtidssykefravær og overgang til mer varige helserelaterte trygdeytelser. Av de som har gått ut hele sykepengeperioden er bare rundt en av fem tilbake i arbeidslivet syv måneder senere (Handal, 2010).

Direkte velferdsgevinster for samfunnet av redusert sykefravær er bl.a. at flere vil ta del i arbeidslivet, og økt verdiskaping som følge av det. I tillegg vil det redusere statens utgifter til sykepenger og mer varige helserelaterte trygdeytelser, og øke skatteinngangen, noe som gjør det mulig å bruke mer på andre prioriterte oppgaver.

Lavere sykefravær vil også redusere behovet for ressursbruk i Arbeids- og velferdsetaten knyttet til utbetaling av sykepenger og oppfølging av sykmeldte.

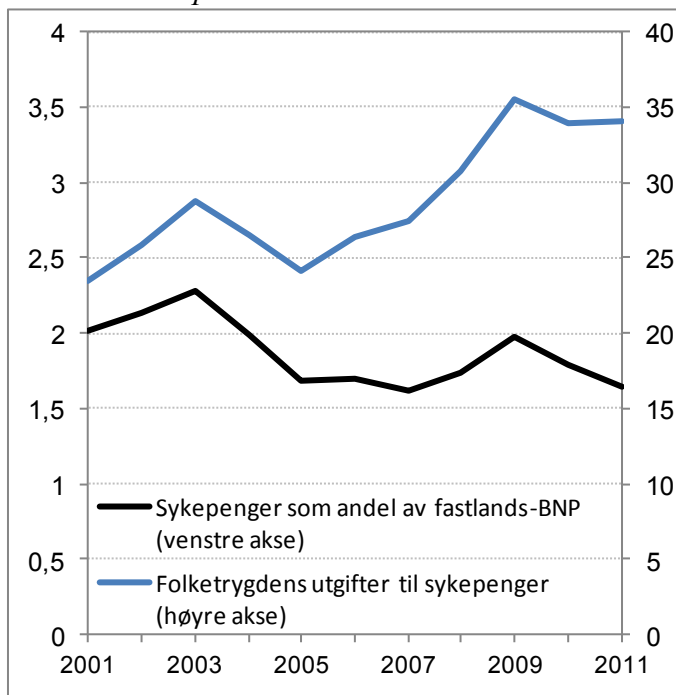
Folketrygdens utgifter til sykepenger for arbeidstakere var i 2011 på 32,3 mrd. kroner. I tillegg var det utgifter for sykepenger til selvstendig næringsdrivende på 1,6 mrd. kroner. Samlet utgjør dette om lag 34 mrd. kroner; som er 10,3 prosent av folketrygdens utgifter i 2011, og 3,6 prosent av de samlede utgiftene over statsbudsjettet i 2011. Det utgjør 1,6 prosent av BNP for Fastlands-Norge. I tillegg reduseres folketrygdens inntekter siden virksomheter ikke betaler arbeidsgiveravgift av sykepengene for den sykmeldte etter 16 fraværsdager. Ordinær sats for arbeidsgiveravgift er 14,1 prosent. Likevel vil dette motsvares noe av arbeidsgiveravgift når fraværet dekkes opp med overtid/vikar.

Fra 2001 til 2011 har Folketrygdens utgifter til sykepenger for arbeidstakere og selvstendige økt med 10,4 mrd kroner målt i løpende priser, se figur 9. Økningen skyldes ført og fremst lønnsvekst, men også økt sysselsetting. Målt i faste priser¹⁷ har utgiftene gått ned med 2,3 mrd. kroner fra 2001 til 2011.

Dersom en hadde nådd målet i IA-avtalen om reduksjon i sykefraværet på 20 prosent ville det redusert statens utgifter til sykepenger med om lag 5,8 mrd. kroner sammenlignet med faktiske utgifter i 2010, ifølge beregninger fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

¹⁷ Utbetalingen til sykepenger deflatert med lønnsveksten.

Figur 9 Folketrygdens utgifter til sykepenger i mrd. kroner (høyre akse) og folketrygdens utgifter til sykepenger i prosent av BNP for Fastlands-Norge (venstre akse). Regnskapstall for 2001–2011. Løpende kroner.



Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeidsdepartementet

Gevinster for virksomhetene

En reduksjon i sykefraværet vil kunne gi virksomhetene både direkte og indirekte gevinster.

Mest synlig er besparelsen knyttet til reduksjon i *korttidssykefraværet* siden arbeidsgiver ikke får refusjon fra NAV de første 16 dagene av sykefraværsperioden (med unntak for fravær relatert til kronisk/langvarig sykdom og svangerskap). En nedgang i korttidssykefraværet vil dermed gi umiddelbare besparelser for virksomhetene i form av økt produksjon og/eller reduserte utgifter til vikarer og overtid.

En nedgang i *langtidssykefraværet* vil også gi besparelser for virksomhetene. NAV refunderer virksomhetenes sykepengeutbetaling opp til 6 G. Produksjonstapet for en bedrift ved sykefravær er ofte verdt mer enn denne refusjonen. Ved å se på direkte utgifter for virksomhetene er de alltid høyere enn NAVs refusjon etter 16 dager. Dette er fordi det påløper kostnader knyttet til sykefravær utover det som blir refundert av NAV:

- I en del tariffavtaler har arbeidsgiverne forpliktet seg til å betale lønn over 6 G ved sykefravær
- Kostnader til pensjon og feriepenger
- Kostnader til arbeidsgiveravgift av pensjon, feriepenger og lønn over 6 G må arbeidsgiver selv dekke.

Steinkjer-modellen fremlagt på regjeringen.no viser ikke-refunderbare kostnader for en virksomhet ved å ha en person sykmeldt i ett år. Kostnaden er 193 000 kroner ved sykefravær på ett år for en person med 500 000 kroner i lønn etter at refusjon fra NAV er trukket fra. Dette inkluderer virksomhetens ikke-refunderbare kostnader på 32 000 kroner i arbeidsgiverperioden.

En nedgang i langtidssykefraværet vil også være til fordel for næringslivet ved at det vil kunne bli bedre tilgang på arbeidskraft.

Nedenfor redegjøres det for en rapport fra SINTEF og beregninger gjort av KS som gir en indikasjon på virksomheters kostnader knyttet til sykefravær i hhv. privat og kommunal sektor. Beregningene fra SINTEF gjelder kostnader per dag, mens beregningene fra KS fokuserer på årlige kostnader. Kostnader i virksomhetene til virkemidler for å forebygge/tilrettelegge for å holde sykefraværet lavt er ikke inkludert i eksemplene vist under.

SINTEF/NHO

På oppdrag fra NHO har SINTEF foretatt en spørreundersøkelse blant 147 medlemsbedrifter og beregnet kostnader ved sykefravær. Kostnadsanslaget som er beregnet er ment for en bedrift.

Undersøkelsen (Hem 2011) viser et anslag for kostnader for sykefravær per dag i arbeidsgiverperioden (t.o.m. dag 16). Anslaget er på 2 600 kroner, i alt 13 000 kroner for en fem dagers arbeidsuke. Dette beløpet er ekstrakostnaden ved et sykefravær, hvor vel halvparten utgjør produksjonstap og halvparten økte utgifter til vikarer, overtid eller lignende. Denne kostnaden ved sykefravær er eksklusive lønnskostnader til den sykmeldte, fordi lønnskostnader løper uavhengig av sykmeldingen og ville ført til dobbelttelling av kostnader.

Ved sykefravær utover 16 dager vil nettokostnadene for arbeidsgivere bli redusert fordi lønn til den sykmeldte blir kompensert av NAV (opptil 6 G). I gjennomsnittskostnaden som SINTEF har beregnet, er altså ikke refusjon fra NAV trukket fra. Det gjelder både ordinær refusjon av sykepenger fra 17. fraværsdag og refusjon av sykepenger i arbeidsgiverperioden ved fravær relatert til kronisk/langvarig sykdom og svangerskap. Når man skal regne på lengre fravær, skal trygderefusjonen trekkes fra gjennomsnittskostnaden etter dag 16. For en person med inntekt på f.eks. 5 G vil refusjon fra NAV være 1 523 kroner per dag og 7 615 kroner per uke med gjeldende G.

Kommunesektoren (KS)

Etter KS sine beregninger medfører sykefravær i kommunesektoren årlige samlede kostnader på 15,5 mrd. kroner for kommuner og fylkeskommuner som arbeidsgivere og for folketrygden. Disse kostnadene omfatter kostnader for arbeidsgiver på om lag 7,6 mrd. kroner, om lag 7 mrd. kroner i sykepenger fra folketrygden og om lag 0,9 mrd. kroner i form av reduserte innbetalinger av arbeidsgiveravgift. Kostnadene er i hovedsak beregnet med utgangspunkt i lønns- og personalstatistikken til KS samt fraværstatistikken til KS. Sykefravær innebærer for kommunesektoren at oppgaver ikke blir utført og fører dermed til produksjonstap. Deler av dette produksjonstapet motsvares av refunderbare sykepengeutgifter og reduserte innbetalinger av arbeidsgiveravgift. Nettokostnaden for KS belyses både innenfor og utenfor arbeidsgiverperioden som ikke refunderbare sykepengeutgifter, pensjonsutgifter, feriepenger og arbeidsgiveravgift av pensjon, feriepenger og lønn over 6 G. Av kostnadene for arbeidsgiver på 7,6 mrd. kroner fordeles om lag 75 prosent seg innenfor arbeidsgiverperioden og 25 prosent utenfor arbeidsgiverperioden.

KS sin metode for å beregne sykefraværskostnader i virksomheten prissetter produksjonstapet som kostnader som påløper for ansatte under sykefravær. Ofte vil likevel virksomheter bruke vikarer eller overtid for å minimere det produksjonstapet som oppstår ved sykefravær. Dette vil kunne føre til at virksomheter får høyere kostnader for den produksjonen de hadde før sykefraværet. I motsetning til dette er situasjoner hvor refusjoner fra folketrygden overstiger

virksomhetens verdsettelse av produksjonstapet tilknyttet den sykmeldte. Beregninger der produksjonstapet avviker fra kostnader som påløper er ikke inkludert i KS sine kostnadsanslag.

Gevinster for den enkelte

Nedgang i *langtidssykefraværet* vil kunne gi store velferdsmessige gevinster for den enkelte ved at risikoen for langvarige helseplager og å bli stående utenfor arbeidslivet reduseres. For dem som går over på andre ordninger etter maksimal sykepengeperiode vil kompensasjonsgraden for ytelser fra folketrygden vanligvis falle vesentlig. Arbeidslivet er en svært viktig arena for samfunnsdeltakelse og utvikling av den enkeltes evner og anlegg. Deltakelse i arbeidslivet kan også i mange tilfeller bidra til bedre helse og trivsel. Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet er bl.a arbeidsledighet en sterk risikofaktor for psykiske problemer og øker sjansen for depresjon.¹⁸

Reduksjon i sykefraværet vil være økonomisk fordelaktig for en del av de sykmeldte også på kort sikt. Selv om den enkelte sykmeldte får dekket 100 prosent av lønnen opp til 6 G (475 000 med gjeldende G) fra folketrygden, vil en del arbeidstakere ha økonomisk tap ved at de har inntekt over 6 G og står uten særavtaler med arbeidsgiver som gir større dekning enn dette.

I en studie fra Frischsenteret¹⁹ har en analysert hvordan sykefravær påvirker framtidig inntekt og sannsynligheten for å fortsette i arbeid på heltid. Her fremgår det at en økning i sykefraværsraten på ett prosentpoeng reduserer inntekten to år senere med 1,2 prosent, og reduserer sannsynligheten for å være sysselsatt på heltid med 0,5 prosentpoeng. Om lag halvparten av innteksreduksjonen kan forklares av at sannsynligheten for å være sysselsatt på heltid reduseres når sykefraværsraten øker. Dette indikerer at sykefravær har en negativ effekt både på fremtidig sysselsetting og på den sykmeldtes lønnsnivå.

Studien tyder også på at framtidig inntekt påvirkes mer for menn enn for kvinner, og mer i privat sektor enn i offentlig sektor. Dette kan henge sammen med at betydningen av sentrale lønnstillegg er størst i offentlig sektor, der kvinneandelen er høy.

5.3 Måloppnåelse

Det totale sykefraværet var for 2011 6,7 prosent, mot 6,8 prosent i 2010. Dette innebærer en nedgang i fraværet på 1,4 prosent. Dersom man sammenligner sykefraværsprosenten med samme kvartal året før, økte sykefraværet i de to første kvartalene 2011, mens det avtok i de to siste kvartalene 2011. Disse tallene gir begrenset informasjon om utviklingen i fraværet gjennom 2011. For å få et bedre bilde av utviklingen gjennom året, må en ha sesongkorrigerte tall for sykefraværet. En metode for sesongjustering indikerer at det legemeldte fraværet økte svakt i 1. kvartal 2011, for deretter å avta relativt sterkt både i 2. og 3. kvartal 2011. Videre indikerer denne metoden at det legemeldte fraværet økte noe i 4. kvartal 2011.

IA-avtalens delmål 1 er en reduksjon i den samlede sykefraværsprosenten med 20 prosent i forhold til 2001. I 2011 var sykefraværet 8,8 prosent lavere enn i 2001. Nedgangen i perioden har vært sterkere for menn (-13,6 prosent) enn for kvinner (-5,4 prosent). Det er videre store variasjoner mellom næringer og fylker. Innen industrien og overnattings- og serveringsvirksomhet har det vært nedgang i sykefraværet på nær 20 prosent. ”Offentlig administrasjon,

¹⁸ Folkehelseinstituttet (2011)

¹⁹ Markussen (2011)

forsvar og sosialforsikring”, ”undervisning” og ”eiendomsdrift og teknisk tjenesteyting” er blant næringene med minst nedgang (om lag 4 prosent). I fem av landets fylker (Oslo, Finnmark, Vest-Agder, Telemark og Sør-Trøndelag) har det vært en nedgang i det *legemeldte* fraværet på over 20 prosent. Blant fylkene er det Rogaland som har hatt den minste nedgangen (nær 12 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 2011.

5.4 Mulige effekter av virkemidler i IA-avtalen

En del av faggruppens mandat er å vurdere konsekvenser av virkemidler knyttet til IA-målene. I dette kapitlet tas det sikte på å gi en oppsummering av foreliggende kunnskap om effekter av de virkemidlene rettet mot delmål 1 som det er enighet om i IA-avtalen.

Oppsummeringen omfatter de studiene som faggruppen har oversikt over på det nåværende tidspunktet. Med unntak av erfaringene fra Sverige med beslutningsstøtte for sykmeldere, er dette kapitlet i hovedsak avgrenset til å omhandle norske studier. I avsnitt 5.4.6 er det likevel vist til enkelte studier fra andre land som kan ha relevans, men dette er ikke noen fullstendig litteraturgjennomgang. Faggruppen har heller ikke vurdert den metodemessige kvaliteten på studiene som presenteres. Faggruppen følger opp pågående forskning om alle delmålene i IA-avtalen, og kommer tilbake til resultater fra dette i senere rapporter.

På bakgrunn av protokoll av 24. februar 2010 mellom partene i IA-samarbeidet er det i 2011 gjennomført en rekke endringer i virkemiddelbruken med sikte på å redusere sykefraværet. Tiltakene er særlig rettet inn mot økt bruk av graderte sykmeldinger, og omfatter tettere og tidligere oppfølging av sykmeldte, samt tiltak rettet mot sykmeldere. Faggruppen har foreløpig ikke tilstrekkelig grunnlag for å kommentere virkningen av de konkrete endringene i virkemiddelbruken som ble iver satt i 2011. Nedenfor gis det imidlertid en gjennomgang av tidligere kunnskap om effekter av tidlig og tett oppfølging av sykmeldte. Når det gjelder tiltakene rettet mot sykmeldere, foreligger det lite forskning på norske forhold. Ett av tiltakene som er gjennomført i 2011 er utarbeiding av faglige veiledere for sykmeldere. Da dette forslaget ble lansert av ekspertgruppen som vurderte tiltak for reduksjon i sykefraværet (jf. rapport av 1.2.2010), ble det lagt stor vekt på erfaringer fra Sverige med beslutningsstøtte for sykmeldere. På denne bakgrunn gjengis det derfor nedenfor en oppsummering av kunnskap om virkningene av dette tiltaket i Sverige.

I protokollen omhandles også en mulig endring i arbeidsgivers medfinansiering av sykepengene. Dette tiltaket er ikke gjennomført, men det vises nedenfor til noe forskning som kan belyse mulige effekter av et slikt tiltak.

I tillegg omtales effekter av ”Raskere tilbake”, som ble foreslått som en del av IA-samarbeidet i 2006.

5.4.1 Gradert sykmelding

Et av ekspertgruppens forslag 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. I protokollen fra IA-avtalen for 2010 heter det at sykmelderne i samråd med den enkelte sykmeldte bør vektlegge arbeidsevne og aktivitet for i størst mulig grad ta i bruk gradert sykmelding.

En ordning med halve sykepenger ved delvis uførhet ble innført allerede i Lov om sykestrygd fra 1930. Statistikk over bruken av ordningen finnes fra 1989, da 13 prosent av alle avsluttede sykepengetilfeller utover arbeidsgiverperioden ble avsluttet med gradert sykmelding. Gjennom tiden har bruken av gradert sykmelding økt. Omfanget økte særlig etter regelendringene i 2004, og det har også vært en videre økning etter at den siste IA-avtalen ble underskrevet. Det vises til nærmere omtale om gradert sykmelding under avsnitt 5.2.

Litteratur om gradert sykmelding

En rapport fra Sintef (Ose m.fl. 2012) inneholder blant annet et forsøk på å estimere effekter av bruk av graderte sykmeldinger på sykefraværet i perioden fra 2000 til 2011. Analysen tyder på at økt bruk av gradering har bidratt til å redusere sykefraværet, men effekten er svak. Studien peker på metodiske problemer blant annet på grunn av seleksjon som det i liten grad er forsøkt å kontrollere for. De estimerte sammenhengene bør derfor ikke nødvendigvis tolkes som årsakssammenhenger.

En studie fra Frischsenteret (Markussen m.fl. 2010), med data for sykefravær over åtte uker i perioden 2001–2005, har analysert effekter av gradert sykmelding. Studien tar utgangspunkt i hvor mye legen graderer, og ser på sammenhengene mellom legens bruk av gradering og sykefraværet, samt de sykmeldtes fremtidige jobbtilknytning. Studien konkluderer klart med at jo mer legen graderer, jo kortere varer sykefraværet og jo mindre blir sykefraværets samlede omfang. Videre viser studien at tilbøyeligheten til å motta trygdeytelser i tiden etter fraværet synker jo mer legen graderer, og at sannsynligheten for å være i arbeid to år senere også øker med legens bruk av gradering. Studien viste også at det ikke er noen tegn til at leger som graderer mye er mindre strenge. Tvert i mot skriver disse legene ut færre sykmeldinger alt annet likt.

En studie fra Uni Helse (Lie, 2010) fant at sannsynligheten for overgang fra sykmelding tilbake til arbeid uten fortsatt sykmelding var dobbelt så stor ved full sykmelding som ved gradert sykmelding. Om dette skyldes at de som har gradert sykmelding i utgangspunktet er sykere eller om bruk av gradert sykmelding fører til at det tar lengre tid før en person blir frisk, svarer imidlertid ikke studien på.

For å kunne måle effekter av bruk av gradert sykmelding, må man komme nærmest mulig randomiserte studier. Studiene fra Sintef og Uni Helse er begge laget på grunnlag av deskriptiv statistikk, og er på mange måter mangelfulle på grunn av seleksjonsproblemer. I studien fra Frischsenteret er det forsøkt å kontrollere for seleksjon ved å ta utgangspunkt i hvor mye legen graderer, og resultatene fra studien har derfor ambisjoner om å si mer om effektene av gradering enn studiene fra Sintef og Uni Helse.

5.4.2 Betydningen av oppfølgingspunkter for sykmeldte

Det er gjennom tiltakene i IA-avtalen og protokollen av 24. februar 2010 lagt større vekt på aktivitet, nærværarbeid og oppfølging for å begrense sykefraværet. Tidligere og tettere oppfølging gjennom kommunikasjon, oppfølging og dialog er hovedgrepet i arbeidet med oppfølging av sykmeldte, og forebygging av lengre sykefravær/stønadsforløp. Siktemålet er at oppfølgingsregimet skal bidra til at flere kommer i eller tilbake i arbeid, og følgelig at sykefraværet reduseres. Arbeidsmiljøloven og folketrygdloven fastsetter noen møtearenaer, tidsfrister og sanksjoner hvis pliktene i oppfølgingsarbeidet ikke overholdes. Fra 1. juli 2011 ble nye regler om tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte iverksatt. Under gis en kort oppsummering av oppfølgingspunktene:

- Arbeidsgiver og arbeidstaker skal i samarbeid lage en oppfølgingsplan senest innen fire ukers sykmelding
- Arbeidsgiver skal innkalle til dialogmøte dersom arbeidstaker har vært hel eller delvis sykmeldt i syv uker
- Arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til NAV innen ni uker, og samtidig rapportere på oppfølgingsarbeidet
- NAV-kontoret skal innkalle til dialogmøte 2 senest innen 26 ukers sykmelding

Litteratur om betydningen av oppfølgingspunkter for sykmeldte

De analysene som er gjennomført i Norge er relativt begrensede på dette området.

Gulbrandsen m.fl. (2009) ser på om de kan spore endringer i friskmeldingsmønsteret som følge av lovendringene i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven som ble iverksatt 1. mars 2007 (ny modell for endret sykmeldingspraksis). De ser på varigheten av alle sykefraværstilfeller som startet i perioden april–september 2003–2007, og finner ikke åpenbare tegn til endringer i sykefraværet. De poengterer samtidig at det ikke er grunnlag for å konkludere med at oppfølgingsmodellen ikke har effekt, da det kan være andre forhold som har hatt betydning for utviklingen i sykefraværet i samme periode. De påpeker at det ikke kan utelukkes at utviklingen i perioden har vært påvirket av en sterk konjunkturoppgang og et meget stramt arbeidsmarked.

Brage m.fl. (2011) analyserer graderingstidspunktet i sykefraværstilfellene og finner ingen tegn på økt bruk av gradering rundt de lovbestemte oppfølgingspunktene ved 8, 12 og 26 uker. Dette kan tyde på at oppfølgingspunktene ikke har konsekvenser for bruk av gradert sykmelding.

Det er to pågående prosjekter som skal ferdigstilles i 2012 som omhandler dette temaet. Disse prosjektene omtales nedenfor, og faggruppen vil komme tilbake med en omtale av resultatene fra prosjektene når de er ferdigstilt.

Forløp av sykefravær og retur til jobb (utvidelse av prosjektet)

Prosjektet gjennomføres av Uni Helse i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet. I rapporten «Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb» ble det gjennom utvidede modeller for forløpsanalyser synliggjort nye sider ved overgangene mellom arbeid og sykefravær. I denne analysen ble et utvalg personer fulgt mellom tilstandene jobb, full sykmelding og gradert sykmelding. Sluttrapport ble levert 10. september 2010.

Datagrunnlaget i ovennevnte undersøkelse skal i studien utvides for å skaffe mer kunnskap om forløpene mellom arbeid og sykdom, bruk av tiltak i sykmeldingsperioden, som dialogmøter og gradering samt overgang til mer varige trygdeordninger. Utvidelsen omfatter opplysninger om diagnose, trygdekarriere (arbeidsledighet, arbeidsavklaringspenger, varig uførepensjon, alderspensjon og avtalefestet pensjon) samt informasjon om dialogmøter fra Infotrygd og Arena. Prosjektet vil blant annet gi kunnskap om de langsiktige forløpene for de som har hatt dialogmøter eller mottatt graderte sykepenger sammenlignet med de som ikke har hatt dialogmøter eller mottatt 100 prosent sykepenger. Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE (forsøksmidler arbeid og velferd), og skal ferdigstilles til sommeren 2012.

Oppfølging av sykmeldte – hjelper det? Et kunnskapsutviklingsprosjekt om oppfølgingsplaner, dialogmøte 1, dialogmøte 2, tilrettelegging og utfall.

Prosjektet er et samarbeid mellom SINTEF Helsetjenesteforskning, Arbeidslivssenteret i Sør-Trøndelag, Arbeidslivssenteret i Buskerud, Exonero og NTNU. Prosjektet skal gi ny kunnskap om innholdet og gjennomføringen av de enkelte punktene i tidsaksen for sykmeldingsoppfølgingen. Prosjektet vil identifisere faktorer som bidrar til et positivt utfall og de som hindrer et positivt utfall. Prosjektet skal også gi kunnskap om kostnadene (målt i ressursinnsats for hvert av punktene i tidsaksen) og nytten (målt i om tiltakene fører til at den sykmeldte kommer tilbake i jobb raskere enn uten tiltakene) av det som gjøres i sykefraværsoppfølgingen.

Virkemidlene for å svare på problemstillingene vil være intervjuer med arbeidsgivere, leger, sykmeldte, NAV og bedriftshelsetjenesten, supplert med spørreundersøkelser basert på funn fra intervjurunden og registerdata. Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE (forsøksmidler arbeid og velferd), og skal ferdigstilles innen utgangen av 2012.

5.4.3 Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Raskere tilbake)

Om Raskere tilbake

”Raskere tilbake” er tilbud om arbeidsrettede tiltak som ble foreslått av Sykefraværsutvalget høsten 2006 som en del av IA-samarbeidet. Det er en egen post på statsbudsjettet, og en videreføring blir vurdert fra år til år.

Raskere tilbake har som hensikt å hindre unødig langvarig sykefravær. Det finnes Raskere tilbake-tiltak i alle fylker, men innholdet i tiltakene varierer. Raskere tilbake omfatter tilbud fra NAV og spesialisthelsetjenesten. Forutsetninger for å få et tilbud om Raskere tilbake fra NAV er at det kan bidra til at den sykmeldte kan komme raskere tilbake i arbeid, og at arbeidsgiver har utarbeidet oppfølgingsplan, dokumentert at det er gjennomført bedriftsinterne tiltak som ikke har ført frem, eller at bedriftsinterne tiltak har vært vurdert, men ikke er mulig å gjennomføre.

NAV har tilbud om oppfølging, avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Spesialisthelsetjenesten har tilbud om behandling. Hos spesialisthelsetjenesten kan både sykmeldte og de som står i fare for å bli sykmeldte få tilbud om behandling gjennom henvisning fra fastlege.

Evaluering av Raskere tilbake

I 2010 ble Raskere tilbake evaluert²⁰. Evalueringen konkluderte med at det var en effekt av ordningen i form av redusert ventetid på behandling som igjen førte til en noe lavere effekt i form av redusert sykmeldingstid for personer som fikk indremedisinsk eller kirurgisk behandling i sykehus. For behandling hos private leverandører og for pasienter med lettere psykiske lidelser tillot data ikke en pålitelig effektevaluering. Det var heller ikke mulig å gjennomføre en tilfredsstillende evaluering av Arbeids- og velferdsetatens tjenester med datamaterialet som var til rådighet.

Selv om det altså ikke var mulig å evaluere en stor del av tjenestene, konkluderer evalueringen med at Raskere tilbake samlet sett trolig ikke var en suksess i samfunnsøkonomisk forstand fordi reduksjonen i sykefraværet var for liten sammenlignet med

²⁰ Holmås og Kjerstad (2010)

kostnadene. Videre ble det påpekt at ordningen var kompleks og besto av mange ulike typer tilbud.

Raskere tilbake blir brukt på mange måter og mange aktører er inne i bildet. Den ovenfor nevnte evalueringen bemerket at *deler* av ordningen kunne ha hatt gunstige samfunnsøkonomiske effekter, at ordningen var ny og at oppfølgingstiden ble kort. Arbeidsdepartementet har derfor bestilt en ny evaluering med vekt på å sammenligne ulike måter å organisere ordningen på, ulike prioriteringer mv., med sikte på eventuelt å gi innspill til hva som bør videreføres. Denne tilnærmingen gjorde en grundig kvalitativ undersøkelse nødvendig før selve effektevalueringen kunne starte, så dette har tatt noe tid. Evalueringen utføres av IRIS, Stavanger. Faggruppen vil komme tilbake til effektevalueringen når den foreligger i august 2012.

5.4.4 Normert sykmelding

I juli 2011 ble faglig veileder for sykmelding innført i Norge. Veilederen skal være en støtte i sykmeldingsarbeidet uten å gi spesifikke anbefalinger for lengde på sykmeldingen for ulike diagnoser. Veilederen er utarbeidet på bakgrunn av ekspertgruppens rapport og IA-avtalen fra februar 2010. I rapporten ble normert sykmelding vurdert uten at dette ble anbefalt innført med det første i Norge. I Sverige ble ”Beslutningsstøtten” innført i mars 2008. Beslutningsstøtten er en veiledning i sykmeldingsarbeidet som inkluderer spesifikke anbefalinger for ulike diagnoser. Erfaringene fra Sverige er at beslutningsstøtten har ført til nedgang i sykmeldingstidene og spredningen i tid av sykmeldingene. Samtidig blir beslutningsstøtten ansett av sykmelder for å være nyttig.

Tiltak overfor sykmelder i Norge

Ekspertgruppen som vinteren 2009/2010 vurderte mulige tiltak for å redusere sykefraværet i Norge hevdet at det er stor variasjon i legers sykmeldingspraksis. Videre mente ekspertgruppen at manglende kjennskap til reell arbeidsevne under sykdom og tilretteleggingsmuligheter i arbeidslivet, samt uhensiktsmessig oppfølging i helsevesenet bidro til at flere enn nødvendig sykmeldes og eventuelt sykmeldes med for liten bruk av gradering og for lenge.

Ekspertgruppen vurderte om tilsvarende ordning som ble innført i Sverige med spesifikke anbefalte diagnoser burde innføres i Norge. De konkluderte med at det i første rekke burde prioriteres å utarbeide veiledere for sykmeldingsarbeid og oppfølging av de store diagnosegruppene, dvs. muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. For disse diagnosegruppene er det vanskelig å angi en konkret anbefaling om sykmeldingslengde. Gruppen kom derfor til at den svenske ordningen ikke ville være hensiktsmessig å gjennomføre i Norge og anbefalte en veiledning som ikke nødvendigvis inneholdt normerte sykmeldinger.

I protokollen til den nye IA-avtalen fra 2010 er ett av punktene at det skulle utarbeides faglig støtte/veiledning for sykmeldingsarbeidet knyttet til ulike diagnoser og plager/tilstander. På denne bakgrunn er det utarbeidet en elektronisk sykmeldingsveiledning for dem som behandler og sykmelder pasienter. Sykmeldingsveilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet i samarbeid med sykmelderprofesjonenes fagorganisasjoner. Veilederen ble innført i juli 2011. Hensikten med den faglige veilederen er å gi sykmelder veiledning og støtte i sykmeldingsarbeidet med særlig oppmerksomhet på arbeidsevne, aktivitet og jobbnærvær. Veilederen er ikke ment å gi svar på hvor lenge det skal sykmeldes ved ulike diagnoser, men tar for seg forskjellige situasjoner og dilemmaer som en sykmelder møter.

De første signalene på mottakelsen av den faglige veilederen er gode. Statistikk fra Helsedirektoratet kan tolkes som at veilederen brukes som oppslagsverk i praksis. Veilederen har hatt om lag 44 000 besøk fra 1. juli 2011 til 12. januar 2012. De mest besøkte sidene i veilederen er gradert sykmelding, sorgreaksjoner, uklare muskel- og skjelettsykdommer, full sykmelding og psykiske lidelser.

Det svenske systemet med beslutningsstøtten

Socialstyrelsen og Försäkringskassan fikk i slutten av 2005 i oppdrag å utforme en mer kvalitetssikret, enhetlig og rettssikker sykmeldingsprosess av den daværende regjeringen. I oktober 2007 ble første versjon av veiledning i sykmeldingsarbeidet publisert. Veilederen ble innført i mars 2008 og oppdatert både i 2008 og 2009.

Veiledningen som i Sverige kalles beslutningsstøtte består av to deler: Den ene delen handler om overordnede prinsipper ved sykmelding, blant annet knyttet til vurdering av arbeidsevne, sykdomsbegrepet, gradering m.v. Den andre delen handler om anbefalt sykmeldingstid, eventuelt om det ikke er behov for sykmelding, ved ulike diagnoser. Ved en del diagnoser for eksempel under graviditet blir også delvis sykmelding bedt vurdert. Et hundretalls leger var involvert i arbeidet med å validere de anbefalte (veiledende) tidsgrensene for de ulike diagnosene. Det svenske diagnosesystemet er en forenklet versjon av ICD-10 diagnosestandard, som har et eget kapittel for symptomdiagnoser. Retningslinjene for sykmelding med symptomdiagnoser sier bl.a. følgende:

- Sjukskrivning enbart utifrån symptom ska undvikas. Innan diagnos är ställd kan inte arbetsförmågan och inte heller tiden för eventuell nedsättning bedömas.
- Vid konstaterad betydande funktionsnedsättning kan sjukskrivning helt eller partiellt under begränsad tid vara adekvat. En sådan sjukskrivning bör i normalfallet inte överstiga 2 veckor.
- Sjukskrivning i avvaktan på, och under utredning, bör om möjligt undvikas.

Fra hjemmesiden til socialstyrelsen og i veiledningen i sykmeldingsarbeidet står det:

”Beslutsstödet är inte tänkt att ersätta dialogen utan att förbättra den. En förutsättning för att detta ska uppnås är att båda parter ser på och använder instrumentet på ett samstämmigt sätt. Det betyder bland annat att rekommendationerna inte får uppfattas som nya styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Varje enskilt fall ska fortfarande bedömas individuellt. Detta betyder att avsteg alltid kan göras. För vissa diagnoser kan sådana avsteg förväntas bli mer vanliga än för andra. Den eftersträlvade kvalitetshöjningen ligger i dessa fall i den motivering som läkaren då ska göra.”

Erfaringer fra det svenske systemet

Etter innføringen av normert sykmelding i Sverige gjennom beslutningsstøtten er flere undersøkelser gjort for å kartlegge effekter og omfang.

En undersøkelse fra Försäkringskassan (Försäkringskassan 2009) fokuserer på om det har skjedd endringer i sykmeldingstidene og spredningen etter beslutningsstøttens innføring i mars 2008. Undersøkelsen har særlig fokus på fysiske sykdommer med spesifikke anbefalinger. Studien ser på sykmeldingsmønsteret for sykmeldinger pågått i 15 dager eller lengre før (mars–juni 2007) og etter innføring av beslutningsstøtten (mars–juni 2008). Resultatene viser at antall sykmeldingstilfeller i denne perioden har gått ned med 12 prosent. Videre har sykmeldingstidene blitt kortere; mediantiden har gått ned fra 46 til 43 dager og gjennomsnittstiden er gått ned fra 74 til 69 dager. Reduksjonen i sykmeldingstiden er større

for fysiske sykdommer med spesifikke anbefalinger enn for fysiske sykdommer uten anbefalinger, men størst for psykiske lidelser. Reduksjonen var større for kvinner enn for menn. For de 72 diagnosene knyttet til fysiske sykdommer med spesifikke anbefalinger ble sykmeldingstidene redusert for 50 diagnoser og økt i 10. At sykmeldingstiden gikk ned også for lidelser som ikke ennå hadde en tilknyttet anbefaling (som psykiske sykdommer), kan ha sammenheng med andre faktorer som f.eks. informasjonskampanjer og overordnede prinsipper som ble innført for hele sykmeldingsarbeidet. Spredningen i sykmeldingstid er dog blitt redusert mest for sykdommene med spesifikke anbefalinger.

En undersøkelse fra Försäkringskassan (Försäkringskassan 2010) gjort på bakgrunn av innføringen av spesifikke anbefalinger for psykiske sykdommer i august 2008 viser at det skjedde visse endringer i sykmeldingsmønsteret fra perioden august–desember 2007 til perioden august–desember 2008. Sammenlignet med undersøkelsen omtalt ovenfor er resultatene mindre tydelige. Resultatene viser at antall sykmeldinger på 15 dager eller lengre er redusert med 5 prosent. For alle sykmeldinger er sykmeldingstidene blitt noe kortere; medianlengden er redusert fra 45 til 44 dager. Medianlengden for psykiske sykdommer med spesifikke anbefalinger ble redusert fra 77 til 70 dager, men nedgangen var enda større for psykiske sykdommer uten spesifikke anbefalinger. Sykmeldingstidene for alle diagnoser samlet ble redusert for kvinner, men ikke for menn. Spredningen for sykmeldingstidene er redusert for fysiske lidelser, men ikke for psykiske lidelser verken med eller uten spesifikke anbefalinger. Generelt var det også en nedgang i antall påbegynte sykmeldinger og sykmeldingers lengde i den studerte perioden som muligens kan forklares av andre faktorer som endringer i regelverket og holdninger til sykmelding i samfunnet. En regresjonsanalyse over en lengre tidsperiode fra desember 2006 til september 2009 nyanserer bildet av hva som skjedde med sykmeldingstidene siden innføringen av beslutningsstøtten i *mars* og *august* 2008. Analysen viser at en markant reduksjon i sykmeldingstidene skjedde etter innføringen i *mars* 2008. Når de spesifikke anbefalingene for psykiske sykdommer ble innført i *august* 2008, skjedde ingen ytterligere reduksjon i sykmeldingstidene sammenlignet med tiden før mars 2008. Den reduksjonen av sykmeldingstidene som skjedde mellom august–desember 2007 til august–desember 2008 skyldes derfor de store endringene som skjedde ved innføringen av beslutningsstøtten i *mars* 2008 og ikke ved innføringen av de spesifikke anbefalingene for psykiske sykdommer i *august* 2008. Til tross for dette var reduksjonen i sykmeldingstiden størst for psykiske lidelser. Samlet konkluderer undersøkelsen med at resultatene tyder på at innføringen av beslutningsstøtten har ført til kortere sykmeldingstider, samt redusert spredning i sykmeldingstidene for fysiske lidelser.

En tredje studie fra Försäkringskassan (Försäkringskassan 2011a) undersøker de mer langsiktige effektene av innføringen av beslutningsstøtten. Videre blir antall påbegynte sykmeldinger før og etter innføringen av beslutningsstøtten analysert. Studien sammenligner sykmeldinger som startet 28 måneder før og etter innføringen av beslutningsstøtten og resultatene herfra er således mer robuste enn i de to andre studiene omtalt ovenfor. Ved hjelp av deskriptive data og regresjonsanalyse som kontrollerer for blant annet en generell nedadgående trend i påbegynte sykmeldinger viser studien at sykmeldingstiden og antallet påbegynte sykmeldinger er redusert etter mars 2008 da beslutningsstøtten ble innført. Spredningen i sykmeldingstider mellom fylkene er også redusert.

En studie gjennomført av Försäkringskassan fra februar-mars 2011 av 10 000 legeattester har vist at legene sykmelder innenfor de anbefalte tidene i 71 prosent av tilfellene (Försäkringskassan 2011b).

I en rapport om oppfølging og utvikling av beslutningsstøtten i Sverige (Socialstyrelsen 2010) fremkommer det at mange sykmeldere har nytte av beslutningsstøtten. 80 prosent anser beslutningsstøtten som en verdi i sykmeldingsarbeidet. 58 prosent av legene som har brukt beslutningsstøtten ser på den som en støtte i kontakten med pasienten. Sykmeldingsavgjørelsene fra legene rapporteres å ha blitt mer helhetlige siden beslutningsstøtten ble innført. Studien fra Försäkringskassan (2011b) viser også til at bruken av beslutningsstøtten både i Försäkringskassan og hos legene er utbredd, men fortsatt ikke fullstendig. Ifølge studien behøver man å styrke både bruken av og kvaliteten i beslutningsstøtten på enkelte områder.

5.4.5 Effekter på sykefraværet av økonomiske insentiver for arbeidsgiver

Effekter av å oppheve arbeidsgiverperioden ved svangerskapsrelaterte sykdommer

Ekspertgruppen som vurderte tiltak for redusert sykefravær, foreslo en endring i arbeidsgivernes medfinansiering av sykelønnsordningen som ville medført en jevnere fordeling av utgiftene gjennom sykefraværet. En nærmere vurdering av konsekvensene for Arbeids- og velferdsetaten av å gjennomføre en slik endring konkluderte med at det ville være svært utfordrende med de gamle IKT-systemene etaten har i dag. Regjeringen besluttet da at det ikke burde innføres omfattende endringer i regelverket fordi det ville ta ressurser fra moderniseringen av IKT-støttesystemene i etaten.

Sykepenger ved svangerskapsrelaterte sykdommer

I 2002 skjedde en regelendring som kan bidra til å kaste lys over hvilke effekter en gjennomføring av ekspertgruppens forslag om en jevnere fordeling av utgiftene gjennom fraværet kan komme til å gi. Sykepengereglene ble i 2002 (gjeldende fra 1. april) endret for å motvirke at unge kvinner generelt, og særlig gravide, skulle bli diskriminert ved ansettelser på grunn av risiko for høyt sykefravær. Arbeidsgiver kunne fra da av etter søknad bli fritatt for økonomisk ansvar de første 16 dagene av sykefraværet hvis sykefraværet var relatert til svangerskap (folketrygdloven § 8-20). Ikke et hvilket som helst sykefravær ga rett til et slikt fritak. Det skulle være svangerskapsrelatert. Samtidig skulle dette kravet ”ikke tolkes for strengt”. Denne regelen gjelder også i dag, med små endringer.

Arbeidsgiverperioden påvirker sykefraværet

Frischsenteret har beregnet virkningen av denne regelendringen (Fevang m.fl., 2011). Ifølge deres analyse økte risikoen blant gravide for å få et sykefravær med 5 prosent, men sjansen for friskmelding økte tilsvarende med 4 prosent. For fravær lengre enn 16 dager økte sjansen for friskmelding med 9 prosent. En mer detaljert analyse viste at sjansen for friskmelding etter reformen sank for fravær under 16 dager mens den økte for fravær over 16 dager. Dette indikerte at insentiver for arbeidsgiver virket på arbeidsgivers oppfølging.

Jobbsjansen – overgangen fra utdanning, etc. til første jobb – økte også signifikant for unge kvinner i tiden fra før til etter regelendringer. Forskjellen var signifikant og i størrelsesorden 6,6–8,7 prosent økt relativ sannsynlighet for overgang til jobb etter regelendringen, alt etter hvor brede tidsvindu man brukte. For unge kvinner som faktisk var gravide, var det ikke mulig å finne signifikante effekter.

5.4.6 Utenlandske studier som ser nærmere på effekter av ulike virkemidler

Litteratur om gradert sykmelding

Faggruppen har sett nærmere på to internasjonale kunnskapsoppsummeringer som ser på effekter av gradert sykmelding. I tillegg har faggruppen sett på en randomisert studie fra Finland som ikke er omfattet av disse kunnskapsoppsummeringene.

Den ene kunnskapsoppsummeringen er fra Danmark (SFI 2012), og bygger på en gjennomgang av danske og internasjonale vitenskapelige kvantitative studier fra 2001 til 2011. Rapporten viser til at den eksisterende kunnskapen på området er begrenset. Forfatterne har ikke funnet randomiserte studier, og det er kun en av studiene de har funnet som er publisert i et vitenskapelig tidsskrift. De ulike studiene bygger også i flere tilfeller på det samme datamaterialet.

Rapporten konkluderer med at litteraturen på området understøtter at gradert sykmelding har en positiv effekt for arbeidstakere generelt. Videre konkluderer rapporten med at det ikke finnes sikker kunnskap om effekten av gradering for ulike diagnoser. Rapporten viser til at det finnes få studier på dette området, og når det gjelder psykiske lidelser, er resultatene usikre og ikke entydige.

Den andre kunnskapsoppsummeringen er fra Finland (Kausto m.fl., 2008). Oppsummeringen ble utarbeidet ett år etter innføringen av gradert sykmelding i Finland, og de seks effektstudiene som det vises til er fra Norge og Sverige. Oppsummeringen konkluderer med at gradert sykmelding ikke nødvendigvis førte til raskere tilbakeføring til jobb. Rapporten viste til at funnene i studiene var delvis motstridende og at de vitenskapelige bevisene ikke var tilstrekkelige, verken kvantitativt eller kvalitativt. Årsaken til de motstridende resultatene mente forfatterne kunne skyldes seleksjon. Forskerne viste videre til at mer og mer solide forskningsdesign var nødvendig for å kunne si noe sikkert om effektene av gradert sykmelding.

En finsk studie (Viikari m.fl. 2011) ser på effekten av gradert sykmelding for personer med muskel- og skjelettlidelser. Studien er randomisert, men basert på et utvalg på bare 62 personer. Til tross for dette konkluderer forfatterne med at personer med muskel- og skjelettlidelser som har gradert sykmelding tidlig i sykdomsforløpet, kommer raskere tilbake til arbeid enn personer med samme sykdom med full sykmelding. Videre finner studien at de med gradert sykmelding også har lavere fravær enn de med full sykmelding i løpet av observasjonsperioden på ett år. Etter det forfatterne er kjent med er denne studien den eneste randomiserte studien som ser på effektene av gradert sykmelding.

Litteratur om betydningen av oppfølgingspunkter for sykmeldte Studier fra Sverige

I Sverige er det gjennomført tre større analyser av effekten av tidlig innsats i sykmeldingsperioden. Disse studiene er basert på et randomisert eksperiment gjennomført i 2007. Eksperimentet bestod i å la personer med gitt fødselsdatoer bli prioritert mht. tidlig innsats, mens de øvrige personene måtte vente i minst seks uker.

I studiene ser en på effekten av *Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering*²¹ (SASSAM) og *avstämningmöte*²². Det er ikke obligatorisk å gjennomføre verken en SASSAM-kartlegging eller avstämningmöte, og dette er heller ikke

²¹ SASSAM benyttes for å avgjøre rett til stønad, og dels for å undersøke behovet for rehabilitering. Utredningen skjer i form av dialog med den sykmeldte, der hinder og muligheter for å komme tilbake i arbeid kartlegges. Kartleggingen ble normalt gjennomført innen 4–6 uker.

²² Avstämningmöte er et møte mellom ulike aktører i sykmeldingsprosessen. I tillegg til den sykmeldte og saksbehandler deltar vanligvis lege og arbeidsgiver eller arbeidsformidlingen i møtet. Deltakelse fra den sykmeldte er lovpålagt, og tidspunktet bestemmes ut fra den enkeltes behov.

tidfestede oppfølgingspunkter. Det er en vurdering i det enkelte tilfelle hvor vidt en SASSAM-kartlegging og/eller avstämningmöte blir gjennomført, og når gjennomføringen ev. skal skje. Försäkringskassan skal sammen med den sykmeldte lage en plan for når den sykmeldte skal tilbake i arbeid. I tilfeller som må utredes før en kan utarbeide en plan for tilbakegang til arbeid, benyttes blant annet SASSAM-kartlegging og avstämningmöte for å avklare behov for oppfølging og bistand.

Engström m.fl. (2010) studerer om tidlig innsats i sykmeldingsprosessen fører til kortere sykefravær. De finner ingen holdepunkter for at de som får tidligere oppfølging får kortere sykefravær, heller ikke når en kontrollerer for kjønn, alder, utdanning og tidligere sykefravær.

I en annen studie basert på samme eksperiment finner Tollin (2010) at de prioriterte gruppene har økt sannsynlighet for å få arbeidsrettede tiltak (eks. arbeidstrening og tilpasning på arbeidsplassen) uten at dette gir helsegevinst/økt arbeidsevne. En tolkning av Tollins resultater er at tiltak som følger av tidlig innsats/vurdering (SASSAM) forlenger sykefraværet, og således skaper en innelåsningseffekt. Det kan likevel være at tidlig innsats ikke påvirker varigheten på sykefraværet, men at de langsiktige effektene likevel er positive.

Hägglund m.fl. (2011) studerer effektene av tidlig innsats i sykmeldingsperioden i et bredere perspektiv enn Engström m.fl. (2010). Resultatene viser at de som fikk en SASSAM-kartlegging tidlig i sykmeldingen i større utstrekning forble sykmeldt og gikk over på uførepensjon på lengre sikt. De påpeker at dersom tidlig innsats skal ha en positiv effekt på muligheten for å komme tilbake i arbeid må innsatsen tilpasses individuelt. Forfatterne anbefaler å separere saksbehandling av sykefraværs- og uføresaker. Dette mener de er viktig for å unngå at det oppstår en motivasjon for å kommunisere/signalisere til saksbehandler at helsetilstanden er dårligere enn det den faktisk er, med siktemål å få innvilget en varig ytelse (uførepensjon).

Utenlandske studier – en dansk litteraturgjennomgang

Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI) la i 2012 fram en rapport som blant annet oppsummerer de viktigste resultatene fra danske og internasjonale studier om effekten av samtaler og tidlig innsats rettet mot sykmeldte. Samtaler kan være en selvstendig innsats hvor formålet for eksempel kan være å motivere den sykmeldte til å forsøke å gå tilbake i arbeid og der samtaler utgjør hele eller en vesentlig del av innsatsen. Tidlig innsats kan bestå av samtaler/dialog, men også annen innsats som for eksempel helse- eller arbeidsrettede tiltak, gradvis tilbakegang til arbeid og innsats som iverksettes tidligere enn normalt. Vi har her forsøkt å skille ut de forskningsresultatene som omhandler betydningen av oppfølgingspunkter.

I rapporten presenteres funn fra tre danske studier og en litteraturgjennomgang av engelske studier på effekten av samtaler. De tre danske studiene gir motstridende resultater (Drews m.fl. 2007; Høgelund&Holm, 2006; Høgelund m.fl., 2008). Gjennomgangen av de engelske studiene gir heller ikke noe klart svar (Clayton m.fl. 2011). SFI påpeker at metodiske årsaker kan forklare forskjellen i resultatene, men at det også er mulig at det er forskjeller på innholdet i og formålet med samtaler, og at forskjeller mht. hvor samtaler finner sted som kan ha betydning. Videre trekker SFI fram det faktum at samtaler ofte er del av en innsats, og at en i studier vanskelig kan skille effekten av samtaler fra andre tiltak. På bakgrunn av de motstridende resultatene fra studiene og de metodiske problemene mener SFI at det ikke er grunnlag for å konkludere på effekten av samtaler, der samtaler utgjør hele eller en vesentlig del av innsatsen.

Videre presenterer SFI tre litteraturgjennomganger (Carroll m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005; Palmer m.fl., 2011) og fire enkeltstående artikler (Arnetz m.fl., 2003; Hagen, Grasdal og Eriksen, 2003; Kosny m.fl., 2006; McCluskey, Burton & Main, 2006) på effekten av tidlig innsats. Av disse studiene er Franche m.fl. (2005) og Carroll m.fl. (2010) mest relevante mht. at disse omhandler effekten av oppfølgingspunkter/dialog i sykefraværsoppfølgingen. Litteraturgjennomgangen av Franche m.fl. (2005) konkluderer med at det er moderat evidens for at innsatser som omfatter tidlig kontakt mellom arbeidsgiver og den sykmeldte (definert som kontakt innen de tre første måneder av fraværet), øker sjansen for tilbakegang til arbeid. Carroll m.fl. (2010) undersøker om sannsynligheten for tilbakegang til arbeid er større, når arbeidsgiver er helt eller delvis involvert i innsatsen, sammenlignet med tilfeller der arbeidsgiver ikke er involvert. I fire av ni studier i Carroll m.fl. (2010) bestod innsatsen av møter mellom en bedriftslege, den sykmeldte og arbeidsgiver ev. i kombinasjon med etterfølgende tilpasninger i arbeidsforholdene. De tre litteraturgjennomgangene understøtter at det gjennomgående er en positiv effekt av tidlig innsats. SFI understreker at konklusjonen om at tidlig innsats har en positiv effekt er tatt med et forbehold. Konklusjonsgrunnlaget er ikke like godt i disse studiene som i randomiserte studier. Palmer m.fl. (2011) peker også på at flere av studiene i litteraturgjennomgangen har metodiske svakheter, og at det er tegn på publiseringsbias, dvs. at positive resultater publiseres oftere enn negative resultater. Forfatterne finner også at de forholdsvis små effektene av innsatsene blir mindre, når en tar bort de studiene med lavest kvalitet.

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 2011, uføretall ved utgangen av desember 2011, utviklingen i antall personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten 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 2011. Disse tallene ble også presentert i faggruppens rapport 2/2011.

I 2010 ble ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad erstattet av arbeidsavklaringspenger. I tillegg ble arbeidsevnevurdering innført som ny

arbeidsmetodikk i Arbeids- og velferdsetaten. Siktemålet er å styrke NAVs 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 velferdsetatens nye oppfølgingsregime overfor gruppen med nedsatt arbeidsevne, herunder tilknytning til arbeidslivet.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har også revidert opplegget for statistikk for overgang til arbeid og stønad. Dette gjør at tallene som presenteres i denne rapporten ikke vil være sammenlignbare med tall som er presentert i tidligere rapporter fra faggruppen. De historiske tallseriene er imidlertid revidert slik at en har sammenlignbare størrelser over tid.

6.1 Innledning

IA-avtalens delmål 2 er knyttet til sysselsetting blant personer med redusert funksjonsevne. Flere tilnærminger kan benyttes for å måle personer med redusert funksjonsevne. En metode er å måle alle som selv anser at de har en redusert funksjonsevne. En annen metode er å måle de 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 bruker 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 brukes ved omtale av delmål 2. I dette kapitlet presenteres utviklingen i sysselsettingen blant personer med redusert funksjonsevne basert på henholdsvis Statistisk sentralbyrås (SSBs) arbeidskraftundersøkelse og Arbeids- og velferdsdirektoratets registerstatistikk.

6.2 Tilnærminger til begrepet redusert funksjonsevne

Statistisk sentralbyrås statistikk over funksjonshemmede

Årlig gjennomfører SSB en tilleggsundersøkelse til arbeidskraftundersøkelsen (AKU) om situasjonen til funksjonshemmede i arbeidsmarkedet. 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 funksjonshemmingen er så alvorlig at personene bør ha 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 velferdsetaten 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 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 tilsvarte gruppen ”personer med nedsatt arbeidsevne” de som tidligere ble betegnet ”yrkeshemmede”. 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 og ikke sysselsatt, ikke finnes igjen hos Arbeids- og velferdsdirektoratet dersom vedkommende ikke fyller kravene til de ulike stønadene. Videre kan en som er registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsdirektoratet som følge av arbeidsrettet bistand ikke anse at vedkommende har en funksjonshemming, og dermed ikke være å finne i SSBs statistikk.

Mulig arbeidskraftspotensial blant personer med redusert funksjonsevne

I kapittel 4 viste vi at omtrent 535 000 årsverk gikk tapt knyttet til mottak av helserelaterte ytelser i 2011. Denne størrelsen er ikke det samme som arbeidskraftspotensialet blant 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 NAVs statistikk som kan belyse potensialet:

Ifølge SSBs undersøkelse i 2011 var det 25 prosent av de ikke-sysselsatte funksjonshemmede, 78 000 personer, som oppga at de ønsket å komme i jobb. Bare et mindretall av disse, 13 000 (16 prosent) var reell arbeidskraft ved at de tilfredsstilte kravene for å bli definert som arbeidsledige. Ifølge offisielle definisjoner fra ILO og Eurostat representerer en ikke reell arbeidskraft før en *både* er tilgjengelig og aktiv arbeidssøker. Halvparten av de funksjonshemmede jobber deltid mot en fjerdedel blant alle sysselsatte.

Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk var det i mai registrert om lag 212 700 personer med nedsatt arbeidsevne. En undersøkelse fra NAV (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 2011 indikerer at om lag 45 prosent av personer med nedsatt arbeidsevne er i jobb seks måneder etter avgang.

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. Tilleggsundersøkelsen om funksjonshemmede i AKU har nokså store standardavvik. Usikkerheten må ses i sammenheng med at dette er en utvalgsundersøkelse basert på et

relativt lite utvalg. Mens 24 000 personer intervjues i den ordinære AKU, rettes spørsmål om funksjonshemming til om lag halvparten; om lag 12 000 personer. Undersøkelsen gjennomføres en gang årlig, og nedenfor presenteres tall fra undersøkelsen fra 2. kvartal 2011. Tallene ble også presentert i faggruppens rapport 2/2011, og vil bli oppdatert med tall fra undersøkelsen 2. kvartal 2012 i neste rapport fra faggruppen.

Andelen av befolkningen som oppgir å være funksjonshemmet

I 2. kvartal 2011 oppga 16 prosent av befolkningen i aldersgruppen 15–66 år å være funksjonshemmet. Dette tilsvarer 542 000 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 (42 prosent) enn befolkningen i alt (74 prosent). Forskjellen har ikke endret seg signifikant i perioden. Sysselsettingsraten må ses i sammenheng med at 38 prosent av de funksjonshemmede 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 definisjoner²³ har ikke funksjonshemmede større ledighetsproblemer enn befolkningen ellers. Ledighetsprosenten i 2011 var 2,5 prosent for de funksjonshemmede mot 2,8 prosent for befolkningen i alt. De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som ønsker arbeid tilfredsstillende ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. De er enten inaktive jobbsøkere eller ikke tilgjengelige for arbeid på kort sikt. Om lag en av fire av de funksjonshemmede som ikke er sysselsatt oppgir at de ønsker arbeid, mens tre av fire oppgir at de ikke ønsker arbeid. Det er 25 000 ikke-sysselsatte med funksjonshemninger under 30 år som oppgir at de ønsker arbeid. Andelen som ønsker arbeid avtar med alder. Funksjonshemmede som mottar uførepensjon er gjennomgående mindre interessert i å komme i jobb sammenlignet 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 60 prosent av de funksjonshemmede mottar en stønad. De klart mest vanlige stønadene er uførepensjon (65 prosent) og arbeidsavklaringspenger (26 prosent). Disse utgjør til sammen om lag 90 prosent av tilfellene. Blant sysselsatte med funksjonshemninger er andelen som mottar stønad naturlig nok lavere, men fortsatt vesentlig; 36 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 drøyt 80 prosent at det ikke er behov for ytterligere tilpasninger og nær 20 prosent oppgir at det er behov for

²³ 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.

ytterligere tilrettelegging. Blant de ikke-sysselsatte var det nær 20 prosent som mente at de trengte tilpasning for å komme i arbeid.

Sysselsettingen blant funksjonshemmede påvirkes lite av konjunktorene

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

Overganger til og fra statusen "funksjonshemmet"

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

Funksjonshemmede har tre ganger større overganger fra sysselsetting til utenfor arbeidsstyrken enn andre. Og omvendt; funksjonshemmede har mindre overganger fra utenfor arbeidsstyrken til sysselsetting enn andre.

Tabell 8 Personer i alt, sysselsatte og ikke-sysselsatte 15–66 år som anser at de har en funksjonshemming, fordelt etter mottak av stønader. 2. kvartal 2011. Antall i tusen.

	Personer i alt	Sysselsatte	Ikke-sysselsatte
I alt	542	230	312
Mottar ingen stønad	160	128	32
Mottar en eller flere stønader	313	84	229
Uførepensjon	204	48	156
Grunnstønad eller hjelpestønad	11	6	5
Arbeidsavklaringspenger	77	15	62
Sykepenges	14	11	3
Økonomiske ytelser fra privat hold	15	3	12
Annet ²⁴	11	4	7
Uoppgitt	69	18	51

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personer med nedsatt arbeidsevne

Personer med nedsatt arbeidsevne er en betegnelse Arbeids- og velferdsetaten 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 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. I motsetning til tidligere vil brukere som i hovedsak har behov for helsemessig rehabilitering før de har nytte av arbeidsrettede tiltak, også inngå i gruppen. Dette er personer som før innføringen av arbeidsavklaringspenger 1.

²⁴ Inkluderer mottakere av andre ytelser som for eksempel kvalifiseringsstønad, sosialstønad, individstønad og personer som søker om en ytelse.

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 fokuseres det derfor på 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 er mottakere av andre ytelser ("Annet" i tabellen) som for eksempel sykepenger, kvalifiseringsstønad, sosialstønad, individstønad og personer som søker om en ytelse, se tabell 9.

Tabell 9 Andel personer med nedsatt arbeidsevne etter ytelse. Desember 2011.

	Andel
Antall med nedsatt arbeidsevne i alt	100 %
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	77 %
AAP/Uførepensjon	2 %
Uførepensjon	9 %
Lønnstilskudd	1 %
Annet	11 %

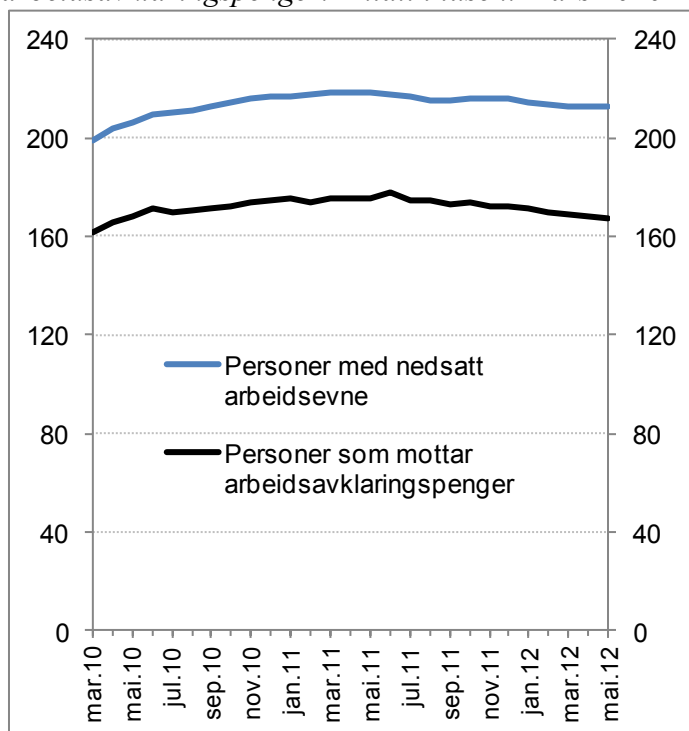
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ved utgangen av mai 2012 var 212 707 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten. Dette er en økning på om lag 13 900 personer fra mars 2010, eller 7 prosent, se figur 10. Økningen i antall personer med nedsatt arbeidsevne har vært størst for unge under 30 år og for de i aldersgruppen over 60 år. Det er i mai 2012 registrert 39 700 personer under 30 år med nedsatt arbeidsevne. Dette tilsvarer en økning på 12,4 prosent fra utgangen av mars 2010.

Antall personer med nedsatt arbeidsevne var 198 800 ved utgangen av mars 2010, og økte med vel 17 500 personer til utgangen av 2010. Dette tilsvarer en økning på 8,8 prosent. Totalt sett var det en relativt sterk økning i antall personer med nedsatt arbeidsevne i 2010, mens det var en svak reduksjon fra utgangen av 2010 til utgangen av 2011. Antall personer med nedsatt arbeidsevne ble redusert med knappe 1 000 personer fra utgangen av 2010 til utgangen av 2011. Beholdningen er ytterligere redusert med 2 700 personer fra desember 2011 til mai 2012. I perioden fra desember 2010 til mai 2012 har det vært en reduksjon i antall personer med nedsatt arbeidsevne i aldersgruppen 30–59 år, og reduksjonen har vært størst for aldersgruppen 30–39 år. Antall personer med nedsatt arbeidsevne i aldersgruppen 18–29 år har økt med 2,2 prosent, mens det har vært en økning på 14,7 prosent i aldersgruppen fra 60 år og over.

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 mellom 40–49 år (28,4 prosent).

Figur 10 Utvikling i antall personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Antall i tusen. Mars 2010 – mai 2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger

Ved utgangen av mai 2012 var det 167 210 mottakere av arbeidsavklaringspenger, se figur 10. Dette tilsvarer en økning på nær 5 900 personer, eller 3,6 prosent, sammenlignet 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. Det er nå vel 28 000 personer under 30 år som mottar arbeidsavklaringspenger, en økning på vel 12 prosent fra mars 2010.

Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger ved utgangen av mars 2010 var om lag 161 300 personer, og økte med 12 900 personer til utgangen av 2010. Dette tilsvarer en økning på 8 prosent. Det var altså en økning i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger i 2010, mens det var en reduksjon totalt sett i 2011, og denne utviklingen har fortsatt inn i 2012.

Reduksjonen i antall mottakere kan knyttes til større intensitet i oppfølgingsarbeidet i NAV. I tillegg går antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger også ned. Den største gruppen av de som får innvilget arbeidsavklaringspenger er personer som har brukt opp sykepengeretten. I løpet av 2010 og 2011 har nivået på sykefraværet falt. Det har igjen gjort at antallet som har brukt opp sykepengerrettighetene også har gått ned.

Dersom en ser på utviklingen fra utgangen av 2010 og frem til mai 2012 har det vært en reduksjon i antall stønadsmottakere for alle aldersgrupper, med unntak av aldersgruppen under 30 år og de over 60 år. Reduksjonen var størst for aldersgruppen 40–49 år med en reduksjon på nær 7 prosent. Økningen var størst for aldersgruppen over 60 år, med en økning på 13,1 prosent.

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 det fokus på at brukerne skulle få rett ytelse til riktig tid, fremfor selve oppfølgingsarbeidet. Det ble også brukt ressurser på opplæring i bruk av arbeidsevnevurdering som ny oppfølgingsmetodikk. Avgangen fra ordningen var også 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.

59 prosent av mottakerne av arbeidsavklaringspenger er kvinner, mens 41 prosent er menn. Den største gruppen av mottakere av arbeidsavklaringspenger er aldersgruppen mellom 40–49 år, og her finner vi 30 prosent av alle mottakerne av arbeidsavklaringspenger. Gjennomsnittsalderen for mottakere av arbeidsavklaringspenger er 42 år. Tabell 17 i vedlegg 3 viser en oversikt over antall mottakere av arbeidsavklaringspenger etter kjønn og alder i mai 2012. En av fire mottakere av arbeidsavklaringspenger kombinerer ytelsen med en jobb. Tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personen er, og er også noe høyere for kvinner enn for menn (se Bråthen, 2012).

77 prosent av de med nedsatt arbeidsevne mottar arbeidsavklaringspenger, og det er derfor sterk sammenheng mellom utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne

Utviklingen i mottakere av uførepensjon

Ved utgangen av 2011 mottok 306 653 personer uførepensjon. Dette innebærer en økning på nær 5 600 personer, eller 1,8 prosent sammenlignet med utgangen av 2010. Antall uførepensjonister som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år var uendret på 9,5 prosent i samme periode.

Ved utgangen av 2001 mottok om lag 285 400 uførepensjon. Fra 2001 til 2011 har antall uførepensjonister økt med om lag 21 300 personer eller 7,5 prosent, se figur 28 i vedlegg 3. Andelen uførepensjonister i befolkningen er redusert fra 10 prosent til 9,5 prosent i samme periode. Utviklingen i mottakere av uførepensjon må imidlertid ses i sammenheng med utviklingen i antall mottakere av 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. Spesielt må utviklingen i mottakere av uførepensjon ses i sammenheng med utviklingen i antall mottakere av helserelaterte ytelser. Tidsbegrenset uførestønad ble innført 1. januar 2004. Mange som tidligere ville fått innvilget uførepensjon, fikk fra 1. januar 2004 i stedet innvilget tidsbegrenset uførestønad.

Økningen i antall uførepensjonister siden 2001 bør også ses i sammenheng med veksten i befolkningen i yrkesaktiv alder, og at det har vært en vridning i alderssammensetningen i retning av flere eldre. De eldste aldersgruppene utgjør nå en større andel av befolkningen enn i 2001. Dette skyldes at de store fødselskullene etter andre verdenskrig nærmer seg alder for overgang til alderspensjon. Uføreratene er høyest i de eldste årskullene, og alt annet likt, vil økt antall eldre i befolkningen føre til flere uførepensjonister (se Bråthen, 2010). Blant de over 60 år er det en økning på om lag 34 800 uførepensjonister sammenlignet med 2001.

Samtidig er det spesielt i de eldste aldersgruppene at andelen uførepensjonister har gått mye ned. På den andre siden har helsetilstanden blitt bedre i befolkningen over tid, noe som tilsier at andelen uføre for hvert årskull bør gå ned, gitt 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. Det er sterk vekst i befolkningen mellom 18 og 66 år, og 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 sammenlignes med tall for tilsvarende kvartal året før. I 2. kvartal 2011 hadde i overkant av 9 700 personer brukt opp sykepengeretten. Av disse var 55,5 prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (dvs. i 4. kvartal 2011). Til sammenligning var det om lag 11 200 som hadde brukt opp sykepengeretten i 2. kvartal 2010. Av disse var 58,3 prosent registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger seks måneder senere (i 4. kvartal 2010). Det var altså en positiv utvikling fra 2010 til 2011 – færre personer brukte opp sykepengeretten, og det var en lavere andel av disse som var registrert som mottakere av arbeidsavklaringspenger etter et halvt år.

Overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og til uførepensjon

Arbeids- og velferdsdirektoratets målinger av statusen på arbeidsmarkedet for personer med overgang fra arbeidsavklaringspenger foretas seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. I 2. kvartal 2011 hadde om lag 13 400 personer avgang fra arbeidsavklaringspenger. Tabell 10 nedenfor viser statusen i 4. kvartal 2011 for disse både som antall og som andel av alle med avgang fra arbeidsavklaringspenger.

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 2011 var 41 prosent av de med avgang fra arbeidsavklaringspenger seks måneder tidligere registrert som arbeidstakere. Vel 22 prosent av disse var kun registrert som arbeidstaker, mens nærmere 19 prosent var registrert både som arbeidstaker og som mottaker av en ytelse fra Arbeids- og velferdsetaten.²⁵

²⁵ 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.

Tabell 10 Status på arbeidsmarkedet seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger. 4. kvartal 2010 og 4. kvartal 2011.

	Status 4. kvartal 2010 Antall (andel)	Status 4. kvartal 2011 Antall (andel)
Avgang arbeidsavklaringspenger i alt	10 609 (100 %)	13 411 (100 %)
Arbeidstaker	4 827 (45,5 %)	5 483 (40,9 %)
Hvorav:		
- Kun registrert som arbeidstaker	2 603 (24,5 %)	2 984 (22,3 %)
- Registrert som arbeidstaker og mottaker av en ytelse fra NAV	2 224 (21 %)	2 499 (18,6 %)
Arbeidssøker	215 (2 %)	358 (2,7 %)
Nedsatt arbeidsevne	1 481 (14 %)	1 801 (13,4 %)
Uførepensjon	2 826 (26,6 %)	3 881 (28,9 %)
Annet	1 206 (11,4 %)	1 888 (14,1 %)

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

I 4. kvartal 2011 var nær 29 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 29 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.

Utviklingen i overgang fra arbeidsavklaringspenger til arbeid og uførepensjon bør sammenlignes med tall for tilsvarende kvartal året før. Ordningen med arbeidsavklaringspenger trådte i kraft i 2010, og avgangen fra ordningen var lav gjennom deler av 2010. Vi ser også at avgangen fra ordningen økte betydelig fra 2. kvartal 2010 til 2. kvartal 2011, jf. også omtale av utviklingen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger tidligere i kapittelet. I 2. kvartal 2010 var det 10 600 personer som hadde avgang fra arbeidsavklaringspenger, og i 4. kvartal 2010 var vel 45 prosent av disse registrert som arbeidstakere. Dette tilsvarer en reduksjon på 4,6 prosentpoeng fra 4. kvartal 2010 til 4. kvartal 2011.

Overgang fra ufør til arbeid

Fra januar til november 2011 var det vel 23 150 personer med avgang fra uførepensjon. Av disse var det om lag 510 personer som var i arbeid tre måneder etter avgang fra uførepensjon. Dette tilsvarer 2,2 prosent av avgangen fra uførepensjon. Om lag 95 prosent av de som hadde avgang fra uførepensjon gikk over på alderspensjon (79,3 prosent) eller var døde (15,1 prosent).

Kombinasjonen ufør og arbeid

Ved utgangen av 2011 var 17 prosent av de som mottok uførepensjon også registrert med et arbeidstakerforhold i arbeidstakerregisteret på samme tidspunkt. Dette tilsvarer vel 52 000 personer. Andelen har ligget på rundt 17 prosent i hele perioden fra 2001. 70 prosent av de som mottar en gradert uførepensjon og 5 prosent av de som mottar full uførepensjon er registrert med et arbeidstakerforhold i desember 2011. Tilsvarende andeler i 2001 var henholdsvis 56 prosent og 7 prosent.

6.4 Utviklingen i måleindikatorene for delmål 2

IA-avtalens delmål 2 er knyttet til yrkesdeltakelsen blant personer med redusert funksjons- evne. Dette omfatter både å hindre frafall av personer med redusert funksjonsevne som er i arbeid, samt å få flere av de som står utenfor arbeidslivet i eller tilbake i jobb.

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 2011 var 73,2 prosent av arbeidstakere som hadde vært sykmeldte i minst 13 uker tilbake i arbeid.

Det er store sesongvariasjoner i sykefraværet og i overgangen til arbeid. Så lenge tallene ikke er justert for slike sesongvariasjoner, bør tallene i ett kvartal sammenlignes med tilsvarende kvartal i tidligere år. Fra 3. kvartal 2010 til 3. kvartal 2011 økte andelen som kommer tilbake i arbeid etter sykmelding med 3,4 prosentpoeng, fra 69,8 prosent til 73,2 prosent. Tilsvarende tall i 2008 og 2009 var hhv. 72,2 prosent og 67,8 prosent. Tallserien som går fra 2. kvartal 2006 er vist i tabell 19 i vedlegg 3. Samlet sett har det vært en positiv utvikling de siste to kvartalene sammenlignet med tilsvarende kvartaler i 2010. Dersom vi ser de siste fire kvartalene under ett, har det også vært en positiv utvikling sammenlignet med de fire foregående kvartalene, fra 68,6 prosent til 71,4 prosent. Indikatoren viser derfor en positiv utvikling hele det siste året.

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 sykemeldingsperioden. 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 2,0 prosent.

Attføringsbegrepet ble fjernet i forbindelse med innføringen av arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurdering som arbeidsmetodikk i Arbeids- og velferdsetaten. Personer som er sykemeldte 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 sammenlignet 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 31 i vedlegg 3 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 11 Andel tidligere sykepengemottakere som har startet arbeidsrettede tiltak. 3. kvartal 2010 og 2011.

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

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 2011 hadde 4 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. 4,8 prosent og 6,8 prosent. Tiltaksaktiviteten i Arbeids- og velferdsetaten innebærer store svingninger mellom kvartalene. For å vurdere utviklingen i disse måltallene, må tallene derfor sammenlignes med tall for ett år tilbake i tid, dvs. 3. kvartal 2010. Sammenlignet med tallene for 3. kvartal 2010 ser vi at det var en reduksjon i tiltaksaktiviteten i 3. kvartal 2011, jf. tabell 11.

Reduksjonen kan dels forklares med at det har vært en reduksjon i bruken av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne for den nevnte gruppen. Det ble i 2011 gjennomført 216 300 arbeidsevnevurderinger, og andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger med vedtak om oppfølging økte fra 31 til 77 prosent. Det økte fokuset på mottakere av arbeidsavklaringspenger, kan ha ført til at færre sykepengemottakere er blitt tilbudt denne typen tiltak. Videre kan reduksjonen dels forklares med en reduksjon i bruk av tiltak under ”Raskere tilbake”. I begynnelsen av 2010 var det høy aktivitet i bruk av ”Raskere tilbake”. For å sikre midler til tiltaket også i andre halvår, ble bruken av tiltak under ”Raskere tilbake” redusert. Innstramningen førte til en nedgang i andre halvår 2010. Slik som indikatoren er utformet omfatter den tiltakene de sykemeldte 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 4. kvartal 2011 i tabell 11, og viser antallet i hver gruppe og gir fordeling etter type av tiltak.

Tabell 12 Personer som har mottatt sykepenges i 8, 13 eller 26 uker eller mer, etter om de har påbegynt et tiltak i sykepengeperioden. 3. kvartal 2011.

	8 uker eller mer		13 uker eller mer		26 uker eller mer	
	Ant. Personer	Andel	Ant. personer	Andel	Ant. personer	Andel
Sykepengemottakere i alt	43 221	100 %	33 873	100 %	19 813	100 %
Av dette:						
- Arbeidsmarkedstiltak	559	1,3 %	499	1,5 %	387	2,0 %
- Raskere tilbake	1148	2,7 %	1 122	3,3 %	966	4,9 %
Andel arbeidsrettede tiltak	1 707	4,0 %	1 621	4,8 %	1 353	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 11 er følgelig ikke sammenlignbare med tall som tidligere er rapportert på denne indikatoren.

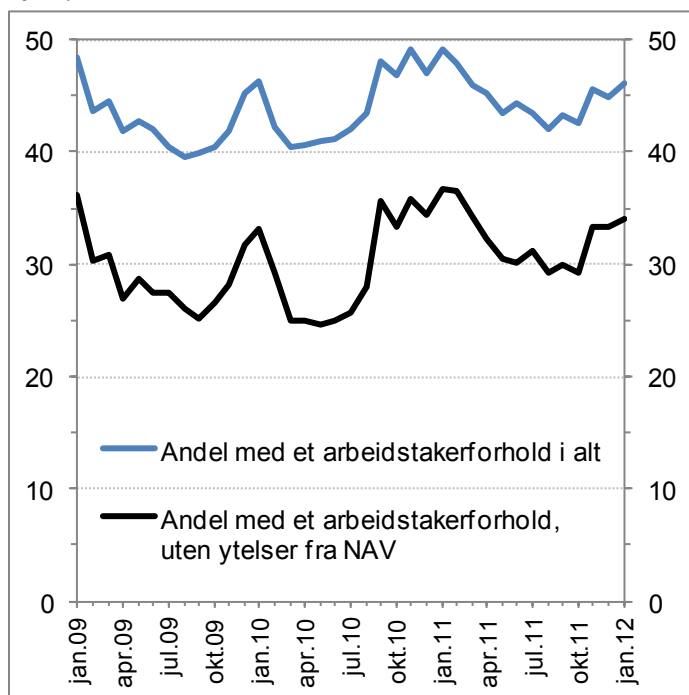
Figur 11 viser utviklingen i andelen personer med nedsatt arbeidsevne som er kommet over i arbeid i perioden fra 2009 og fram til januar 2012. I januar 2012 var 46,1 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten seks måneder tidligere. Dette er 3,1 prosentpoeng lavere enn på tilsvarende tidspunkt i fjor, og 2,3 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent. Sammenligner vi personer som er registrert med et arbeidstakerforhold seks måneder etter avgang, ser vi at andelen er redusert fra 47,2 prosent til 44 prosent siste halvår sammenlignet med tilsvarende periode året før.

Fokus på oppfølgingsarbeidet rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne i NAV har også ført til at flere personer som i sin tid ble konvertert fra de tidligere ytelsene attføringspenger,

rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad 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 noe i siste halvdel av 2011, mens andelen som går over til uførepensjon har økt.

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 svarte linjen i figuren. Der inngår kun personer som ikke er registrert med ytelser fra Arbeids- og velferdsetaten. Basert på denne definisjonen hadde 34 prosent av de som var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere et arbeidstakerforhold i januar 2012. Tilsvarende andel i januar 2011 var 36,7 prosent. Dette tilsvarer en reduksjon på 2,7 prosentpoeng.

Figur 11 Personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten som er i arbeid seks måneder etter avgang. Prosent. Januar 2009 – januar 2012.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

6.5 Måloppnåelse

Målsettingen 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 foreløpig 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 på 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 personer med redusert funksjonsevnes deltakelse i arbeidslivet 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 2011. Basert på den statistikken faggruppen har til rådighet, må drøfting av måloppnåelsen for delmål 2 konsentrere seg om tilleggsundersøkelsen til arbeidskraftsundersøkelsen fra 2. kvartal 2011, uføretall ved utgangen av 2011, utviklingen i antall personer med nedsatt arbeidsevne og andelen som går fra henholdsvis sykefravær til arbeid og fra trygd til arbeid.

Andelen av de som subjektivt har en funksjonshemming og er i jobb, er redusert med 1,3 prosentpoeng fra 2. kvartal 2010 (43,6 prosent) til 2. kvartal 2011 (42,3 prosent). Personer med funksjonshemming har en lavere sysselsettingsandel enn befolkningen i alt (74 prosent). Sysselsettingsandelen må ses i sammenheng med at 38 prosent av de funksjonshemmede mottar uførepensjon. Forskjellen i sysselsettingsandelen mellom befolkningen og funksjonshemmede har ikke endret seg signifikant i perioden fra 2002–2011. Arbeidsledigheten blant funksjonshemmede er ikke høyere enn blant befolkningen ellers. I 2011 oppga 2,5 prosent av de funksjonshemmede at de var arbeidsledige. De fleste ikke-sysselsatte funksjonshemmede som oppgir at de ønsker arbeid tilfredsstillende ikke de formelle kravene for å være arbeidsledige. De er enten inaktive jobbsøkere eller ikke tilgjengelig for arbeid på kort sikt.

Det har vært en svak økning i antallet uførepensjonerte fra utgangen av 2010 til utgangen av 2011. I samme periode har antall mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen vært uendret på 9,5 prosent.

I mai 2012 var om lag 212 700 personer registrert med nedsatt arbeidsevne i Arbeids- og velferdsetaten. Dette er en reduksjon på 2,5 prosent, tilsvarende nær 5 600 personer fra mai 2011. Det var en sterk økning i antall personer med nedsatt arbeidsevne i 2010. Beholdningen økte svakt fra utgangen av 2010 til 2011. Mens reduksjonen i antall personer med nedsatt arbeidsevne var på knapt 1 000 personer fra utgangen av 2010 til utgangen av 2011, er beholdningen hittil i år redusert med om lag 27 600 personer.

Når det gjelder de konkrete måleindikatorne for delmål 2, har overgangen til arbeid steget for de som har vært sykmeldte i minst 13 uker. Indikatoren har vist en positiv utvikling hele det siste året. Attføringsbegrepet ble fjernet i forbindelse med innføringen av arbeidsavklaringspenger. Det skal utvikles en ny indikator for delmål 2 b, men faggruppen vil avvende 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 2011 etter hhv. 8, 13 og 26 uker med sykepenger. Tallene viser at det var en reduksjon i tiltaksaktiviteten i 3. kvartal 2011 sammenlignet med samme periode i 2010. Reduksjonen kan dels forklares med en reduksjon i bruken av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne for den nevnte gruppen. Det økte fokuset på mottakere av arbeidsavklaringspenger, kan ha ført til at færre sykepengemottakere er blitt tilbudt denne typen tiltak. Det har også vært en reduksjon i bruk av tiltak under ”Raskere tilbake”. I begynnelsen av 2010 var det høy aktivitet i bruk av ”Raskere tilbake”. For å sikre midler til tiltaket også i andre halvår, ble bruken av tiltak under ”Raskere tilbake” redusert. Innstramningen førte til en nedgang i andre halvår 2010, og antallet/andelen som fikk tiltak under ”Raskere tilbake” begynte ikke å øke før andre halvår 2011.

Videre er andelen personer som tidligere var registrert med nedsatt arbeidsevne hos Arbeids- og velferdsetaten som har kommet i arbeid, redusert siste halvår sammenlignet med samme

periode i 2010. I januar 2012 var 46,1 prosent i arbeid av de som ikke lenger var registrert med nedsatt arbeidsevne seks måneder tidligere. Dette er 2,3 prosentpoeng lavere enn det teknisk justerte måltallet på 48,4 prosent.

7. Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

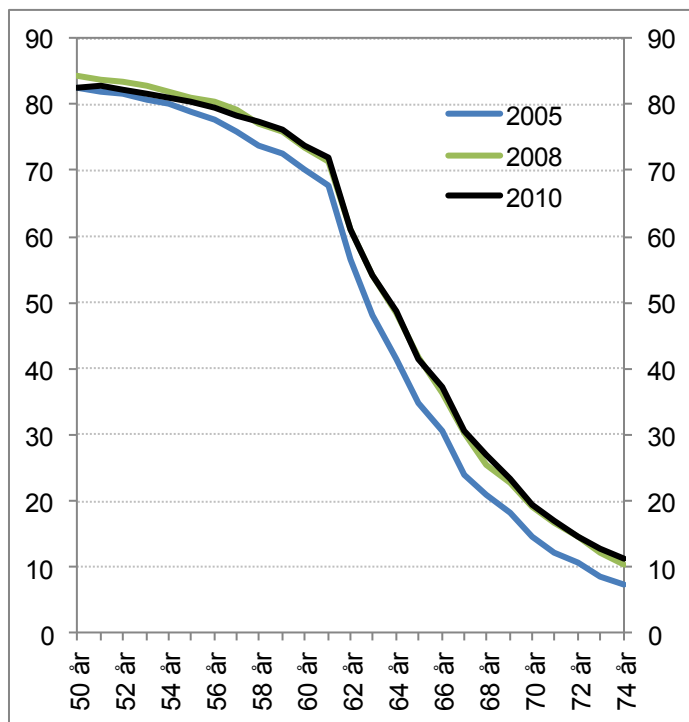
Delmål 3 i IA-avtalen er å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med seks måneder sammenlignet med nivået i 2009. Utviklingen måles med utgangspunkt i indikatoren forventet antall år i arbeid ved 50 år. I tillegg belyses utviklingen i sysselsettingsandelen av seniorer ved registerbasert sysselsettingsstatistikk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

7.1 Utviklingen i yrkesaktivitet etter 50 år

Registerbasert sysselsettingsstatistikk

Figur 12 viser sysselsatte²⁶ i prosent av befolkningen etter ettårig alder for 4. kvartal 2005, 2008 og 2010. Ifølge den registerbaserte statistikken har sysselsettingen økt for de over 50 år i perioden fra 2005 til 2010. Sysselsettingsandelen er høyest for 51-åringene (82,7 prosent), og faller jevnt frem til 61-åringene hvor 71,8 prosent var sysselsatt i 2010. Mange hadde mulighet til å gå av med AFP ved 62 år, noe som bidrar til at andelen sysselsatte 62-åringer er 10,7 prosentpoeng lavere enn for 61-åringene. Etter 62 år faller sysselsettingen raskt for hver kohort. Blant 67-åringene er 30,5 prosent sysselsatt, mens 11,2 prosent av 74-åringene er sysselsatt.

Figur 12 Sysselsatte i prosent av befolkningen, etter alder. Registerbasert sysselsettingsstatistikk. 4. kvartal 2005, 2008 og 2010.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

²⁶ Sysselsatte er personer med inntektsgivende arbeid. Sysselsettingsandelen regnes som andel sysselsatte i prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder.

Fra 2005 til 2008 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. Dette gjaldt også for personer i 50-årene, mens personer over 60 år fortsatt opplevde en liten vekst i andelen sysselsatte også dette året. I 2010 så vi en stabilisering i arbeidsmarkedet, hvor ledigheten stabiliserte seg og sysselsettingen igjen begynte å øke noe. Andelen sysselsatte fortsatte imidlertid å gå ned blant personer i 50-årene, og øke for personer over 60 år. Utviklingen i denne perioden var imidlertid ulikt fordelt mellom kjønnene. Mens sysselsettingsandelen blant menn avtok i nesten alle aldersgruppene fra 50 til 74 år, økte andelen blant kvinner i nesten alle disse aldersgruppene fra 2009 til 2010.

Ser vi på perioden 2005²⁷ til 2010, har sysselsettingen steget klart for personer mellom 50 og 74 år. Unntaket er for 50-åringene som nå har om lag samme sysselsettingsandel som i 2005, etter en klar økning fra 2005 til 2008. For menn mellom 50 og 52 år har sysselsettingen gått noe ned i denne perioden, mens den for kvinner har økt for alle aldersgrupper vi her ser på. Andelen sysselsatte har økt mest for personer mellom 64 og 68 år, hvor økningen er på mellom 6 og 7 prosentpoeng fra 2005. Dette gjelder både for kvinner og menn, men økningen er noe større for menn.

Sysselsettingsstatistikk fra SSBs utvalgsundersøkelse (utvikling siden 2001)

Ifølge Statistisk sentralbyrås arbeidskraftsundersøkelse (AKU) var andelen sysselsatte over 60 år klart høyere i 2. kvartal i 2011 enn i 2001. For kvinner er andelen sysselsatte mellom 60 og 64 år nesten 10 prosentpoeng høyere i 2011 enn i 2001, mens den har økt noe mindre for menn.²⁸ Sysselsettingen øker også klart for de over 64 år, med en vekst på om lag 8 prosentpoeng for begge kjønn. For personer i 50-årene ser vi derimot at andelen sysselsatte har falt for menn, mens den øker for kvinner og særlig kvinner over 54 år. Utviklingen på årsbasis for begge kjønn samlet er vist i tabell 1 i kapittel 4 mens utviklingen for menn og kvinner er vist i tabell 14 i vedlegg 3.

Forventet antall år i arbeid ved 50 år

En av målsettingene i den nye IA-avtalen er at gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet ved 50 år skal forlenges med seks måneder fra 2009. Figur 13 viser én måte å måle dette på – forventet antall år i arbeid justert for stillingsandel ved 50 år. Merk at denne indikatoren ikke er betinget på om man var i arbeid ved fylte 50 år, og at den derfor vil påvirkes av at en del allerede før de fyller 50 år sluttet i arbeid som følge av uførhet eller andre årsaker. For å være definert som sysselsatt i denne indikatoren må en ha en pensjonsgivende inntekt som overstiger 20 prosent av lønn per normalårsverk. I 2008 utgjorde dette om lag 84 000 kroner. For mer om beregningen av denne indikatoren, se Haga og Lien (2012). Ved beregning av indikatoren tas det hensyn til stillingsandel, slik at indikatoren kan tolkes som at en 50-åring i 2011 kunne forvente å tilbringe 11 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.

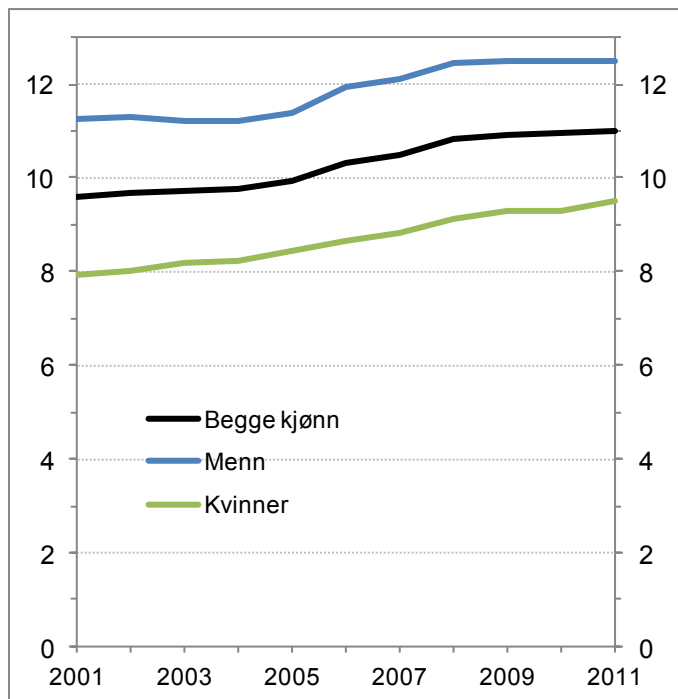
En 50-åring kunne altså forvente å tilbringe 11 år i arbeid med full stilling i 2011. Dette er 0,1 år eller fem uker mer enn for en som var 50 år i 2009. Forventet antall år i arbeid har aldri vært høyere. Sammenlignet med 2001 kunne en 50-åring i 2011 forvente å tilbringe 1,4

²⁷ 2005 er det første året tilbake i tid som man har sammenlignbare tall for.

²⁸ Det var et brudd i AKU i 2006 som gjør at vi ikke har sammenlignbare tall tilbake til 2001. Ved en enkel bruddjustering får vi at andelen sysselsatte har økt med 9,7 og 6,4 prosent for disse to gruppene.

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 perioden 2002–2003 og i 2009–2010.

Figur 13 Forventet antall år i arbeid ved 50 år, justert for stillingsandel. 2001–2011.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Én mulig forklaring bak den langsiktige økningen kan være at andelen med høyere utdanning har økt i denne aldersgruppen. Sysselsettingen øker med utdanningsnivået, også blant eldre (Bråthen 2007). 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.

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 NAV 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. Den beskjedne veksten i sysselsetting blant eldre fra 2010 til 2011 kan ha hatt med pensjonsreformen å gjøre, ved at det ble mer gunstig å kombinere pensjon med arbeid fra 2011 av.

Figur 13 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 3,0 år i 2011. 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 på den måten var de første til å oppleve utdanningsekspløsjonen spesielt sterkt, er i dag i 50- og 60-årene.

Etter pensjonsreformen er ikke forventet pensjoneringsalder et like godt mål for yrkesaktiviteten blant seniorer. Mens forventet yrkesaktivitet ved 50 år har økt med 1,4 år fra 2001 til 2011, har forventet pensjoneringsalder ved 50 *sunket* med 1,2 år i samme periode (Haga og Lien 2012). Det understreker at det i mindre grad enn tidligere er vanlig å slutte i arbeid og ta ut pensjon på samme tidspunkt, særlig etter pensjonsreformen. Det er særlig blant menn at forventet pensjoneringsalder har sunket. Kvinner har helt til i 2010 alltid hatt lavere forventet pensjoneringsalder enn den menn har hatt. Nå har kjønnene byttet plass, slik at menn i 2011 hadde lavest forventet pensjoneringsalder.

Virksomheter av pensjonsreformen på sysselsetting

I den grad reformen har hatt en positiv virkning på sysselsetting i løpet av det første året den har virket, er det på grunn av tre regelsett (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 gunstigere enn før å kombinere arbeid og alderspensjon.

Nye opptjeningsregler trer gradvis i kraft fra 2016 da 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 65 prosent i september 2011. Selv om flere mottar pensjon, har likevel sysselsettingen økt for den samme aldersgruppen.

Det er også noen sider ved pensjonsreformen som kan tenkes å påvirke sysselsettingen negativt. Personer som tidligere ikke har hatt noen tidligpensjonsordning, kunne fra 2011 ta ut alderspensjon fra før de fylte 67 år. Det kan ha bidratt til at enkelte som ellers ville ha valgt å fortsette å arbeide, har valgt å slutte i arbeid og heller ta ut pensjon. Dette første året de nye pensjonsreglene har virket, har fem årskull kunnet velge en slik løsning, så den samlede sysselsettingsutviklingen i 2011 er spesielt interessant.

64 prosent av de som hadde tatt ut alderspensjon før de fylte 67 år, jobbet ved siden av pensjonen i desember 2011. Sysselsettingen i aldersgruppen 62 til 66 år økte dessuten fra 39 prosent til 41 prosent fra 2010 til 2011. Utviklingen var mer positiv enn for befolkningen mellom 18 og 66 år. Antallet som fortsatt var i arbeid, økte mest i næringene industri og bergverksdrift og utvinning.

Utviklingen i sysselsettingen fra 2007 til 2011 var positiv for alle aldersgrupper over 60 år, også for de mellom 62 og 66 år som i 2011 fikk mulighet til å ta ut alderspensjon før 67 år. Økningen i sysselsettingen for denne gruppen var svakest fra 2009 til 2010. Dette skyldes i hovedsak at muligheten til å ta ut AFP etter gammel ordning gikk ut ved årsskiftet 2010 til 2011. Mange benyttet seg av denne muligheten, og siden denne typen AFP avkortet mot arbeidsinntekt var det en del som også sluttet i jobb. Dersom vi bryter ned tallene på offentlig og privat sektor, finner vi tilsvarende positiv utvikling i sysselsettingen fra 2010 til 2011 for de eldre arbeidstakerne i begge sektorene. Siden vi kunne forvente at de i offentlig sektor i mindre grad ble påvirket av fleksibel pensjoneringsalder i folketrygden, kan vi ikke si sikkert om det var pensjonsreformen som bidro til økningen i sysselsettingen i 2011.

Det er interessant at det ble en *økning* i sysselsettingsandelen det året da alle fem årskullene på én gang fikk adgang til å ta ut tidlig alderspensjon etter de nye reglene. Det er likevel for tidlig å si hvilken rolle pensjonsreformen har hatt i denne positive utviklingen av sysselsettingen. Sysselsettingen blant de over 60 år har økt over flere år, så andre forhold spiller trolig inn. 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 kartlegger holdninger på det seniorpolitiske området i arbeidslivet og hvordan disse endrer seg over tid. Siden 2003 har Synovate på oppdrag av Senter for seniorpolitikk (SSP) utført undersøkelse blant 1000 yrkesaktive over 15 år og 750 bedriftsledere både i privat og offentlig sektor.

Studier fra Solem (2009) viser at det fra 2003 til 2008 er registrert positive endringer i lederes oppfatninger som kan være av betydning for seniorer i arbeidslivet. Videre finner Solem at det er flere i 2008 enn i 2003 som ønsker å fortsette i arbeid utover alderen når de får rett til pensjon. Særlig gjelder dette blant dem som står nærmest muligheten for pensjonering. Den samme holdningen vises i seniorpolitisk barometer for 2011 som omtales nedenfor. Ifølge Solem har det åpenbart skjedd en endring i eldres interesse for arbeid. Den økte interessen kan ha sammenheng med offentlige signaler om behovet for eldre arbeidskraft, men kan også reflektere en økning i sysselsettingen generelt. Eldre er med i den generelle økningen i sysselsettingen i perioden. Solem mente at resultatene tyder også på at eldre har styrket sin posisjon og anseelse på arbeidsmarkedet.

I 2011 svarte over halvparten av respondentene at de kan tenke seg å arbeide etter at de har fått rett til pensjon. Likevel har flertallet av bedriftene ifølge undersøkelsen ingen strategi for hvordan man skal beholde og utvikle seniorer. Undersøkelsen viser at det er stadig flere som ønsker å arbeide etter at man får rett til pensjon. Denne andelen økte fra 34 prosent i 2004 til 54 prosent i 2011. For arbeidstakere over 60 år er det hele 66 prosent som ønsker å arbeide etter at man har rett til pensjon i 2011. Ønsket alder når man trer helt ut av arbeidslivet har steget fra 63,2 år i 2010 til 65,0 år i 2011. Ifølge SSP er dette den kraftigste økningen i ønsket pensjoneringsalder som noen gang er målt og ønsket pensjoneringsalder har heller aldri vært høyere. Tendensen her er at ønsket pensjoneringsalder er enda høyere for dem som allerede er passert 60 år. Disse ønsker å tre helt ut av arbeidslivet ved 66,8 år. Det er for tidlig å konkludere hvorvidt dette er en tilsiktet effekt av pensjonsreformen. Ifølge seniorpolitisk barometer om arbeidsglede svarte flere eldre enn yngre at de gledet seg til jobben, særlig de over 62 år.

Samtidig viser norsk seniorpolitisk barometer at halvparten av virksomhetene ikke har tatt innover seg at eldrebølgen er rett rundt hjørnet. I 2011 var det 50 prosent, mot 54 prosent i 2007, som ikke hadde en strategi for hvordan bedriftene skal beholde og videreutvikle seniorer. Samtidig mente 48 prosent i 2011, mot 45 prosent i 2007, at de ønsker å beholde eldre arbeidstakere så lenge som mulig. Fra 2008 til 2011 var det ingen vesentlige endringer i gjennomføring av ulike tiltak i bedriftene for å få seniorer til å stå lenge i jobb, men det var en liten økning som svarte at de har lagt arbeidet til rette for seniorer og motivert ledere gjennom opplæring i seniorpolitikk.

7.2 Måloppnåelse

Delmål 3 i IA-avtalen er en økning sammenlignet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet for personer over 50 år med seks måneder. I 2011 kunne en 50-åring forvente å tilbringe 11 år i arbeid. Dette 0,1 år eller 5 uker 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 har altså bare økt svakt fra 2009/10 til 2011. Sammenlignet med den generelle utviklingen på arbeidsmarkedet, har utviklingen for de eldste aldersgruppene likevel vært god. Sysselsettingsandelen for hele befolkningen sank fra 2008 til 2010 og har deretter økt bare marginalt fra 3. kvartal 2011. 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.

Det er for tidlig i IA-perioden å evaluere måloppnåelsen for delmål 3. Hittil i denne IA-perioden har vi ikke kommet særlig nærmere målet om en økning i forventet antall år i arbeid for personer over 50 år med seks måneder. 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

- Berge, C., Johannessen, J. H., & Næsheim, H. (2012). Internasjonal sammenligning av sykefravær: Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde? Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Biørn, E., Gaure, S., Markussen, S., & Røed, K.. (2010). The Rise in Absenteeism: Disentangling the Impacts of Cohort, Age and Time. Oslo: Frischsenteret
- Bjørnstad, A. F., & Solli, M. (2006). Utviklingen i folketrygdens utgifter til sykepenges. *Rapporter 2006/40*. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- 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
- Bragstad, T., Ellingsen, J., & Lindbøl, M. N. (2012). Hvorfor blir der flere uførepensjonister. *Arbeid og velferd 1/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bratsberg, B., & Røed, K. (2011). Kan demografi forklare veksten i uførhet? *Søkelys på arbeidslivet 1-2/2011*. Oslo: Frischsenteret
- Bråthen, M. (2007). Seniorenes tilknytning til arbeidsmarkedet styrkes. *Arbeid og velferd 4/2007*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bråthen, M. (2010). Uførepensjonistenes tilknytning til arbeidslivet. *Arbeid og velferd 1/2010*. 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. (2012). Arbeidsavklaringspenger – status ved utgangen av 2011. *Arbeid og velferd 1/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bye, T., Berge, C., & Næsheim, H. (2010). Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomen 3/2010*. Oslo: Samfunnsøkonomene
- Dahl, E. H., & Lien, O. C. (2011). Pensjonsreformen: Effekter på sysselsettingen. *Arbeid og velferd nr. 4-2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Econ Pöyry (2011). Seniorpolitikk i kommunesektoren. R-2011-020
- Engström, P., Goine, H., Johansson, P., Palmer, E., & Tolin, P. (2010). Underlätter tidiga insatser i sjukskrivningsprosessen återgången till arbete? *IFAU-rapport 2010:11*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

- Fevang, E., Markussen, S., & Røed, K. (2011). The Sick Pay Trap. Diskusjonsnotat, nr. 5655, IZA april 2011.
- Folkehelseinstituttet (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmede og forebyggende tiltak og anbefalinger: Folkehelseinstituttet rapport 2011:1
- Furuberg, J., Qiu, X. C., & Thune, O. (2012). 662 000 tapte årsverk i 2011. *Arbeid og velferd 2/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Försäkringskassan (2009). Beslutsstödet: Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar; Socialförsäkringsrapport 2009:5
- Försäkringskassan (2010). Beslutsstödet: Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2010:7
- Försäkringskassan (2011a). Försäkringsmedicinska beslutsstödet: En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster
- Försäkringskassan (2011b). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – En rapport om användandet, motiveringar till överskriden tid samt förändringar i sjukskrivningsmönster. Dnr: 2082-2011. Stockholm: Försäkringskassan.
- Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2012. Endelig hovedrapport fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene. Arbeidsdepartementet, mars 2012.
- Gulbrandsen, E., Lysø, N., & Paulsen, K. (2009). Sykefraværsutvalgets modell for oppfølging av sykmeldte – to år etter. *Arbeid og velferd 1/2009*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Haga, O., & Lien, O. C. (2012). Forventa pensjoneringsalder og yrkesaktivitet. *Arbeid og velferd 2/2012*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- 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., & Thune, O. (2010). Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. *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
- Hem, K.-G. (2011). Kostnader ved sykefravær, Sintef rapport
- Holmås, T., & Kjerstad, E. (2010). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3. *SNF-rapport nr. 07/10*. Bergen: Samfunns og næringslivsforskning AS

- Hägglund, P., Engström, P., & Johansson, P. (2011). Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna. *ISF-rapport 2011:17*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K-P., & Viikari-Juntura, E. (2008). Partial sick leave – review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scandinavian journal of work, environment & health*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health
- Kunnskapsdepartementet (2010). *Tilbud og etterspørsel etter høyere utdannet arbeidskraft frem mot 2020*. Rapport.
- Lie, S, A. (2010). Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb. Uni helse
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2010). The Case for Presenteism. Oslo: Frischsenteret
- 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.
- Nossen, J. P. (2011). Opp og ned – hva skjedde med sykefraværet? *Arbeid og velferd 2/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Nossen, J. P. (2011). Sesongjustering av sykefraværstatistikken – Forslag til metode. *Arbeid og velferd 4/2011*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- NOU 2010: 13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren
- 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 samfunnsanalyse (2011). Misbruk av sykepengeordningen i folketrygden. Rapport 2011–03, Oslo
- SFI- Det internationale forskningscenter for velfærd (2012). Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte.
- Socialstyrelsen (2010). Uppföljning och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Socialstyrelsen och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2009

- Solem, P. E., & Mykletun, R. J. (2009). Endringer for seniorer i arbeidslivet fra 2003 til 2008. *Rapport nr. 20/2009*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Steinkellner, A. (2010). Utdanning og kjønnslikestilling: Fra den første kvinnelige student. *Samfunnsspeilet* nr. 1 2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Tidsskrift for den norske legeforening (2011). Nr. 17 – 6. september 2011;
<http://tidsskriftet.no/toc/2129212>
- Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10
- Tollin, P. (2010). Tidige insatser i sjukfallen – vad leder de till? *Socialförsäkringsrapport 2010*. Stockholm: Försäkringskassan
- Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E-P., Karppinen, J., Miranda, H., Luukkonen, R., & Marimo, K. (2011). Return to work after early part-time leave due to musculoskeletal disorder: a randomized controlled trial. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health

Vedlegg 1 – Utviklingen i sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon

Mottakere av sykepenger

Ved utgangen av 2010 mottok 132 000 personer sykepenger. Utviklingen i sykefraværet diskuteres nærmere i kapittel 5.

Arbeidstilknytning

Gjennomsnittlig andel graderte sykefraværstilfeller (delvis sykemeldte) for alle kvartalene i 2011 var 22,4 prosent. Se også nærmere omtale av utviklingen i bruk av gradert sykemelding i kapittel 5.

Gjennomstrømning

I 2009 var det 45 100 sykmeldte som gikk ut maksimal sykepengeperiode på 52 uker. Dette tilsvarer om lag 5 prosent av alle som hadde et legemeldt sykefravær i 2009. Andelen som var tilbake i arbeid vel et halvt år etter å ha gått ut maksimal sykepengeperiode var om lag 20 prosent. Andelen som hadde overgang til andre helserelaterte ytelser var 76 prosent.²⁹

Mottakere av arbeidsavklaringspenger

Ved utgangen av 2011 var det 171 760 personer som mottok arbeidsavklaringspenger. Utviklingen i mottakere av arbeidsavklaringspenger diskuteres nærmere i kapittel 6.

Arbeidstilknytning

En av fire med arbeidsavklaringspenger er registrert med et arbeidsforhold i arbeidstakerregisteret. Denne tilknytningen til arbeidslivet er sterkere jo eldre personene er. Det er også en viss forskjell mellom kvinner og menn, hvor andelen med et aktivt ansettelsesforhold er henholdsvis 29 prosent og 25 prosent.³⁰

Gjennomstrømning

40,7 prosent av de som avsluttet et stønadsløp på arbeidsavklaringspenger i 2010 mottok uførepensjon tre måneder etter at stønadsmottaket ble avsluttet. Tilsvarende mottok 5,3 prosent arbeidsavklaringspenger på nytt. Dette omfatter personer som har fått midlertidig bortfall av ytelsen som eksempelvis kan skyldes at mottakeren har arbeidet så mye at retten til ytelsen har falt bort. 32 prosent av de som har avsluttet mottak av arbeidsavklaringspenger var i arbeid tre måneder etter at stønadsmottaket ble avsluttet. 22,3 prosent er ikke gjenfunnet i registrene. Dette kan være personer som mottok sosialhjelp, var privat forsørget eller ordinære arbeidssøkere.

Mottakere av uførepensjon

Ved utgangen av 2011 mottok 306 653 personer uførepensjon. Utviklingen i mottakere av uførepensjon diskuteres nærmere i kapittel 6.

Arbeidstilknytning

Ved utgangen av 2011 var 17 prosent av de som mottok uførepensjon også registrert med et arbeidstakerforhold i arbeidstakerregisteret på samme tidspunkt. Dette tilsvarer 52 000 personer. Andelen har ligget på rundt 17 prosent i hele perioden fra 2001. 70 prosent av de som mottar en gradert uførepensjon og 5 prosent av de som mottar full uførepensjon var

²⁹ Handal (2010)

³⁰ Bråthen og Vetvik (2011)

registrert med et arbeidstakerforhold i juni 2011. Tilsvarende andeler i 2001 var henholdsvis 56 prosent og 7 prosent.

Gjennomstrømning

Overgangen fra uførepensjon til arbeid er lav. Blant de som avslutter uførepensjon er det bare 2–3 prosent som går til arbeid. Nærmere 80 prosent av de som har avgang fra uførepensjon går over på alderspensjon og om lag 15 prosent dør.

Sett i forhold til det totale antallet uførepensjonister er det en svært liten andel av uførepensjonistene som får redusert sin uføregrad i løpet av ett år. I 2010 gjaldt dette 0,4 prosent av alle mottakere. Av de vel 28 000 nye personene som har blitt uføretrygdet det siste året, kom to av tre fra arbeidsavklaringspenger og nærmere hver femte fra sykepenger.

Vedlegg 2 – 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

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 faktorerens 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
Influensa ³¹	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 sykepenger 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

³¹ Beregnet med utgangspunkt i endringen for hele diagnosegruppen luftveislidelser, siden en del influensa trolig er kodet med andre luftveisrelaterte diagnoser.

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 sykefraværsutviklingen 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.

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

Delmål 3

Seniorpolitikk i kommunesektoren – en spørreundersøkelse

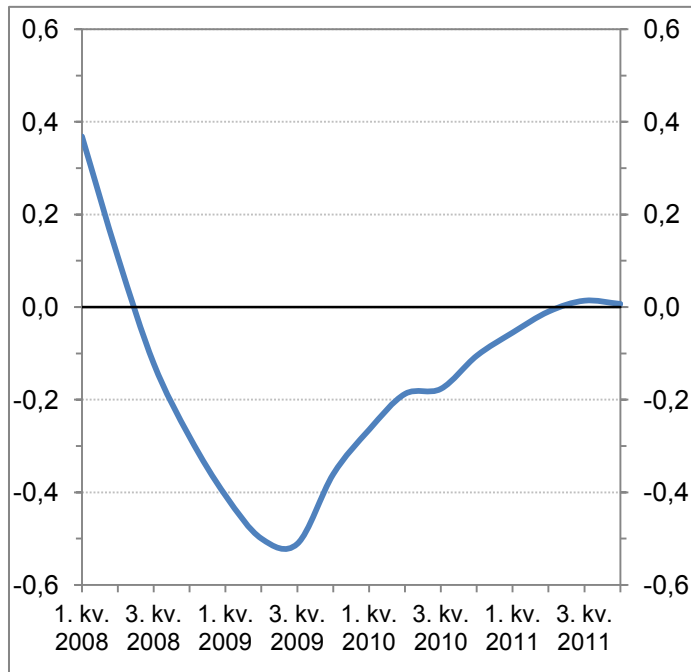
(rapport 2/2011, s. 47)

Ni av ti kommuner og fylkeskommuner har en seniorpolitikk. Å sikre kommunen arbeidskraft og i særlig grad arbeidskraft med spesifikk kompetanse er de viktigste årsakene for å bruke ressurser på seniorpolitikk. Tilrettelegging av arbeidet er det seniortiltaket som flest tilbyr. En stor del av kommunene tilbyr også særskilte stimuleringsiltak 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 3 – Figurer

Kapittel 4 Overordnet mål for avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

Figur 14 Endring i sysselsettingsandelen fra forrige kvartal. Sesongkorrigerte kvartalstall, 1. kvartal 2008–4. kvartal 2011. Prosentpoeng.



Kilder: Statistisk sentralbyrå og Arbeidsdepartementet

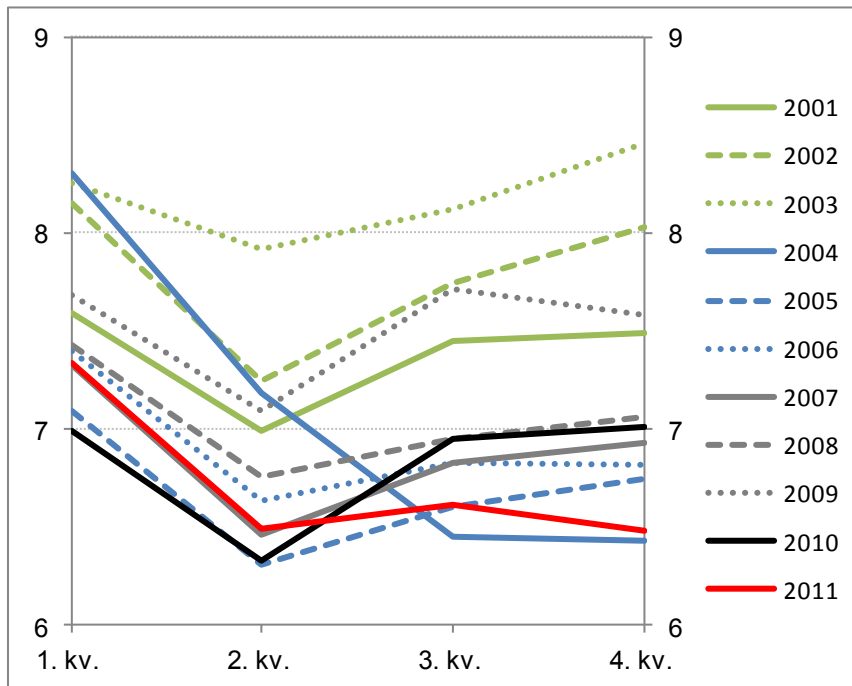
Tabell 14 Sysselsatte som andel av befolkningen etter kjønn og alder. 15–66 år. Prosent.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå

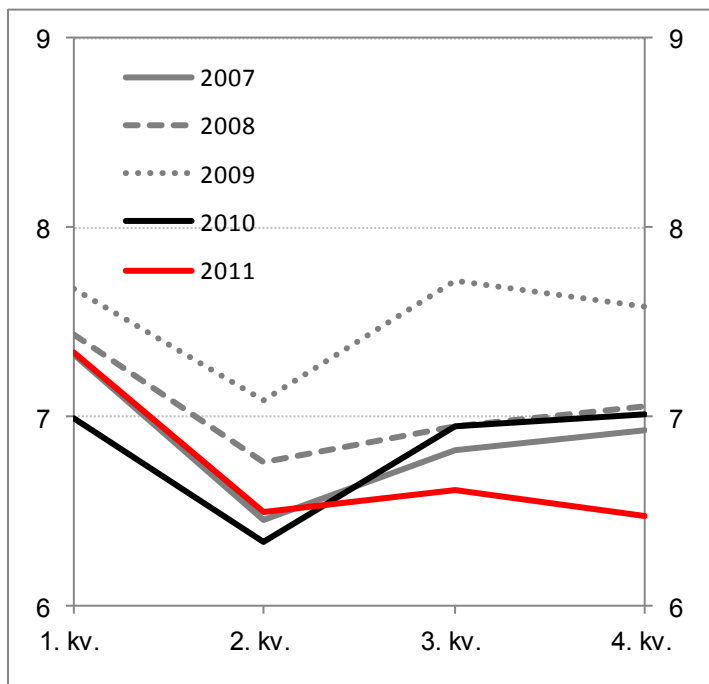
Kapittel 5 Sykefravær – delmål 1

Figur 15 Totalt sykefravær fra kvartal til kvartal hvert år. 1. kvartal 2001 – 4. kvartal 2011. Prosent.



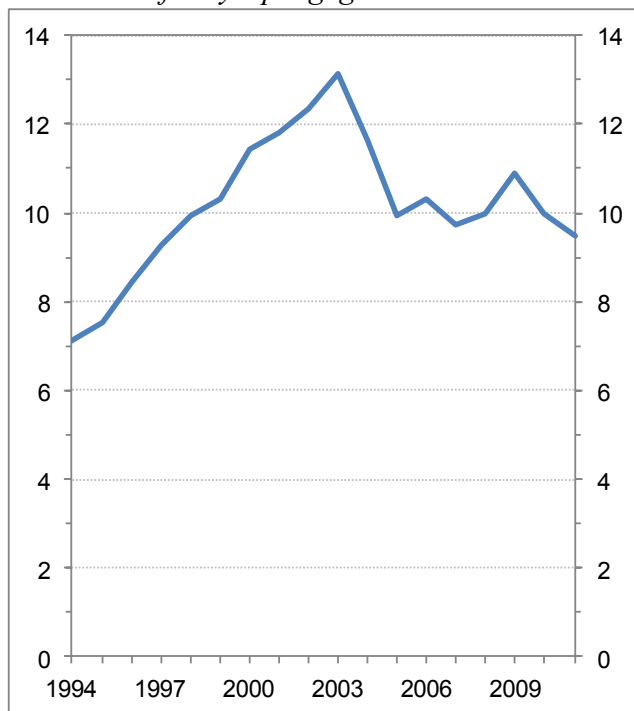
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 16 Totalt sykefravær fra kvartal til kvartal hvert år. 1. kvartal 2007 – 4. kvartal 2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

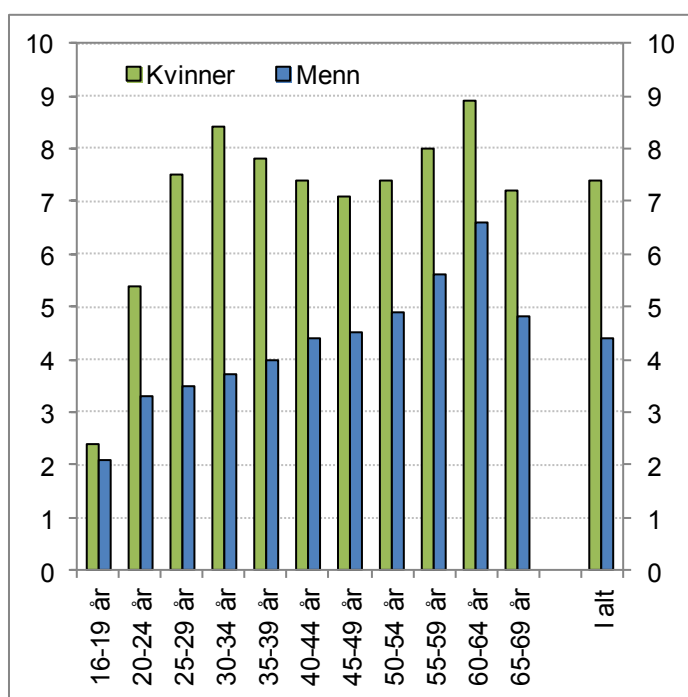
Figur 17 Antall sykepengedager utover arbeidsgiverfinansiert periode per lønnstaker per år³². Justert for sykepengegrad. 1993–2011.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

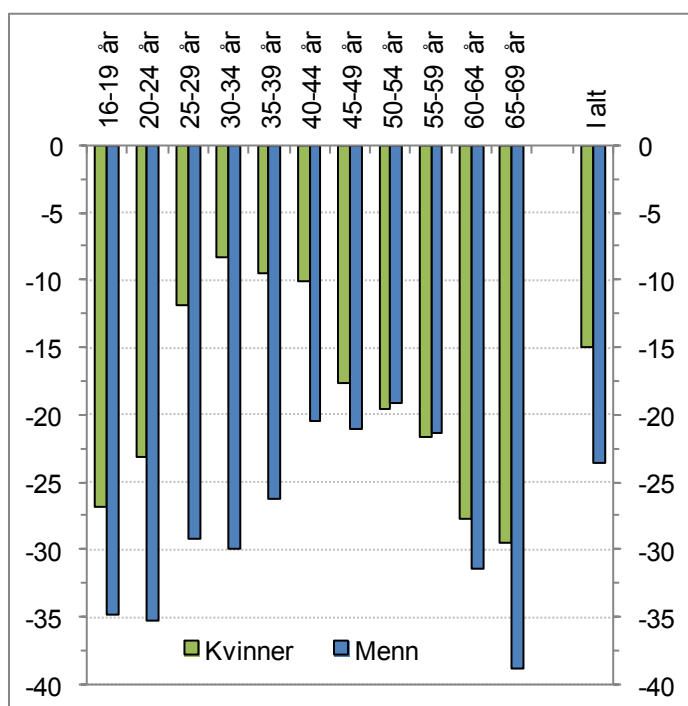
³² Tallene er korrigert for utvidelsen av arbeidsgiver perioden fra 14 til 16 dager i 1998 og innlemmingen av statsansatte i refusjonsordningen i 2000.

Figur 18 Legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. Årstall 2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 19 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter kjønn og alder. 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2011.



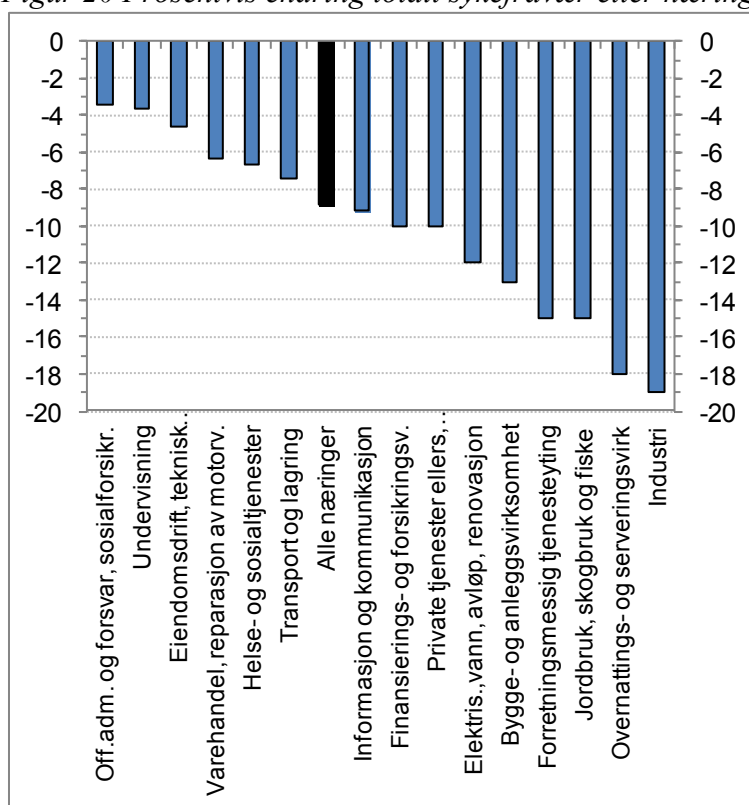
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 15 Andel arbeidstakere (AA-registeret) etter kjønn og næring. 4. kvartal 2011. Prosent.

	Begge kjønn	Menn	Kvinner
Helse og sosialtjenester	20,7	6,8	35,7
Varehandel reparasjon av motorvogner	14,5	14,7	14,3
Industri	9,5	14,2	4,5
Undervisning	8,6	5,8	11,7
Bygge og anleggsvirksomhet	7,7	13,6	1,3
Off. adm., forsvar, sosialforsikring	6,4	6,1	6,6
Transport og lagring	5,5	8,2	2,7
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	5,0	5,3	4,6
Forretningsmessig tjenesteyting	4,9	5,5	4,1
Informasjon og kommunikasjon	3,6	4,8	2,3
Private tjenester ellers	3,0	2,4	3,7
Overnattings- og serveringsvirksomhet	2,9	2,3	3,6
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2,2	2,1	2,2
Elektrisitet, vann og renovasjon	1,4	2,4	0,4
Bergverksdrift	1,2	1,9	0,5
Olje- og gassutvinning	1,1	1,5	0,6
Jordbruk, skogbruk og fiske	1,0	1,3	0,5
Omsetning og drift av fast eiendom	0,9	1,1	0,7

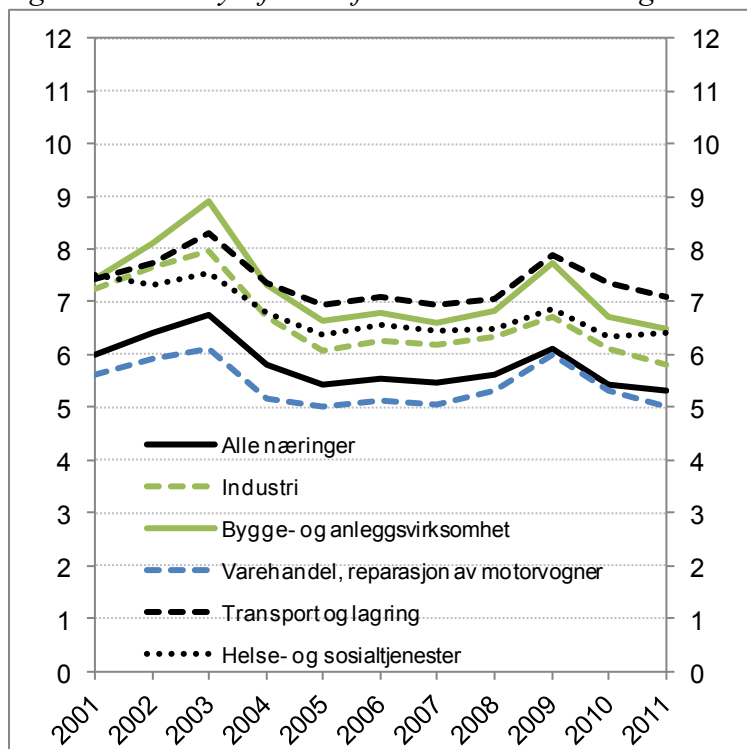
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 20 Prosentvis endring totalt sykefravær etter næring. Årstall 2001–2011.



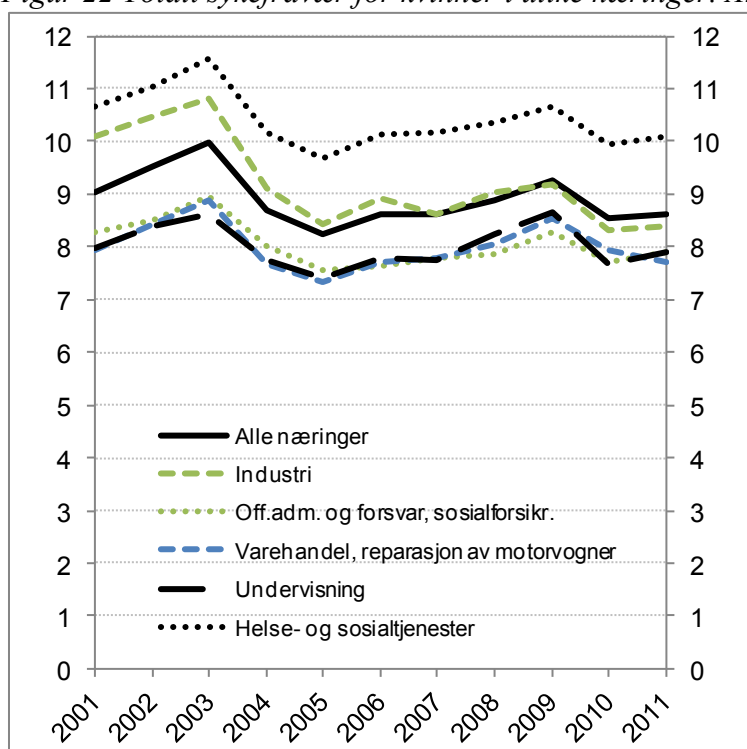
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 21 Totalt sykefravær for menn i ulike næringer. Årstall 2001–2011. Prosent.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 22 Totalt sykefravær for kvinner i ulike næringer. Årstall 2001–2011. Prosent.



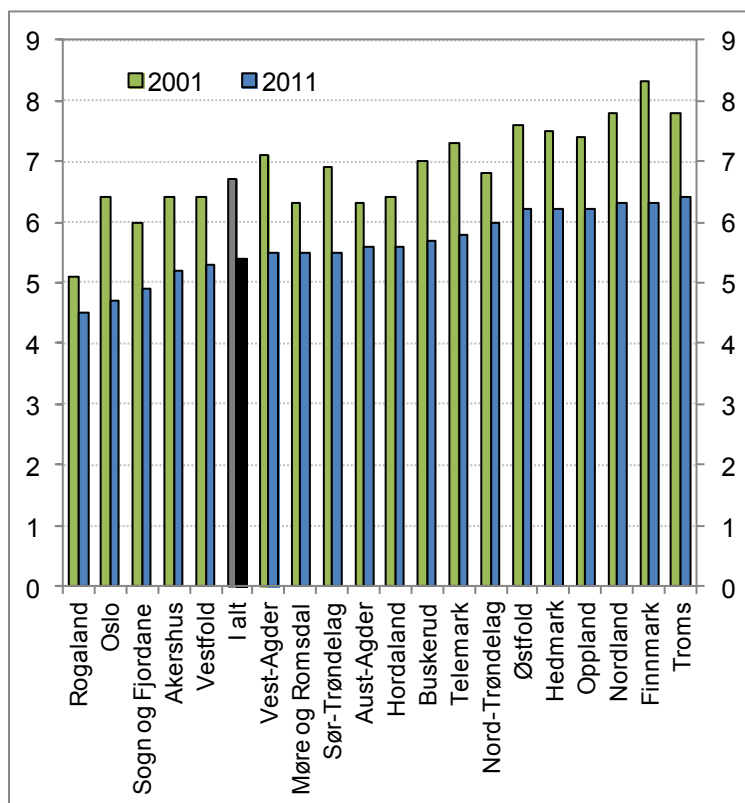
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 16 Totalt sykefravær etter næring. Årstall 2001–2011. Prosent.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Endr. 01-11
Alle næringer	7,4	7,8	8,2	7,1	6,7	6,9	6,9	7	7,5	6,8	6,7	-8,8
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	-15
Industri	7,9	8,3	8,6	7,2	6,6	6,8	6,7	6,9	7,3	6,6	6,4	-19
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	-12
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	-13
Varehandel, reparasjon av	6,6	7	7,3	6,2	6	6,2	6,2	6,5	7,1	6,4	6,2	-6,3
Transport og lagring	8,2	8,5	9	8	7,5	7,7	7,4	7,6	8,4	7,9	7,6	-7,4
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	-18
Informasjon og kommunik	4,9	5,5	5,7	4,9	4,6	4,8	4,7	4,6	5,1	4,4	4,4	-9,2
Finansierings- og forsikrin	5,4	5,5	5,9	5,3	4,9	4,9	5	5,2	5,3	4,9	4,9	-10
Eiendomsdrift, teknisk tjen	4,7	5,1	5,6	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	5,1	4,5	4,5	-4,6
Forretningsmessig tjeneste	8,3	9,1	9,5	8,1	7,6	7,7	8	7,6	8,3	7,5	7,1	-15
Off.adm. og forsvar, sosia	6,2	6,4	6,7	6	5,8	5,9	5,9	6	6,3	5,8	6	-3,4
Undervisning	6,9	7,2	7,4	6,7	6,4	6,8	6,7	6,9	7,2	6,4	6,6	-3,6
Helse- og sosialtjenester	10,1	10,4	10,8	9,5	9,1	9,5	9,5	9,6	10	9,3	9,4	-6,7
Private tjenester ellers, int	7,4	7,7	7,9	6,7	6,3	6,7	6,6	6,9	7,1	6,6	6,6	-10

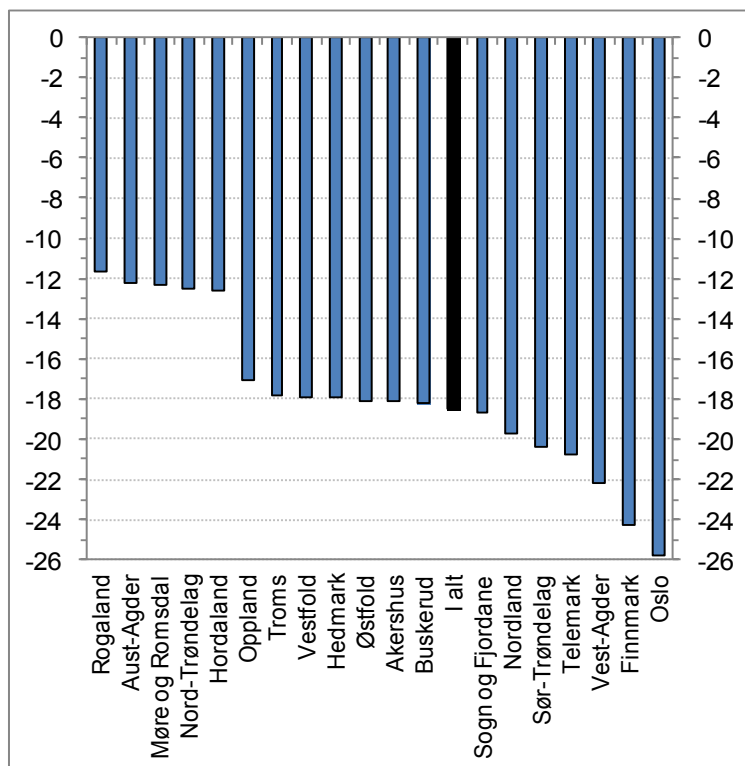
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 23 Legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2011. Prosent.



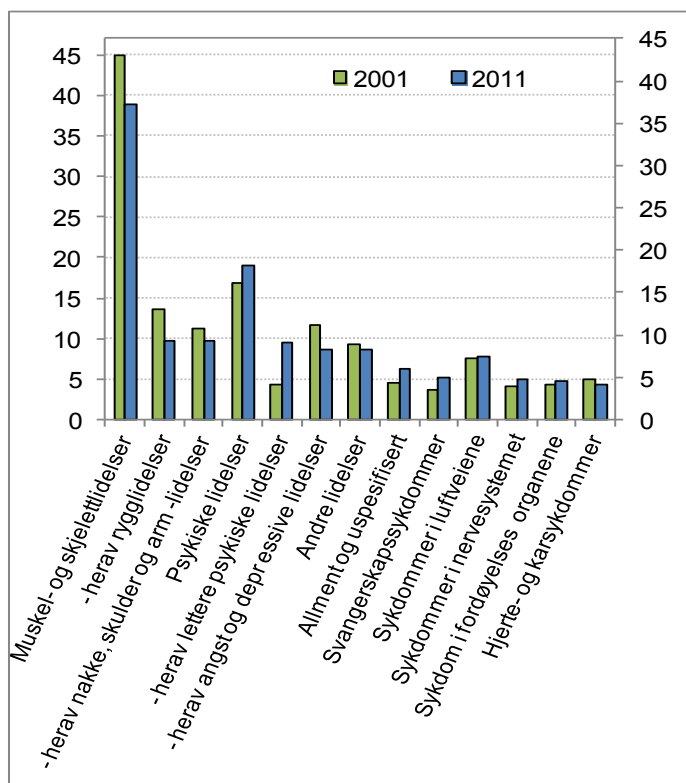
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 24 Prosentvis endring i legemeldt sykefravær etter bostedsfylke. 4. kvartal 2001 – 4. kvartal 2011.



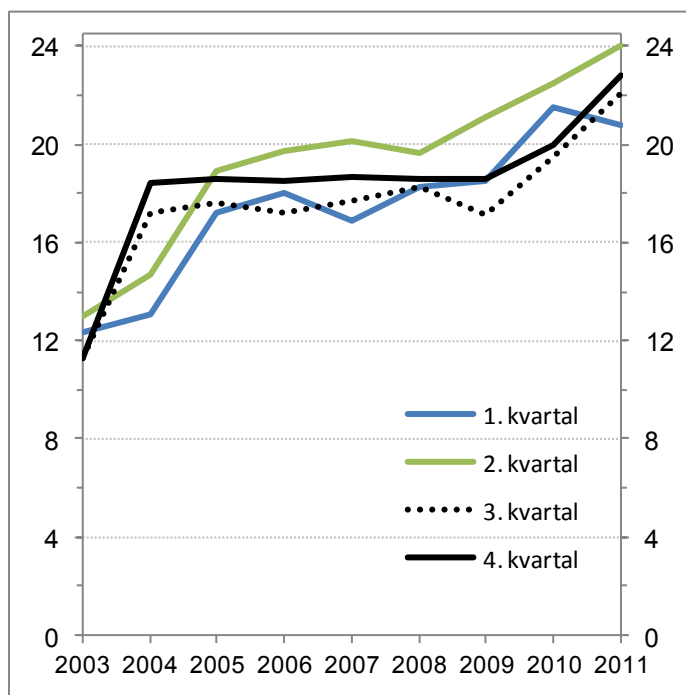
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 25 Legemeldte sykefraværsdagsverk etter diagnose. 4. kvartal 2001 og 4. kvartal 2011. Andel av alle legemeldte sykefraværsdagsverk. Prosent.



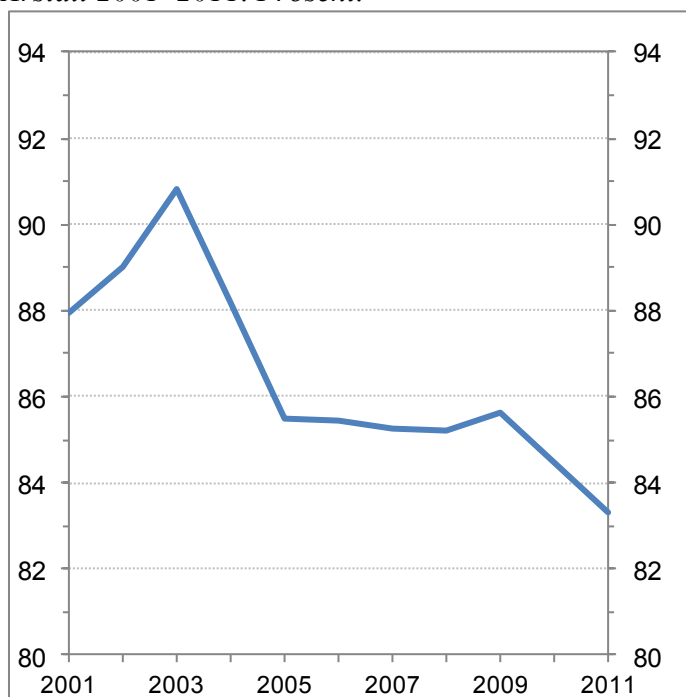
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 26 Legemeldte sykefraværstilfeller med gradert sykmelding, 2003–2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 27 Gjennomsnittlig sykmeldingsgrad per tapt arbeidsdag. Legemeldt sykefravær. Årstall 2001–2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Kapittel 6 Sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne – delmål 2

Tabell 17 Antall mottakere av arbeidsavklaringspenger etter kjønn og alder. Mai 2012.

Alder	Kvinner	Menn	I alt
19 og under	589	556	1 145
20–24	6 337	5 383	11 720
25–29	8 411	6 764	15 175
30–39	23 690	15 656	39 346
40–49	31 116	19 004	50 120
50–59	22 313	16 026	38 339
60 år og over	5 851	5 514	11 365
Totalt	98 307	68 903	167 210

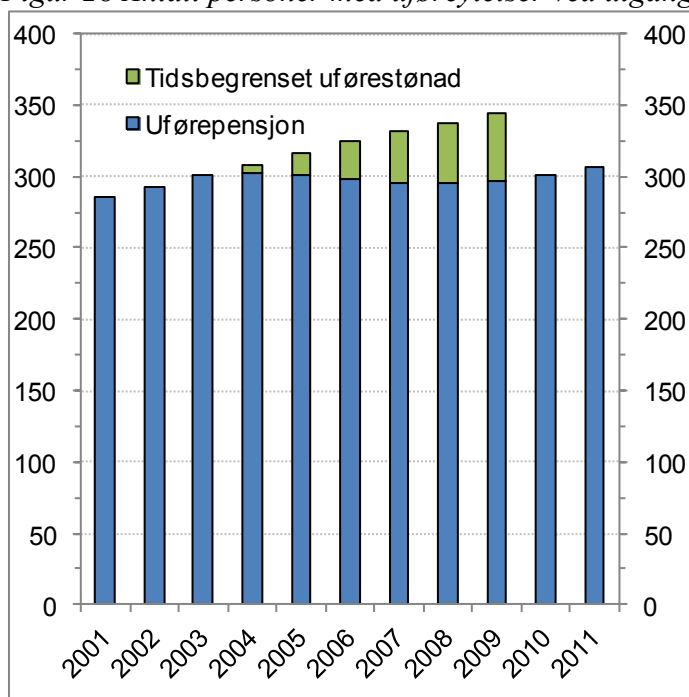
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 18 Uføregrad blant uførepensjonister. Utgangen av 2011.

Uføregrad	Andel av alle uførepensjonister
100 %	82
70–99 %	4,6
50–69 %	12,9
Under 50 %	0,4
I alt	100

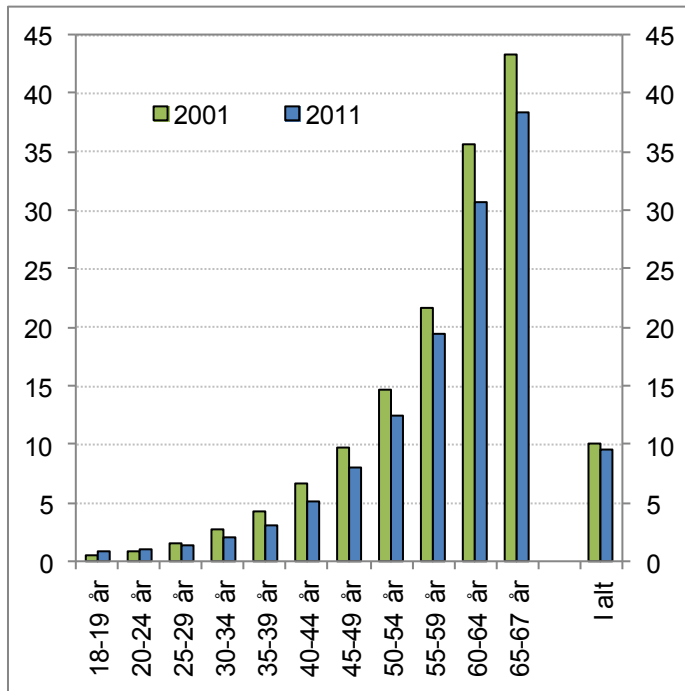
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 28 Antall personer med uføreytelser ved utgangen av året 2001–2011. Antall i tusen.



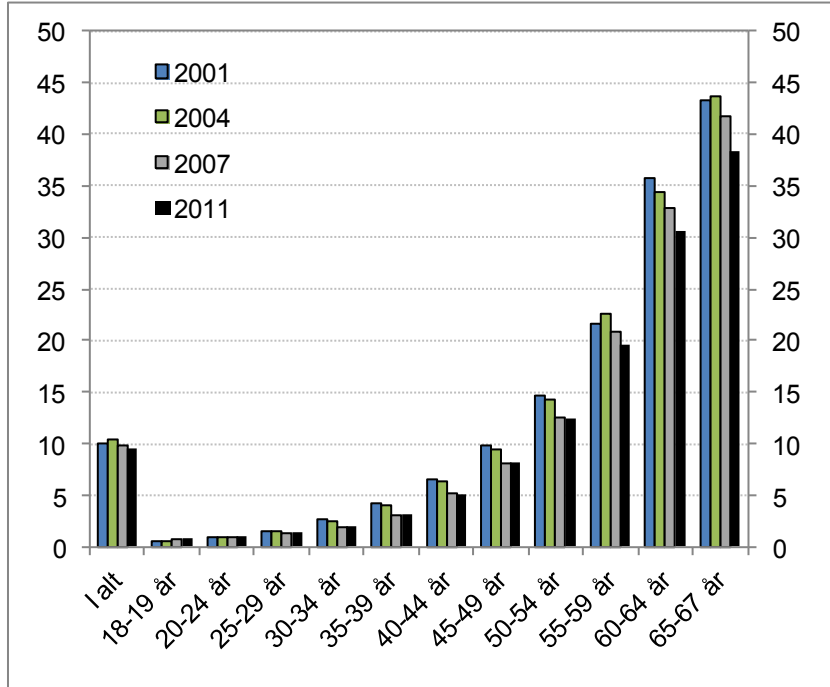
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 29 Andel mottakere av uførepensjon i befolkningen, etter alder. Utgangen av 2001 og 2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 30 Mottakere av uførepensjon som andel av befolkningen for ulike aldersgrupper. Utgangen av 2001, 2004, 2007 og 2011. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 19 Arbeidstakere som har vært sykmeldte i minst 13 uker. Andel i arbeid fire uker etter friskmelding. 2. kvartal 2006 – 3. kvartal 2011.

	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

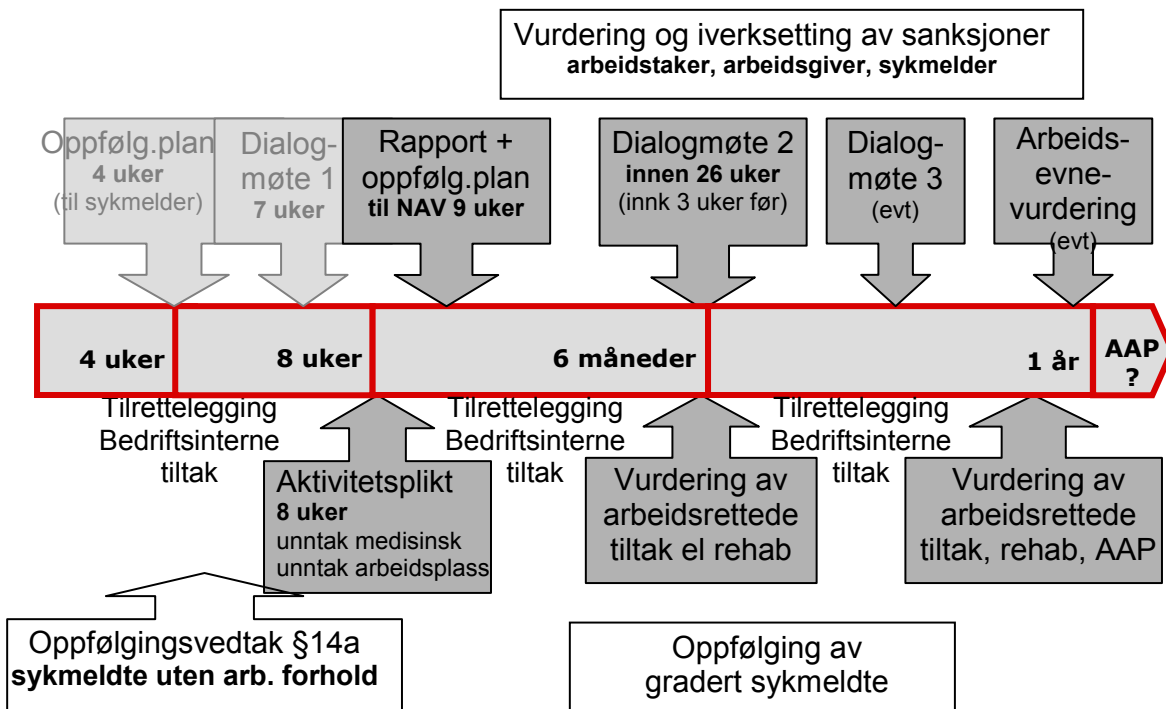
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Tabell 20 Antall sykepengetilfeller som har passert henholdsvis 4, 8, 13 og 26 uker i løpet av et år. 2000–2011.

	Over 4 uker	Over 8 uker	Over 13 uker	Over 26 uker
2000	382 990	241 072	155 777	77 682
2001	400 376	251 526	162 341	79 682
2002	392 266	254 249	173 726	90 105
2003	370 127	245 121	176 916	101 974
2004	327 194	214 297	155 103	94 396
2005	333 097	213 090	148 522	80 932
2006	346 062	223 449	158 324	88 735
2007	351 279	225 841	158 547	87 570
2008	364 511	234 049	166 362	93 997
2009	370 043	248 213	180 417	103 008
2010	343 067	224 164	160 641	92 396
2011	342 015	224 350	161 314	91 230

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Figur 31 Oppfølging sykmeldte etter lovendringene fra 1. juli 2011.



AAP = Arbeidsavklaringspenger

Oppfølgingstidspunkter fra 1. juli 2011

- 4 uker: Oppfølgingsplan utarbeides av arbeidsgiver/sykmeldt – sendes i kopi til sykmelder
- 7 uker: Dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver
- 8 uker: Aktivitetsplikt – NAV vurderer ev. unntak
- 9 uker: Rapport fra arbeidsgiver til NAV om dialogmøte 1 samt innsending av oppfølgingsplan
- 26 uker: Dialogmøte 2 i regi av NAV – 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.