

Inkluderende arbeidsliv

- status og utviklingstrekk

1. Har IA-avtalen virket?
2. Overordnet mål
3. Stabilt sykefravær de siste årene
4. Stabil andel i jobb med nedsatt funksjonsevne
5. Målet om å øke yrkesdeltakelsen blant seniorer er nådd
6. Manglende kompetanse – barriere for inkludering
7. Ny IA-avtale og veien videre

Januar 2019

Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) arbeider partene i arbeidslivet sammen med myndighetene for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet. Et viktig mål med IA-arbeidet er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet.

IA-avtalen bygger på en erkjennelse av at det er nær sammenheng mellom langvarig sykefravær og frafall fra arbeidsstyrken, at arbeidsplassen er den mest sentrale arenaen for iverksettelse av tiltak, og at trepartssamarbeidet på samfunns- og virksomhetsnivå er vårt viktigste verktøy for inkluderingsarbeidet. IA-avtalen ble først etablert i 2001, men har senere blitt reforhandlet flere ganger. Sist i desember 2018 da det ble større endringer i avtaletekst enn ved de tidligere reforhandlingene. Blant annet er bransjefokuset blitt sterkere, det er åpnet for kobling opp mot kompetansepolitikken og IA-virkemidlene er blitt utvidet til å omfatte alle virksomheter. Også de nasjonale målene er litt endret, jfr boks nedenfor. Utvikling av bransjetilpassede tiltak står helt sentralt i den nye avtalen.

Siden den første avtalen kom på plass i 2001, er det samlede sykefraværet blitt redusert med 13 pst. Fem næringer har hatt nedgang på 20 pst. eller mer. Det gjelder bla. industrien der det lenge har vært jobbet godt med forebyggende sykefraværarbeid. Personer over 50 år har forlenget sin yrkesaktivitet med 12 mnd. siden 2009, etter god måloppnåelse for seniorenene også i perioden før. En har imidlertid ikke grunnlag for å si om andelen med nedsatt funksjonsevne som er inkludert i arbeidslivet har gått opp eller ned i perioden. Her har partene strevd med å finne fram til gode indikatorer for å fange opp utviklingen.

Målsetningene i IA-avtalen fram til 2018

Overordnet mål: Bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 pst.

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen for personer med nedsatt funksjonsevne.

Delmål 3: Forventet yrkesaktivitet etter 50 år skal økes med 12 måneder sammenlignet med nivået i 2009.

Nasjonale mål i IA-avtalen 2019-2022

- Sykefraværsprosenten skal reduseres med 10 pst. sammenlignet med årssnittet for 2018.
- Frafallet fra arbeidslivet skal reduseres

1. HAR IA-AVTALEN VIRKET?

Det er flere forhold som påvirker hvor inkluderende norsk arbeidsliv er, og hvor høyt jobbnærvær det er i befolkningen. Det er krevende å skille effekten av ulike tiltak og mer generelle utviklingstrekk i arbeidsmarkedet fra hverandre.

Et viktig resultat av den norske modellen er et høyt produktivitets- og lønnsnivå i internasjonal sammenheng. Rask teknologisk utvikling bidrar dels til forskyvning av jobber mellom næringer, innen næringer, og til at det blir endrede oppgaver på den enkelte arbeidsplass. Hvis ikke arbeidstakerne samtidig utstyres med tilstrekkelig kompetanse til å takle omstillingene, kan det virke ekskluderende. Økende krav til kompetanse, herunder digitale ferdigheter, kan gi problemer med mestring dersom den enkelte ikke får tilstrekkelig kompetansepåfyll. Det er nær sammenheng mellom manglende mestring og dårlig helse.

Økt lavlønnskonkurransen i lite organiserte deler av arbeidslivet har gjort det mer krevende for tradisjonelt utsatt grupper som unge og personer med lite utdanning å få jobbinnpass.

Endringer i sammensetningen av befolkningen påvirker måloppnåelsen i IA-avtalen. At arbeidsstyrken stadig blir eldre, at andelen kvinner i arbeidslivet øker og at næringer med høyt sykefravær vokser sterkere enn andre næringer, fører isolert sett til en økning i fraværet. Avtalens tre delmål er i tillegg gjensidig avhengig av hverandre. En høyere andel seniorer i arbeidslivet øker jobbnærværet i befolkningen, men vil samtidig isolert sett øke det samlede sykefraværet, siden seniorenene i gjennomsnitt har høyere sykefravær enn andre. Sett fra en slik vinkel kan selv stabilt sykefravær være bra, hvis det reflekterer at flere med helseutfordringer er kommet inn eller blitt værende i arbeidslivet.

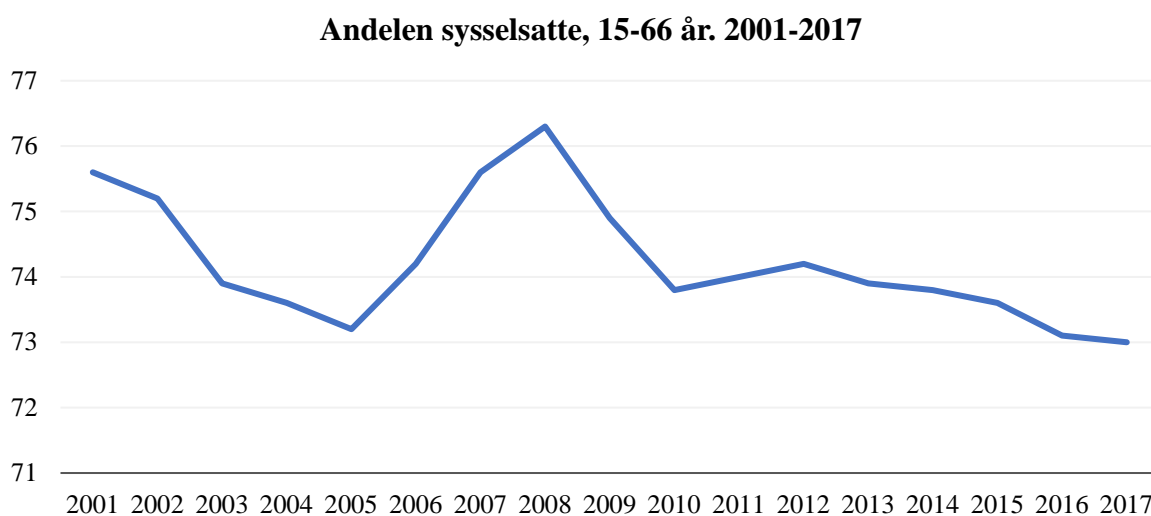
Det er høyere sykefravær i Norge enn i mange andre land. Det har sammenheng med at vi har en høy sysselsettingsandel og inkluderer mange med høyt fravær i arbeidslivet. Dette er arbeidstakere som uten sykelønnsordningen kanskje ikke hadde hatt mulighet til å delta i arbeidslivet. Som i stedet hadde vært på tidligpensjon, uføretrygd eller andre sosiale ordninger.

En vurdering av hvorvidt IA-avtalen har virket kan derfor ikke utelukkende baseres på en sammenligning med sykefraværet i 2001, eller med situasjonen i andre land. Det kreves en helhetlig analyse som hensyntar den generelle utviklingen på arbeidsmarkedet, for en vurdering av hvordan situasjon ville vært i dag uten en IA-avtale.

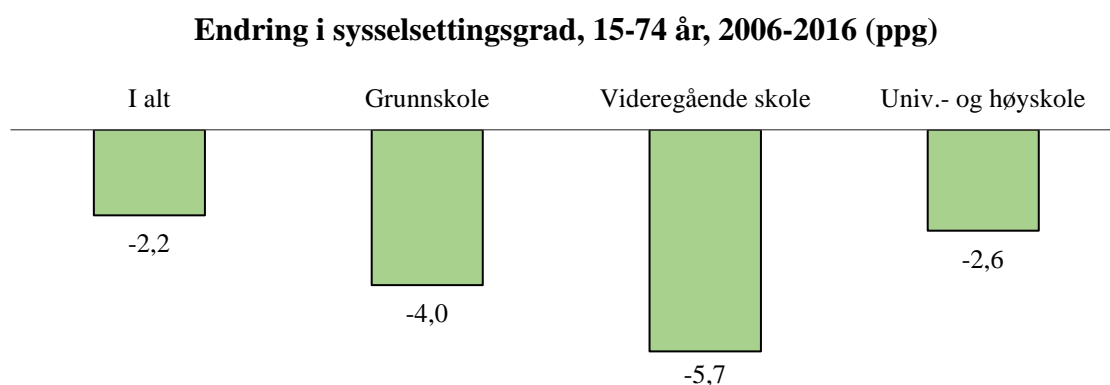
2. OVERORDNET MÅL:

Bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøting fra arbeidslivet

Andelen sysselsatte i befolkningen 15-66 år har svingt en del siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001, men har gått ned de siste årene. Samlet sett har sysselsettingsandelen falt med om lag 2 ½ prosentenheter fra 2001 til 2017, og var i fjor den laveste som er registrert i IA-perioden. Nedgangen har vært størst i de yngre aldersgruppene og særlig for yngre menn.



Deltakelsen i arbeidslivet øker med utdanningsnivået. Siden 2006 har det vært reduksjon i sysselsettingsandelen for alle utdanningsgrupper. Nedgangen har vært minst for de med høyere utdanning.



Kilde: SSB

I 2017 var antallet tapte årsverk knyttet til mottak av en helserelatert ytelse om lag 536 000, mens det til sammenlikning var 2,5 mill. sysselsatte årsverk. Målt som andel av befolkningen i alderen 18-66 år, utgjorde de tapte årsverkene 15,9 pst. Andelen har vært stabil siden 2014 og var i 2017 på om lag samme nivå som i 2001. En økende andel eldre i yrkesaktiv alder har isolert sett bidratt til å

trekke opp andelen tapte årsverk i IA-perioden. Samtidig har lavere trygderater blant personer over 50 år og økt innvandring i aldersgrupper med lavere andel på trygd, trukket i motsatt retning.

Høy innvandring

Norge har opplevd en kraftig befolkningsvekst det siste tiåret, i hovedsak som følge av økt innvandring etter utvidelsene av EØS-området i 2004 og 2007. Fra 2004 til 2017 utgjorde nettoinnvandringen omtrent 480 000 personer, eller i gjennomsnitt om lag 34 000 personer per år.

Innvandring får konsekvenser for oppnåelse av målene i IA-avtalen på forskjellige måter. Den høye asyltilstrømmingen, særlig i 2015, har aktualisert integreringsutfordringene. I tillegg til språkopplæring vil mange trenge kompetanseheving og målrettet bruk av arbeidsrettede tiltak for å bli integrert i arbeidslivet. Samtidig kan stor tilstrømming av arbeidskraft fra utlandet, særlig arbeidsinnvandrere, gjøre det mer krevende å inkludere utsatte grupper i Norge, som ungdom med mangelfull utdanning, personer med helseutfordringer og tidligere ankomne innvandrere. Forskning tyder på at en slik fortregning har gjort seg gjeldende for enkelte grupper. En studie fant at svensk ungdom til en viss grad har fortrent norske ungdommer i arbeidsmarkedet, mens en annen studie finner fortregningseffekter i bygge- og anleggsektoren, om enn i et noe mindre omfang (Bratsberg og Raaum, 2012, 2013). Effektene i bygg og anlegg er nesten like for innenlandske arbeidstakere med lav utdanning og tidligere ankomne innvandrere.

Unge på arbeidsmarkedet

Mange unge er under utdanning, og mye av sysselsettingen i denne gruppen er deltidssysselsetting ved siden av utdanningen. Et supplerende mål på ungdommens situasjon på arbeidsmarkedet er andelen som verken er i arbeid, utdanning eller opplæring, såkalte NEETs («Not in Employment, Education or Training»). NEET-raten har variert over tid. Fra begynnelsen av 2000-tallet og fram til 2008 avtok NEET-raten, deretter har det vært en viss økning. I 2017 var det ifølge AKU 66 000 personer i alderen 15-29 år som tilhørte denne gruppen. Det utgjorde 6 pst. av aldersgruppen.

NEET-gruppen er sammensatt, og status som NEET innebærer ikke nødvendigvis vedvarende problemer i arbeidsmarkedet. En betydelig andel er inntil NEET-gruppen en forholdsvis kort periode, men det er også en god del som ser ut til å befinne seg i denne situasjonen sammenhengende over flere år. Flertallet av dem som tilhørte NEET-gruppen i 2014 betraktet seg selv som arbeidsledig: 76 pst. av mennene og 47 pst. av kvinnene (Bø & Vigran, 2015).

Et annet kjennetegn ved NEET-gruppen er at innvandrere og personer med lav utdanning er overrepresentert. Ungdom med kun grunnskole utgjør omkring 60 pst. av NEETs, en høy andel sammenlignet med andre nordiske land (Hardoy, Røed, Von Simson, & Zhang, 2016).

Det er viktig å øke fullføringsgraden i videregående utdanning for å redusere NEET-raten. En rapport fra SSB har belyst fullføring og frafall i videregående opplæring.¹ Denne studien viser at av de som begynte videregående opplæring i 2011 var det 73 pst. som hadde fullført videregående opplæring innen en femårsperiode. For kullene som begynte etter 2009 har det vært en økning av andelene som fullfører videregående opplæring. Frafallet er høyere for gutter enn for jenter og høyere i yrkesfaglige utdanningsprogram enn for studieforberedende utdanningsprogram. Manglende kompetanse er fortsatt en betydelig utfordring i et arbeidsmarked med høye og økende krav til kompetanse og kvalifikasjoner.

De som bare har grunnskoleutdanning er dårligst stilt, og de som har oppnådd både studie- og yrkeskompetanse, samt de som har fag-/svennebrev, er best stilt (Markussen, 2016). Internasjonal forskning tyder på at manglende fullføring av videregående opplæring er slutt punktet på en prosess som starter tidlig, og har røtter i tidlige barneår (Markussen, 2016).

¹ Huitfeldt, L. Kirkebøen, L.J., Strømsvåg, S., Eilsen, G. og Rønning, M. (2018). Fullføring av videregående opplæring og effekter av tiltak mot frafall. Sluttrapport fra effektevalueringen av Overgangsprosjektet i NyGiv. Rapporter 2018/8. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. ,

3. STABILT SYKEFRAVÆR DE SISTE ÅRENE

Delmål 1: Redusere sykefraværet med 20 pst.

Det sesong- og influensajusterte sykefraværet var 6,2 prosent i 3. kvartal 2018. Etter en nedadgående trend fra 2009 til 2012, har sykefraværet vært tilnærmet stabilt, med noen bevegelser opp og ned. Sammenliknet med 2. kvartal 2001, da den første IA-avtalen ble inngått, har det sesong- og influensajusterte sykefraværet gått ned 12,9 prosent. Dette tallet er justert for effekten av overgangen til nytt datagrunnlag, A-ordningen, fra 1. kvartal 2015.

I IA-perioden sett under ett har det vært en nedgang i fraværet for begge kjønn og i alle aldersgrupper, næringer og fylker. Nedgangen er svært ujevnt fordelt, eksempelvis har nedgangen i fraværet vært langt sterkere for menn enn for kvinner.

Økt gradering er et uttalt mål i IA-avtalen, og siden 2001 har graderingen økt. Økningen i graderingen har flatet ut etter 2012 og har etter den tid fluktuert rundt det høyeste nivået i IA-perioden.

Endringer i arbeidsstyrken påvirker sykefraværet. At arbeidsstyrken stadig blir eldre, at andelen kvinner i arbeidslivet øker og at næringer med høyt sykefravær vokser sterkere enn andre næringer, fører isolert sett til økning i fraværet. Motsatt vil en arbeidsstyrke med økt utdanningsnivå eller med mange som mottar mer langvarige helse relaterte ytelser føre til lavere sykefravær.

Høyt sykefravær i internasjonale sammenheng

Internasjonale sammenligninger av sykefraværet tar ofte utgangspunkt i de ulike lands arbeidskraftsundersøkelser (AKU). Basert på AKU har Norge det høyeste sykefraværet i forhold til land det er naturlig å sammenligne oss med.

Proba samfunnsanalyse utarbeidet i 2014 to rapporter² på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet.³ Hovedrapporten konkluderer med at Norges høye sykefravær i internasjonale sammenligninger verken kan forklares med forskjeller i hvordan sykefraværet måles, eller av forskjeller i maksimal varighet eller andre regler for sykmelding. Probas analyser tyder på at forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken eller kjennetegn ved arbeidslivet heller ikke har vesentlig betydning.

Ulike institusjonelle særtrekk ved sykefraværsordningene i andre land, som i Danmark og Sverige, bør likevel ikke undervurderes, når en søker forklaringer på forskjeller i sykefravær.

² Gleinsvik m.fl. (2014a) og Gleinsvik m.fl. (2014b)

³ Landene som er studert i SSB og Proba-rapportene er de nordiske landene, Nederland og Storbritannia.

En rapport fra Sintef⁴ konkluderer blant annet med at «*I Norge dekker sykepengeordningen sannsynligvis en del langtidsfravær fra jobb som ville vært registrert som arbeidsledighet i andre land. (...) Vi finner i liten grad elementer i andre lands oppfølgingsregimer som tilsier at det bør prøves ut i Norge.*»

For Sveriges del kan vi peke på innvirkningen på sykefraværet av Försäkringskassans endring av regelverk for sjukpenning og oppfølging av slike endringer. Sykefraværet i Sverige, målt med det såkalte sjukpenningstalet⁵, har variert svært mye i perioden 2000 til 2018, og Försäkringskassan⁶ går selv svært langt i å koble praktisering av regler for tildeling, fornyelse av og avslag på sjukpenning til endringene i sjukpenningstalet.

I 2008 ble den såkalte rehabiliteringskjedan innført, som gjorde at man kan risikere å miste sjukpenningen om man etter 90 dager ikke er i stand til å ta et annet arbeid hos arbeidsgiveren, og etter 180 dager ikke kan ta et annet, etter Försäkringskassans vurderinger, normalt forekommende arbeid på arbeidsmarkedet.

I praksis kan mange som ikke får sjukpenning, avslutter eller ikke får fornyet sjukpenningen, havne på andre velferdsordninger, eller gå tilbake til jobb, eventuelt med helseplager. Dette er overgang til ordninger under Arbetsförmedlingen (som arbeidsløshetsstrygd), sjukersättning (uføretrygd), alderspensjon, familiebasert omsorg, ea. De som går tilbake til jobb eller gjennomfører slike overganger faller da ut av sykefraværstatistikken og sjukpenningstalet går ned. Det å sammenlikne AKU-tall for sykefraværet i Norge og Sverige kan derfor bli misvisende, dersom det er slik at en god del personer med helseproblemer tas ut av sjukpenning i Sverige og går ut av sykefraværstatistikken.

Det er vanskelig å finne tall for omfanget av slike overganger og enda vanskeligere å si noe presist om hva dette betyr for sykefraværet. Det vi altså kan gjøre og som sannsynliggjør at vår problemstilling har en relevans, er å vise til Försäkringskassans egne framstillinger av variasjoner i sjukpenningstalet, koblet opp mot regelendringer og praktiseringen av reglene⁷.

⁴ Sintef-rapport 2018:01047: *Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland.*

⁵ Sjukpenningstalet er antallet utbetalte nettodager med sjukpenning og rehabiliteringspenning per registrert forsikret 16-64 år eksklusiv forsikrede med hel sjuk- eller aktivitetsersättning, i en 12-måneders periode. Altså et mål på gjennomsnittlig antall dager med sjukpenning. Uføretrygd (sjuk- og aktivitetsersättning) er ikke med. Rehabiliteringspenning kan gis i stedet for sjukpenning i forbindelse med arbeidslivsinrettet rehabilitering

⁶ Framstillingen i dette avsnittet baserer seg på to rapporter fra Försäkringskassan i Sverige, først *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018* fra 2018 og så *Ökad kunnskap för bättre stöd tillbaka från sjukskrivning. Försörjningskälla mellan dag 180 och 380 i rehabiliteringskjedan* fra 2017.

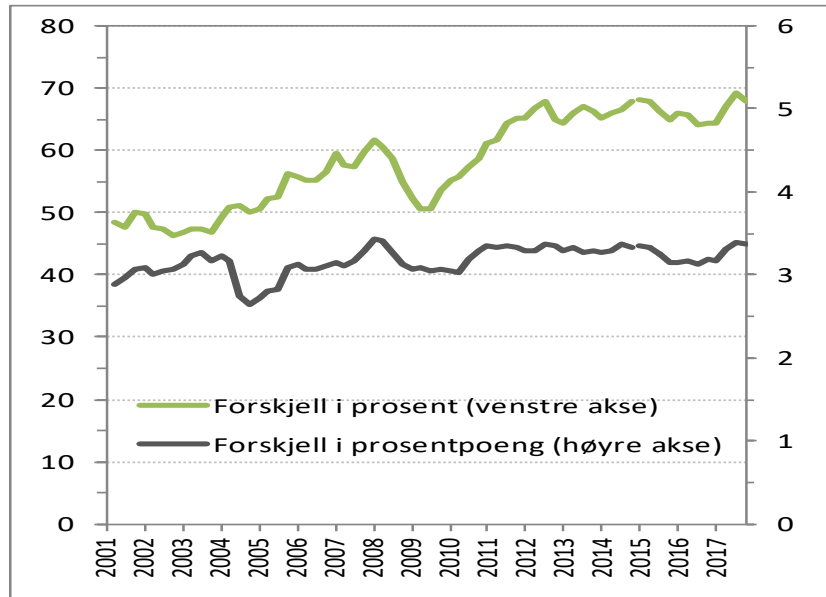
⁷ Se de nevnte rapportene.

At det har forekommet en overføring av personer med helseproblemer til Arbeidsförmedlingen etter slike innstramminger i regelverket for sjukpenning bekreftes av Arbeidsförmedlingen selv.⁸

Det dette viser oss er at det er av avgjørende betydning i denne typen sammenlikning av sykefraværet mellom Norge og andre land, at man anlegger et helhetlig perspektiv og ser på alle de ordningene personer med helseproblemer er knyttet til i løpet av det første året med fravær fra jobb. I Norge er dette primært sykelønnsordningen, i andre land kan det skje overganger til andre ordninger (eller tilbakeførsel til jobb), der det ikke er opplagt at personen har blitt frisk eller helt arbeidsfør. Dette utdypes i den nevnte rapporten fra Sintef. Her vurderes også Norge å være blant de beste landene i oppfølgingen av sykemeldte.

Kjønnsforskjellene er store og har økt i perioden

Kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. I 4. kvartal 2017 hadde kvinner 8,3 pst. sykefravær, mot 5,0 pst. blant menn. Mellom 2. kvartal 2001 og 4. kvartal 2017 ble menns totale, sesongjusterte sykefravær redusert med 16,5 pst, mens kvinners fravær ble redusert med 5,7 pst. Det innebærer at forskjellen mellom kvinners og menns fravær økte fra 2,9 til 3,4 prosentpoeng i samme tidsrom.



Kilde: Rapport 2018 fra faggruppen for IA-avtalen

Kjønnsforskjellen gjelder for alle aldersgrupper, men den er størst i aldersgruppene 25-39 år. For disse aldersgruppene er det legemeldte fraværet dobbelt så høyt eller mer for kvinner sett i forhold til menn.

⁸ Uttalelse fra Arbeidsförmedlingens rehabiliteringssjefsjeff Maria Kindahl til svt nyheter 20. mars 2018.

Sykefraværet for menn øker gradvis med økende alder, unntatt for den eldste aldersgruppen (65-69 år) hvor sysselsettingen er lav og det er de friskeste i aldersgruppen som fortsetter å arbeide. Kvinners fravær har et noe annerledes aldersmønster. Blant kvinner er det kun de yngste (20-34 år) og de eldste (50-69 år) som følger et tilsvarende stigende mønster som menn. For kvinner øker fraværet kraftig mellom aldersgruppene 20-24 år og 25-29 år, og når sin nest høyeste verdi for aldersgruppen 30-34 år. Deretter avtar det noe for aldersgruppene 35-39 år og 40-44 år før det igjen stiger.

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. Almlid-utvalget (NOU 2010: 13) gjennomgikk i 2010 kunnskapsstatus for kjønnsforskjeller i sykefraværet. Utvalget konkluderte med at mye av kjønnsforskjellene ikke kunne forklares ut fra tilgjengelig kunnskap og at mye av årsaken til kjønnsforskjellene i sykefraværet var ukjent.

Almlid-utvalget pekte på svangerskap som en sentral faktor, som likevel bare delvis forklarer kjønnsforskjellene i sykefraværet. Ifølge en nyere analyse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet kan nær 40 pst. av forskjellen mellom menn og kvinner mellom 20–39 år tilskrives gravides sykefravær (Helde og Nossen 2016). Ifølge en analyse fra Statistisk sentralbyrå er det indikasjon på at rundt 35 pst. av forskjellen i menn og kvinners legemeldte sykefravær kan tilskrives svangerskapsrelaterte sykdommer (Berge m.fl. 2010). Ifølge en studie fra Frisch-senteret (Markussen og Røgeberg 2012) av perioden 1993-2005, økte forskjellen i sykefraværet mellom gravide og en kontrollgruppe av ikke-gravide betydelig i løpet av perioden. Basert på deres funn tror de at den økte forskjellen skyldes en kombinasjon av endrede holdninger hos arbeidstakere og/eller leger rundt fravær som ikke er (strengt) medisinsk begrunnet og/eller en økt medikalisering av naturlig variasjon i helse.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt gjennomførte i 2011 et ekspertmøte blant forskere om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefraværet. En hovedkonklusjon i rapporten fra møtet er at det også i andre land er store kjønnsforskjeller i sykefraværet. Ifølge rapporten finnes det heller ingen sikre forklaringer på hvorfor sykefraværet er høyere blant kvinner enn menn. Seleksjon til kvinne- og mannsyrker ser ikke ut til å kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre konkluderer rapporten med at "dobbeltarbeidshypotesen" ikke kan avvises, men at mekanismene bak denne ikke er godt nok forstått. For å forstå disse mente forskerne at man burde undersøke roller, holdninger og identitet knyttet til dobbeltarbeidshypotesen (Mykletun og Vaage 2012). I en senere studie finner Rieck og Telle (2013) at sykefraværet for kvinner i årene etter fødsel ikke er

høyere enn før fødselen når de kontrollerer for flere åpenbare seleksjonsproblemer. Deres resultater gir dermed liten støtte til "dobbeltarbeidshypotesen". I en ny studie finner Lima (2018) støtte til at det å få barn medfører økt sykefravær for yrkesaktive menn og kvinner, og at sykefraværet øker mest for kvinnene. En studie fra Frisch-senteret i 2015 (Hauge m.fl. 2015) viser at menn og kvinner til dels er ulike når det gjelder holdninger, preferanser og normer. Denne studien gir likevel ingen holdepunkter for å si at kjønnsforskjellen i sykefravær skyldes ulike holdninger, normer eller preferanser.

Det er også publisert annen forskning på kjønnsforskjeller i sykefraværet etter ekspertmøtet i 2011. Dette er bl.a. forskning som understreker betydningen av det psykososiale arbeidsmiljøet (se bl.a. Sterud 2014a) og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse (se bl.a. Ose m.fl., 2014). Ose m.fl. konkluderer med at ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager, sannsynligvis forklarer det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Videre skriver de i rapporten at det generelt er godt samsvar med risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykmeldt for.

Forskermiljøet står ikke samlet, og det er fortsatt usikkerhet rundt sammenhengen mellom kjønn og sykefravær.

Høyest fravær innen helse- og sosialtjenester

Sykefraværet varierer mye mellom de ulike næringene. Fraværet er lavest innen informasjon og kommunikasjon (4,0 pst. i 2017), og høyest innen helse- og sosialtjenester (9,1 pst. i 2017).

Helse- og sosialtjenester er den klart største næringen i Norge og dekker bl.a. kommunal pleie- og omsorgssektor, spesialisthelsetjenesten og barnehagesektoren.⁹ Hver femte arbeidstaker og mer enn hver tredje kvinnelige arbeidstaker er sysselsatt innen helse- og sosialtjenester. Sykefraværet i denne næringen har derfor stor innvirkning på nivået for det samlede sykefraværet. Det er samtidig også store forskjeller mellom de ulike sektorene innenfor næringen.

Variasjonene mellom næringene kan skyldes forhold som er spesifikke for næringene og forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken mellom næringene. Eksempler på slike forhold kan være forskjeller i arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå og alders- og kjønns sammensetning.

⁹ Ifølge Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse (LKU) arbeidsmiljø fra 2016, er de mest vanlige yrkesgruppene innen næringen pleie- og omsorgsarbeider (24 pst.), sykepleier (15 pst.) og barnehage-/skoleassistent (13 pst.). Deretter følger vernepleier/sosialarbeider (9 pst.), leger o.l. (7 pst.) og førskolelærere (6 pst.).

Det høye fraværet i næringen helse- og sosialtjenester kan skyldes både forhold i næringen og kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mer enn 80 pst. av de sysselsatte i næringen er kvinner. Almlid-utvalget, som utredet spørsmål knyttet til utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren, konkluderte med at den viktigste forklaringen er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i sektoren sammenlignet med andre næringer. Utvalgets beregninger viste at dersom samme kjønns sammensetning legges til grunn i helse- og omsorgssektoren som i alle næringer samlet, ville det legemeldte sykefraværet for 3. kvartal 2009 vært 15 pst. lavere. Selv korrigert for kjønnsforskjeller mellom næringene, er imidlertid sykefraværet i helse- og omsorgssektoren høyere enn gjennomsnittet for alle næringer, men sektoren ligger ikke lenger høyest blant alle næringer. Både næringene "Transport og lagring", "Forretningsmessig tjenesteyting" og "Overnattings- og serveringsvirksomhet" ligger da høyere enn helse- og omsorgssektoren.

Almlid-utvalget pekte 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. Deskriptive analyser av selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen (LKU) om arbeidsmiljø i 2016¹⁰, viser at til tross for en nedgang i den generelle andelen yrkesaktive som utsettes for noen fysiske og psykososiale arbeidsmiljøeksponeringer, oppgir både pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere høy eksponering for en rekke psykososiale og mekaniske risikofaktorer i arbeidsmiljøet. I disse yrkene oppgir 15 pst. at de er utsatt for seksuell trakassering på jobb en gang i måneden eller mer, og om lag 25 pst. oppgir at de i løpet av de siste 12 månedene har vært utsatt for vold eller trusler om vold på jobb (STAMI 2018). Vold og trusler om vold ble i en oppfølgingsstudie identifisert som risikofaktor for legemeldt sykefravær blant kvinner i helse- og sosialyrker (Aagestad m.fl. 2014a). Kvinner i helse- og sosialyrker har en høyere risiko for legemeldt sykefravær sammenlignet med kvinner i øvrig yrkespopulasjon, og i en studie fra 2016 rapporteres det at en betydelig del av denne økte risikoen kan forklares av arbeidsmiljøfaktorer som tunge løft, høye emosjonelle krav, vold og trusler om vold (Aagestad m.fl. 2016).

Store forskjeller i nedgangen mellom næringer i IA-perioden

Brudd i statistikken mellom 2014 og 2015 gjør det vanskelig å gi presise tall for endringer over tid, særlig gjelder dette tall for enkelte næringer. Blant alle næringer er sykefraværet redusert fra 2001, men nedgangen varierer sterkt mellom næringer.

¹⁰ Gjennomført av Statistisk sentralbyrå – se <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-om-arbeidsmiljo-2016#content>

Den største nedgangen fra 2001 til 2017 har skjedd innen overnatting-/serveringsvirksomhet med 34 pst., industrien (25 pst.) og forretningsmessig tjenesteyting (22 pst.). I tillegg har to andre næringer en nedgang på drøye 20 pst.. Det har knapt vært en nedgang innen teknisk tjenesteyting, offentlig administrasjon/forsvar/sosialforsikring og bergverksdrift og utvinning i perioden. Videre har nedgangen vært svak innen undervisning.

Næringsforskjeller i utviklingen av sykefraværet har trolig sammenheng med at det har vært gjennomført ulike tiltak i de enkelte næringene. For eksempel har partene i industrien – den næringen med nest sterkest reduksjon siden 2001 – vært aktivt involvert i ulike typer tiltak med reduksjon i sykefraværet som målsetting. Også andre endringer har sannsynligvis bidratt til reduksjonen, knyttet til både teknologisk utvikling og til outsourcing av arbeidsoppgaver og andre strukturelle endringer i industrien.

I det forebyggende sykefraværarbeidet spiller bedriftshelsetjenesten en vesentlig rolle. I flere næringer har det over tid vært et krav om at virksomheten skal være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste for å ivareta et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Endringer i arbeidsinnhold som følge av ny teknologi kan være en annen forklaring på at nedgangen er ulik mellom næringene. I flere næringer har manuelle, tunge og rutinepregede arbeidsoppgaver forsvunnet, eller blitt redusert som følge av nye måter å arbeide på. Slike endringer påvirker hva man utsettes for av belastninger i arbeidsmiljøet som igjen vil kunne ha betydning for både helse og sykefravær.

Videre kan forhold som endringer i utdannings- og yrkesfordeling innen de enkelte næringer også tenkes å ha betydning. Personer med lengre utdanning innehar oftere jobber med lavere risiko for sykefravær. Studier viser at forskjeller i arbeidsmiljøeksponering kan forklare en betydelig del, men det er også andre faktorer som bidrar til at personer med lengre utdanning har lavere sykefravær enn personer med kort utdanning¹¹. I næringer der sammensetningen av arbeidsstyrken er blitt endret slik at en større andel har jobber hvor det kreves lengre utdanning, kan derfor fraværet ha blitt redusert.

Det er også stor forskjell i sykefraværet mellom de ulike yrkesfeltene. Det er salgs- og serviceyrker samt renholdere, hjelpearbeidere mv. (dvs ufaglærte) som har høyest fravær.

¹¹ Se f.eks. Sterud og Johannessen 2014

Sykefraværet er høyest i de nordligste fylkene

Det er store fylkesvise variasjoner i sykefraværet. Blant fylkene er det Finnmark og Nordland som hadde det høyeste legemeldte sykefraværet i 4. kvartal 2017, mens Oslo hadde det klart laveste fraværet.

Det er betydelige forskjeller mellom fylkene også når det kontrolleres for kjønns- og alderssammensetning og forskjeller i næringsstruktur. Dette tyder på at de kan være ulikheter i sykmeldingspraksis og NAVs og de andre aktørenes håndtering av stoppunktene i sykefraværsoppfølgingen. Forskning viser at en tettere oppfølging og en konsekvent praktisering av sykepengeregulverket i oppfølgingsarbeidet gir raskere tilbakevending til arbeid. (Kann m.fl. 2014 og Markussen m.fl. 2014).

60 pst. av fraværet skyldes muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser

To diagnosegrupper skiller seg ut som de klart største: muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Nær fire av ti sykefraværsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med muskel- og skjelettlidelser, mens to av ti sykefraværsdagsverk skyldes fravær diagnostisert med psykiske lidelser. Til sammen utgjør disse to diagnosegruppene nærmere 60 pst. av fraværet. De øvrige diagnosegruppene utgjør hver mellom fire og syv pst. av fraværet. Generelt er diagnosesammensetningen relativt stabil fra ett år til et annet. Likevel har det vært endringer når man ser hele perioden 2001 til 2017 under ett. I denne perioden var det særlig en nedgang i muskel- og skjelettlidelser, mens psykiske lidelser økte. Svangerskapsrelaterte sykdommer og sykdommer i nervesystemet økte også i perioden. Det er usikkert i hvilken grad endringene skyldes endret sykdomsbilde eller endringer i legenes kodepraksis i perioden.

Flest korte fravær, men lange fravær betyr mest for det samlede fraværet

Til sammen var det 1,3 mill. legemeldte sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2016.¹² Mens sykefraværstilfeller inntil 16 dager sto for 63 pst. av alle påbegynte tilfeller, utgjorde de kun 13 pst. av de legemeldte sykefraværslagene som skyldes tilfeller som ble påbegynt i 2016. Når man regner i fraværslager er det altså de lengre tilfellene som veier tyngst, og de vil derfor også ha størst innvirkning på sykefraværspst.en. Kun seks pst. av tilfellene varte mer enn et halvt år, men de utgjorde 46 pst. av alle fraværslagene. Tilfeller over åtte uker utgjorde 17 pst. av tilfellene, men 71 pst. av sykefraværslagene.

¹² Tilsvarende tall for 2017 er klare om ett år, siden det først er da alle tilfellene påbegynt i 2017 vil være avsluttet og varigheten kan måles. Varigheten er regnet i kalenderdager, og tar derfor ikke hensyn til forhold som stillingsandel eller sykmeldingsgrad.

4. STABIL ANDEL SYSSELSATTE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne

Andelen sysselsatte blant de funksjonshemmede i alderen 15-66 år utgjorde 43 pst. i 2017, mot 73 pst. for befolkningen i alt. AKU viser at andelen sysselsatte funksjonshemmede har holdt seg nokså stabil fra undersøkelsen ble etablert i 2006 og fram til i dag (2017). Det har kun skjedd små endringer over tid, og disse ligger stort sett innenfor feilmarginen.

Etter en svak økning i perioden fra 2013-2015 har det vært en svak nedgang i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger de to siste årene. Samtidig har totalt antall mottakere i forhold til befolkningen gått ned i perioden fra 2010-2017. Antall mottakere har gått ned for alle aldersgrupper. Tilstrømmingen av unge uten fullført utdanning og arbeidserfaring økte sterkt etter innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, men har holdt seg stabil de siste par årene.

Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder har holdt seg nesten konstant i hele perioden 2010–2017. Imidlertid har tilstrømmingen av mottakere under 30 år økt fra 2013 og fram til i dag. Dette må ses i sammenheng med at mange har hatt avgang fra arbeidsavklaringspenger i løpet av denne perioden.

5. MÅLET OM Å ØKE YRKESDELTAKELESEN BLANT SENIORER ER NÅDD

Delmål 3: Forlengelse av yrkesaktivitet etter 50 år

Delmål 3 i IA-avtalen har vært å øke yrkesaktiviteten for personer over 50 år med 12 måneder sammenliknet med nivået i 2009. Utviklingen måles med utgangspunkt i indikatoren forventet yrkesaktivitet etter 50 år. Dette målet i IA-avtalen ble nådd før den forrige avtaleperioden utløp i 2018.

Flere studier har vist at pensjonsreformen har bidratt sterkt til veksten i seniorsysselsettingen fra 2011. Andre viktige forhold som har bidratt til veksten de siste årene er økt levealder og bedre helsemessige forutsetninger for å fortsette i arbeid, økt utdanningsnivå og en positiv utvikling i holdningene til seniorer i arbeidslivet. Økt andel seniorer i arbeidsstyrken har også bidratt til at eldre arbeidstakere generelt har fått en styrket posisjon på arbeidsmarkedet, sammenliknet med andre aldersgrupper. Det er også grunn til å anta at eldre arbeidstakere, i mindre grad enn unge, har møtt økt konkurranse om jobbene som følge av høy arbeidsinnvandring.

Seniorpolitiske tiltak som iverksettes i bedriftene er én av mange øvrige faktorer som påvirker yrkesaktiviteten. I tillegg vil både konjunktursituasjonen og langsiktige strukturelle endringer på arbeidsmarkedet påvirke sysselsettingsmulighetene for både yngre og eldre arbeidstakere over tid. Dette gjelder blant annet endringer i næringsstruktur og alderssammensetning. Endringer i tidlig frafall fra arbeidsstyrken vil også påvirke indikatoren for dette IA-målet.

6. MANGLENDE KOMPETANSE – BARRIERE FOR INKLUDERING

Inkluderings- og kompetanseområdet henger tett sammen

Blant de som er registrert med helseutfordringer hos NAV er personer med lite utdanning/kompetanse klart overrepresentert. Nær 20 pst. av personer med lav utdanning er uføre mot 4 pst. blant høyutdannede. Om lag halvparten av unge i alderen 18-30 år som verken er i arbeid eller utdanning mangler fullført videregående opplæring. Arbeidsløsheten blant personer med kort utdanning er flere ganger så høy som blant langutdannede.

Det er tegn til at noen unge sluses inn på helserelevante ytelser fordi tilgangen til oppfølging og tiltak her er bedre enn for ordinært arbeidsløse. Likevel får mange ikke den oppfølgingen de trenger. Venting og mangel på gode aktivitets- og kompetansehevingstilbud kan gjøre at flere får svekket helse og skyves enda lenger unna arbeidslivet, i strid med det som var intensjonen med ordningen. Mangel på fullført videregående opplæring er en av de viktigste barrierene for jobbtilknytning blant unge.

Sammenhengen mellom utdanning/kompetanse, helse og inkludering i arbeidslivet er komplekse og kan ha ulike innganger. Dårlig helse kan starte med manglende fullføring av videregående opplæring med tilhørende perioder med passivitet og vansker på jobbmarkedet, eller det kan for eksempel ha rot i belastende forhold i arbeidslivet. Men virkninger kan også gå den andre veien: Helseutfordringer kan gjøre det vanskelig å fullføre utdanning og å få fotfeste i arbeidslivet. Utenforskap, mangel på utdanning og dårlig helse blir fort en ond sirkel.

Gråsonene mellom arbeidsførhet og uførhet er store. I tjenestesamfunnet er det stor etterspørsel etter den enkeltes samlede ferdigheter og egenskaper¹³. Å mestre jobb stiller store krav til både kompetanse og helse, og det er ofte ikke så lett å identifisere hva som evt. kan være utløsende barriere for arbeidsdeltakelse. Når det buttrer imot for den enkelte, kan det ofte være som følge av en kombinasjon av kompetanse- og helseutfordringer. Økende krav til kompetanse, herunder digitale ferdigheter, kan gi problemer med mestring dersom den enkelte ikke får tilstrekkelig kompetansepåfyll. Det er nær sammenheng mellom manglende mestring og dårlig helse.

¹³ Bla krav til sosiale ferdigheter i møte med kunder

Manglende kompetanse har blitt en tydeligere barriere for målene slik de var formulert i den gamle IA-avtalen:

Delmål 1: Redusere sykefraværet

- Ofte kan skifte av jobb være løsningen for sykmeldte. Da trengs ofte kompetansehevende tiltak. NAV har selv etterlyst kompetansetiltak i sykefraværsoppfølgingen.
- Rask teknologisk utvikling kombinert med krav om å stå lenge i jobb, kan føre til mestringsutfordringer og uheld. Kompetanseheving for den enkelte kan motvirke en slik utvikling.

Delmål 2: Hindre frafall og øke sysselsettingen for personer med nedsatt funksjonsevne

- En stor del av personene som er registrert med nedsatt arbeidsevne hos NAV har lite utdanning/svak kompetanse. Det er bred enighet om at en del av inkluderingsutfordringen blant personer med helseutfordringer er en fordekt kompetanseutfordring.
- Satsing på utdanning og kompetanse er generelt god forebygging.

Delmål 3: Øke yrkesaktiviteten blant senioren

- Aldring av befolkningen og et arbeidsliv med utsikter til raskere endringstakt, øker behovet for både omskolering og løpende påfyll av kompetanse. Her trengs bedre ordninger for livslang læring i kombinasjon med generelt mer aktiv seniorpolitikk.
- Å ha gode kompetanseutviklingsmuligheter, og anerkjennelse og god bruk av seniorennes kompetanse, kan bli enda viktigere for at flere skal ønske å stå lenger i jobb, og for at arbeidsgivere skal være villige til å ansette. Det må ses i sammenheng med at kompetansekravene øker, og at effektene av pensjonsreform og av høyere utdanningsnivå kan være i ferd med å flate ut.

7. NY IA-AVTALE OG VEIEN VIDERE

Arbeidsplassen enda viktigere tiltaksarena, trepartssamarbeidet viktig verktøy

Arbeidslivet vil kunne endres enda raskere i tiden som kommer. Ny teknologi vil bidra til forskyvning mellom næringer, at gamle jobber erstattes av nye og til økte og endrede kompetansekrav på den enkelte arbeidsplass. Sammen med aldrende befolkning og økt krav til å stå lenge i jobb, stiller det store krav til å henge med på politikksiden. Det blir viktigere å være i forkant av utviklingen. Det gjelder også på den enkelte arbeidsplass. IA-avtalen både på samfunns- og virksomhetsnivå er et av våre viktigste verktøy for å kunne lykkes. IA-avtalen har vært et vilkår for at LO støtter pensjonsreformen.

LO har tatt til orde for at det må bli bedre muligheter til både løpende kompetanseheving, til mer omfattende omskolering til andre jobber og yrker og for tilrettelegging på den enkelte arbeidsplass. Vi trenger bedre ordninger for livsopphold som kombineres med etter- og videreutdanning. Det er et særlig behov for å styrke etter- og videreutdanningsmulighetene i yrkesfaglige deler av arbeidslivet.

I desember 2018 ble det enighet om en ny IA-avtale. Endringene er større enn ved tidligere revideringer.

Redusere sykefraværet og hindre frafall

Den nye avtalen konsentrerer seg om to hovedmål: redusere sykefraværet (med 10 % fra årsgjennomsnittet 2018) og hindre frafall (indikator ikke satt). For å nå disse målene skal det jobbes med det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet for å redusere lange og gjentakende sykefravær.

I avtalen kobles IA-arbeidet tettere til kompetansepolicyen. En ny digital webportal skal utvikles for å hjelpe virksomhetene med dette arbeidet.

Det skal utvikles egne bransjesatsinger for bransjer som har spesielt potensiale for å bidra til å nå IA-avtalens mål. Bransjesatsingene skal ha egne mål og indikatorer og det skal testes ut ulike virkemidler, som er mer tilpasset den enkelte bransje.