

# Dårlig fysisk helse – ingen hindring for å jobbe?

*Dårlig helse er en viktig grunn til ikke å være i arbeid. Dette viser analyser av aldersgruppen 40-79 år i LOGG-undersøkelsen. I høy alder betyr helse enda mer for yrkesdeltakelsen. Det skal en mindre helsesvikt til før en eldre person faller ut av arbeidsmarkedet. Men også mange med dårlig helse er i arbeid. Og mange av dem som ikke er i arbeid, ønsker arbeid. De fleste av disse kan synes å ha tilstrekkelig helse til å greie en jobb.*

Per Erik Solem,  
Magnhild Nicolaisen og  
Henning Finseraas

## Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG)

LOGG 2007 er en nasjonal undersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå og forskningsinstituttet NOVA. Undersøkelsen består av den internasjonale studien Generations and Gender Survey (GGS) og andre runde av den norske studien Livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). For nærmere beskrivelse, se første artikkel i dette nummeret av Samfunnspeilet, 1/2009.

Hva er «god nok» helse til å jobbe? Når vi finner at mange med relativt dårlig helse er i arbeid, betyr ikke det automatisk at de utenfor arbeidslivet som har tilsvarende helse, kunne ha vært i arbeid om de hadde fått arbeid. Det kan være mange gode grunner, også helsemessige, som gjør at de ikke jobber.

Undersøkelsen tyder på at det ikke er et bestemt nivå av helse som er avgjørende for om en kan være i arbeid eller ikke. Mange med dårlig helse jobber, og mange med god helse har sluttet å jobbe. Det er likevel tydelig at helsa har stor betydning for om en er i arbeid eller ikke.

## Behov for eldre i arbeidslivet

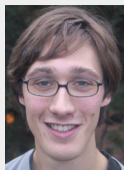
Demografiske endringer, med små årskull i tidlig yrkesaktiv alder og store årskull på vei ut av arbeidslivet gjennom pensjonering, har gjort at myndighetene har satt i gang tiltak for å flere til å stå lenger i arbeid. Et av disse tiltakene er pensjonsreformen som satser på økonomiske insentiver for å stimulere yrkesaktive til å pensjoneres senere enn de ellers hadde tenkt.

Andre tiltak er rettet inn mot arbeidslivet for å legge forholdene bedre til rette for at flere kan og vil arbeide lenge, og for at arbeidsgivere skal se behovet for å inkludere større grupper i sin arbeidsstyrke. Et slikt virkemiddel er Inten-sjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), som ble inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet i 2001 og fornyet i 2005. IA-avtalen har tre målsetninger:

- å senke sykefraværet,
- å inkludere flere med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet
- å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen.

Dette skaper to hovedtyper utfordringer for arbeidslivet: ta vare på dem som er i arbeid, og gi plass til flere som ønsker å jobbe.

Det kan være mange ulike grunner til at noen slutter tidlig (Midsundstad 2006, Solem 2007). Forhold ved jobben og i arbeidsmiljøet kan gjøre det vanskelig eller lite interessant å fortsette i jobb. En god pensjon kan friste til å slutte for å dyrke fritidsinteresser, være sammen med familie og venner eller å reise. Og det kan være at helsa er for dårlig til at man kan jobbe.



**Per Erik Solem** (fra venstre) er psykolog og forsker ved NOVA. (pes@nova.no)

**Magnhild Nicolaisen** er sosiolog og forsker ved NOVA. (mni@nova.no)

**Henning Finseraas** er statsviter og stipendiat ved NOVA. (hfi@nova.no)

## Er helse en hindring?

I hvilken grad er dårlig fysisk helse en hindring for å stå i arbeid? Vi skal vurdere dette gjennom data fra LOGG-undersøkelsen.

Det er særlig etter 55 og 60 år at avgangen fra arbeidslivet skjer. Et viktig skille går ved 62 år da hovedtyngden av arbeidstakerne kan velge å gå ut i pensjon med AFP (avtalefestet pensjon). I de fleste tilfeller forutsetter yrkesavgang før 62 år at helse er dårlig, i og med at uførepensjonering er den vanligste kanalen for avgang før 62 år. I «AFP-alderen» (62-66 år), derimot, er dårlig helse ingen betingelse for pensjonering. Fra 67 år har alle rett til alderspensjon fra folketrygden. Disse betraktningene er bakgrunnen for den aldersinndelingen vi har valgt i figur 1.

Figur 1 viser andel yrkesaktive i ti grupper med ulik helse. Helse er her målt gjennom den internasjonalt anerkjente skalaen SF-12 (Gandek mfl. 1998) (se tekstboks). Vi bruker den delen av dette helsemålet som dekker fysisk eller funksjonell helse.

For vårt formål har vi gruppert de intervjuede slik at de 10 prosent med dårligst helse kommer i gruppe 1, og de 10 prosent med best helse kommer i gruppe 10. Hver gruppe inneholder 10 prosent av befolkningen i alderen 40-79 år, slik at de ti gruppene er like store. Dermed tilhører gruppene 1-5 den halvdelen av befolkningen (40-79 år) som har dårligst helse, mens gruppene 6-10 utgjør halvdelen med best helse.

Resultatene i figur 1 viser, som ventet, at flere er i arbeid av dem med god helse enn av dem med dårlig helse. I de yngste aldersgruppene (40-61 år) er yrkesdeltakelsen lavere når personen har en helse i den dårligste halvparten av befolkningen, og den er lavere jo dårligere helse er. Innenfor den gruppa som utgjør halvparten med best helse, synes helse å spille liten rolle for om en er i arbeid eller ikke. De som har svært god helse, er ikke oftere i arbeid enn de som ikke har fullt så god helse.

### Mange med dårlig helse er i arbeid

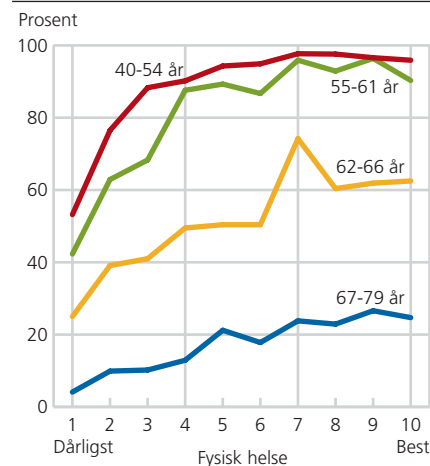
Over halvparten (53 prosent) av de 10 prosent som har dårligst helse i alderen 40-54 år, er i arbeid. Av disse er én av fire sykmeldt på intervju-tidspunktet, og noen av disse, men neppe alle, kan være så syke at de ikke kommer tilbake i jobb. Selv om alle disse i realiteten skulle være ute av arbeidslivet, men foreløpig er sykmeldt, er fortsatt to av fem (40 prosent) av de aller sykeste i arbeid.

Ved høyere alder, 55-61 år, er det færre av dem med dårligst helse som er i arbeid, slik at alder synes å forsterke den effekten helsetilstanden har på yrkesaktivitet. Det er med andre ord mindre sannsynlig at en person med dårlig helse er i arbeid hvis personen også er over 55 år, enn hvis han eller hun er under 55 år.

### Høy alder forsterker effekten av dårlig helse

Høy alder synes altså å forsterke ulempen ved dårlig helse ved at det da blir enda vanskeligere å være i arbeid. Dette ser vi også ved at knekken i kurven, som viser nedgangen i yrkesdeltakelsen, kommer tidligere når personen er over 55 år. Virkningen av dårlig helse slår inn ved en helse som er bedre når alderen kommer i tillegg. Eller med andre ord, de yngre greier seg bedre i arbeidslivet med dårlig helse.

Figur 1. Andel yrkesaktive i grupper med ulik helse, på en skala fra 1 (dårligste 10 prosent) til 10 (beste 10 prosent). Prosent



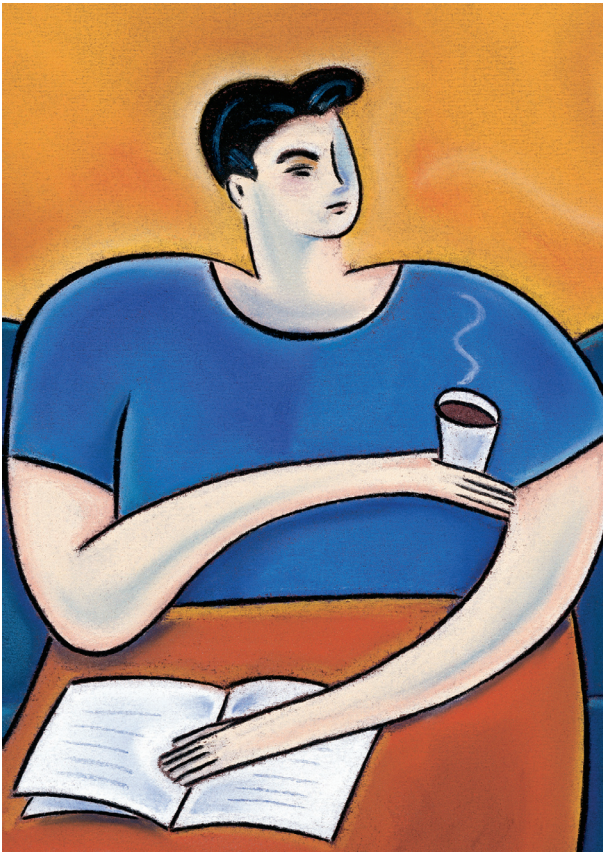
Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

**Yrkesaktive** er personer med inntektsgivende arbeid minst én time siste uke, eller midlertidig fravær siste uke.

### Skala SF-12

Skalaen består av tolv spørsmål om helse slik den er på intervju-tidspunktet eller de fire siste ukene. Spørsmålene dekker en subjektiv vurdering av helse og om helse begrenser livsutfoldelse og daglige gjøremål. SF-12 gir to delskårer som er mest preget av henholdsvis fysisk og psykisk helse.





Hva det er ved alder som forsterker effekten av dårlig helse, er uvisst. Det kan være normale aldersforandringer som gir lavere reservekapasitet å stå imot med når helsa svikter. Det kan også være lederes og kollegers stereotypier og eldres egne selvstereotypier om aldringens negative effekter som virker inn på motivasjonen til å greie en jobb. Dermed virker de også på arbeidsprestasjonene og mulighetene til – eller ønskene om – å bli i jobben (Levy 2003).

Legers og annet helsepersonells forventninger til om eldre kan mestre en jobb når helsa svikter, og til om eldre kan komme tilbake i jobb gjennom rehabiliterende tiltak, kan også forsterke effekten av dårlig helse når personen er eldre. Uansett hva forklaringen måtte være, ser det ut til at det skal mindre helsesvikt til for å bringe en person ut av arbeidslivet desto eldre personen er.

### «AFP-alderen» er spesiell

I det vi kan kalle «AFP-alderen» (62-66 år), der tre av fire yrkesaktive har mulighet for å velge avtalefestet pensjon, ser vi et avvikende mønster av sammenhenger mellom helse og yrkesaktivitet.

For det første kommer «knekken» tidligere enn i aldersgruppene under 62 år. Det vil si at det skal mindre helsesvikt til for at man slutter i arbeid. Det er ikke overraskende at flere i «AFP-alderen» slutter til tross for god helse, fordi de selv kan velge og ikke er avhengige av å få godkjent helsa som dårlig nok til å slutte, noe som kreves for å få uførepensjon. For det andre finner vi den høyeste yrkesdeltakelsen i denne gruppen blant dem som har *god* helse, ikke blant dem som har *meget god* helse.

I AFP-alderen kan vi skille ut fire grupper med klart ulik yrkesdeltakelse:

- en liten gruppe med svært dårlig helse, og som er den dårligste tiendedelen, der få (25 prosent) er yrkesaktive
- en gruppe med dårlig og middels helse som utgjør halvparten i denne aldersgruppen, og der relativt få (46 prosent) er yrkesaktive.
- en liten gruppe, som utgjør 10 prosent med god helse, der mange (74 prosent) er i arbeid
- en gruppe på 30 prosent som har meget god helse, og der en god del (61 prosent) er i arbeid. Det er likevel betydelig færre i arbeid i denne gruppen enn blant dem med litt dårligere helse. De med best helse er antakelig en gruppe som har helse og ressurser til å søke alternativ aktivitet, og der en del av dem foretrekker å bruke sin meget gode helse i fritid framfor i arbeid. Det kan også være noen i denne gruppen som har fått bedre helse etter at de sluttet i arbeid.

### Etter normal pensjonsalder

Det er langt færre, 15 prosent, som er yrkesaktive i den eldste aldersgruppen 67-79 år, og sammenhengen mellom helse og yrkesaktivitet er svakere. Det betyr at de over 67 år i liten grad er i arbeid, selv når de har meget god helse. Det er rimelig at de som mottar pensjon, i liten grad er i arbeid, men

det er også noen i den alderen som har uoppfylte ønsker om arbeid. De ønsker arbeid og har god helse, men får ikke arbeid – enten det skyldes at de ikke har prøvd, ikke har prøvd nok, eller har blitt avvist.

### Andre helseavhengige funksjoner

I tillegg til det samlede målet på fysisk helse vi har brukt (SF-12), har vi sett nærmere på noen enkeltstående helseavhengige funksjoner. Vi spør om hva personen kan greie å gjøre, for eksempel av husarbeid, gå til fots minst én kilometer uten pause, gå i trapper, om en har problemer med syn og hørsel og liknende.

Det som gir tydeligst utslag på om en er i arbeid, er om en kan greie å gå minst én kilometer uten pause, og deretter om en kan gå opp trapper flere etasjer. De som ikke mestrer slike gangfunksjoner, er i liten grad i arbeid. Det gjelder særlig dem som ikke kan gå én kilometer. Disse har i alle aldersgruppene en yrkesdeltakelse som er svært lik yrkesfrekvensen blant de 10 prosent som har dårligst helse i SF-12, og de utgjør en gruppe på omtrent samme størrelse.

Det å kunne gå én kilometer uten pause gir altså en pekepinn på begrensninger i helse og funksjonsevne som svekker muligheten for yrkesdeltakelse. Det betyr imidlertid ikke at en kan bedømme enkeltpersoners muligheter på arbeidsmarkedet ut fra gangfunksjonen alene. Også blant dem som ikke kan gå én kilometer, er det en betydelig andel som er i arbeid. Alderen spiller også en rolle. I gruppen 40-54 år er halvparten med så svekket gangfunksjon likevel i arbeid, mens det i alderen 62-66 år med samme funksjonsnivå bare er én av fire i arbeid.

### Små forskjeller etter region, kommunestørrelse og kjønn

Det å være kvinne eller mann synes ikke å være noen stor tilleggsbelastning som svekker muligheten for å arbeide hvis en har dårlig helse eller er eldre. Helse synes heller ikke å ha ulik betydning for yrkesaktiviteten i ulike regioner eller i kommuner av ulik størrelse.

### Helse og ønske om arbeid

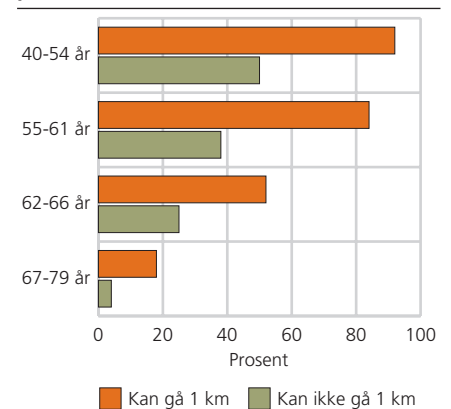
IA-avtalen har som målsetting at flere med begrensninger i helse og funksjonsevne skal kunne være i arbeid. Hvor realistisk er det å få flere med svak helse inn på arbeidsmarkedet? Hvem ønsker arbeid – og hvilken helse har de?

For å få tilstrekkelig store grupper klassifiserer vi nå intervjupersonene etter helse i fire grupper, slik at hver gruppe inneholder en fjerdedel av personene (figur 3). Gruppe 1 består av de 25 prosent som har dårligst helse, og i gruppe 4 finnes de 25 prosent som har best helse. Inndelingen er laget for hele utvalget (40-79 år), slik at vi kan sammenlikne helsa mellom ulike aldersgrupper.

Figur 3 viser, ikke overraskende, at det er de yngste, i aldersgruppen 40-54 år, og de med god helse som er mest tilbøyelige til å ønske seg arbeid. Det er en markant forskjell mellom den halvdelen som har dårligst helse (gruppe 1 og 2) og den halvdelen som har best helse (gruppe 3 og 4). I aldersgruppene over 54 år er det mindre variasjon i ønskene om arbeid ut fra helse.

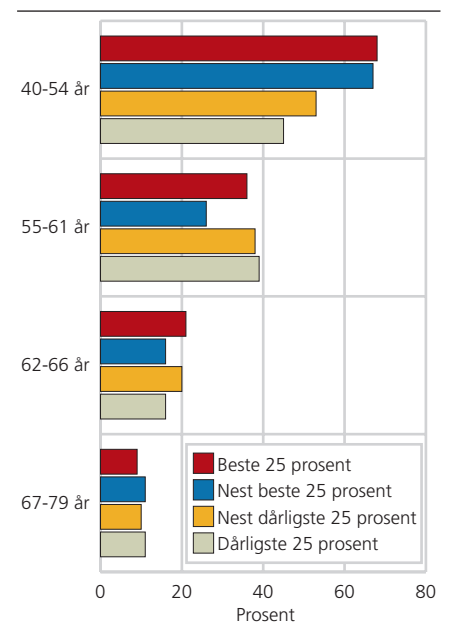
Vi har sett i figur 2 at det ikke å kunne gå én kilometer uten pause, er en bra pekepinn på begrensninger i helse og funksjonsevne som gjør det vanskelig å være i arbeid. Om vi bruker denne pekepinnen også på den gruppen som ikke

Figur 2. Andel yrkesaktive blant dem som kan og ikke kan gå minst 1 km uten pause. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

Figur 3. Andelen ikke-yrkesaktive som ønsker arbeid, ut fra alder og helse. Prosent



Kilde: LOGG 2007, SSB og NOVA.

## Referanser

Gandek, B., Ware, J.E. Aronson, N.K. mfl. (1998): Cross-validation of item selection and scoring of the SF-12 Health Survey in nine countries. Results from the IQOLA project, *Journal of Clinical Epidemiology*, 11: 1171-1178.

Levy, B. (2003): Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes, *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*, 58B: P203-P211.

Midtsundstad, T. (2006): Hvordan bidra til lengre yrkeskarrierer? Erfaringer fra norsk og internasjonal forskning om tidligpensjonering og seniorpolitikk, Fafo-rapport 534. ([www.fafo.no](http://www.fafo.no))

Solem, P.E. (2007): Seniorer i arbeidslivet. Kunnskap om aldring og arbeid, NOVA-rapport 16/07. ([www.nova.no](http://www.nova.no))

er i arbeid, finner vi at fire av fem av dem som ønsker arbeid, kan greie å gå én kilometer uten pause. De fleste kan med andre ord se ut til å ha god nok helse og funksjonsevne til å greie en jobb. Dette er selvsagt grove anslag, men resultatene tyder på at mange av dem som ønsker arbeid, har en helse som er på linje med mange av dem i samme aldergrupper som er i arbeid.

Tidligere forskning har vist at det er klare regionale forskjeller i uførepensjonering mellom ulike regioner. I tillegg er det en viss variasjon i arbeidsmarkedsvariabler mellom regioner. Etter en grov inndeling i sju regioner finner vi bare små forskjeller i ønske om arbeid blant dem som ikke er yrkesaktive. Nærmere analyser med mer direkte informasjon om lokale forskjeller i situasjonen på arbeidsmarkedet vil kunne gi tydeligere forskjeller.

Det er også små kjønnsforskjeller i ønske om arbeid blant de ikke yrkesaktive.

Alt i alt er det både flere i arbeid og flere som ønsker arbeid blant dem som har god helse. Men det er også mange med dårlig helse som er i arbeid. Det er vanskelig å finne noe bestemt nivå av helse som skiller dem som kan greie å jobbe, fra dem som ikke kan klare en jobb. Dårlig helse er en begrensning, men det er ikke entydig hvor dårlig helsa må være før den blir en direkte hindring for yrkesdeltakelse.

