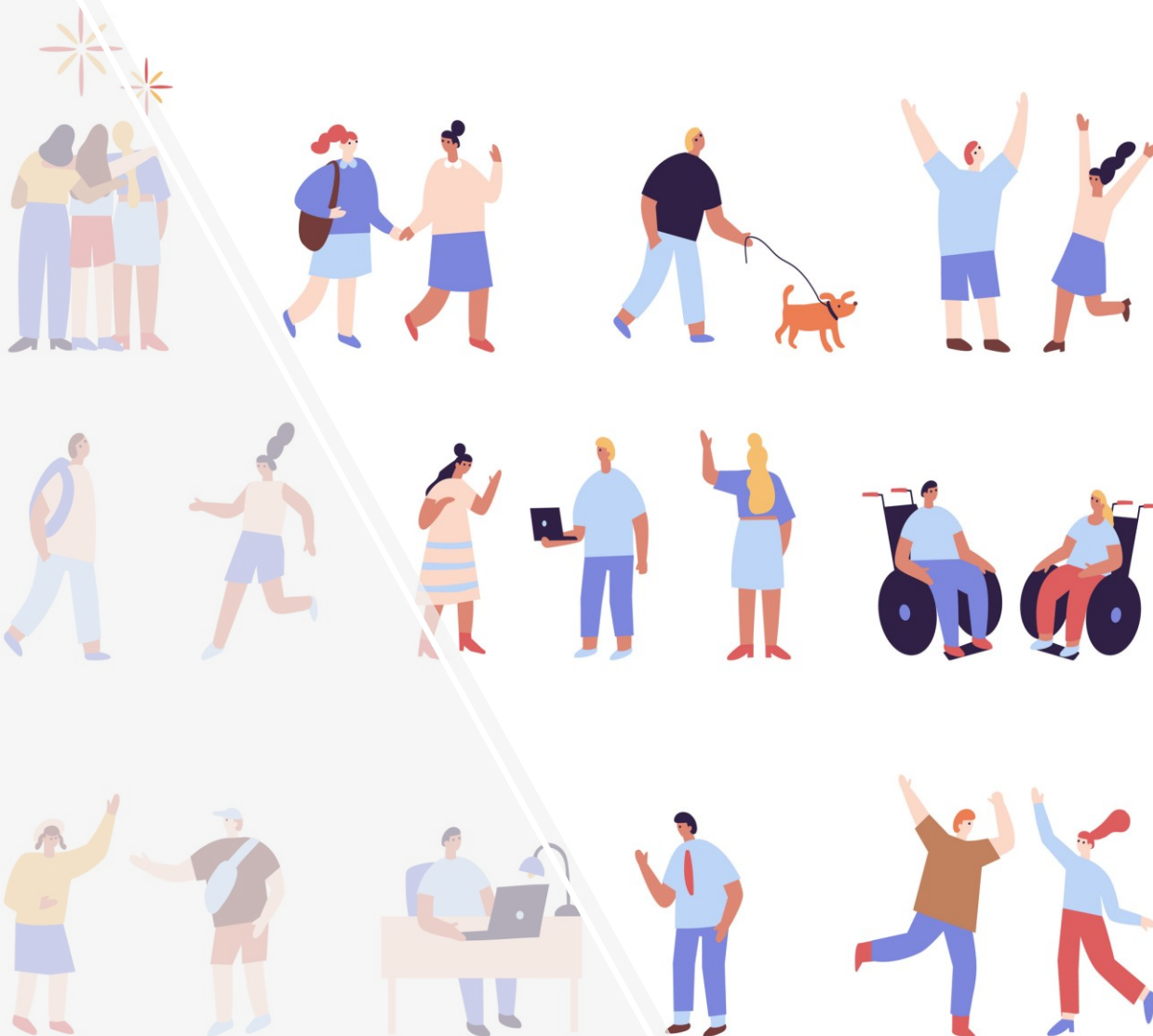




Utarbeidet på oppdrag for Finansdepartementet og
Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 1 – Kartlegging og oppsummering av kunnskap

oslo**economics**



OSLOMET

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Tittel: Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 1 – Kartlegging og oppsummering av kunnskap

Utarbeidet av: Oslo Economics, Frischsenteret og OsloMet

Oppdragsgiver: Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Ferdigstilt: Juni 2025

Rapportnummer: 2025-42

Kontaktperson: Ragnhild Haugli Bråten / Partner

E-post: rbr@osloeconomics.no

Tel: +47 997 14 482

Foto/illustrasjon forside: [iStock.com/Oksana Latysheva](https://iStock.com/OksanaLatysheva)

Innhold

Sammendrag	6
1. Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Mandat	11
1.3 Gjennomføring	12
1.4 Metode	12
1.5 Leseveiledning	15
2. Det norske systemet for helserelaterte ytelser og ordninger i andre land	16
2.1 Overordnet om den norske forvaltningen	16
2.2 Sykepenger	18
2.3 Arbeidsavklaringspenger	22
2.4 Uføretrygd	25
2.5 Ordningene i ulike land	27
3. Veier inn i, mellom og ut av ytelser	39
3.1 Utvikling i bruken av helserelaterte ytelser	40
3.2 Sykepenger	41
3.3 Arbeidsavklaringspenger	46
3.4 Uføretrygd	52
3.5 Overgang mellom ytelsene	56
3.6 Bidrag til vekst fra ulike grupper	58
4. Regelverket for de helserelaterte ytelsene	62
4.1 Innledning	62
4.2 Sykepenger	62
4.3 Arbeidsavklaringspenger	67
4.4 Uføretrygd	69
4.5 Trygd generelt	73
4.6 Samlet vurdering av forskningen	75
4.7 Supplerende informasjon fra intervjuer	76
5. Navs forvaltning av de helserelaterte ytelsene	81
5.1 Innledning	81
5.2 Brukernes møte med Nav: Profilering og behovsavklaring	81
5.3 Sykepenger	82
5.4 Arbeidsavklaringspenger	88
5.5 Uføretrygd	92
5.6 Samhandling innad i Nav og mellom Nav og andre aktører	94
5.7 Samlet vurdering av forskningen	97

5.8 Supplerende informasjon fra intervjuer og statistikk	100
6. Helsetilstand og helsetjenestene	104
6.1 Innledning	104
6.2 Endringer i sykdom, sårbarhetsfaktorer og sykdomsforståelse i befolkningen	104
6.3 Helsetjenestene	109
6.4 Samlet vurdering av forskningen	118
6.5 Supplerende informasjon fra intervjuer og statistikk	120
7. Arbeidsmiljø, arbeidsmarked og oppvekst	121
7.1 Innledning	121
7.2 Arbeidsmiljø – risikofaktorer og beskyttelse	121
7.3 Arbeidsmarkedsforhold	126
7.4 Holdninger til mottak av helserelaterte ytelser	127
7.5 Livsløpsperspektiv på sårbarhet for sykefravær og uførhet	128
7.6 Betydningen av velferdsordninger etablert og finansiert av arbeidsgiver	130
7.7 Samlet vurdering av forskningen	133
8. Problembeskrivelse	136
8.1 Innledning	136
8.2 Vår problemforståelse	136
8.3 Avsluttende betraktninger	146
9. Referanser	147
Vedlegg A Statistikk	169
A.1 Diagnosekoder	169
A.2 Figurer sykepenges	170
A.3 Figurer AAP	173
A.4 Figurer uføretrygd	176
A.5 Oppsummeringstabeller	176
Vedlegg B Ytelser i ulike land	185
Vedlegg C Dokumentasjon av litteratursøk	198
Vedlegg D Beskrivelse av litteraturgjennomgang i kunnskapsoppsummeringen	213

Oppsummering

På oppdrag fra Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har Oslo Economics, OsloMet (Nova) og Frischsenteret gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden; sykepenger, arbeidsavklaringspenger, og uføretrygd. Bakgrunnen er en økning i mottak av og utgifter til helserelaterte ytelser de siste årene. I områdegjennomgangens første del har vi kartlagt og oppsummert kunnskap om årsaker til veksten og identifisert barrierer for økt sysselsetting blant ytelsesmottakere. I andre del beskriver vi tiltak som kan øke sysselsettingen og redusere bruken av helserelaterte ytelser. Målet er økt sysselsetting ved at flere kommer helt eller delvis i arbeid. Tiltakene skal over tid bidra til å redusere utgiftsveksten i folketrygden.

Denne rapporten presenterer resultatene fra første del av områdegjennomgangen. Basert på en systematisk gjennomgang av forskningslitteratur, supplert med analyser av statistikk og kvalitative intervjuer, har vi kartlagt bruken av helserelaterte ytelser fra 2010 til 2024, og identifisert drivere bak utviklingen. Funnene fra andre del er dokumentert i delrapport 2 (Oslo Economics, OsloMet & Frischsenteret, 2025).

Bruken av helserelaterte ytelser i Norge er høy, og det har vært en økning de siste årene, drevet av flere ulike grupper i befolkningen. Det er mye forskning som belyser årsakene til denne veksten, og hvilke tiltak som eventuelt kunne ha bidratt til å bremse den. Basert på en samlet vurdering av litteraturen og innsamlet informasjon trekker vi fram ti barrierer som etter vår vurdering bidrar til at bruken av helserelaterte ytelser er høyere enn nødvendig.



(1) Arbeidsgivere, leger og arbeidstakere har svake incentiver til innsats for å unngå (lange) helserelaterte ytelsesforløp, spesielt sykefravær



(2) Ytelser og tjenestetilbudet er for lite tilpasset personer med sammensatte utfordringer, hvor helseutfordringer ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær fra arbeid



(3) Det kan være komplisert og lite lønnsomt å kombinere jobb og helserelatert ytelse



(4) Det kan være utfordrende å skaffe arbeid som er forenelig med egen helsesituasjon



(5) Skillet mellom stat og kommune øker tilstrømningen til de helserelaterte ytelsene, og gir suboptimal oppfølging



(6) Relevant informasjon deles for sjelden mellom arbeidsgiver, helsetjenesten og Nav



(7) Det er vanskelig å målrette Navs ressursbruk



(8) Sykmelder har mye kompetanse om den enkelte pasient, men mindre kunnskap om arbeidsmedisin, yrker og bransjer



(9) Oppfølgingen av mottakere av arbeidsavklaringspenger fungerer ikke godt nok



(10) Uføretrygden er ikke tilstrekkelig innrettet med tanke på at arbeidsevnen kan variere over tid

Executive summary

On behalf of the Ministry of Finance and the Ministry of Labour and Social Inclusion, Oslo Economics, OsloMet (Nova), and the Frisch Centre have conducted a spending review of the health-related benefits under the National Insurance Scheme: sick pay, work assessment allowance, and disability benefits. The review was initiated in response to a recent increase in both the number of recipients and the associated expenditures related to these benefits. In the first part of the review, we summarize existing knowledge on the drivers behind the increase in recipients and identified barriers to employment. The second part assesses measures aimed at increasing employment and reducing the use of health-related benefits. The goal is to boost employment by enabling more individuals to participate in the workforce, either fully or partially. Over time, these measures are expected to help curb the growth in expenditures under the National Insurance Scheme.

This report presents the findings from the first part of the spending review. Based on a systematic review of the research literature, supplemented by statistical analysis and qualitative interviews, we have mapped the use of health-related benefits from 2010 to 2024, and identified the drivers behind the observed trends. The findings from the second part are documented in Interim Report 2 (Oslo Economics, OsloMet & Frischsenteret, 2025).

The use of health-related benefits in Norway is high, and it has increased in recent years, driven by various population groups. A substantial body of research explores the causes of this growth and identifies potential measures to mitigate it. Based on a comprehensive assessment of the literature and collected data, we identify ten barriers that, in our view, contribute to the use of health-related benefits being higher than necessary.



(1) Employers, doctors, and employees have weak incentives to prevent (long-term) health-related benefit periods, particularly sick leave



(2) Benefits and services are insufficiently adapted to individuals with complex challenges, where health issues not necessarily are the sole reason for absence from work



(3) It is not always straightforward or financially beneficial to combine work and health-related benefits



(4) It can be challenging to secure employment that is compatible with one's health situation



(5) The division between state and municipalities increases the inflow to health-related benefits and leads to suboptimal follow-up



(6) Relevant information is shared too infrequently between employees, the healthcare system and Nav



(7) It is challenging to effectively target Nav's use of resources



(8) Medical certifiers have significant knowledge about individual patients but limited expertise in occupational medicine, professions, and industries



(9) The follow-up of recipients of work assessment allowance is not functioning adequately



(10) Disability benefits are not sufficiently designed to accommodate fluctuations in work capacity over time

Sammendrag

På oppdrag fra Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har Oslo Economics, OsloMet (Nova) og Frischsenteret gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden – sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Et av velferdsstatens grunnprinsipper er å sikre inntekt til dem som av ulike grunner ikke kan stå i arbeid. For å opprettholde et slikt system er det avgjørende med høy sysselsetting. I denne rapporten beskrives driverne bak bruken av helserelaterte ytelser og barrierer for arbeidsdeltakelse blant mottakerne.

Mandat og metode

Denne rapporten utgjør delrapport 1 i områdegjennomgangen og beskriver drivere bak bruken av helserelaterte ytelser og barrierer for sysselsetting blant mottakerne. Rapporten er basert på en litteraturgjennomgang, supplert med dataanalyser og intervjuer. Delrapport 2 foreslår tiltak som kan bidra til å redusere innstrømmingen til, og øke overgangen fra, helserelaterte ytelser (Oslo Economics, OsloMet & Frischsenteret, 2025). Målet er økt sysselsetting ved at flere kommer helt eller delvis i arbeid. Tiltakene skal over tid bidra til å redusere utgiftsveksten i folketrygden. Arbeidet med områdegjennomgangen er utført i perioden juni 2024 til juni 2025.

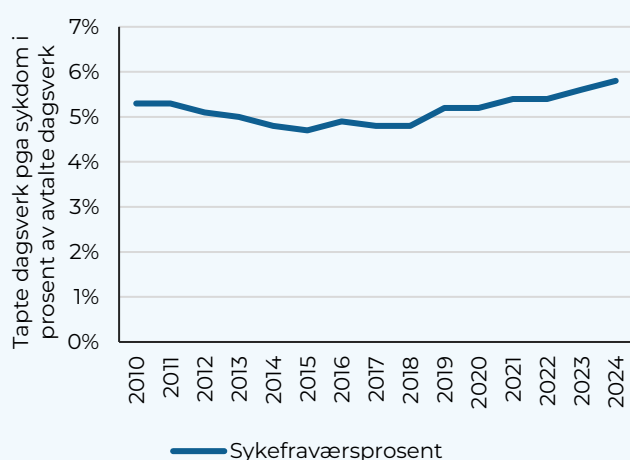
Det norske systemet for helserelaterte ytelser og ordninger i andre land

Retten til helserelaterte ytelser er fastsatt i folketrygdloven, og består av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Formålet med de helserelaterte ytelsene er å sikre inntekt til personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte ikke kan være i arbeid. Samtidig er det et mål at flest mulig skal kunne arbeide mest mulig. Derfor er det en nær kobling mellom mottak av helserelaterte ytelser og støtte til arbeid – både ved at graderte ytelser gjør det mulig å kombinere arbeid og ytelser, og ved at Nav tilbyr arbeidsrettet oppfølging med sikte på å styrke arbeidsdeltakelsen. I Norge er de helserelaterte ytelsene som hovedregel mer sjenerøse enn andre inntektssikringsordninger, også sammenlignet med andre land. Offentlige utgifter til helserelaterte ytelser er høyere i Norge enn i land som Sverige, Danmark, Finland og Nederland.

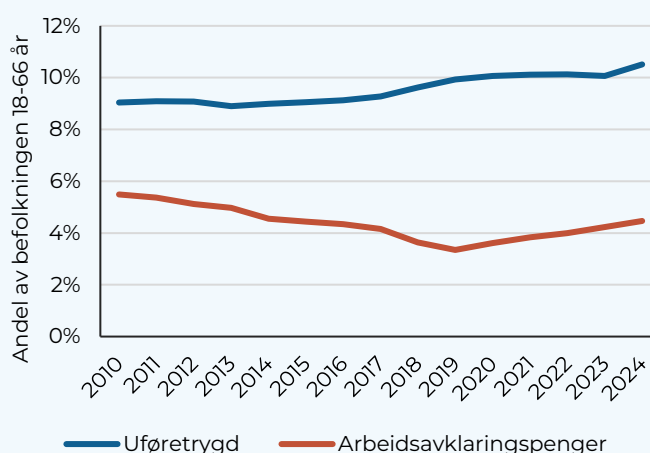
Utviklingen i mottak av helserelaterte ytelser

I desember 2023 mottok 18 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder helserelaterte ytelser fra folketrygden. Denne andelen har økt de siste årene. De siste ti årene har det særlig vært en økning i andelen uføretrygd.

Figur 1-1: Legemeldt sykefravær som andel av avtalte dagsverk (sykefraværprosenten)



Figur 1-2: Andel av befolkningen (18–66 år) som mottar arbeidsavklaringspenger og uføretrygd per 31.12.



Note: Figuren til venstre viser tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk. Figuren til høyre viser andelen i befolkningen i yrkesaktiv alder som per 31.12 er registrert på arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Data fra Nav. Beregninger av Oslo Economics.

under 50 år, noe som vil bidra til fortsatt høyt mottak og trolig videre vekst i årene fremover. I tillegg har det siden 2019 vært en betydelig vekst i mottak av både sykepenger og arbeidsavklaringspenger. Veksten i sykepengemottakere har vært drevet av en økning i alle grupper, målt etter alder, kjønn og landbakgrunn, men det har vært særlig høy vekst blant personer under 50 år. Økningen i mottak av arbeidsavklaringspenger har vært relativt jevnt fordelt i befolkningen. Flere kvinner enn menn mottar helserelaterte ytelser. Selv om veksten siden 2019 har vært omtrent lik for kvinner og menn, har kvinner – og særlig kvinner under 50 år – bidratt mer til den samlede veksten, fordi de i utgangspunktet hadde et høyere nivå på mottak av helserelaterte ytelser. Dette gjelder for alle tre ytelsene: sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Figur 1-1 viser utviklingen i sykefraværsprosenten, og Figur 1-2 viser andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottar arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

De siste årenes vekst i sykepengemottakere er særlig knyttet til økning i diagnoser relatert til psykiske plager, og til dels slapphet/tretthet og muskel- og skjelettlidelser. Veksten i mottak av arbeidsavklaringspenger har truffet bredt på tvers av diagnosegrupper, mens veksten i uføretrygd i stor grad skyldes flere diagnoser innen psykiske lidelser. Koronapandemien har trolig bidratt til økt mottak av både sykepenger og arbeidsavklaringspenger, men det er uklart om veksten etter pandemien kan tilskrives langtidseffekter av denne.

Kunnskapskartlegging

Vår litteraturgjennomgang dekker forskning på helserelaterte ytelser fra Norge og andre relevante land i perioden 2010 til 2024. Vi har kartlagt litteratur fra ulike forskningsdisipliner som belyser drivere bak bruken av helserelaterte ytelser fra ulike perspektiver. Forskingen er presentert under fire temaer: regelverket for ytelsene, Navs forvaltning av ytelsene, helsetilstand og helsetjenester, og arbeidsmarked, arbeidsmiljø og andre forhold.

I kapittel 4 belyser vi forskning om hvordan arbeidsgivere og arbeidstakere påvirkes av elementer i regelverket for de helserelaterte ytelsene: ytelsesnivå og -varighet, avkortingsregler, aktivitetskrav, medfinansieringsansvar, diagnosekriterier og annet. Forskingen peker på at regelverket har en del uheldige insentiver for både arbeidstakere og arbeidsgivere. Disse insentivene påvirker sysselsettingen gjennom både innstrømnings- og utstrømningsmekanismer. Forskingen viser imidlertid at effektene er heterogene, og til tross for mye forskning av høy kvalitet, er det ikke gitt hvilke policy-implikasjoner som kan trekkes på bakgrunn av funnene.

I kapittel 5 gjennomgår vi forskning på Navs arbeid med å følge opp mottakere av helserelaterte ytelser. Navs oppfølging utfordres av begrenset handlingsrom og manglende verktøy, særlig i oppfølgingen av brukere med sammensatte utfordringer, der helseplager ikke er eneste årsak til fravær fra arbeid. Grensedragningen mellom sykdom og sosiale problemer kan være uklar, og Nav-veiledere mangler både kompetanse og effektive tiltak for å følge opp denne gruppen. Oppfølgingen av mottakere med sammensatte utfordringer er både tid- og ressurskrevende, og med et stort volum av mottakere er det utfordrende for Nav å gi tilstrekkelig oppfølging til hver enkelt. Brukere med komplekse problemer og psykiske plager eller lidelser kan trenge langsiktig relasjonsbygging og innsats over flere år. Dette er vanskelig å få til i Nav, med høy grad av utskifting av veiledere og bruk av kortvarige tiltak. Samhandlingen mellom Nav og andre instanser kan også bli bedre. De senere årene er det gjort betydelig innsats for å bedre samhandlingen med helsevesenet, men det er fortsatt utfordrende å få til effektiv deling av relevant informasjon.

I kapittel 6 beskriver vi forskning om befolkningens helsetilstand og helsetjenestens rolle. Over tid har diagnostiseringen av psykiske plager og lidelser i befolkningen økt, men det er usikkert om dette skyldes en reell forverring av den psykiske helsen, økt tilbøyelighet til å oppsøke helsetjenesten, eller endret diagnosepraksis. Spørreundersøkelser tyder på at holdningene til sykefravær i befolkningen er blitt mer liberale de siste årene, men datagrunnlaget er begrenset. Forskning viser at fastlegene opplever det som krevende å balansere rollen som portvokter opp mot relasjonen til pasienten, særlig ved medisinsk uforklarte plager og symptomer. Å tvile på en pasients rapporterte symptomer kan forhindre god medisinsk behandling, og pasientenes egne vurderinger av plagene vil derfor tillegges stor vekt i vurderingen av arbeidsmuligheter. Når pasienten har medisinsk uforklarte plager vil fastlegen sette en diagnose basert på symptomene pasienten forteller om, for eksempel psykiske plager eller smerter i ulike deler av kroppen, som ikke nødvendigvis gir informasjon om de underliggende årsakene til plagene og hva som er hensiktsmessig behandling. Fastlegene mangler også verktøy, handlingsrom, og økonomiske insentiver til å drive arbeidsrettet behandling. Dette til tross for at det er godt belegg i forskningen for at arbeid ofte er helsefremmende, særlig for personer med psykiske plager som ikke har en tydelig medisinsk forklaring. Dersom sykmelding blir brukt i slike tilfeller, kan det bidra til å forsterke sykdom og plager. Forskning tyder på at behandlinger med et integrert helse- og arbeidsfokus kan ha positiv effekt på arbeidsdeltakelsen for personer med sammensatte utfordringer.

I kapittel 7 gjennomgår vi forskning om drivere og barrierer i arbeidsmarkedet og på samfunnsnivå. Høyere sykefravær i Norge sammenlignet med andre land ser ikke ut til å skyldes dårligere arbeidsmiljø. Forskningen peker imidlertid på at det er lav bevissthet i norske virksomheter om psyko-sosiale tiltak som kan motvirke sykefravær. Det har også vært endringer over tid i hvilke krav som stilles for å komme inn i arbeidslivet, hvor dagens arbeidsmarked i større grad enn før krever formell kompetanse. Mange studier viser at ungdom med sårbarheter fra oppveksten har mindre sannsynlighet for å etablere seg i arbeidslivet. Det gjelder barn som har fått tiltak fra barnevernet, har foreldre med psykiske lidelser eller rusmisbruk, eller barn som selv har psykiske lidelser. Forskning viser også at unge uføretrygdde de siste 20 årene har fått flere diagnoser, lavere skoleprestasjoner og mindre arbeidserfaring. Dette tyder på at økt innstrømning til uføretrygd blant unge ikke bare skyldes et mer krevende arbeidsmarked, men også at disse unge over tid har fått svakere forutsetninger.

Barrierer for sysselsetting

Basert på litteraturgjennomgangen, intervjuer og analyse av statistikk har vi identifisert flere drivere bak utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser. Mye fungerer godt i dagens ytelsessystem. De helserelaterte ytelsene ivaretar mange: de gir økonomisk trygghet ved sykdom, og bidrar til at mange kommer tilbake i arbeid. Det er likevel noen utfordringer som vi vil trekke fram, fordi de bidrar til lavere sysselsetting enn nødvendig, og det er mulig å gjøre noe med dem ved hjelp av politiske og/eller administrative tiltak.

Barriere 1: Arbeidsgivere, leger og arbeidstakere har svake insentiver til innsats for å unngå (lange) helserelaterte ytelsesforløp, spesielt sykefravær

Når en arbeidstaker blir syk, legger regelverket opp til et samspill mellom arbeidstakeren selv, fastlege og arbeidsgiveren. Disse skal finne løsninger for hvordan arbeidstakerens ressurser kan komme til anvendelse. Forskningen vi har gått gjennom, peker på at både arbeidstakere, arbeidsgivere og fastleger påvirkes av insentivene de er gjenstand for. Både ytelsesnivå og -varighet, arbeidsgivers medfinansieringsansvar og måten fastlegene finansieres på, ser ut til å påvirke bruken av de helserelaterte ytelsene. Etter vår vurdering utfordres håndhevingen av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt, arbeidstakers medvirkningsplikt og fastlegens portvokterrolle, av at aktørene har svake økonomiske insentiver til å oppfylle sine plikter.

Barriere 2: Ytelser og tjenestetilbudet er for lite tilpasset personer med sammensatte utfordringer, hvor helseutfordringer ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær fra arbeid

En stor andel av mottakerne av de helserelaterte ytelsene, og mye av den senere tidens økning i mottaket, skyldes diagnoser innen psykiske plager og symptomer og muskel- og skjelettplager. Dette er diagnoser som ofte utvikler seg gradvis, har uklare årsaker og usikre prognoser. Ulike lidelser spiller dessuten ofte sammen, og skillet mellom sykdom og sosiale problemer er utfordrende. Personer med disse diagnosene har gjerne et sammensatt utfordringsbilde, hvor helseplager ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær fra arbeid. Forskningen viser at både Nav og helsetjenesten har begrenset handlingsrom til å hjelpe personer med sammensatte utfordringer. Nav-veiledere uttrykker at de er usikre på hvordan de bør følge opp brukere, og fastlegene har lite kjennskap til relevante verktøy og hensiktsmessige alternativer til sykmelding. Behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten fremstår som mangelfullt og de eksisterende tilbudene har liten effekt på arbeidsdeltakelse.

Innretningen og inngangskriteriene til de helserelaterte ytelsene kan virke medikaliserende for personer med sammensatte utfordringer. Det kan særlig gjelde for personer uten arbeidserfaring, som dermed ikke har rett på dagpenger. Regelverket for de helserelaterte og tilgrensende ytelsene fører trolig til at enkelte søker om arbeidsavklaringspenger for å ha en stabil kilde til livsopphold, selv om funksjonstap på grunn av sykdom eller skade ikke er hovedårsaken til at de står uten jobb. Det kan føre til et uheldig sykdomsfokus og mindre relevant oppfølging.

Barriere 3: Det kan være komplisert og lite lønnsomt å kombinere jobb og helserelatert ytelse

Det er god støtte i forskningen for at det er helsefremmende å jobbe litt i kombinasjon med helserelaterte ytelser, heller enn å være helt uten arbeid i lengre perioder. Ytelsene tilrettelegger imidlertid i begrenset grad for at arbeid i kombinasjon med ytelse skal lønne seg for mottakeren. Kombinasjon av arbeid og ytelse medfører også administrativt arbeid og usikkerhet som kan være krevende å forholde seg til for den enkelte.

Barriere 4: Det kan være utfordrende å skaffe arbeid som er forenlig med egen helsesituasjon

En del mottakere av helserelaterte ytelser ville trolig vært i stand til å jobbe mer i et annet yrke eller en annen arbeidsplass. Dette kan være tilfelle til tross for at arbeidsgiver har gjort det som er mulig for å tilrettelegge og

sikre et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. Begrenset deling av relevant informasjon mellom de involverte aktørene, samt begrensninger i tiltaks- og tjenesteapparatet, gjør det imidlertid utfordrende å få avklart behov for jobbbytte, og å støtte ytelsesmottakeren i overgangen til ny jobb. For arbeidstakeren selv kan opplevd risiko ved å bytte jobb, og mangel på relevant kompetanse, være hindringer for jobbskifte.

Mangel på formell kompetanse er også en betydelig hindring for at personer på arbeidsavklaringspenger kan tilegne seg et varig arbeidsforhold. Kravene til formell kompetanse i arbeidsmarkedet er høye, og særlig unge som ikke har fullført grunnskole eller videregående opplæring, ekskluderes fra arbeidsmarkedet. For mottakere av arbeidsavklaringspenger kan manglende formell kompetanse være den viktigste årsaken til at de har utfordringer med å komme seg i arbeid, heller enn helseutfordringer.

Mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd har nedsatt arbeidsevne, og ofte en usikker helsesituasjon. For arbeidsgivere er det en forhøyet risiko ved ansettelse av personer med økt sannsynlighet for sykdom, fravær og uførhet, som kan føre til manglende samsvar mellom lønn og produktivitet, og kostnader forbundet med den ansattes helseproblemer. Selv om de selv ønsker å jobbe, er det for få arbeidsgivere som etterspør deres arbeidskraft. Dette gjør det vanskelig for personer med nedsatt arbeidsevne å skaffe seg en jobb der de kan utnytte sin eventuelle restarbeidsevne.

Barriere 5: Skillet mellom stat og kommune øker tilstrømningen til de helserelaterte ytelsene, og gir suboptimal oppfølging

Helserelaterte ytelser og Navs arbeidsmarkedstiltak er statlig finansiert, mens sosialhjelp og tiltak etter sosialhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven finansieres av kommunene. Kommunene har mange oppgaver som skal løses innenfor sine økonomiske rammer, og mange av personene i målgruppene for de kommunale tjenestene fanges opp av det statlig finansierte støtteapparatet. Dette skaper en risiko for at de kommunale tjenestene underdimensjoneres, og at brukerne ikke får den oppfølgingen de hadde hatt mest nytte av, og at helseutfordringer forebygges i for liten grad.

Barriere 6: Relevant informasjon deles for sjelden mellom arbeidsgiver, helsetjenesten og Nav

Både eksisterende forskning og våre intervjuer med aktører i Nav og helsevesenet, tyder på at det er en gjennomgående utfordring at relevant informasjon deles i for liten grad mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, lege og Nav i forbindelse med helserelaterte ytelser. Resultatet av manglende informasjonsdeling kan være at alternativer til helserelaterte ytelser i for liten grad blir utnyttet. Bedre dialog mellom aktørene kunne bidratt til å belyse bakenforliggende årsaker til helseproblemer, synliggjøre funksjonsmuligheter og behov for tilrettelegging, samt avklare potensialet for retur til arbeid. Informasjonsutvekslingen begrenses trolig av flere faktorer, blant annet personvernregler, kapasitetsbegrensninger og manglende insentiver.

Barriere 7: Det er vanskelig å målrette Navs ressursbruk

Nav-veilederes mulighet til å følge opp brukere begrenses av at de har mange brukere å ta hånd om og begrensede ressurser per bruker. Det er en utfordring for Nav å sikre at de begrensede ressursene som finnes, benyttes på de brukerne som i størst grad trenger bistand for å komme i jobb og som kan dra nytte av denne oppfølgingen. Nav har igangsatt et arbeid med å identifisere brukere som har behov for tidlig og målrettet innsats. Det utvikles verktøy for å plassere brukere inn i riktige innsatsgrupper basert både på registerdata og brukernes egne vurderinger av seg selv. Det er fortsatt utfordrende å identifisere brukerne som har størst forventet effekt av Navs oppfølging.

Barriere 8: Sykmelder har mye kompetanse om den enkelte pasient, men mindre kunnskap om arbeidsmedisin, yrker og bransjer

Fastlegeordningen legger til rette for en varig relasjon mellom lege og pasient, som kan være både til fordel og ulempe for bruken av de helserelaterte ytelsene. En slik kontinuitet er et formål med fastlegeordningen og antas å bidra til positive helseeffekter for pasientene. Kontinuitet kan imidlertid også tenkes å bidra til at fastlegen blir mer lydhør overfor pasientens ønsker og dermed en mindre restriktiv portvakt. Forskingen viser at fastlegene kan oppleve at portvokterrollen kan gå på bekostning av relasjonen til pasientene. Legene har begrenset mulighet til å sette seg inn i forholdene i ulike yrker, bransjer og arbeidsplasser, og pasientenes fremtidige arbeidstilknytning ser ut til å ha lav prioritet, både i medisinsk utdanning og i helsevesenets kvalitetsindikatorer og prioriteringskriterier.

Barriere 9: Oppfølgingen av mottakere av arbeidsavklaringspenger fungerer ikke godt nok

Nav-veiledere opplever at brukerporteføljene er for store, og at de har begrenset tid til å gi god oppfølging til mottakere av arbeidsavklaringspenger. Mye av kontakten mellom Nav og brukerne dreier seg om kriterier for ytelser og veiledning i regelverket. Kontakten er hyppigere i starten av perioden med arbeidsavklaringspenger, og mot slutten når mange mottakere har behov for å avklares mot uføretrygd. Det er særlig krevende for Nav-veiledere å vite hvilken oppfølging som er hensiktsmessig for mottakere av arbeidsavklaringspenger med komplekse utfordringer. Dette er typisk brukere med psykiske helseplager eller en kombinasjon av psykiske og fysiske helseplager, hvor det ikke er tydelig hva som er den helsemessige hovedutfordringen. Mange har ikke fullført videregående opplæring og mange har en løs tilknytning til arbeid eller aldri vært i jobb. For disse gruppene kan tilbudet av egnede tiltak være begrenset. Brukere med komplekse utfordringer har også gjerne behov for en Nav-veileder de kan ha en trygg relasjon til over tid, gjennom krevende løp med avklaring og kvalifisering. Dette vanskeliggjøres av hyppige veilederbytter og manglende kontinuitet i oppfølgingen. Konsekvensen er trolig at mange mottakere av arbeidsavklaringspenger forblir passive for lenge, og får oppfølging som ikke bidrar til å fremme arbeidsdeltakelse.

Barriere 10: Uføretrygden er ikke tilstrekkelig innrettet med tanke på at arbeidsevnen kan variere over tid

Uføretrygd er en varig ytelse som gis til personer med varig nedsatt inntektsevne. Mottakere av uføretrygd får derfor i utgangspunktet ikke arbeidsrettet oppfølging fra Nav når uføretrygd først er innvilget, men de har rett på oppfølging hvis de ber om det. Varig nedsatt inntektsevne betyr ikke nødvendigvis at arbeidsevnen er konstant etter at uføretrygd er innvilget. Utviklingen i helsetilstanden til personer som innvilges uføretrygd, tilsier i økende grad at mottakerne av uføretrygd kan ha en arbeidsevne som varierer over tid. Det er likevel ingen som følger opp om mottakerne av uføretrygd etter en viss tid har blitt bedre, og har en restarbeidsevne som kunne blitt utnyttet. Det er i så fall opp til den uføretrygdede selv å ta initiativ til å søke arbeid, og eventuelt be om bistand fra Nav i denne prosessen. Manglende oppfølging av uføretrygdede fører trolig til at restarbeidsevne ikke utnyttes, og at flere enn nødvendig blir varige mottakere av uføretrygd.

1. Innledning

På oppdrag for Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har Oslo Economics, OsloMet (Nova) og Frischsenteret gjennomført en område-gjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden. Denne rapporten utgjør delrapport 1 i områdegjennomgangen. Rapporten belyser drivere for bruken av helserelaterte ytelser og barrierer for overgang til arbeid, basert på en systematisk kunnskapsoppsummering, supplert med statistikk og intervjuer. I delrapport 2 foreslår vi tiltak som kan redusere bruken av de helserelaterte ytelsene.

1.1 Bakgrunn

Et av velferdsstatens grunnprinsipper er å sikre inntekt til dem som av ulike grunner ikke kan stå i arbeid. For å opprettholde et slikt system er det avgjørende med en høy sysselsetting, spesielt med de demografiske endringene som venter. Perspektivmeldingen 2024 trekker frem kampen om arbeidskraft som en av hovedutfordringene for norsk økonomi fremover (Meld. St. 31 (2023-2024)).

I statsbudsjettet for 2025 er det satt av 255 milliarder til sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Dette er inntektssikring til personer i yrkesaktiv alder som på grunn av helsemessige årsaker har nedsatt arbeids-/inntektsevne og helt eller delvis ikke kan jobbe. Utgiftene til de helserelaterte ytelsene er betydelig høyere enn før pandemien, og prognoser tyder på at utgiftene vil øke med 14,2 milliarder faste 2024-kroner fra 2022 til 2032 (Nav, 2023a).¹

Offentlige utgifter til sykepenger, AAP og uføretrygd som andel av fastlands-BNP er fire ganger høyere i Norge enn OECD-gjennomsnittet for tilsvarende ytelser (OECD, 2024). Andelen mottakere i befolkningen er også høy, og høyere enn i land som Sverige, Danmark og Finland. Mens de andre nordiske landene og Nederland har innført reformer som har redusert den offentlige pengebruken på helserelaterte ytelser, har det vært en økning i Norge (OECD, 2024). OECD mener det

bør være et sentralt mål for Norge å få kontroll over utgiftene til helserelaterte ytelser.

En særlig bekymring i forbindelse med de helserelaterte ytelsene er økningen i mottak blant unge. Dette har skjedd til tross for et stadig økende fokus på oppfølging og bistand til unge mottakere. I en rapport fra august 2024 konkluderte Riksrevisjonen med at bistanden fra myndighetene for å få unge over i arbeid eller utdanning er kritikkverdig (Riksrevisjonen, 2024). Til tross for at unge er en prioritert målgruppe for Navs arbeidsrettede bistand, er andelen unge som mottar uføretrygd mer enn doblet siden 2010. Riksrevisjonen peker på at den arbeidsrettede bistanden ikke er tilstrekkelig tilpasset unge med sammensatte utfordringer. Unge med psykiske lidelser får ikke god og helhetlig oppfølging fra Nav og helsetjenesten (Riksrevisjonen, 2024).

Det er mange grunner til å vurdere hvor godt de helserelaterte ytelsene fungerer, og om de bidrar til å hemme eller fremme arbeid. Ikke minst fordi det i årene som kommer vil bli større press på de offentlige finansene. Dette skyldes blant annet en stor gruppe som snart går av med pensjon. Det er behov for å se på hvordan ytelsene kan endres for å motvirke økningen i mottak av ytelsene og øke overgangen til arbeid blant mottakerne.

1.2 Mandat

Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har iverksatt en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden. Formålet med gjennomgangen er todelt. For det første skal den tydeliggjøre driverne bak mottak av helserelaterte ytelser og se bredt på årsakene til at personer mottar helserelaterte ytelser. For det andre skal gjennomgangen utarbeide forslag til tiltak som kan redusere bruken av ytelsene og gi økt overgang til arbeid. Målet er å bidra til økt sysselsetting ved at flere kommer helt eller delvis i arbeid, og over tid redusere utgiftsveksten i folketrygden. Områdegjennomgangen er avgrenset til perioden fra 2010 til og med 2024.

De helserelaterte ytelsene, sykepenger, AAP og uføretrygd er alle ytelser til personer som av helsemessige grunner helt eller delvis ikke kan være i arbeid. Selv om de fleste som begynner å motta sykepenger kommer tilbake i arbeid, kommer en hoveddel av de som mottar AAP fra et

volum av mottak og endringer i utbetaling per mottaker utover prisregulering av ytelsene.

¹ At tallet oppgis i faste 2024-kroner innebærer at utgiftsveksten skyldes økning i antall mottakere eller

sykepengeforløp, og en stor andel av de som får innvilget uføretrygd har mottatt AAP i forkant. Det er derfor et betydelig antall personer som har et forløp gjennom de helserelaterte ytelsene. Områdegjennomgangen inkluderer et forløpsperspektiv som ser ytelsene i sammenheng.

Denne rapporten utgjør delrapport 1 i områdegjennomgangen og er en oppsummering av eksisterende kunnskap. Gjennom kunnskapsoppsummeringen har vi kartlagt driverne og barrierene for bruken av helserelaterte ytelser og overgangen til arbeid. Kartleggingen har dannet grunnlag for utredningen og vurderingen av tiltak i områdegjennomgangens andre del som er dokumentert i en egen rapport:

«Områdegjennomgang helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 2 - Tiltak» (Oslo Economics, OsloMet & Frischsenteret, 2025).

Denne rapporten er i hovedsak utarbeidet høsten 2024, med mindre tilpasninger våren 2025.

1.3 Gjennomføring

Områdegjennomgangen er gjennomført i perioden juni 2024 til juni 2025. Arbeidet er utført av Oslo Economics, OsloMet (Nova) og Frischsenteret i samarbeid med eksperter i helseøkonomi, arbeidspsykologi, allmennmedisin og trygderett.

Områdegjennomgangen dekker en stor bredde av temaer og fagområder. Utredningsgruppen har derfor vært bred og deltakerne har vært involvert i ulike deler av arbeidet og i ulikt omfang. Oslo Economics har hatt hovedansvaret for gjennomføringen. I del 1 har OsloMet og Frischsenteret hatt ansvar for de systematiske litteraturgjennomgangene, mens Oslo Economics har hatt ansvar for statistikk og intervjuer. I del 2 har Oslo Economics og forskere fra OsloMet og Frischsenteret utarbeidet forslag til tiltak. Oslo Economics har hatt det overordnede ansvaret for utredningen av tiltakene, herunder samfunnsøkonomiske beregninger og endelig innretning av tiltak. De øvrige fageksperterne har bidratt med vurderinger og innspill på respektive fagområder.

Følgende personer har deltatt i arbeidet:

- Oslo Economics: Ragnhild Haugli Bråten, Nina Skrove Falch, Arne Lyshol, Erik Magnus Sæther, Christopher Markhus Poots, Kine Pedersen, Mina Henni Røhme og Klara Wade
- OsloMet: Axel West Pedersen, Anne Skevik Grødem, Ingjerd Ødemark og Tordis Korvald
- Frischsenteret: Øystein Hernæs, Knut Rød, Simen Markussen og Elisabeth Fevang

- Tor Iversen og Jonas Minet Kinge, Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo
- Silje Endresen Reme, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo
- Andreas Pahle, spesialist i allmennmedisin og fastlege
- Jane Kongtorp Lier, Advokatfirmaet Nicolaisen

I tråd med organiseringen gitt av rammeverket for områdegjennomganger har Finansdepartementet vært prosjekteier og ledet prosjektstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har vært ansvarlig fagdepartement, hatt prosjektlederansvaret og ledet prosjektgruppen. I tillegg har Arbeids- og velferdsdirektoratet deltatt i både prosjektstyret og prosjektgruppen.

Prosjektstyret har bestått av representanter på ledernivå fra Finansdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektgruppen for områdegjennomgangen har bestått av fagressurser fra Finansdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Det er leverandøren som har ansvaret for rapportens innhold, metode og anbefalingene som fremkommer.

1.4 Metode

En områdegjennomgang er en utredning av et budsjettområde og tiltak som kan gi bedre måloppnåelse på området eller økt handlingsrom. Altså enten bedre tjenester, eller lavere kostnader. Områdegjennomganger er en del av budsjettarbeidet i staten og skal kunne brukes som beslutningsgrunnlag for endringer, og tilrettelegge for arbeid med effektivisering og forbedring (Finansdepartementet, 2023).

Områdegjennomgangen er delt i to deler, i tråd med gjennomgangens todelte formål. For å finne driverne bak bruken av helserelaterte ytelser og årsaken til at personer mottar disse er del 1 en kartlegging. Kartleggingen er i hovedsak gjennomført som en litteraturgjennomgang. Litteraturen er i tillegg supplert med dataanalyser og intervjuer for å prøve å tette kunnskapshull. Del 2 er en tiltaksanalyse, der vi har utarbeidet og vurdert tiltak som kan redusere bruken av helserelaterte ytelser og gi økt overgang til arbeid for de som mottar ytelser. Dette dokumentet inneholder funnene fra del 1 av områdegjennomgangen.

1.4.1 Litteraturgjennomgang

Det finnes omfattende kunnskap om de helserelaterte ytelsene. For å få en samlet oversikt over kunnskapen, herunder hvilke kunnskapshull som finnes, har vi gjennomført en litteraturgjennomgang. Gjennomgangen tar for seg litteratur fra 2010 til 2024, med vekt på litteratur fra 2019 til og med 2024.

Litteraturgjennomgangen er gjennomført som et scoping review for å identifisere hvilke populasjoner og temaer som det er forsket på, hva slags kunnskap som finnes om disse populasjonene og temaene, og identifisere kunnskapshull.

Første definerte vi problemstillinger og temaer som utgangspunktet for oppbyggingen av litteratursøket. Problemstillingene ga så opphav til de faktiske søkeordene som ble brukt.

Utvikling av søkestrategien ble gjort av universitetsbibliotekarere i samarbeid med forskerne i teamet. Søkestrategien besto av fire ulike delstrategier:

1. Systematiske søk i internasjonale databaser etter fagfellevurdert litteratur, med engelsk søkespråk.
2. Systematiske søk i nordiske databaser og bibliotekskataloger etter både fagfellevurdert litteratur og litteratur som ikke er

fagfellevurdert (grå litteratur). Søkespråk er norsk og eventuelt dansk og svensk.

3. Manuell gjennomgang av nettsidene til relevante organisasjoner, myndigheter, kommuner, institusjoner, og forskningsinstitutt, spesielt med tanke på rapporter (grålitteratur).
4. Manuell gjennomgang av alle årganger 2010–2024 av særlig relevante faglige tidsskrift (som Arbeid og velferd, Tidsskrift for velferdsforskning).

En oversikt over viktige databaser og søkekilder i litteratursøket vises i Tabell 1-1. Til alle søkene ble det utført supplerende søk i Google Scholar. Arbeidsprosessen og resultatene av søket er dokumentert i Vedlegg C-D.

1.4.2 Dataanalyse Statistikk fra Nav

Vi har benyttet aggregert statistikk fra Nav om mottakere av helserelaterte ytelser i perioden 2010 til 2023. Dataene viser antall personer mellom 18 og 66 år som har mottatt en yttelse et gitt år, beholdning ved utgangen av året, tilgang og avgang i løpet av året, og gjennomsnittsgang/avkortingsgrad. Gjennomsnittsgangen viser for eksempel hvor mange prosent uføretrygdet de uføretrygdene var i snitt et gitt år. For sykepenger er tilgang og avgang fastsatt ut fra start- og stoppdatoer i mottak uten øvrige justeringer. For

Tabell 1-1: Kilder i litteratursøket

Database/søkekilde	Formål
Web of Science	Fange opp tverrfaglige publikasjoner
Embase (Ovid)	Dekke den helsefaglige litteraturen
PsycINFO (Ovid)	Publikasjoner om psykisk helse og arbeidsinkludering
SocINDEX (EBSCO)	Samfunnsvitenskapelige og sosialfaglige perspektiver
EconLit (EBSCO)	Dekke det økonomiske perspektivet
ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts) (ProQuest)	Samfunnsvitenskapelige og sosialfaglige perspektiver
Oria	For å finne de norske publikasjonene som ikke er indeksert i internasjonale databaser
SwePub, Danmarks Forskningsportal (lokale data)	For å finne skandinaviske publikasjoner som ikke er indeksert i de internasjonale databasene
BASE (Bielefeld academic search engine)	Supplement til søk etter norske publikasjoner
Google Scholar	Supplement
Nettsider til relevante myndigheter, forskningsinstitutt og organisasjoner	For å finne grålitteratur

AAP er tilgang definert som personer som mottar AAP utbetaling i en måned uten å ha mottatt utbetaling i de to foregående månedene. Tilsvarende defineres avgang fra AAP som personer som mottar AAP en måned, men ikke de to påfølgende månedene. For uføre er tilgang definert som mottakere som mottar ytelse en måned, men ikke i den foregående måneden, og avgang som personer som slutter å motta ytelsen en gitt måned. Tallene på tilgang og avgang har noen unøyaktigheter, blant annet som følge av at flytting, utvandring, død, korrigeringer og etterregistrering kan medføre perioder med ukorrekt data. Med korrekt data vil beholdningen av mottakere per 31.12 ett år, sammenfalle med beholdningen året før pluss differansen mellom årets tilgang og avgang. I den grad dette ikke er tilfellet har vi kontrollert for eventuelle avvik ved å tilskrive halvparten av avviket til tilgang, og halvparten av avviket til avgang. De korrigerte tallene gir oss mulighet til å vurdere strømninger inn og ut av ytelsene.

Dataen fra Nav er i hovedsak basert på personer bosatt i Norge, men mottakere av helserelaterte ytelser kan også være bosatt andre steder (dette vil i størst grad gjelde uføre). Tallene på antall mottakere som presenteres her er derfor noe lavere enn statistikken på Navs nettsider som også inkluderer ikke-bosatte. For uføre er differansen cirka 0,3 prosentpoeng målt som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder.

Dataene er videre delt inn i ulike grupper, basert på alder, kjønn, diagnose, fylke og landbakgrunn. Disse dataene er koblet sammen med informasjon om antall personer i befolkningen 18–66 år i de samme gruppene, og antall bosatte. Vi omtaler gruppen 18–66 år som personer i yrkesaktiv alder.

Noe av statistikken, i hovedsak den som omhandler alder og kjønn, er oppdatert med 2024-tall. Tallene er lastet ned fra Navs sider og bearbeidet slik at de er på samme format som resterende data. Dette har ikke vært mulig for sykepenges. Derfor har vi brukt tall for sykefraværprosenten, også fra Nav, for å gi et bilde av utviklingen i sykefravær i 2024.

Fra Nav har vi også mottatt aggregerte data som viser strømmer mellom statuser fra ett år til det neste, for perioden 2010 til 2023. Dataene viser status for hele befolkningen i alderen 18–66 år. Status er angitt etter følgende kategorier, i prioritert rekkefølge:

- Helt ufør
- Delvis ufør, delvis sysselsatt
- Delvis ufør, ikke sysselsatt
- AAP
- Overgangsstønad

- Kvalifiseringsstønad
- Introduksjonsstønad
- Sykmeldt
- Arbeidsledig
- Nedsatt arbeidsevne uten ytelse
- Sosialhjelp
- Under utdanning (høyere)
- Heltid (mer enn 30t per uke)
- Deltid, lang (20–29t per uke)
- Deltid, kort (4–19t per uke)
- Selvstendig næringsdrivende
- Ingen registrert aktivitet

Alle personer har kun én status. Prioriteringen innebærer at dersom du for eksempel er sykmeldt 50 prosent og jobber 50 prosent, så vil statusen din i denne inndelingen være sykmeldt. Uføre-inndelingen er basert på fastsatt grad, altså er de delvis uføre graderte uføre. Sykmeldte fastsettes etter sykepengemottak. Nedsatt arbeidsevne uten ytelse er personer registrert med nedsatt arbeidsevne hos Nav, som ikke mottar statlige ytelser.

Microdata.no

Microdata.no gir tilgang til registerdata om den norske befolkningen. Plattformen gir autoriserte personer tilgang til og muligheten til å analysere registerdata fra SSB i en anonymisert form. Plattformen inneholder informasjon om alle AAP-forløp som er startet mellom mars 2010 og frem til siste oppdatering som var november 2023 på tidspunktet analysene i denne rapporten ble gjort. Forløpene er registrert med en startdato, og en stoppdato hvis de er avsluttet. Vi definerer AAP mottakere som alle unike personer som mottar AAP i løpet av den tidsperioden vi undersøker, uavhengig av om de også mottar andre ytelser. Startdato, eller tilgang, er definert som mottak i måned m gitt at personen ikke mottok AAP i måned m-1. Stoppdato er definert som mottak i måned m, men ikke i måned m+1. Dette er altså noe ulikt fra definisjonen i Navs data, som er m-2 og m+2. Forløps-variabelen for AAP kan kobles opp mot ulik informasjon om individet, som kjønn, alder, utdanning og tidligere yrkesbakgrunn, men den inneholder ikke informasjon om diagnoser. Det samme er mulig å gjøre for uføretrygd. Plattformen er i hovedsak benyttet til å studere hvordan AAP-forløp varierer mellom ulike grupper, og for å se på yrkesbakgrunnen til mottakere av AAP og uføretrygd. Microdata.no inneholder ikke informasjon om sykepengeforløp/sykefravær.

Vi tilskriver mottakere av AAP og uføretrygd et yrke etter STYRK08-klassifiseringen. Siden mottakere av disse ytelsene for det meste ikke har et yrke, ser vi på hovedarbeidsforholdet de siste tre årene fra året personen startet å motta ytelsen. Yrkesdata er

tilgjengelig i Microdata.no fra 2009. Dette medfører at vi kan gjøre analyser på yrker fra og med 2011.

1.4.3 Intervjuer

Som en del av kunnskapsinnhenting i denne rapporten har vi høsten 2024 gjennomført intervjuer med aktører i ulike deler av forvaltningen og andre fagpersoner. Hensikten med intervjuene har vært å få innspill til sentrale hypoteser og tema områdegjennomgangen bør dekke, og å belyse spesifikke barrierer og mulige løsninger for en arbeidsfremmende innretning av de helserelaterte ytelsene.

Intervjuene er gjennomført i to runder. Den første runden var hovedsakelig rettet mot personer med lederansvar for større forvaltningsområder i arbeids-, velferds- og helseforvaltningen, for å få innspill på hypoteser og utfordringer på deres områder. I denne runden intervjuet vi aktører fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Finansdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og OECD. Totalt ble det gjort åtte intervjuer. Enkelte av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer, med flere personer fra den aktuelle virksomheten til stede.

Den andre intervjurunden var rettet mot personer som har tettere kontakt eller oppfølging av brukere, eller personer som har tettere lederansvar for personer som utøver det praktiske forvaltningsansvaret for de helserelaterte ytelsene. Vi gjennomførte intervjuer med ansatte i Arbeids- og tjenesteavdelingen og Ytelsesavdelingen i Arbeids- og velferdsdirektoratet, representanter fra Nav Fylke, Nav-kontor og Nav Arbeid og ytelse og rådgivende leger i Nav. Vi har også gjennomført intervjuer og/eller arbeidsmøter med representanter fra Allmennlegeforeningen, sentralt brukerutvalg i Nav, Kompetansesenter for arbeidsinkludering, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, prosjektet «Et enklere Nav» og fagrådet for Arbeid og helse. Totalt ble det gjennomført 18 intervjuer i andre intervjurunde.

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det innebærer at informantene fikk tilsendt en intervjuguide til forberedelse i forkant av intervjuet. Intervjuguiden fungerte som et utgangspunkt for struktur og spørsmål i intervjuet,

men det var mulig å avvike fra guiden, og bruke mer tid på spørsmål som informanten hadde kunnskap om. I hvert intervju var det minst to personer som gjennomførte intervjuet; en som ledet intervjuet og hadde hovedansvar for å stille spørsmål, og en som skrev referat underveis.

Intervjuene ble gjennomført i perioden september til november 2024. Hovedvekten av intervjuene i første runde ble gjennomført i september og oktober, og de fleste intervjuene i andre intervjurunde ble gjennomført i oktober. Den relativt korte gjennomføringstiden i prosjektet innebar at intervjuene måtte gjennomføres samtidig som litteraturgjennomgangen pågikk. Det betyr at vi hadde begrensede muligheter til å drøfte funn fra litteraturgjennomgangen i intervjuene. Funn fra intervjuene er likevel brukt til å supplere funn fra litteraturgjennomgangen. I analysen av hvordan funn fra intervjuene supplerer litteraturgjennomgangen har vi gått gjennom referatene fra intervjuene, og trukket ut beskrivelser av tema som er relevante for de ulike delene av litteraturgjennomgangen. Deretter har vi vurdert om beskrivelser i intervjuene samstemmer med, motstrider, eller utfyller funn fra litteraturen. I omtale av funn fra intervjuene fokuserer vi i mindre grad på funn fra intervjuene som er overlappende med funn fra forskningslitteraturen, og som derfor ikke tilfører ny informasjon eller perspektiver.

1.5 Leseveiledning

I kapittel 2 beskrives systemet for de helserelaterte ytelsene i Norge og andre land. Kapittel 3 er en gjennomgang av statistikk om bruken av de helserelaterte ytelsene.

Kapittel 4 til 7 utgjør litteraturgjennomgangen, delt inn i fire ulike tema:

- Regelverk for de helserelaterte ytelsene
- Navs forvaltning av de helserelaterte ytelsene
- Helse og helsetjenestene
- Arbeidsmiljø, arbeidsmarked og oppvekst

Til slutt, i kapittel 8, oppsummerer vi funnene fra litteraturgjennomgangen i en problembeskrivelse. Problembeskrivelsen danner grunnlag for utarbeidelse av tiltak i del 2 av områdegjennomgangen.

2. Det norske systemet for helserelaterte ytelser og ordninger i andre land

De helserelaterte ytelsene er en del av et helhetlig system av velferds- og inntekts-sikringsordninger. Ytelsene skal sikre inntekt til personer som grunnet sykdom, skade eller lyte ikke kan stå i arbeid. I Norge er helserelaterte ytelser mer sjenerøse og lettere tilgjengelige enn andre inntektssikringsordninger. Nav forvalter de helserelaterte ytelsene, men både arbeidsgivere, helsevesenet og ytelsesmottakeren selv har sentrale roller i aktiviteter og oppfølging.

I dette kapitlet vil vi gi en detaljert beskrivelse av utformingen av de norske helserelaterte ytelsene; sykepengeordningen, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Vi vil beskrive hvordan disse er regulert i lov og forskrift, og endringer i disse fra 2010 og fram til 2024. Vi vil også beskrive hvordan regelverket praktiseres, og hvordan de ulike aktørene samhandler i forvaltningen av ytelsene. Selv om beskrivelsen vil være detaljert vil vi ikke foreta en uttømmende gjennomgang av alle unntak og hensyn som gjelder enkelte grupper og forhold ved ytelsene. Gjennomgangen av den norske forvaltningen er i stor grad basert på gjeldende lovverk med tilhørende rundskriv per høsten 2024, samt informasjon om samfunnsoppdrag, instruks, og organisering fra Navs hjemmesider.

Det norske systemet har både likheter og forskjeller med ordninger som finnes i land vi kan sammenligne oss med. Vi vil videre gi en presentasjon av de helserelaterte ytelsene, og andre tilgrensende ordninger i Sverige, Danmark, Finland og Nederland, og sammenligne disse ordningene med det norske systemet. En oversikt over ordningene i de ulike landene er gitt i Tabell 9-4 til Tabell 9-7 i Vedlegg B. Vi ser også hen til enkelte trekk ved systemene i Tyskland og Storbritannia.

2.1 Overordnet om den norske forvaltningen

I Norge er retten til helserelaterte ytelser fastsatt i lov om folketrygd (folketrygdloven). Retten til arbeidsledighetstrygd, kalt dagpenger, er også regulert der. De helserelaterte ytelsene i Norge består av sykepenger, AAP og uføretrygd. Ytelsene

skal kompensere for bortfall av arbeidsinntekt og er som hovedregel forbeholdt befolkningen i yrkesaktiv alder, altså i alderen 18 til 67 år. Alle de helserelaterte ytelsene skal reduseres eller ytes gradert for personer som har en restarbeidsevne. For sykepenger faller retten til ytelsen bort når arbeidsevnen er over 80 prosent. På AAP faller ytelsen som hovedregel bort dersom arbeidsevnen er over 60 prosent. Personer med rett på uføretrygd får ikke utbetalt uføretrygd dersom inntekten deres overstiger 80 prosent av inntekt før uførhet.

Det er Arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) som forvalter de helserelaterte ytelsene. Nav forvalter også de andre ytelsene i folketrygden, herunder pensjon. Samlet utgjør dette rundt en tredjedel av statsbudsjettet. De helserelaterte ytelsene skal sikre inntekt til personer som grunnet sykdom, skade eller lyte ikke kan stå i arbeid, men det er også et mål at flest mulig skal kunne jobbe mest mulig. Derfor har de helserelaterte ytelsene en tett grensegang mot arbeid, både gjennom graderte ytelser som gjør det mulig å kombinere delvis arbeid med delvis ytelse, og gjennom arbeidsrettet oppfølging med sikte på å øke arbeidsevnen. Det er i tillegg en tett kobling opp mot helsevesenet og behandling for skade og sykdom. I det videre gir vi en kort beskrivelse av Nav, arbeidslivet og helsetjenesten, som vil fungere som et bakteppe i resten av rapporten.

2.1.1 Organisering i Nav

Nav forvalter de helserelaterte ytelsene, men har også en rekke andre samfunnsoppgaver. Samfunnsoppdraget til Nav er å bidra til sosial og økonomisk trygghet, og fremme overgang til arbeid og aktivitet. Nav består av både kommunale og statlige tjenester. Kommunene har ansvar for de sosiale tjenestene, mens staten har ansvar for tjenester knyttet til arbeid, trygd og pensjon.

Den statlige delen av Nav er Arbeids- og velferdsetaten. Etaten består av Arbeids- og velferdsdirektoratet, og fire linjer som ligger utenfor direktoratet. Direktoratet har ansvar for styring, ledelse og utvikling av etaten, mens linjene har ansvar for Navs tjenester og daglige drift. Linjene består av underliggende enheter som utfører Navs kjerneoppgaver. De underliggende enhetene rapporterer til direktoratet, som videre rapporterer til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Selv om staten og kommunen har ansvar for ulike tjenester samarbeider de om å tilby en inngang til de

offentlige arbeids- og velferdstjenestene gjennom et felles ansvar for drift av Nav-kontor. Dette skal sikre et samordnet og tilgjengelig tjenestetilbud.

I henhold til arbeids- og velferdsloven (Nav-loven) § 13 skal Nav og kommunene ha felles lokale kontorer som dekker alle kommuner. Kontorene skal ivareta oppgavene til Nav og kommunen etter sosialtjenesteloven. Etter avtale mellom Nav og kommunen kan også andre kommunale tjenester inngå i kontoret. En sentral paragraf i Nav-loven er § 14 a, som stadfester at alle som henvender seg til et Nav-kontor med ønske eller behov for bistand til å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Brukere som har behov for en mer omfattende vurdering av dette har rett på en arbeidsevnevurdering. Det formelle ansvaret for forvaltningen av Nav-loven § 13 til § 15 ligger under arbeids- og tjenesteavdelingen.

Arbeids- og tjenesteavdelingen er en avdeling i Arbeids- og velferdsdirektoratet med ansvar for Arbeids- og tjenestelinjen. Linjen består av Nav Kontaktsenter, Nav Hjelpemidler og tilrettelegging, Nav fylke/region og, i partnerskap med kommunene, Nav-kontorene. Nav Kontaktsenter svarer på spørsmål om Navs tjenester, og har også egne tjenester rettet mot arbeidsgivere, behandlere, økonomisk rådgivning og teknisk brukerstøtte. Nav Hjelpemidler og tilrettelegging bistår med tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse. Nav fylke/region følger opp, koordinerer og støtter de lokale Nav-kontorene. Nav-kontorene er det fysiske møtepunktet mellom brukere og Nav. I tillegg omfatter Arbeids- og tjenestelinjen supplerende tjenester som Nav Arbeidslivssenter. Nav Arbeidslivssenter er et fylkesbaserte ressurs- og kompetansesenter for inkluderende arbeidsliv, og bistår virksomheter.

Tjenester og funksjoner som kan utføres på et regionalt eller nasjonalt nivå er samlet i Ytelseslinjen. Ytelseslinjen består av Nav Arbeid og ytelser, Nav Familie- og pensjonsytelser, og Nav Kontroll. Nav Arbeid og ytelser har ansvar for å behandle søknader om ytelser og hjelpemidler. I praksis er det Nav Arbeid og ytelser som styrer hvem som får helserelaterte ytelser fra Nav. Familie- og pensjonsytelser er ansvaret til Nav Familie- og pensjonsytelser. Nav Kontroll forebygger og avdekker trykkesvind.

Selve utbetalingen av ytelser foretas av Økonomilinja. Vedtak som er fattet av Nav kan påklages til Nav Klageinstans, som ligger i den siste linjen: Klage- og ankelinjen.

I forvaltningen av de helserelaterte ytelsene er Nav-kontorene og Nav Arbeid og ytelser de viktigste aktørene. Nav-kontorene har ansvaret for oppfølging av brukere, mens Nav Arbeid og ytelser behandler søknader og beslutter hvem som mottar ytelsene.

2.1.2 Tilgrensende ordninger

Personer som har tapt arbeidsinntekt på grunn av arbeidsløshet, og ikke nedsatt arbeidsevne kan motta dagpenger. Dagpenger er støtte til personer som er arbeidsledige eller permitterte, og som tidligere har hatt arbeidsinntekt over et gitt nivå. Enten brutto arbeidsinntekt på minst 1,5 G siste 12 måneder, eller minst 3 G siste 36 måneder.² Ordningen er regulert i folketrygdlovens kapittel 4. Personer som har rett på en helserelatert ytelse vil som hovedregel motta dette istedenfor dagpenger, siden utbetalingene er høyere på de helserelaterte ytelsene. Dagpenger utbetales som 62,4 prosent av tidligere inntekt opp til 6 G. Det er ingen minsteytelse for dagpenger, men fordi tidligere inntekt er et inngangsvilkår blir det i praksis en minste stønad for dem som er kvalifisert for å motta dagpenger.

Enkelte personer vil hverken kvalifisere til dagpenger eller helserelaterte ytelser. Sosialtjenesteloven § 18 sier at personer som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller gjennom krav på andre økonomiske rettigheter, som AAP, uføretrygd og arbeidsledighetstrygd, har krav på økonomisk stønad. Ytelsen omtales ofte som sosialhjelp. I søknader om sosialhjelp skal hjelpebehov, stønadsbeløp og stønadsform vurderes individuelt og skjønnsmessig. Ytelsen er midlertidig. Det er kommunene som i henhold til loven er ansvarlige for sosialhjelp. For unge under 30 år skal det settes vilkår om aktivitet for tildeling av sosialhjelp. Nav-kontoret kan også sette vilkår om aktivitet for eldre mottakere.

Sosialtjenesteloven regulerer også kvalifiseringsprogrammet. Personer i yrkesaktiv alder med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne, uten mulighet for ytelser til livsopphold gjennom folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven, har rett på kvalifiseringsprogram. Søkeren må ha gjennomgått en arbeidsevnevurdering. Programmet skal bestå av tiltak som kan styrke mottakers mulighet for overgang til arbeid. Deltakere i kvalifiseringsprogram har rett på kvalifiseringsstønad lik 2,041 G, tilsvarende minstesatsen på AAP. De under 25 år mottar 2/3 av dette beløpet.

² G står her for grunnbeløpet i folketrygden.

2.1.3 Organisering av arbeidslivet

Norge har en høy sysselsetting og dette ses ofte i sammenheng med den såkalte norske modellen. Den norske modellen er samspillet mellom det organiserte arbeidslivet, offentlige velferdsordninger og den økonomiske politikken. Tanken er at organiseringen av velferdsordningene og den økonomiske politikken skal støtte opp under høy sysselsetting. Et viktig element i den norske modellen er trepartssamarbeidet. Treparts-samarbeidet er samarbeidet mellom arbeidsgiver-organisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner og staten.

Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene omtales som partene i arbeidslivet og har en viktig rolle i organiseringen av arbeidslivet gjennom fastsettelse av kollektive avtaler. Cirka 70 prosent av arbeidslivet i Norge er dekket av tariffavtaler (NOU 2021: 2). Tariffavtalene omfatter flere enn de som er organisert i en arbeidstakerorganisasjon, og organisasjonsgraden blant arbeidstakere i Norge er rundt 50 prosent (NOU 2024: 11). Det er store sektorvise forskjeller, og i offentlig sektor er 80 prosent fagorganiserte, mot 40 prosent i privat sektor.

Trepartssamarbeidet er ofte knyttet til lønnsdannelsen og frontfagsmodellen, men det er også andre områder med et etablert trepartssamarbeid. Siden 2001 har staten og partene i arbeidslivet inngått intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, IA-avtalen. Det overordnede målet for IA-samarbeidet er å skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet. IA-avtalen har blitt revidert og inngått for nye perioder. Da det meste av innholdet i denne rapporten ble skrevet høsten 2024, var gjeldende avtale fra 2019. I etterkant er en ny IA-avtale blitt signert, med varighet fra 2025–2028.

IA-avtalen fra 2019 skiller seg fra tidligere avtaler på noen viktige punkter. For det første gjelder avtalen hele arbeidslivet, ikke bare «IA-bedrifter». For det andre inkluderer ikke 2019-avtalen lenger mål om å øke avgangsalderen for seniorer, eller å inkludere personer utenfor arbeidslivet, som har vært selvstendige mål i tidligere avtaler.

IA-avtalen inkluderer en rekke virkemidler og satsninger rettet mot sykefraværsoppfølging og forebyggende arbeidsmiljøarbeid i virksomheter.

Trepartssamarbeidet omfatter den organiserte delen av norsk arbeidsliv. Altså de 70 prosentene av arbeidstakerne som er dekket av en tariffavtale (NOU 2021: 2). 30 prosent av arbeidstakere er ikke dekket av en tariffavtale, og dermed ikke en del av

trepartssamarbeidet. I tillegg kommer de selvstendig næringsdrivende. Tall for befolkningsstatus som vi har fått fra Nav, viser at det var i overkant av 70 000 selvstendig næringsdrivende i Norge i 2022 som ikke var tilknyttet andre arbeidsforhold eller mottok offentlige stønader.

2.1.4 Organisering av helsevesenet

Det offentlige helsevesenet skal sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester. Alle som bor i Norge, har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2022). For de fleste tjenester betales kun en egenandel, mens sykehusinnleggelse er gratis. Personer som har store utgifter til egenandeler, blir fritatt for egenandeler gjennom frikortordningen. Helsetjenesten kan deles i to, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar og inkluderer fastlegeordningen, legevakt, helsestasjoner og skolehelse-tjeneste, fysioterapi, jordmortjeneste og psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2022). Primærhelsetjenesten fungerer som et bindeledd mellom innbyggere og spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten er statens ansvar og er i dag organisert i fire regionale helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). Spesialisthelsetjenesten inkluderer tjenester som behandling på sykehus, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk og ambulanse-tjenester.

For å få tilgang på de helserelaterte ytelsene kreves en erklæring fra en godkjent aktør i helsetjenesten. Dette er som oftest en lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten, men kan også være en kiropraktor eller manuellterapeut.

2.2 Sykepenger

Sykepenger skal kompensere for bortfall av inntekt hvis du ikke kan jobbe på grunn av sykdom eller skade. Sykepenger er den helserelaterte ytelsen flest mottar. I løpet av 2023 mottok 629 000 personer sykepenger (Nav, 2024a). For å motta sykepenger må du nylig ha vært i arbeid. Det er som oftest fastlegen, som gjennom sykmelding definerer om en person er for syk for arbeid.

Når en arbeidstaker blir sykmeldt er det arbeidsgiver som skal dekke inntektstapet de første 16 dagene. Deretter overtar folketrygden finansieringen av sykepengene, som maksimalt kan mottas i en periode på 12 måneder. For kortere sykefravær kan også arbeidstakere benytte egenmeldingsdager. Egenmeldingsdager kan benyttes i inntil tre kalenderdager og innebærer at arbeidstaker informerer arbeidsgiver om sykdom,

uten å levere en sykmelding. Etter tre dager kan arbeidsgiver kreve sykmelding. Arbeidstakere kan benytte egenmelding i inntil tre dager, fire ganger per år. I mange virksomheter har ansatte en utvidet rett til egenmelding.

Den norske sykepengeordningen har en høy inntektssikring, og sykepengene fra det offentlige dekker inn hele innteksttapet ved sykdom opp til et tak på 6 G. Store grupper av lønnstakere får utbetalt full lønn under sykdom også for den delen av lønnsinntekten som overstiger 6 G gjennom frivillige ordninger på den enkelte arbeidsplassen eller i kraft av tariffavtaler (Alsos, 2019; Dale-Olsen, 2018). Cirka 70 prosent av arbeidslivet i Norge er dekket av tariffavtaler (NOU 2021: 2), men det er ikke alle tariffavtaler som har bestemmelser om sykkelønn (Alsos, 2019).

De fleste mottakere av sykepenger returnerer til arbeid når de blir friske nok. Mange har likevel gjentakende sykefravær, og kan bevege seg mellom jobb og sykepenger over lang tid. Sykmeldte som ikke kan gå tilbake til arbeid etter 12 måneder, kan søke om AAP.

2.2.1 Regelverket for sykepenger

Utbetaling av sykepenger er regulert i folketrygdlovens kapittel 8. § 8-1 i loven viser til at formålet med sykepenger er å gi medlemmer av folketrygden kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt som skyldes sykdom eller skade. For at en person skal ha rett til sykepenger må vedkommende ha vært i arbeid minst fire uker umiddelbart før arbeidsuførheten oppstår, og arbeidsuførheten må føre til tap av pensjonsgivende inntekt jf. §§ 8-2 og 8-3.

§ 8-4 kan omtales som inngangskriteriet for sykepenger. I henhold til § 8-4 skal sykepenger gis til personer som er arbeidsuføre på grunn av funksjonsnedsettelse som *klart* skyldes sykdom eller skade. Videre presiseres det at eksempelvis sosiale eller økonomiske problemer som gir arbeidsuførhet ikke gir rett til sykepenger. Arbeidsuførheten, med unntak i perioden der arbeidstaker kan benytte egenmelding, må dokumenteres med en legeerklæring, jf. § 8-7. Hvis personen delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, eller gjennom tilrettelegging i virksomheten kan utføre andre arbeidsoppgaver der, skal vedkommende få graderte sykepenger jf. § 8-6.

Sykepenger kan mottas fra folketrygden i til sammen 52 uker over de siste tre årene. Dersom mottakeren har vært helt arbeidsfør i 26 uker etter at vedkommende sist fikk sykepenger har vedkommende igjen rett på sykepenger, jf. § 8-12.

Sykmeldte som er arbeidstakere

Sykmeldte som er arbeidstakere skal motta oppfølging fra arbeidsgiver. Arbeidsgiver betaler også sykepengene de første 16 dagene av fraværet, kalt arbeidsgiverperioden, jf. § 8-19 i folketrygdloven. Arbeidsgivers plikter i sykefraværsoppfølgingen er blant annet regulert i § 25-2 i folketrygdloven og § 4-6 i arbeidsmiljøloven. Arbeidsgiver har plikt til å føre statistikk over sykefravær, utarbeide oppfølgingsplan for sykmeldte og gjennomføre dialogmøte i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6 og delta i dialogmøte i henhold til § 8-7a i folketrygdloven.

Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Planen skal være klar senest når arbeidstakeren har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i 4 uker. Unntak fra denneplikten kan gis i situasjoner der en plan åpenbart er unødvendig, for eksempel hvis den sykmeldte venter på operasjon eller omfattende behandling. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, samt aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging. Arbeidsgiver har ansvar for at planen formidles til sykemelder så snart den er utarbeidet, og senest etter fire uker. Hensikten med oppfølgingsplanen er å komme fram til en enighet om tiltak for tilbakeføring. Arbeidsgiver skal videre sørge for at oppdatert plan sendes til Nav senest en uke før dialogmøter som Nav innkaller til, jf. folketrygdloven § 25-2 tredje ledd.

Hvis arbeidstaker er helt borte fra arbeidet skal arbeidsgiver senest innen syv uker, med mindre det er åpenbart unødvendig, innkalle arbeidstaker til et dialogmøte om oppfølgingsplanen. Dette møtet kalles Dialogmøte 1. For arbeidstakere som er delvis borte fra arbeidet avholdes et slikt møte hvis det anses som hensiktsmessig. Dialogmøte 1 skal bidra til økt samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og igangsettelse av tilretteleggingstiltak.

Så tidlig som mulig, og senest innen åtte uker har arbeidstaker plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet, i henhold til folketrygdloven § 8-8, med mindre medisinske grunner er klart til hinder for slik aktivitet. Arbeidstaker skal medvirke i tilretteleggingen og oppfølgingen. Hvor langt arbeidsgiver skal strekke seg i det enkelte tilfellet, avhenger av arbeidstakers medvirkning. Økt medvirkning fra arbeidstaker gir økte plikter for arbeidsgiver. I henhold til folketrygdloven § 21-8 første ledd kan sykepenger avslås, stanses eller

holdes tilbake hvis arbeidstaker ikke gir opplysninger eller medvirker til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid eller arbeidsrettede tiltak.

Sykmeldte som ikke er arbeidstakere

Sykmeldte som ikke er arbeidstakere, for eksempel selvstendig næringsdrivende og frilansere får i utgangspunktet ikke dekket sykepenges i arbeidsgiverperioden. I den resterende utbetalingsperioden får frilansere dekket sykepenges med 100 prosent av sykepengegrunnlaget, og selvstendig næringsdrivende får dekket 80 prosent. Frilansere og selvstendig næringsdrivende kan tegne forsikring for å få sykepenges de første 16 dagene og full dekning etter det.

2.2.2 Endringer i regelverket for sykepenges siden 2010

Det har i hovedsak vært mindre endringer i regelverket for sykepenges siden 2010. I forbindelse med innføringen av uføretrygd som erstatning for uførepensjon i 2015, ble det innført rett til sykepenges ut fra den arbeidsinntekt som en person har, i tillegg til uføretrygden. I 2017 ble det vedtatt nye bestemmelser om beregning av sykepenges i § 8-28 til § 8-30, § 8-38, § 8-40, § 8-41 og § 8-42. Endringene gjaldt fra 1. januar 2019 og handler i hovedsak om at beregningen av inntektsgrunnlaget blir basert på rapportering gjennom a-ordningen. 1. oktober 2017 ble sykepengesene til selvstendig næringsdrivende oppjustert fra 65 prosent til 75 prosent av sykepengegrunnlaget, og fra 1. oktober 2019 ble de oppjustert til 80 prosent av sykepengegrunnlaget.

Fra starten av 2000-tallet og frem mot 2014 ble reglene for sykefraværsoppfølgingen, hovedsakelig i arbeidsmiljøloven, endret på en måte som vektla tidligere og tettere oppfølging av den sykmeldte. Siden 2014 er lovverket knyttet til oppfølging så godt som uendret.

I forbindelse med koronapandemien ble det midlertidig mulig for leger å utstede legeerklæring i forbindelse med sykmelding ved bruk av e-konsultasjon. Gjennom en lovendring som trådte i kraft 1. juli 2023 ble denne ordningen, med visse tilleggsvilkår, gjort permanent.

2.2.3 Forvaltning av sykepengeordningen

Arbeids- og tjenesteavdelingen i Nav er ansvarlige for paragrafene i folketrygdlovens kapittel 8 som omhandler oppfølging av brukere, i tillegg til § 8-4 som er vurderingen av om vilkår for mottak av sykepenges er oppfylt. I praksis følges dette opp av Nav-kontorene. Resten av kapittel 8 er

Ytelsesavdelingen sitt ansvar, og følges opp av Nav Arbeid og ytelser. Dette innebærer at vurderinger av § 8-4, og paragrafene som omhandler oppfølging, blir gjort ved Nav-kontorene, mens resten av vurderingene blir gjort hos Nav Arbeid og ytelser. Hovedansvaret for sykefraværsoppfølgingen ligger likevel hos arbeidsgiver.

Navs forvaltning

I henhold til rundskriv til kapittel 8 i folketrygdloven legger Nav gyldige sykmeldinger til grunn for utbetaling av sykepenges. Dette innebærer at Nav tar utgangspunkt i at sykmelder har vurdert at personen sykmeldingen gjelder oppfyller lovens vilkår om arbeidsuførhet som klart skyldes sykdom. En gyldig sykmelding er en korrekt utfylt sykmelding. Dersom sykmeldingen har feil eller mangler skal Nav be om ny sykmelding. I enkelte tilfeller bør Nav likevel ikke automatisk anse det medisinske vilkåret som oppfylt selv om det foreligger en sykmelding. Dette gjelder for eksempel dersom arbeidsgiver har uttrykt tvil om sykmeldingen, eller hvis Nav er kjent med at det foreligger forhold i tilknytning til sykmeldingen som for eksempel permittering, oppsigelse, konkurs, livskrise eller familieproblemer. I slike tilfeller kan Nav undersøke saken nærmere. Hvis det er usikkerhet rundt medisinske forhold, og betydningen av dette for arbeidsevnen, kan saken forelegges en rådgivende lege i Nav.

I uke åtte av en sykmelding, hvis den sykmeldte ikke er i arbeidsrelatert aktivitet, må Nav gjøre en vurdering av om det foreligger gyldig unntak fra aktivitetskravet. Dersom det ikke foreligger gyldig grunn, vil Nav vurdere om sykepengesene skal stanses. Før sykepengesene ev. stanses må Nav sende et forhåndsvarsel om at sykepengesene vil stanses dersom det ikke foreligger unntak fra aktivitetskravet. Utbetalingen av sykepenges skal vurderes gjennom hele sykepengeløpet. Det innebærer at hvis det skjer en endring underveis i ytelsesmottakers situasjon, så skal ytelsen endres.

Sykefraværsoppfølging

Arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølgingen av sykmeldte, og skal blant annet så tidlig som mulig, og senest innen fire uker, utarbeide en oppfølgingsplan i samråd med arbeidstaker. Nav har oppfølgingsansvaret for sykmeldte uten en arbeidsgiver. Ellers kommer Nav oftest inn i forløpet omtrent 8 uker inn i fraværet, for å kontrollere at aktivitetskravet er oppfylt eller om det eventuelt er grunnlag for unntak. Senest når arbeidsuførheten har vart i 26 uker skal Nav, med mindre det antas å være åpenbart unødvendig, holde dialogmøte 2 mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Arbeidsgiver og arbeidstaker er de viktigste aktørene i sykefraværsoppfølgingen. Sykefraværsoppfølgingen skal bidra til at sykmeldte kommer så raskt som mulig tilbake i jobb, og slik forebygge frafall fra arbeidslivet og overgang til varige helserelaterte ytelser. Bedriftshelsetjenesten, verneombudstjenesten og tillitsvalgtapparatet er ikke aktører i sykefraværsoppfølgingen i henhold til regelverket, men har viktige roller knyttet til arbeidsmiljø og tilrettelegging som er tett knyttet opp mot sykefraværsoppfølgingen, og særlig knyttet opp mot arbeid med å forhindre sykefravær.

Arbeidstakere har i henhold til folketrygdloven og arbeidsmiljøloven en medvirkningsplikt i sykefraværsoppfølgingen. I henhold til folketrygdloven har de også en aktivitetsplikt. Alle som mottar sykepenger og andre ytelser fra folketrygden har også plikt til å fortelle Nav om endringer i forhold som kan påvirke vedkommende sin rett på ytelsen, jf. § 21-6 i folketrygdloven.

Sykmelders rolle

For å ha rett på sykepenger må sykdom eller skade dokumenteres i en sykemelding av en sykmelder. Som oftest er det leger som er sykmelder, men kiropraktorer og manuellterapeuter kan sykmelde i inntil 12 uker. Sykemeldingen skal ligge til grunn for utbetaling av sykepenger. For at sykepenger fortsatt skal utbetales uten at den sykmeldte er i arbeidsrelatert aktivitet etter åtte uker må sykmelder dokumentere at det er tungtveiende medisinske grunner til dette. En utfyllende legeerklæring må derfor foreligge senest når arbeidsuførheten har vart i åtte uker uten at den sykmeldte er i arbeidsrelatert aktivitet.

Hva som regnes som sykdom fremgår ikke av folketrygdloven. Føringer er imidlertid gitt i rundskriv til folketrygdlovens kapittel 8, og Helsedirektoratets Sykmelderveileder som sist ble endret 26. juni 2024. I rundskrivet fremgår det at hva som kan defineres som sykdom vil avhenge av gjeldende medisinsk vitenskap. Veilederen uttyper videre at der det ikke er opplagt at det foreligger sykdom så må sykmelder bruke sitt medisinske skjønn opp mot loven for å vurdere om det foreligger sykdom, og om sykdom fører til nedsatt funksjons- og arbeidsevne.

I henhold til loven gir ikke sosiale eller økonomiske problemer rett til sykemelding, herunder for eksempel sorgreaksjoner. Sykmelderveilederen presiserer at i situasjoner der sorgreaksjon eller for eksempel konflikter på arbeidsplassen kan føre til sykdom hos den enkelte så anses sykdomsvilkåret oppfylt. Sykmelder må bruke skjønn for å vurdere hva som kan betegnes som en normal reaksjon på

et problem, og hva som akutt eller over tid kan oppfattes som sykdom.

Videre skal sykmelder alltid vurdere gradert sykemelding. Ved delvis arbeidsuførhet kan det ytes graderte sykepenger. Vurdering av gradering er en vurdering av evnen til å utføre inntektsgivende arbeid, altså ikke en ren vurdering av sykdom eller skade i seg selv, men en funksjonsvurdering sett opp mot arbeid. Sykmelder må vurdere at en persons funksjonsevne ikke er forenlig med arbeid for å sykmelde vedkommende 100 prosent. Sykmelder gjør denne vurderingen ut ifra den informasjonen de har om muligheten for tilrettelegging på arbeidsplassen.

2.2.4 Utvikling i forvaltningen

I 2019 begynte Nav systematisk å sende spørsmål til den sykmeldte og arbeidsgiver om behovet for dialogmøte 2. Dialogmøte 2 er den aktiviteten i sykefraværsoppfølgingen som krever mest ressurser. Endringene, sammen med andre faktorer, har redusert ressursbruken knyttet til dialogmøte 2. Samtidig har ressursbruken knyttet til kommunikasjon med de aktørene som ville vært inkludert i et dialogmøte, økt.

På grunn av NOU 2023: 11 har Nav Klageinstans endret sin praksis. Nav Klageinstans har redusert antall saker der de opphever vedtak fattet av saksbehandlere ved Nav Arbeid og ytelser og sender saken tilbake til ny behandling. I stedet fatter de et realitetsvedtak. Realitetsvedtaket innebærer at Nav Klageinstans behandler klagen, slik at saksbehandlingstiden blir kortere. Endringen gjelder alle ytelser i Nav, men sykepenger er ett av områdene der dette har hatt størst effekt.

Som følge av en dom i Høyesterett i desember 2021 ble det slått fast at det ved graderte sykepenger er reduksjon i arbeidstid, og ikke reduksjon i arbeidsinntekt, som skal være avgjørende for at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid regnes som nedsatt. Ved beregning av rett til sykepenger er imidlertid reduksjon i arbeidsinntekt viktig. Som følge av dette ble det gjort endringer i rundskrivet til kapittel 8 i folketrygdloven i januar 2022.

Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har i oppdrag å samarbeide om en utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom Nav og helse- og omsorgstjenesten. Oppdraget er motivert av at Nav og helse- og omsorgstjenesten har behov for en innbyrdes informasjonsutveksling for å løse samfunnsoppdragene sine. Dagens utveksling av helseopplysninger er fragmentert, skaper usammenhengende tjenester og representerer en høy arbeidsbyrde for helsepersonell. Sykemeldings-

løpet og AAP (legeerklæring ved arbeidsuførhet) peker seg ut som de to høyest prioriterte områdene, både sett fra Nav og fra helsesektoren (Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2023).

2.3 Arbeidsavklaringspenger

I mars 2010 ble AAP innført som erstatning for de tre ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Om lag 155 000 personer av befolkningen i alderen 18 til 66 år mottok AAP ved utgangen av tredje kvartal 2024 (Nav, 2024b). Personer som fortsatt er syke etter 12 måneder med sykepenger kan søke om AAP. Også personer som ikke har et arbeidsforhold kan søke om AAP. 63 prosent av de som startet på AAP i 2023 hadde i forkant mottatt sykepenger (Grønlien, 2024). 28 prosent av AAP-mottakerne var registrert med nedsatt arbeidsevne eller som arbeidssøker året før, og resten var hverken mottakere av sykepenger eller registrert med oppfølging fra Nav.

For å få innvilget AAP må arbeidsevnen være nedsatt med minst 50 prosent, og en sykdomsdiagnose dokumentert i en legeerklæring eller spesialisterklæring må være «en vesentlig medvirkende årsak» til dette. Det er det lokale Nav-kontoret som gjennomfører vurderingen av om arbeidsevnen er nedsatt. AAP innvilges for ett år av gangen og har som hovedregel en varighet på inntil tre år, hvor hensikten er å avklare og styrke arbeidsevnen. Nav har ansvaret for arbeidsrettet oppfølging av AAP-mottakere, mens helsetjenesten har ansvar for helserelatert behandling. AAP-mottakere har selv plikt til å gjennomføre aktiviteter som kan bidra til arbeid.

2.3.1 Regelverket for arbeidsavklaringspenger

AAP ytes etter kapittel 11 i folketrygdløven. AAP skal i henhold til formålsparagrafen sikre inntekt til medlemmer i folketrygden som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått nedsatt arbeidsevne og er i behandling, deltar på arbeidsrettet tiltak eller får annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid.

For å ha rett til AAP er det krav om umiddelbart forutgående medlemskap i folketrygden i minst fem år, jf. § 11-2. Medlemmet må som hovedregel oppholde seg i Norge eller et annet EØS-land, jf. § 11-3, og må være mellom 18 og 67 år, jf. § 11-4.

Det medisinske inngangsvilkåret for AAP er gitt av § 11-5 og sier at for å motta AAP må arbeidsevnen være nedsatt med minst halvparten og sykdom, skade eller lyte må være en *vesentlig* medvirkende årsak til at arbeidsevnen er nedsatt. Samtidig må

personen i henhold til § 11-6 ha behov for aktiv behandling, behov for arbeidsrettet tiltak eller får annen oppfølging av Nav for å skaffe seg eller beholde arbeid. §§ 11-13 til 11-18 inneholder bestemmelser om andre grupper og i andre situasjoner der AAP også kan innvilges.

Personer på AAP skal bidra aktivt i prosessen for å komme i arbeid og kravene til dette fastsettes i en aktivitetsplan. Ved fravær av aktivitet anses vilkårene for å motta ytelsen som ikke oppfylt og ytelsen kan i henhold til § 11-8 stanses til vilkårene igjen er oppfylt. Avhengig av typen brudd på aktivitetsplikten kan også AAP-utbetalingene reduseres i henhold til § 11-9. Hver 14. dag må mottakere av AAP levere meldekort til Nav med opplysninger som har betydning for retten til, og nivået på, ytelsen.

AAP skal sikre inntekt for personer som er i en form for aktivitet med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid. I tillegg til at mottakeren skal følge en aktivitetsplan, skal vedkommende også få jevnlig oppfølging fra Nav i henhold til § 11-11. Individuelle oppfølgingsstidspunkter skal fastsettes ved innvilgelse av AAP. I forskrift om arbeidsavklaringspenger § 6 andre ledd fremgår det at det skal være minst ett årlig oppfølgingsstidspunkt.

AAP kan gis så lenge det trengs for å gjennomføre fastsatt aktivitet med sikte på å komme i arbeid, men ikke lenger enn tre år, jf. § 11-12. Ytelsen kan forlenges i inntil to år dersom mottakeren allerede er i arbeid og anses å være nær ved å kunne øke arbeidsevnen sin, eller er nær ved å bli i stand til å skaffe eller gå tilbake i arbeid. Forlengelse kan også skje dersom personen deltar i et opplæringstiltak. Vedtak om AAP kan fattes for inntil ett år av gangen jf. § 6 i forskrift om arbeidsavklaringspenger. Hvis varighetsperioden utløper kan mottaker søke om AAP på nytt, og slik starte en ny mottaksperiode på AAP hvis inngangsvilkårene er oppfylt.

AAP fastsettes som hovedregel med grunnlag i pensjonsgivende inntekt året før, eller gjennomsnittet av de tre årene før arbeidsevnen ble nedsatt med minst halvparten, inntil 6 G. Av dette grunnlaget utbetales AAP tilsvarende 66 prosent. Maks utbetaling blir derfor 66 prosent av 6 G, tilsvarende 491 151 kroner i 2024. Personer som forsørger barn, mottar barnetillegg. AAP, inkludert barnetillegg, kan ikke utgjøre mer enn 90 prosent av grunnlaget. Minste årlige ytelse er 253 141 kroner, tilsvarende 2,041 G, eller 2/3 av dette, 168 761 kroner for personer under 25 år. Dersom ikke hele arbeidsevnen er tapt reduseres ytelsen medregnet barnetillegget tilsvarende reduksjonen i arbeidsevne. Beregningen av redusert ytelse skal ta utgangspunkt i forholdet mellom en arbeidsuke på

37,5 timer, og det antall timer personene har vært eller kunne vært i inntektsgivende arbeid. For personer som arbeider i et arbeidsrettet tiltak uten lønn, eller med lønn inntil grunnbeløpet, kan AAP-utbetalingen reduseres med et lavere antall timer enn det timeantallet som er arbeidet.

AAP har mange likheter med midlertidige uføreytelser i andre land, men det er et krav for mottak av AAP om behov for arbeidsrettet aktivitet eller behandling for å ha rett på ytelsen, jf. § 11-6.

2.3.2 Endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger siden 2010

AAP ble innført i 2010 som en erstatning for de tre ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Rehabiliteringspenger var en ytelse for personer som hadde mottatt sykepenger i ett år, men som fortsatt var under behandling med sikte på å bedre arbeidsevnen. Attføringspenger skulle sikre inntekt for personer som deltok på tiltak for å bedre sin arbeidsevne. Tidsbegrenset uførestønad var en ytelse for personer som oppfylte vilkårene for uførepensjon, men der det kunne være en mulighet for at inntektsevnene ble bedret på sikt. Å erstatte disse ordningene med AAP skulle bidra til en mer individuelt tilpasset oppfølging, og at tilgangen på tiltak og virkemidler for å komme i arbeid i mindre grad skulle være styrt av ytelsen en person mottar (Mandal, et al., 2015). Innføringen av AAP innebar en oppmykning i regelverket ved at sykdom ikke lenger trengte å være hovedårsaken til nedsatt arbeidsevne, noe som har ført til at færre av mottakerne kommer fra en periode med sykepenger først (Kann, et al., 2016). Det har bidratt til en økning i yngre mottakere som har vært uten arbeid eller hatt lav yrkesinntekt, ofte med psykiske lidelser.

Den første store endringen i AAP-regelverket trådte i kraft 1. januar 2018. Formålet var å gjøre tilgangen til ordningen smalere, stramme inn stønadsløpet og styrke arbeidsinsentivene, samtidig som regelverket ble forenklet. Tilgangen ble gjort smalere gjennom en presisering av at sykdom, skade eller lyte måtte være en *vesentlig* medvirkende årsak til nedsatt arbeidsevne.³ Stønadsløpet ble strammet inn ved at mottaksperioden ble endret slik at AAP som hovedregel kunne gis for tre, fremfor fire år samtidig som forlengelse utover dette ble tidsbegrenset til to år, samt at ytelsen kunne reduseres ved brudd på aktivitetsplikten.

Arbeidsinsentivene ble samtidig økt, gjennom en presisering av at AAP ikke bare skal reduseres mot

faktisk arbeid, men også mot den tiden mottakeren kunne vært i arbeid. Perioden der det er mulig å jobbe inntil 80 prosent uten å miste ytelsen ble økt fra seks til 12 måneder, og perioden der det kan gis AAP mens det søkes om arbeid ble økt fra tre til seks måneder.

Det ble også innført karensår som innebar at personer som hadde mottatt AAP ut maksimal stønadsperiode ikke hadde rett på en ny periode med AAP før etter en karensperiode på 52 uker.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2020 ble minsteytelsene for AAP-mottakere mellom 18 og 25 år redusert fra 2 G til 2/3 av 2 G: Formålet var å harmonisere minsteytelsen med ytelsene i kvalifiseringsprogrammet og introduksjonsprogrammet for denne gruppen (Arbeids- og sosialdepartementet, 2019).

I pandemiårene ble det gjennomført flere midlertidige endringer i regelverket, som senere ble reversert. Blant annet fikk alle som mottok AAP i midten av mars 2020 forlenget sin stønadsperiode med seks måneder, uten hensyn til varighetsbestemmelsene. I tillegg fikk mottakere som nærmet seg slutten av sin AAP-periode i 2021 og 2022 ved flere tilfeller midlertidige forlengelser. Dette reduserte avgangen fra AAP og dermed økte beholdningen. Aktivitetskravene ble også lempet på for mottakere som ikke kunne gjennomføre tiltak, kurs eller liknende som følge av pandemirelaterte begrensninger (Arbeids- og sosialdepartementet, 2020).

I 2022 ble enkelte av endringene fra 2018 reversert. Karensåret ble fjernet, som innebærer at hvis AAP-vedtaket ikke blir forlenget, kan en ny periode med AAP innvilges dersom inngangsvilkårene er oppfylt. Mulighetene til å få unntak fra bestemmelsene om maksimal varighet ble også endret. Unntaket for personer som grunnet helseutfordringer ikke enda har fått sin arbeidsevne avklart ble fjernet, og istedenfor ble det lag til et unntak for personer som er nær ved å kunne øke sin arbeidsevne eller å komme i arbeid. Unntaket for personer på opplæringstiltak ble videreført. Gruppen som ikke er ferdig avklart, vil kunne søke om AAP på nytt siden karensåret er fjernet. Formålet med endringene var å ta større hensyn til at AAP-mottakere er en sammensatt gruppe, og sikre bedre ivaretagelse blant annet av de som ved ytelsens utløp enten ikke var ferdig avklart, eller var svært nær å komme i ordinær arbeidsrettet aktivitet (Finansdepartementet, 2022).

³ At sykdom, skade eller lyte måtte være en *vesentlig* medvirkende årsak var tidligere en del av rundskrivet, men ble med endringen i 2018 og presisert i lovteksten.

2.3.3 Forvaltning av arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og tjenestelinjen i Nav har ansvar for § 11-5, § 11-9 og § 11-11. Resten av kapittel 11 er Ytelseslinjen sitt ansvar. De vanligste AAP-forløpene starter med at en bruker nærmer seg sluttdato på sykepenger og fortsatt er syk, og søker om AAP. Da gjør Nav-kontoret en vurdering av om arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent, jf. § 11-5. Den sentrale vurderingen omfatter hvordan helsetilstanden påvirker den aktuelle personens mulighet i arbeidslivet. Grunnlaget for å vurdere om sykdomsvilkåret er oppfylt er en legeerklæring eller spesialisterklæring, eller opplysninger fra sykepengeperioden.

Når Nav-kontoret har fattet et vedtak der § 11-5 vurderes som oppfylt så blir saken sendt til Nav Arbeid og ytelser som fattet det såkalte pengevedtaket. Vedtaket kan fattes for inntil ett år om gangen. Bruker får et samlet vedtak når Nav Arbeid og ytelser er ferdige med sin behandling. Hvis § 11-5 ikke anses oppfylt sender Nav-kontoret vedtaket til bruker. Ved innvilgelse gjør Nav Arbeid og ytelser deretter en vurdering av grunnlaget utbetalingen av AAP skal beregnes ut ifra, virkningstidspunkt og vedtakslengde. Virkningstidspunkt er egentlig fra tidspunktet for framsettelse av søknaden, men det må vurderes unntak i henhold til § 27-13.

Det kan skje mange endringer underveis i perioden en bruker mottar AAP. Dersom Nav-kontoret mener at vilkår ikke er oppfylt kan de formidle det til Nav Arbeid og ytelser som vurderer stans eller opphør av ytelsen. Stans er midlertidig, mens ved opphør har mottaker brukt opp rettighetene sine eller vurderes å ikke lengre oppfylle vilkårene for ytelsen. Det er Nav-kontorene som skal sende et varsel til Nav Arbeid og ytelser dersom det er kommet informasjon som tilsier at bruker kanskje ikke har rett på ytelsen lengre, også er det Nav Arbeid og ytelser som gjør en vurdering om det er grunnlag for å vedta stans eller opphør. Dette skjer for eksempel ved brudd på aktivitetsplanen. AAP-vedtaket forlenges uten at det gjøres noen vurdering, med mindre veileder ved Nav-kontoret informerer Nav Arbeid og ytelser om at det har skjedd endringer.

Oppfølging av AAP-mottakere

Alle AAP mottakere skal ha en gyldig aktivitetsplan. Det er Nav-kontorene som har ansvar for at en aktivitetsplan utarbeides, i samråd med mottaker som har medvirkningsplikt. Nav-kontorene har også ansvar for å følge opp aktivitetsplanene, mens mottaker har aktivitetsplikt. Samhandlingen mellom Nav-kontoret og AAP-mottakeren skjer gjennom digital dialog, fysiske møter og

telefonkontakt. For å følge opp mottakerens aktiviteter og vurdere fortsatt rett til AAP bruker Nav-kontorene også meldekortene AAP-mottakerne må levere hver 14. dag. Nav Arbeid og ytelser bruker meldekortet til å beregne utbetaling av AAP.

I rundskrivet til kapittel 11 i folketrygdloven fremgår det at Navs oppfølging skal sikre at AAP-mottakere får «den nødvendige bistand og oppmuntring for å komme i arbeid». Oppfølgingen skal tilrettelegge for økt overgang til arbeid, gjennom god og tett oppfølging. Det skal være minst ett årlig oppfølgingspunkt. Det er et mål at alle brukere skal få tett oppfølging så tidlig som mulig i AAP-forløpet. Ved Nav-kontorene må veiledere selv i stor grad prioritere for hvem og hvordan de gjennomfører oppfølging, innenfor de føringene som er gitt i tildelingsbrev og mål- og disponeringsbrev til fylkene. Føringene innebærer at unge under 30 år har prioritet i oppfølgingen.

Mottakere med en arbeidsevne som ikke er forenelig med ordinært arbeid, og som etter behandling og ulike tiltak for å komme i arbeid ikke antas å ha økt mulighet for å komme i arbeid kan avklares til uføretrygd. Nav-kontoret forbereder da en søknad om uføretrygd.

2.3.4 Utvikling i forvaltningen

Aktivitetsplanen er et verktøy Nav har for å drive god arbeidsrettet oppfølging, og alle brukere som er under arbeidsrettet oppfølging skal ha en aktivitetsplan. Aktivitetsplanen ble digitalisert i 2017 (DAP – Digital AktivitetsPlan), med mål om å styrke brukermedvirkningen og forenkle oppfølgingsarbeidet. Digitaliseringen innførte en dialog-funksjon der bruker og veileder kan kommunisere skriftlig om oppfølgingsarbeidet.

DAP består av flere elementer. Aktivitetsplanen inneholder mål for brukeren, og såkalte aktivitetskort brukes for å planlegge stegene mot målet (Proba, 2022). Brukeren kan selv foreslå aktiviteter og registrere status. Også referater fra møter og andre samtaler registreres i planen. Erfaringene er gjennomgående gode: DAP gir en effektiv kanal for kommunikasjon, bidrar til mer og bedre dialog, øker brukermedvirkningen og den individuelle tilpasningen, og gir raskere avklaringer og økt arbeidsretting.

I 2018 ble ungomsinnsatsen innført, noe som innebar at unge under 30 ble prioritert i Nav sitt oppfølgingsarbeid. 1. juli 2023 ble dette videreført i en ny ungdomsgaranti som innebar at unge under 30 som trenger hjelp av Nav for å komme i ordinært arbeid skal få tilbud om en fast kontaktperson i Nav, som skal følge dem opp regelmessig.

2.4 Uføretrygd

Personer med varig nedsatt inntektsevne kan få innvilget uføretrygd. 77 prosent av nye uføretrygdde i 2023 har tidligere mottatt AAP (Ellingsen, 2024), men det er også en del som går direkte til uføretrygd uten å ha mottatt andre helse relaterte ytelser i forkant. Dette gjelder særlig blant unge mottakere. Per desember 2023 mottok 366 600 personer uføretrygd (Ellingsen, 2024). For å få innvilget uføretrygd må inntektsevnen være varig svekket med minst halvparten, eller med 40 prosent for de som mottar AAP når kravet om uføretrygd settes frem. Det må også foreligge varig sykdom, skade eller lyte. Både AAP og uføretrygd gir i utgangspunktet inntektsdekning tilsvarende 66 prosent av tidligere lønn, men mange yrkesaktive har private forsikringer eller forsikringer gjennom arbeidsgiver som innebærer langt høyere samlet inntektsdekning dersom de blir arbeidsuføre. Dette omtales nærmere i kapittel 7.6.

Overgang fra AAP til uføretrygd er aktuelt når det anses at alle relevante tiltak er vurdert og forsøkt, uten at dette har ført til endringer i muligheten for å delta i arbeidslivet. Da vurderes det at det ikke er fremtidige muligheter i arbeidsmarkedet, og det sendes inn søknad om uføretrygd. Hvorvidt alle relevante tiltak er forsøkt og vurdert, er en individuell vurdering. Dette kan skape uenigheter når uføresøknaden vurderes. Når søknaden om uføretrygd er innvilget tar ikke Nav lenger kontakt med bruker for arbeidsrettet oppfølging, det har de ikke hjemmel til. Dersom brukeren senere ønsker arbeidsrettet oppfølging, må de selv ta kontakt med Nav. Får du innvilget 100 prosent uføretrygd er du som hovedregel 100 prosent uføretrygdet til du fyller 67 år.

2.4.1 Regelverket for uføretrygd

De sentrale bestemmelsene om uføretrygd er gitt i kapittel 12 i folketrygdloven. Jf. § 12-1 skal uføretrygd sikre inntekt til personer som har *varig* nedsatt inntektsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte.

Som for AAP er det krav om forutgående medlemskap i folketrygden i fem år for å motta uføretrygd, jf. § 12-2. Mottakeren må være mellom 18 og 67 år. I tillegg er det for uføretrygd også krav om fortsatt medlemskap i folketrygden.

For å ha rett til uføretrygd må det ha blitt gjennomgått hensiktsmessig behandling for å bedre inntektsevnen, samt arbeidsrettete tiltak med mindre dette av åpenbare grunner ikke er hensiktsmessig, jf. § 12-5. Videre, jf. § 12-6, må personen som søker om uføretrygd ha varig sykdom, skade eller lyte. En medisinsk lidelse må utgjøre hovedårsaken til at inntektsevnen er

nedsatt, da sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uføretrygd. Vilårene for uføretrygd tilsier også at inntektsevnen, altså evnen til å utføre inntektsgivende arbeid, må være varig nedsatt med minst halvparten eller 40 prosent for de som mottok AAP på søknadstidspunktet, jf. § 12-7. Kombinert sier disse vilårene at mottakere av uføretrygd må ha en medisinsk lidelse som medfører en varig nedsatt inntektsevne. Personer som har tapt hele inntektsevnen får en uføregrad på 100 prosent. Dersom personen har tapt en del av inntektsevnen skal uføregraden tilsvare den andelen av inntektsevnen som er tapt, jf. § 12-10.

Grunnlaget for beregning av uføretrygd fastsettes basert på pensjonsgivende inntekt i de beste tre av fem kalenderårene før uføretidspunktet i henhold til § 12-11. Inntekt utover 6 G regnes ikke med i grunnlaget. Deretter ytes uføretrygd med 66 prosent av grunnlaget, jf. § 12-13.

Minste årlige ytelse er likevel 2,329 G for de som lever med ektefelle eller samboer, og 2,529 G for de som lever alene. Personer som blir uføre før de fyller 26 år med alvorlig og varig sykdom, skade eller lyte som er klart dokumentert, har en høyere minstesats på 2,709 G for gifte/samboende og 2,959 G for enslige. Personer som forsørger barn, kan også få barnetillegg.

Det gis barnetillegg tilsvarende 0,4 G per forsørget barn, jf. § 12-15. Barnetillegg endres ikke av at uføregraden er lavere enn 100 prosent, men prøves mot forsørgerens/forsørgerens inntekt. Dersom begge foreldre har rett på barnetillegg, gis tillegget kun til den av dem som har rett på høyest tillegg.

Jf. § 12-12 kreves en samlet trygdetid på 40 år for å ha rett på full uføretrygd. Ved kortere trygdetid reduseres ytelsen tilsvarende. En person med 30 års trygdetid vil få uføretrygd tilsvarende 30/40 av ytelsen ved full trygdetid. Minsteytelsen og barnetillegget avkortes også tilsvarende trygdetiden som legges til grunn.

Ved en lavere uføregrad enn 100 prosent skal uføretrygden graderes i henhold til uføregraden. Uføregraden fastsettes ved å sammenligne inntektsevnen før og etter uførhet. Dersom personen bare har tapt en del av inntektsevnen, skal uføregraden svare til den delen av inntektsevnen som er tapt. Uførheden graderes i trinn på fem prosentenheter. Inntekt før uførhet skal ikke settes lavere enn 3,3 G for personer som lever sammen med en ektefelle eller samboer, 3,5 G for enslige eller 4,5 G for personer som fyller vilårene for ung ufør, jf. § 12-9.

Når uføregraden fastsettes, skal det også fastsettes en inntektsgrense som skal tilsvare inntekt etter

uførhet pluss 40 prosent av grunnbeløpet per kalenderår. Dersom inntekten overstiger dette, skal uføretrygden reduseres i henhold til følgende brøk:

$$\text{Inntekt over grensen} * \frac{\text{uføretrygd ved 100 \% uføregrad}}{\text{inntekt før uførehet}}$$

I praksis innebærer dette at jo større andel av tidligere inntekt uføretrygden utgjør ved en 100 prosent uføregrad, jo større er avkortingen. Personer med rett til barnetillegg som har inntekt vil få tillegget redusert med 50 prosent av inntekten over et fribeløp.

Bestemmelsene om etteroppgjør, jf. § 12-14 fjerde ledd, sier at uføretrygdene skal opplyse om forventet pensjonsgivende inntekt og om endring i inntekten. Hvis det utbetales for mye eller for lite uføretrygd, foretas et etteroppgjør. Ved for lave utbetalinger etterbetales differansen som et engangsbetrag. Ved for høye utbetalinger kan differansen avregnes gjennom trekk i framtidige ytelser.

Hvis pensjonsgivende inntekt utgjør mer enn 80 prosent av inntekt før uførehet, utbetales ikke uføretrygd. En person som i fem år ikke har hatt utbetaling av uføretrygd på grunn av inntekt skal kontaktes av Nav som hører om vedkommende ønsker å søke om retten til opprinnelig uføregrad i ytterligere fem år, jf. § 3-4 andre ledd i forskrift om uføretrygd. Hvis vedkommende i de nye fem årene, totalt 5+5 år, ikke har rett på utbetaling av uføretrygd, slik at det ikke er blitt utbetalt uføretrygd på 10 år, faller retten til uføretrygd bort.

2.4.2 Utvalgte endringer i regelverket for uføretrygd siden 2010

1. januar 2015 ble uførepensjon, gjennom uførereformen, erstattet med uføretrygd i folketrygdloven. Et mål med reformen var å øke yrkesdeltakelsen blant de uføretrygdene, gjennom å motivere dem (økonomisk) til å utnytte sin restarbeidsevne. Reformen skulle blant annet legge til rette for at flere kan kombinere arbeidsinntekt med trygd. Villkårene for å få uføretrygd er i stor grad de samme som for uførepensjon, men med nye beregningsregler. Endringene innebærer at en person som mottar uføretrygd kan jobbe så mye hun eller han har kapasitet til, uten at uføregraden blir revurdert. Det fastsettes imidlertid en inntektsgrense som sier hvor mye vedkommende kan ha i inntekt før trygden reduseres. I alle saker skal det også etter reformen vurderes om uføregraden skal settes lavere enn 100 prosent.

1. januar 2021 ble kravet om forutgående medlemskap i folketrygden økt fra tre år til dagens fem år. Samtidig ble unntaket fra regelen om forutgående medlemskap for flyktninger som er

Boks 2-1: Kurantsaker

Kurantsaker er saker der personen har en sykdom som medfører at saksbehandling skal prioriteres. Hvis kravene til kurantsak er oppfylt skal saken behandles straks. Alle villkår for uføretrygd må være oppfylt, men det er i en kurantsak ikke krav om arbeidsevnevurdering. I en kurantsak foreligger det alvorlig sykdom som medfører at hele inntektsevnen er varig nedsatt. Hva som defineres som alvorlig sykdom skal avgjøres i hvert enkelt tilfelle, men eksempler på slik sykdom er langtkommen kreft med spredning, alvorlig kronisk hjerte- eller lungesvikt, alvorlige hodeskader, kronisk psykose og psykisk utviklingshemming. Medisinske opplysninger og funksjonsbeskrivelse som klart viser at personen ikke kan fungere i arbeid skal ligge til grunn for vurderingen. Kravet til alvorlighet forutsetter 100 prosent uføretrygd. Mange i denne gruppen får uføretrygd idet de fyller 18 år. Enkelte kan likevel ha krav på en arbeidsevnevurdering og jobbe i skjermede bedrifter.

Kilde: Vedlegg 1 til folketrygdloven kapittel 12.

medlem i trygden opphevet, slik at disse må ha vært medlem i folketrygden i fem år før uføretidspunktet for å oppfylle villkåret om forutgående medlemskap.

2.4.3 Forvaltning av uføretrygden

Intervjuer med Nav Arbeid og ytelser tilsier at de fleste søknader om uføretrygd kommer via Nav-kontorene til Nav Arbeid og ytelser. Hos Nav Arbeid og ytelser blir de journalført, og det blir sjekket at all dokumentasjon er på plass før søknaden blir lagt i kø. Kurantsaker, se Boks 2-1, og enkelte andre spesielle saker legges i en egen kø for rask behandling. Det finnes også personer som sender uføresøknad rett til Nav Arbeid og ytelser, uten å ha vært i kontakt med Nav-kontoret først. Dette ble mulig etter 2021 da det ikke lenger var krav om en arbeidsevnevurdering. Mangler det dokumentasjon, tar Nav Arbeid og ytelser kontakt med bruker, eventuelt Nav-kontorene hvis det er snakk om for eksempel behov for en arbeidsevnevurdering. Saken blir da satt på en ventebenk i påvente av dokumentasjonen som mangler, men med en frist.

Når saken kommer til behandling, er det en saksbehandler i Nav Arbeid og ytelser som går dypere inn i saken, sjekker om det er noe de lurer på, eller om det er forhold som ikke stemmer overens med Nav-kontorets vurdering. Hvis det er noe saksbehandler lurer på i Nav-kontorenes vurderinger, kan de opprette dialog med kontoret. Fra oktober 2024 har det vært mulig for Nav-kontorene å sette opp et teams møte med Nav Arbeid og ytelser for å diskutere saken. Når dialogen er ferdig, behandles saken, og det gis innvilgelse eller avslag. Dialogen mellom Nav-kontorene og

Nav Arbeid og ytelse omhandler ofte § 12-5, hvor Nav Arbeid og ytelse mener at vilkåret ikke er oppfylt i henhold til lovverket. Altså mener de at nok tiltak ikke er testet for å kunne konkludere med at alle muligheter for å få bruker i arbeid eller behandling er uttømt. Imidlertid viser intervjuene at det er en opplevelse hos Nav Arbeid og ytelse av at hvis de gir avslag fordi nok tiltak ikke er utprøvd, så går det en periode før de får innvilget uføretrygd, slik at disse menneskene ikke kommer ut i arbeid

Nav Arbeid og ytelse kontakter sjelden leger for å få dokumentasjon eller innspill ifølge intervjuene, da dette i dag må gjøres med fysiske brev og derfor er tungvint og tidkrevende.

Søknader om uføretrygd kan grovt sett deles inn i tre brukergrupper: kurantsaker, personer som har stått i arbeid i flere år, og personer med liten tidligere tilknytning til arbeidslivet. Kurantsaker er i hovedsak raskt avklart. Den andre gruppen er typisk de som har jobbet i mange år, for eksempel i tunge fysiske yrker, som har et forløp gjennom sykepenge, AAP og så uføretrygd. Disse kan ha en restarbeidsevne og få gradert uføretrygd. For eksempel får de i dag 50 prosent AAP og jobber tilsvarende 50 prosent av opprinnelig inntekt. Da anses inntektsevnen deres, og dermed arbeidsevnen å være 50 prosent, og de får innvilget 50 prosent uføretrygd. Også dette er i mange tilfeller en gruppe der avklaringer av søknader går relativt greit.

Den tredje gruppen er unge med liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Dette kan være personer som har en psykisk lidelse og har fullført videregående skole, men ikke gått videre til arbeid eller utdanning. Disse personene har gjerne en lengre periode på AAP, før de til slutt får innvilget uføretrygd tidlig i 20-årene. Som kapittel 0 vil vise er ikke uføre mellom 20–24 år en stor gruppe, men det er en gruppe som har vokst de senere årene. Forutsetningen for å gå fra AAP til uføretrygd er at alle relevante tiltak og hensiktsmessig behandling er gjennomgått. Implisitt er vurderingen at dersom alle relevante tiltak er prøvd uten at de har økt mulighetene på arbeidsmarkedet, så vurderes inntektsevnen som varig svekket.

Når uføretrygd er innvilget har ikke lenger Nav et oppfølgingsansvar for brukerne. Imidlertid er det løpende forvaltning av ytelsen, for eksempel knyttet til avkorting dersom brukeren har hatt inntektsgivende arbeid med inntekt over inntektsgrensen. Dersom en bruker tjener mer enn inntektsgrensen blir ytelsen avkortet, men det gjøres ikke en revurdering av arbeidsevnen og

gradering. Slike vurderinger gjøres bare dersom bruker søker om en høyere uføregrad enn det vedkommende har.

Ved tilstrekkelig høy inntekt, 80 prosent av inntekt før uførhet, blir det ikke utbetalt uføretrygd.

2.4.4 Utvikling i forvaltningen

Etter uførereformen har det vært klare føringer om at uføre skal kunne få arbeidsrettet oppfølging av Nav på lik linje som andre hvis de ønsker det (Eklund, 2023).

2.5 Ordningene i ulike land

Vi vil nå kort beskrive velferdsordninger i Sverige, Danmark, Finland, Nederland, Tyskland og Storbritannia. En mer detaljert oversikt over velferdsordningene i Sverige, Danmark og Nederland er gjengitt i Vedlegg B.

Alle landene i denne gjennomgangen har versjoner av arbeidsledighetsstrygd, sykepenge, midlertidig uføretrygd og uføretrygd. Innretningen for ordningene varierer på tvers av land og noen land kan ha ytterligere ordninger som for eksempel lønnsstøtte. Alle landene har også sosialstønad og mulighet for uttak av alderspensjon fra en viss alder, som vil kunne påvirke bruken av de øvrige ytelsene.

Sverige

I Sverige er erstatningsgraden ved sykepenge rett i underkant av 80 prosent av tidligere inntekt, begrenset opp til 80 prosent av 10 prisbasebeløp. Prisbasebeløp likner det norske grunnbeløpet og er i 2024 på 57 300 svenske kroner. 80 prosent av maksbeløpet tilsvarer da 458 000 svenske kroner, betydelig lavere enn det norske maksbeløpet. I tillegg har Sverige et karensavdrag.⁴ Karensavdraget er et fradrag som gjøres på sykelønn ved sykdom. For arbeidstakere som er sykmeldt innebærer dette at 20 prosent av sykepene for en gjennomsnittlig arbeidsuke trekkes fra. For personer i en 100 prosent stilling, tilsvarer karensavdraget vanligvis fradrag for en hel dag med sykepenge. Høyrisikogrupper slipper karensavdrag.

Utover erstatningen på 80 prosent er det vanlig at tariffavtaler supplerer statlige sykepenge med 10 prosent, slik at kompensasjonsgraden blir 90 prosent. Avhengig av kollektivavtalen kommer den ekstra utbetalingen enten fra arbeidsgiver, gjennom en forsikring, eller en blanding av de to. Det er mulig å få kompensasjon utover de ti prisbasebeløpene, men likevel ikke over 90 prosent av inntekten. Dersom arbeidsgiver kompenserer

⁴ Karensavdrag erstattet karensdag i 2019.

med ytterligere beløp, skal sykepengene fra staten i henhold til § 59 i kapittel 27 i Socialförsäkringsbalken, avkortes forholdsmessig dersom den samlede kompensasjonsgraden overstiger 90 prosent (se Boks 2-2). Dette innebærer at arbeidsgiver i praksis ikke har anledning til å gi mer enn 10 prosent i tillegg, og at den samlede kompensasjonsgraden ikke kan overstige 90 prosent. Utformingen av tariffavtalene varierer avhengig av bransje. Lønnsnivå og de tilknyttede rettighetene til supplerende sykepenger varierer med tidspunktet i sykefraværsløpet.

Som i Norge er sykelønnsperioden delt i en arbeidsgiverperiode og en statlig finansiert sykepengeperiode. Arbeidsgiverperioden varer i 14 dager og etter dette overtar staten finansieringsansvaret gjennom Försäkringskassan. Den ordinære sykepengeperioden er 52 uker. Perioden kan forlenges på ubestemt tid etter medisinske kriterier, men da som hovedregel med redusert kompensasjon, slik at Försäkringskassan betaler ut 75 prosent av tidligere lønn (sjukpenning på fortsättningsnivå). Hvis arbeidsgiver kompenserer utover dette, avkortes ytelsen fra staten dersom samlet utbetaling overstiger 85 prosent av tidligere inntekt. Ved visse alvorlige sykdommer kan utbetalingene av sykepenger bli forlenget uten reduksjon i ytelsesnivået (*fler dagar med sjukpenning på normalnivå*). Dersom det ikke anses å være mulighet for tilbakeføring til arbeid vil overgang til uføretrygd vurderes (Försäkringskassan, 2024a; NOU 2019: 7).

I Sverige vurderes sykmeldte i henhold til det som kalles rehabiliteringskjeden, og skal få sin arbeidsevne vurdert opp mot et stadig bredere spekter av jobber, jo lenger tid som har gått (se Boks 2-3). Det er kun en medisinsk vurdering, og den tar ikke hensyn til utdanningsbakgrunn eller alder (SOU 2020:6). I de første 90 dagene av sykefraværet vurderes arbeidsevnen opp mot

Boks 2-2: Avkorting av arbeidsgiverbetaling i Sverige

I tillegg til å ha et lavere nivå på den offentlige finansierte sykelønnsen enn Norge, har Sverige også begrenset arbeidsgivers mulighet til å øke kompensasjonen til den sykmeldte. Hvis det tariffestede tillegget i utgangspunktet vil føre til at den samlede kompensasjonsgraden overstiger 90 prosent, vil den offentlig finansierte sykelønnsen bli avkortet slik at den maksimale samlede kompensasjonsgraden likevel ikke overstiger 90 prosent.

Den svenske avkortingen innebærer at sykmeldte alltid vil ha et økonomisk insentiv til å jobbe.

Kilde: Kapittel 27 i Socialförsäkringsbalken.

Boks 2-3: Rehabiliteringskjeden

Den svenske rehabiliteringskjeden går ut på at en persons arbeidsevne vurderes ulikt basert på hvor lenge vedkommende har vært syk. I de første 90 dagene vurderes den sykmeldtes arbeidsevne opp mot vedkommende sitt ordinære arbeid. Fra 91–180 dager skal vurderingen skje mot andre arbeidsoppgaver hos den aktuelle arbeidsgiveren, og etter 180 dager er vilkåret for fortsatt å motta sykepenger at arbeidsevnen er redusert i forhold til et hvilket som helst «normalt» arbeid. Sykmeldte som vurderes til å kunne utføre et slikt normalt arbeid, vil deretter bli overført fra sykepengeordningen til arbeidsledighetstrygden.

Kilde: Försäkringskassan (2024b)

personens ordinære arbeid. Fra dag 91 til 180 vurderes arbeidsevnen mot andre arbeidsoppgaver hos arbeidsgiveren, og fra dag 181 vurderes arbeidsevnen mot normalt arbeid. Dette er vanlig arbeid som personen, på tross av sin sykdom, kan utføre med få eller ingen behov for tilrettelegging av hensyn til helsetilstanden. Denne vurderingen gjøres opp mot et fiktivt arbeidsmarked, og tar ikke hensyn til om det finnes slike jobber der hvor den forsikrede bor. Dersom det vurderes at den sykmeldte har arbeidsevne i normalt forekommende arbeid og det ikke finnes grunner for å utsette vurderingen, vil Försäkringskassan stille krav om omstilling til annet arbeid, og ansvaret for inntektssikringen overføres til arbeidsledighetstrygden.

Personer med varig nedsatt helse kan få midlertidige eller permanente uføreytelser (Försäkringskassan, 2024c). For å få innvilget varig uføretrygd må arbeidsevnen være permanent nedsatt slik at personen ikke kan få noe arbeid på markedet, heller ikke med lønnsbidrag. Personer mellom 19 og 29 år kan få en midlertidig aktivitetsstønad dersom de deltar i tiltak som skal øke arbeidsevnen, enten ved medisinsk behandling eller arbeidsrettet aktivitet. Kompensasjonsgraden ved aktivitetserstatning er 64,7 prosent av tidligere inntekt, og maksimal utbetaling er 23 171 svenske kroner per måned, tilsvarende 58 prosent av gjennomsnittsinntekt (Försäkringskassan, 2024c; Statistikmyndigheten, 2024). Personer som ikke har tidligere arbeidsinntekt, eller lav tidligere arbeidsinntekt, får mellom 11 842 og 13 036 svenske kroner per måned, avhengig av alder. Personer over 30 år eller personer som ikke har mulighet til å øke arbeidsevnen slik at de kan holde en 100 prosents stilling, kan få varig uføretrygd kalt sjukersättning. Kompensasjonen ved varig uføretrygd er tilsvarende som ved midlertidig aktivitetserstatning, 64,7 prosent av tidligere inntekt, begrenset oppad til 23 171 svenske kroner per måned, med en minstepensjon for personer over 30

år på 13 275 svenske kroner per måned (Försäkringskassan, 2024c).

I Sverige er forsikring mot arbeidsledighet delt i to: en statlig minsteytelse, kalt en grunnforsikring, og inntektsbasert forsikring mot arbeidsledighet gjennom frivillig medlemskap i statlig subsidierte arbeidsledighetskasser (a-kasser). For å kvalifisere til grunnforsikring eller inntektsbasert forsikring må man oppfylle en rekke vilkår. Grunnvilkårene innebærer at man må kunne jobbe minst tre timer hver arbeidsdag, med et gjennomsnitt på minst 17 timer i uken, samt være registrert som arbeids-søkende og ha søkt om støtte. Videre må man være i stand til og villig til å ta en jobb når som helst. I tillegg kommer arbeidsvilkåret, som innebærer at man i løpet av de siste 12 månedene må ha jobbet minst 60 timer per måned i seks måneder eller minst 40 timer per måned i seks sammenhengende måneder. For å kvalifisere til inntektsbasert forsikring må man i tillegg oppfylle medlemsvilkåret, som innebærer at man har vært medlem i en a-kasse i minst 12 måneder og at man ikke har meldt seg inn etter fylte 66 år. I 2023 var 72 prosent av arbeidsstyrken i Sverige medlem i en a-kasse (IAF, 2024).

Kompensasjonen i grunnforsikringen for personer som ikke er med i en a-kasse eller ikke kvalifiserer til den inntektsbaserte ordningen er på maksimalt 510 svenske kroner per dag (Alfakassan, 2024). Kompensasjon ved inntektsforsikring i en a-kasse er på 80 prosent av tidligere inntekt, begrenset oppad til 1 200 svenske kroner per dag de første 100 dagene. De neste 100 dagene er kompensasjonen fortsatt 80 prosent av tidligere inntekt, men begrenset til 1 000 svenske kroner per dag. Fra dag 201 til dag 300 er kompensasjonsgraden 70 prosent og maksimalt 1 000 svenske kroner per dag (Alfakassan, 2024). Minsteytelsen og den inntektsbaserte forsikringen gjelder i 300 dager. Maksimalgrensene gjør at en person med en svensk gjennomsnittslønn maksimalt får dekket 67 prosent

av sin lønn ved arbeidsledighet hele perioden. Merk at dette er mer enn uføreytelsene dekker.

Arbeidsledige som deltar i arbeidsmarkedstiltak organisert av arbeidsformidlingen kan også få aktivitetsstøtte. Kompensasjonen ved aktivitetsstøtte tilsvarer kompensasjonen fra a-kassen, gitt at deltakere oppfyller kravene for a-kassen og at aldersbetingelsene er oppfylt (Försäkringskassan, 2024d). Kompensasjonen er lavere dersom deltakerne ikke oppfyller kravene for a-kassen og for personer mellom 18 og 24 år.

Arbeidsgivere som ansetter personer med nedsatt funksjonsevne eller sykdom kan få lønnstilskudd, se Boks 2-4.

Danmark

I Danmark har kommunene størstedelen av finansieringsansvaret for de helserelaterte ytelsene, se Boks 2-5. Arbeidsgiverperioden for sykepenges er 30 dager, og etter dette er det kommunen som betaler ut sykepenges. For å motta sykepenges må kommunen vurdere at du er forhindret fra å arbeide på grunn av sykdom, og når de mener det er nødvendig, vil de innhente legeattest. Arbeidsgiver kan også be om dokumentasjon av sykdommen under arbeidsgiverperioden. Ved lengre sykeperioder, vil kommunen sette i gang et oppfølgingsforløp som skal hjelpe den sykmeldte å komme raskest mulig tilbake til jobb. Varigheten for sykepenges er på maksimalt 22 uker innenfor en ni måneders periode. Etter 22 ukers sykefravær blir den sykmeldte revurdert og kan få forlengelse av sykepengeperioden eller vedtak om at den sykmeldte skal over i et jobbavklaringsforløp. Kommunen kan forlenge sykepengeperioden etter en medisinsk vurdering. Hvor lenge sykepengeperioden kan forlenges avhenger av årsaken til forlengelse.

Etter arbeidsgiverperioden, når kommunen står for utbetaling av sykepenges, er kompensasjonen maksimalt 4 695 danske kroner per uke. Mange arbeidstakere får likevel dekket 100 prosent fra arbeidsgiver. Dette kalles sykelønn og i tilfellet den sykmeldte får sykelønn fra arbeidsgiver, er det arbeidsgiveren som får sykepengene fra kommunen (HK, 2024a). I disse tilfellene har både arbeidsgiver og kommune finansieringsansvar i en sykeperiode og insentiver til å begrense varigheten av denne. Oppfølging skjer av arbeidsgiver og kommunen.

Boks 2-4: Lønnstilskudd

Arbeidsgivere i Sverige som ansetter en person med nedsatt funksjonsevne eller sykdom som påvirker arbeidsevnen kan få et lønnstilskudd. Lønnstilskudd er et økonomisk bidrag til dekning av arbeidsgivers lønnskostnad, og denne formen for tiltak spiller en lang og større rolle enn de gjør i Norge.

I 2022 var det i underkant av 80 000 personer i Sverige som hadde lønnstilskudd (Riksrevisionen, 2023). Til sammenlikning var det rundt 13 000 som startet på lønnstilskudd i Norge i 2022.

Dersom arbeidsevnen fortsatt er nedsatt når sykepengeperioden slutter, begynner den sykmeldte på et jobbavklaringsforløp. Ytelsen under jobbavklaringsforløpet heter ressursforløpsytelse. Den høyeste satsen er på 4 695 danske kroner per uke, og den laveste 12 326 danske kroner per måned (Beskæftigelsesministeriet, 2024). Jobbavklaringsforløpet varer i inntil to år, med mulighet for å begynne på et nytt jobbavklaringsforløp dersom arbeidsevnen fortsatt er nedsatt etter to år (Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering, 2021). I løpet av jobbavklaringsforløpet kan ulike tiltak for å komme i arbeid testes, blant annet arbeid med lønnstilskudd. Resultatet av et jobbavklaringsforløp kan være ansettelse, fleksjobb eller varig uføretrygd. Fleksjobb må vurderes før uføretrygd kan innvilges, se Boks 2-6.

Varig uføretrygd kalles førtidspensjon og kan ikke innvilges til personer under 40 år, med noen unntak. Kommunen avgjør hvem som skal få innvilget førtidspensjon, og som regel må personene gjennom et jobbavklaringsforløp i

Boks 2-6: Fleksjobb

Fleksjobb er en ordning for gradert uføretrygd som innebærer at personer med nedsatt arbeidsevne kan ansettes for å utnytte restarbeidsevnen. Arbeidsgiver betaler bare for den reduserte arbeidstiden til vedkommende, og da til en timelønssats som reflekterer den nedsatte arbeidsproduktiviteten til fleksjobb-innehaveren. Arbeidstakeren mottar så en supplerende fleksytelse fra kommunen, slik at den samlede inntekten blir et vektet gjennomsnitt av en full ordinær lønn og full trygd. Jo kortere arbeidstid og jo lavere den anslåtte produktivitet, jo mindre blir lønnsdelen og jo større blir trygdedelen av den samlede inntekten.

Det er kommunene som godkjenner en fleksjobb, og det må foreligge en avtale mellom den kommunale arbeidsformidlingen (jobcenter) og arbeidsgiver (OECD, 2024). Arbeidsformidlingen bidrar også med å finne passende arbeid, vurderer behov for tilrettelegging, og antall timer som skal arbeides.

For personer under 40 år er fleksjobben midlertidig og kan innvilges for fem år av gangen. Personer over 40 kan få innvilget varig fleksjobb (Borger.dk, 2024b). Fleksjobb må vurderes før uføretrygd kan innvilges. Det er ikke vanlig at personer går fra en fleksjobb til ordinær ansettelse (OECD, 2024).

Den danske fleksjobb-ordningen er et eksempel på hvordan restarbeidsevnen til personer med permanent nedsatt arbeidsevne kan utnyttes. Danmark har, som ett av få land, hatt en økning i andelen med nedsatt funksjonsevne som er i arbeid (OECD, 2024).

Boks 2-5: Kommunal finansiering

I Danmark har kommunene et betydelig og enhetlig medfinansieringsansvar for både de helserelaterte og de ikke-helserelaterte inntektssikringsordningene rettet mot befolkningen i yrkesaktiv alder. Fra 2016 ble det innført et felles system på tvers av ordningene der den statlige refusjonen trappes gradvis ned i takt med lengden på det individuelle stønadsforløpet. I de første fire ukene av stønadsforløpet er den statlige refusjonssatsen på 80 prosent (Pedersen, et al., 2019). Frem til et halvt år er den på 50 prosent, hvorefter den reduseres til 30 prosent i det neste halve året, mens den reduseres til 20 prosent når stønadsforløpet overstiger ett år.

Det enhetlige kommunale medfinansieringsansvaret på tvers av ytelsene fjerner insentiver til overvelting mellom styringsnivå, og den gradvise avtrapningen av den statlige refusjonen gir kommunene insentiver til å unngå lange stønadsforløp.

forkant. Nivået på ytelsen er 20 370 danske kroner i måneden for enslige, omtrent tilsvarende 42 prosent av gjennomsnittsinntekten på 48 599 danske kroner i måneden (Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering, 2024a; Danmarks Statistik, 2024).

Den danske arbeidslivsmodellen har tradisjonelt vært preget av en kombinasjon av svak ansettelsestrygghet kombinert med generøs inntektssikring ved arbeidsløshet - ofte omtalt som flexicurity-modellen. Tanken bak modellen er at arbeidsgivere enkelt skal kunne ansette og si opp ansatte etter markedsbehov, samtidig som arbeidstakere skal ha et sikkerhetsnett mellom jobber. Danmark har derfor tradisjonelt hatt en relativt god dagpengeordning spesielt for lavlønnsgruppene. Dagpenger ved arbeidsledighet krever medlemskap i en a-kasse. Rundt 72 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder i Danmark er medlem i en a-kasse (find-a-kasse-priser.dk, 2024). Kompensasjonen fra disse er typisk 90 prosent av tidligere inntekt, begrenset opp til maksimalt 20 359 danske kroner per måned (a-kasser.dk, 2024; 3F, 2024). Dette tilsvarer omtrent 50 prosent av gjennomsnittslønnen. Det er krav om å være aktivt arbeidssøkende for å motta dagpenger, og maksimal varighet for ytelsen er 2 år innenfor en 3-års periode, målt i timer (Borger.dk, 2024a). Nyutdannede har rett på dagpenger i ett år i løpet av en 2-års periode (Nordisk samarbeid, 2024).

Dagpenger for arbeidsledighet har karensdager i Danmark. Karensdagen innebærer et trekk for én dags utbetaling, hver fjerde måned (3F, 2024). Når arbeidsledigheten har vart i 6 måneder, kan personen ansettes med lønnstilskudd. Dersom

arbeidsgiver er en privat virksomhet utgjør lønnstilskuddet 88,92 danske kroner per time. Lønnstilskuddet kan vare inntil 6 måneder. I offentlige virksomheter mottar arbeidsgiver 129,13 danske kroner i lønnstilskudd, og arbeidssøkeren får en timelønn på 138,16 danske kroner (Borger.dk, 2024a). Lønnstilskudd i offentlig virksomhet kan vare i maksimalt 4 måneder.

Finland

I Finland begynner utbetaling av sykepenges fra staten etter 9 dagers sykefravær. Perioden før dette er egentlig en karenperiode, men i praksis får de fleste dekket 100 prosent av lønn i denne perioden av arbeidsgiver, slik at det ligner på en arbeidsgiverperiode (European Commission, 2024a). Perioden med lønn fra arbeidsgiver kan også være lengre gjennom tariffavtaler. Når arbeidsgiverperioden er over, er det den finske folketrygden (Kela eller FPA) som betaler sykepengene, og da utgjør ytelsen i underkant av 70 prosent av årsinntekt opp til 35 769 euro. Den delen av inntekten som overstiger dette kompenseres 20 prosent. Det er ikke definert et maksbeløp.

Den finske regjeringen har foreslått å endre sykkelønnsordningen fra 1. januar 2025. Inntektsgrensen skal senkes fra 35 769 euro til 27 633 euro. Kompensasjon for inntekt over grensen foreslås også redusert til 15 prosent (Kela, 2024a).

Som Danmark, har Finland tariffestet sykkelønn fra arbeidsgiver, og i disse tilfellene er det arbeidsgiver som mottar sykepenges fra staten. Cirka 90 prosent av arbeidstakere i Finland er dekket av tariffavtaler (PAM, 2024). Det er vanlig at arbeidsgiver betaler full lønn de første en til to månedene av sykefraværet (European Commission, 2024a). Sykelønnsperioden kan vare i opptil ett år.

Rehabiliteringsstøtte er midlertidig og innfris typisk når en arbeidstaker har vært sykmeldt ett år (Kela, 2024b). Dette er en midlertidig uføretrygd. Rehabiliteringsstøtte har samme kompensasjonsgrad som sykepenges og kan mottas i opptil tre år.

Varig uføretrygd er en form for førtidspensjon og kalles sykepensjon. Denne betales av en arbeidspensjonsanstalt (pensjonskasse) og Kela. Ved mottak av uføretrygd fra en pensjonskasse, beregnes det hva pensjonsmottaket ville vært for pensjon ved pensjonsalder, og dette blir nivået på utbetalingene. Kela garanterer også en minstepensjon for de som får en beregnet pensjon under grensen (Kela, 2024b). Et særtrekk ved det finske systemet er at større arbeidsgivere har et medfinansieringsansvar for uføretrygd gjennom et «experience-rating»-system for arbeidsgivere (Korkeamäki & Kyryä, 2012). Arbeidsgivere må betale

en andel av uføretrygden til tidligere ansatte, noe som gir insentiver til å forhindre at ansatte går over på uføretrygd.

Arbeidsgivere som ansetter personer med vanskeligheter for å få jobb og som har vært ledige lenge, kan få lønnsstøtte. Hvem som kan få lønnsstøtte besluttes av statlige arbeids- og næringsbyråer eller kommuner som har tatt over denne rollen fra byråene. Arbeidsgiveren kan få halve lønnskostnaden subsidiert fra staten. Dersom den som ansettes har nedsatt arbeidsevne, kan arbeidsgiveren få 70 prosent av lønnskostnadene subsidiert. Subsidien skal kompensere for den ansattes lavere produktivitet, og for at arbeidsgiveren må bruke mer ressurser på å lære opp og følge opp den ansatte med lønnsstøtte. Lønnsstøtte innvilges typisk for fem eller ti måneder. Nasjonale evalueringer har konkludert at lønnsstøtte er et tiltak som kan oppnå omtrent like stor effekt som varianter av arbeidstrening og kvalifisering, men at lønnsstøtte oppnår de samme effektene raskere og til en lavere kostnad (Arbets- og næringsministeriet, 2024; Arbets- og næringsministeriet, 2023).

Arbeidsledighetsstrygd er organisert som i Danmark og Sverige, og krever medlemskap i en a-kasse. Fra 1. januar 2025 skal oppfølging av arbeidsledige flyttes fra staten til kommunene. De som ikke har medlemskap i en a-kasse, kan få arbeidsledighetsstrygd fra Kela. Kela gir en grunnforsikring på 37,21 euro per dag. Det har vært mulig å få økt utbetaling gjennom deltakelse i arbeidsrettede aktiviteter, men regjeringen har foreslått å avslutte denne ordningen med virkning fra 1. januar 2025 (Kela, 2024c). Det er syv karen dager før mottak av grunnforsikring, og forsikringen kan mottas i opptil 400 dager. Når ytelsen nærmer seg makstid, vil det gjøres en automatisk vurdering av arbeidsmarkedsstøtte. Arbeidsmarkedsstøtte er en behovsprøvd økonomisk ytelse. Den ytes også til ledige som ikke oppfyller arbeidskravet om 12 måneders arbeid innen de siste 28 månedene (Kela, 2024c). Det er ingen tidsbegrensning på arbeidsmarkedsstøtte, men behovet vurderes opp mot øvrige inntekter og økonomisk situasjon. Nivået på ytelsen er tilsvarende grunnforsikringen.

Nederland

Ved sykdom i Nederland må dette meldes til arbeidsgiver eller statlig forvaltning (UWV) innen 2 dager (UWV, 2024a). Det må ikke oppgis grunn til fraværet, men forventet retur og ytelseevne må beskrives. Arbeidsgivere har et ansvar for å rapportere ansattes sykefravær til tilknyttet bedriftslege eller bedriftshelsetjeneste. Etter 6 uker vil den ansatte ha en samtale med tilknyttet

bedriftslege eller bedriftshelsetjeneste, som resulterer i en evaluering av arbeidsevnen til den ansatte. Arbeidsledige blir fulgt opp av lege og tilbake-til-arbeid veileder tilknyttet statlig forvaltning (UWV, 2024b).

I Nederland har arbeidsgiver et betydelig ansvar for sykepengeordningen, se Boks 2-7. Ordningen skiller seg fra andre europeiske systemer ved at

Boks 2-7: Sykepenge- og uførereform i Nederland

Med bakgrunn i høye utbetalinger knyttet til sykefravær og uføre gjennomførte Nederland på 1990-tallet store reformer i de helserelaterte trygdeordningene. I 1992 ble innbetalinger fra arbeidsgivere endret slik at de reflekterer virksomhetens sykefravær. I 1994 ble arbeidsgivers betalingsperiode utvidet til de første seks ukene av et sykefravær, og fra 1996 ble ansvaret for finansieringen av sykepenger i inntil to år overført i sin helhet til arbeidsgiver. Samtidig ble «experience-rating» innført som en del av uføreordningen, som gjør at arbeidsgivere må betale for en del av kostnaden knyttet til uføretrygd for tidligere ansatte. Det ble også gjort tiltak for å styrke portvaktfunksjonen med henblikk på å redusere innstrømmingen til uføretrygd.

Endringene innebærer at arbeidsgiveres utbetalinger knyttet til både sykdom og uførhet avhenger av arbeidsgiverens historikk knyttet til sykefravær og uførhet blant ansatte. Endringene førte til en drastisk nedgang i nye tilfeller av syke og uføre, og tyder på at arbeidsgiveres insentiver er av betydning. Arbeidsgiveres utgifter knyttet til sykdom og uføre økte betydelig etter reformen, og gjør det mer kostbart at arbeidstakere blir stående utenfor arbeidslivet.

Reformene reduserte også de totale kostnadene knyttet til sykdom og uføre, men klarte i liten grad å få personer utenfor arbeidslivet tilbake i arbeid igjen. Reformene skapte også uheldige insentiver for arbeidsgivere til å unngå å ansette personer med helseproblemer, og førte til økt bruk av midlertidige kontrakter. Som følge av dette har det blitt gjort endringer i omfanget av forpliktelsene til små og mellomstore arbeidsgivere. Reformene understreker at det kan være en avveining mellom arbeidsgivers insentiver og fast ansettelse og inkludering i arbeidslivet.

Å overføre finansieringsansvaret for de helserelaterte trygdeytelsene til de arbeidsgiverne kan også tenkes å få negative virkninger for lønnsomheten, lønnsevnen og sysselsettingen i bransjer med et endemisk høyt nivå på sykefravær og uføretrygd. Vi har imidlertid ikke kommet over forskning der slike virkninger av det nederlandske systemet har vært tematisert og dokumentert.

Kilde: OECD (2024).

arbeidsgiver betaler sykepenger i inntil to år. Arbeidsgiver er ansvarlig for å følge opp og tilrettelegge for ansatte under sykdom. Hvis arbeidsgiveren ikke tilrettelegger tilstrekkelig, kan perioden med sykepenger forlenges. Kompensasjonsgraden er på minst 70 prosent av den tidligere inntekten, men det er vanlig at arbeidsgivere i tariffavtaler eller bedriftsinterne avtaler forplikter seg til 100 prosent dekning det første året, før den reduseres til 70 prosent i det andre året. Det er ingen begrensning på antall sykedager en ansatt kan ta per år (UWV, 2024c). Arbeidsgivere kan ha forsikring knyttet til finansieringsansvaret, og på starten av 2000-tallet etter at finansieringsansvaret ble flyttet til arbeidsgivere er det anslått at rundt 80 prosent av private bedrifter, særlig de små, hadde slike forsikringer (de Jong & Lindeboom, 2004).

Hvis prosentandelen arbeidsgiver betaler til den sykemeldte arbeidstakeren faller under den nasjonale minstelønnen, er arbeidsgiveren forpliktet til å kompensere lønnen. Denne forpliktelsen gjelder kun i løpet av det første sykdomsåret (UWV, 2024c). Staten har finansieringsansvar for sykemeldte uten et arbeidsforhold (European Commission, 2024b). Arbeidsledige er i hele sykdomsperioden forpliktet til å etter beste evne søke jobb. Ved endt sykefravær kan de gå over til andre ytelser igjen. Hvis du mottar sykepenger fra det offentlige er beløpet basert på tidligere inntekt, med et tak på 274,44 euro per dag (European Commission, 2024b).

I Nederland er det ikke et formelt system for gradert sykmelding. Planen som utarbeides av arbeidstaker og arbeidsgiver kan inneholde gradert arbeid (NOU 2019: 7).

Ved sykdom som varer i over to år, men der det likevel er sannsynlig at arbeidsevnen helt eller delvis kan gjenopprettes, er det mulig å søke om midlertidig uføretrygd (WGA). WGA-ytelsen gis til personer som antas å kunne gjenoppta arbeid delvis, enten umiddelbart eller på lengre sikt. Det forventes en gradvis tilbakeføring til arbeidslivet, og kan innebære arbeid i redusert stilling. For å kvalifisere kreves en medisinsk vurdering utført av en lege tilknyttet sosialforsikringen, som også vurderer arbeidsevnen (UWV, 2024d). Videre må arbeidsevnen være redusert med minst 35 prosent etter to års sykmelding (Business.gov.nl, 2024).

WGA-ordningen omfatter tre stønadstyper: inntektsavhengig ytelse, lønnsupplerende ytelse og oppfølgingsstønad. Den inntektsavhengige ytelsen gis først og har en varighet på mellom tre måneder og to år, avhengig av den enkeltes

situasjon. Kompensasjonsnivået er 75 prosent av tidligere inntekt de første to månedene og reduseres til 70 prosent fra og med tredje måned (European Commission, 2024b). Etter to år med inntektsavhengig ytelse, vurderes restarbeidsevnen. Avhengig av hvorvidt denne utnyttes til arbeid, overføres mottakeren til enten lønnsoppløpende ytelse eller oppfølgingsstønad. Oppfølgingsstønad utbetales til personer som ikke benytter restarbeidsevnen i arbeid, og tilsvarer 70 prosent av den nederlandske minstelønnen, justert i henhold til uføreggrad. For personer som er i arbeid og utnytter minst 50 prosent av sin restarbeidsevne, gir lønnsoppløpende ytelse en kompensasjon på 70 prosent av tidligere inntekt (UWV, 2024e). Arbeidsgiver bidrar indirekte til finansieringen av WGA gjennom forsikringspremier (UWV, 2024f).

Personer med minst 80 prosent varig nedsatt arbeidsevne kan få innvilget varig uføretrygd, IVA. Om du kvalifiserer for denne ytelsen forventes det ikke at du returnerer i arbeid hverken nå eller senere. IVA betales av staten og kompensasjonsgraden er på 75 prosent av inntekt før sykdom, maksimalt 274,44 euro per dag (European Commission, 2024b). Som Finland har også Nederland en form for «experience-rating» av arbeidsgivere som gjør at de må betale en del av kostnadene til uføretrygd for tidligere ansatte.

For å kvalifisere for dagpenger ved arbeidsledighet, må du ha arbeidet minst 26 av de siste 36 ukene, men arbeidsgiveren trenger ikke være den samme gjennom perioden. Du må i gjennomsnitt ha jobbet minst 10 timer per uke, og arbeidstapet må være ufrivillig med minst fem tapte timer per uke. Du må være under pensjonsalder. Ytelsen utgjør 75 prosent av tidligere inntekt de første to månedene. Deretter reduseres kompensasjonsgraden til 70 prosent av tidligere inntekt og maksimal varighet er tre måneder (European Commission, 2024b). Har du arbeidet sammenhengende i minst fire av de siste fem årene før arbeidsledighet, forlenges dagpengeperioden utover tre måneder: én ekstra måned per år du har jobbet, opptil ti år. For arbeid utover ti år, legges det til en halv måned for hvert ekstra år. Kravene for dagpenger innebærer at du må aktivt søke jobber, ta imot passende arbeid, og samarbeide med stønadskontoret. Etter seks måneder må du akseptere enhver jobb, uavhengig av arbeidsoppgaver og lønnsnivå (UWV, 2024g).

Tyskland

Sykepenger i Tyskland er organisert med en arbeidsgiverperiode etterfulgt av utbetaling fra et helseforsikringselskap. Sykepenger fra arbeidsgiver krever ansettelse i fire sammenhengende uker før sykdommen.

Arbeidsgiver betaler sykepenger i inntil seks uker etter samme nivå som lønnen. Etter arbeidsgiverperioden kan personer med forsikring motta sykepenger fra helseforsikringselskapet på 70 prosent av tidligere inntekt, begrenset til 90 prosent av nettolønn. Per diagnose er maksimal varighet 78 uker over tre år. Legemelding til arbeidsgiver kreves etter tre dager sammenhengene sykdom (European Commission, 2024c).

I Tyskland er varig uføretrygd en førtidspensjon. For å kvalifisere for ytelsen må en kvalifiseringsperiode på 60 måneder fullføres. I dette inngår at vedkommende har betalt bidrag til pensjonsordningen i fem år og har betalt inn obligatorisk forsikring i tre av de siste fem årene. Det finnes noen unntak og andre krav for de som er født med sykdom som gjør at de blir arbeidsuføre fra de når arbeidsfør alder. Pensjonskassen dekker også utgifter og ytelser for reintegrering i arbeidsmarkedet (European Commission, 2024d).

For å kvalifisere for arbeidsledighetstrygd i Tyskland må du være registrert som arbeidsledig, tilgjengelig for arbeid, aktivt søke nytt arbeid og ha fullført en kvalifiseringsperiode som innebærer obligatorisk forsikring i minst 12 av de siste 30 månedene før arbeidsledighet. Forsikringspremien er på 2,5 prosent av inntekten opp til et inntektstak, og halvparten betales av arbeidsgiver, mens den andre halvparten betales av arbeidstaker. Arbeidsledighetsforsikring er obligatorisk og trekkes ofte fra lønn før utbetaling (Euraxess, 2024). Kompensasjonsgrad ved arbeidsledighetstrygd er 67 prosent for arbeidsledige med barn og 60 prosent for andre, med beregningsgrunnlag er begrenset opp til 7 550 euro per måned. Maksimal varighet er ett år.

De som ikke kvalifiserer for arbeidsledighetstrygd, kan motta Citizen's Allowance. Citizen's allowance er økonomisk støtte til personer som ikke kan forsørge seg selv med arbeidsinntekt og utbetales av lokale jobbsentre. Utbetaling innvilges typisk for 12 måneder av gangen og skal bidra til å dekke basisutgifter som mat, bolig, klær og helse, men også et minimumsnivå for deltagelse i sosiale, kulturelle og politiske aktiviteter. De som mottar ytelsen, får støtte fra jobbsentrene til å komme i arbeid. Dersom ansettelse ikke anses som sannsynlig i nær framtid, må enhver ansettelsesmulighet som dukker opp aksepteres (European Commission, 2024d).

Storbritannia

I Storbritannia gis det ikke sykmelding, men friskmelding. Fokus er altså ikke på hvor mye du er forhindret fra å arbeide, men hvor mye du kan arbeide. I Storbritannia er arbeidsgiverperioden ved

sykdom 28 uker med en utbetaling på minst 116,75 pund per uke. Mange har arbeidskontrakter som gjør at de får en høyere utbetaling. Det er også en karenperiode på tre dager og for å kvalifisere må du ha jobbet for samme arbeidsgiver og hatt en gjennomsnittsinntekt på minst 123 pund per uke de siste åtte ukene. Etter syv dagers sammenhengende sykefravær, må en legemelding leveres til arbeidsgiveren. Denne kalles friskmelding og skal si hvor mye du kan arbeide på tross av sykdom.

Personer med skade eller sykdom som påvirker evnen til å jobbe og som ikke kvalifiserer for sykepenger, kan få annen økonomisk støtte. For å kvalifisere for økonomisk støtte som følge av nedsatt arbeidsevne, eller støtte til å komme tilbake til arbeidsmarkedet, er det krav til arbeidstid og nasjonalt forsikringsbidrag, typisk de siste 2 til 3 årene. I perioden mens ytelsesnivå fastsettes, kan det utbetales inntil 90,5 pund per uke, eller 71,7 pund per uke for personer under 25 år. Etter vurdering av arbeidsevne, kan det innvilges arbeidsrettet aktivitetsstøtte på opptil 90,5 pund per uke eller kun inntektsstøtte på opptil 138,2 pund per uke. De som mottar inntektsstøtte kvalifiserer også for å motta uføretrygd.

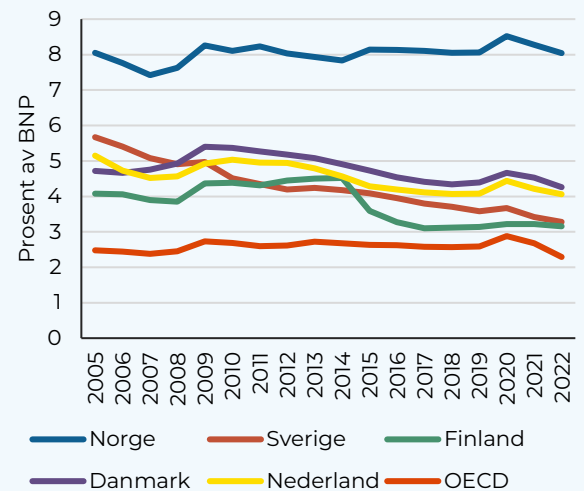
Storbritannia har en ordning for arbeidsledighets-trygd til arbeidsledige som har hatt nok innbetalinger til nasjonal forsikring de siste to årene før arbeidsledighet. Maksimal varighet er 182 dager. Kompensasjonen er begrenset opptil 90,5 pund per uke og 71,7 pund per uke for de under 25 (Gov.uk, 2024).

2.5.1 Sammenlikning av ordningene

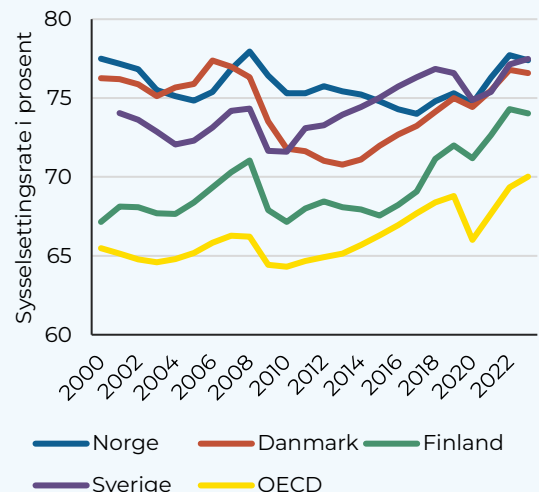
Pedersen, et al. (2019) har sammenlignet inntektssikringssystemene i de nordiske landene, Nederland, Tyskland og Storbritannia. Studien finner at de offentlige norske helserelaterte ytelsene er mer sjenerøse enn ordningene i de andre landene som er undersøkt, med en kombinasjon av høy universell minstesikring og høy standardsikring for personer med opptjening. Samtidig gjør tariffavtaler og forsikringer at ytelsene i flere av de andre landene i praksis er omtrent like sjenerøse som i Norge. Arbeidsgivere i Norge har mindre direkte finansieringsansvar for de ansattes sykepengerrettigheter enn de andre landene i undersøkelsen.

Sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe drøfter også likheter og forskjeller mellom Norge, Sverige, Nederland og Danmark. Med unntak av Norge har disse landene gjennomført betydelige reformer i inntektssikringsordningene de siste tiårene fram mot 2019 (NOU 2019: 7). Sverige har gjennomført flere innstramminger i inntektssikringsordningene, og Nederland har flyttet mye av ansvaret for

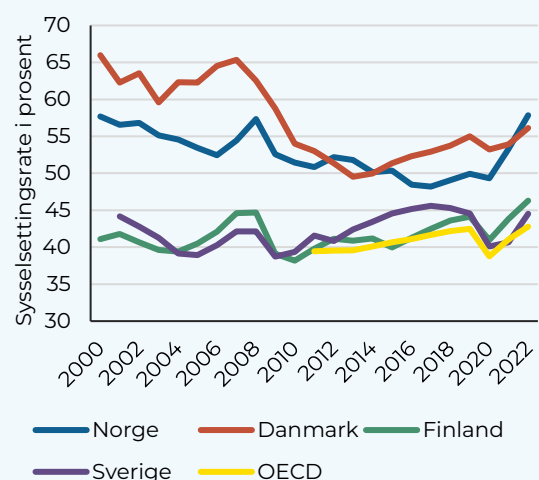
Figur 2-1: Offentlig pengebruk på sykdom- og uføreytelser



Figur 2-2: Sysselsettingsrate 15–64 år



Figur 2-3: Sysselsettingsrate 15–24 år



Kilde: Tall hentet fra OECD (2024).

helselerelaterte ytelser over på arbeidsgivere. Danmark har de senere årene gjort flere endringer for å gjøre inntektssikringsordningene mer arbeidsrettede, og har blant annet gjort det vanskeligere å få innvilget varig uføretrygd, særlig for yngre.

OECD (2024) peker på pengebruk knyttet til helselerelaterte ytelser som en av hovedutfordringene for de offentlige finansene fremover. Som prosent av fastlands BNP bruker Norge nesten fire ganger mer på helselerelaterte ytelser enn gjennomsnittet i OECD (Figur 2-1). De siste årene har også den norske pengebruken vært minst dobbelt så stor som i Sverige, Finland, Danmark og Nederland. Den høye norske pengebruken skyldes blant annet en høy andel mottakere av helselerelaterte ytelser (Figur 2-4 og Figur 2-5).

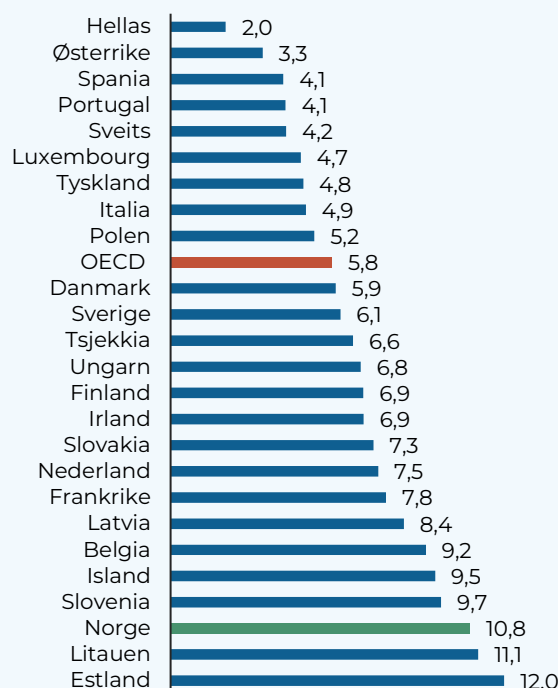
Samtidig som Norge har en høy andel mottakere av helselerelaterte ytelser, har vi også en relativt høy sysselsettingsandel totalt sett. (Figur 2-2 og Figur 2-3). Det finnes forskning som tyder på at økt inkludering i arbeidslivet kan gi høyere sykefravær, slik at høy sysselsetting i seg selv kan bidra til økt forbruk av helselerelaterte ytelser, se for eksempel Evensen, et al. (2024). Høy sysselsetting innebærer at flere opparbeider seg rett til sykepenges eller høyere nivåer på andre ytelser, og innebærer at de sysselsatte på marginen er sykere og kan ha økt forbruk av disse ytelsene. Imidlertid er det blitt betydelig mindre forskjell mellom sysselsettingsraten i Norge og sammenliknbare land, samtidig som disse landene har hatt en nedgang i utgiftene til helselerelaterte ytelser, uten at det samme har skjedd i Norge. Det må derfor også være andre faktorer enn sysselsettingen som forklarer den høye bruken av helselerelaterte ytelser i Norge.

De helselerelaterte ytelsene i Norge er relativt sjenerøse og tilgjengelige sammenlignet med andre ytelser, noe som kan bidra til å skyve folk fra arbeidsledighet og over i helselerelaterte ytelser (OECD, 2022). Dette gjør at det er viktig å se de helselerelaterte ytelsene i sammenheng med andre ytelser når ulike land sammenlignes.

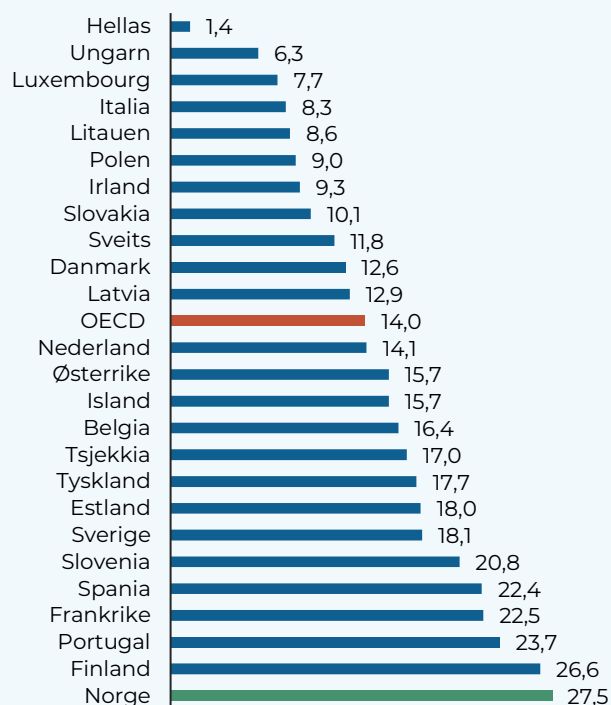
Ytelsesnivå

I Skandinavia er velferdsordningene utarbeidet med utgangspunkt i den såkalte arbeidslinjen. Det vil si at det ligger til grunn at flest mulig skal være i arbeid mest mulig, og at velferdsordningene skal stimulere til arbeid. I Sverige og Danmark er de generelle kompensasjonsgradene for de fleste ytelsene likevel betydelig lavere enn i Norge for personer med høy inntekt. Dette skyldes en lavere grense for inntekt som kan inngå i beregningsgrunnlaget, og i Danmark også flate satser for flere ytelser. Minstesatsene i Danmark er derimot slik at

Figur 2-4: Mottakere av uføreytelser, andel av befolkningen 20–64 år. Tall for 2018 eller siste tilgjengelige



Figur 2-5: Antall dager sykefravær for fulltids fast ansatte. Årlig gjennomsnitt for 2022 eller siste tilgjengelige år



Kilde: Tall hentet fra OECD (2024). OECD er et aritmetisk gjennomsnitt av medlemslandene med tilgjengelig data. OECD baserer tall for sykefravær på EU-labour force survey, men anslår at tallene er underestimert med 50 prosent og har multiplisert tallene med en faktor på 2.

for de med liten eller ingen tidligere inntekt, så er kompensasjonsnivået til arbeidsledige og varig uføre klart høyere enn i Norge (Pedersen, et al., 2019). For å gjøre arbeid relativt mer gunstig enn trygd, har også Sverige, Danmark og Nederland ordninger med jobbskattefradrag, se Boks 2-8.

I Sverige gir uføretrygd og midlertidig aktivitetserstatning en maksimal inntektserstatning som tilsvarer 58 prosent av den svenske gjennomsnittslønnen. Uføretrygd og AAP i Norge gir maksimal utbetaling på 491 151 kroner, noe som tilsvarer 73 prosent av gjennomsnittslønnen i 2023 (Fløtre, et al., 2024). Dekningen i Norge er derfor klart bedre enn i Sverige. Det samme gjelder for sykepenges. I Danmark får varig uføre utbetalt maksimalt 42 prosent av gjennomsnittslønnen.

Forvaltning og finansiering

I Norge og Sverige er det statlige etater med lokale kontor som er ansvarlige for den aktive arbeidsmarkeds politikken (NOU 2021: 2). I Danmark er dette ansvaret lagt på kommunen. Dette henger sammen med finansieringen. I Norge og Sverige er det i hovedsak staten som har finansieringsansvaret for de helse relaterte ytelsene. I Danmark har kommunen størsteparten av finansieringsansvaret for de helse relaterte ytelsene og arbeidsmarkeds tiltak, men staten refunderer en andel. I Danmark er tanken at når kommunen både finansierer og er ansvarlige for arbeidsmarkeds tiltak og andre virkemidler for å få folk tilbake i arbeid, så skaper det sterkere insentiver for kommunene til å jobbe aktivt med dette. I Norge og Sverige er det betydelig større avstand mellom de lokale kontorene og staten som utbetaler penger. Nederland har en helt annen modell, der arbeidsgiver har et betydelig finansieringsansvar for de helse relaterte ytelsene.

For arbeidsledighetstrygd holder Norge på den samme modellen som for de helse relaterte ytelsene. I Sverige, Danmark og Finland er i stedet store deler av ledighetstrygden finansiert gjennom a-kasser i arbeidstakerorganisasjonene.

Sykelønn og arbeidsgivers medfinansieringsansvar

I alle landene er sykepenges i hovedsak en rettighet til arbeidstakere som har fått arbeidsevnen helt eller delvis nedsatt grunnet sykdom eller skade (se Boks 2-9 for en beskrivelse av hvem som kan sykmelde i ulike land). Staten dekker en prosentandel av bortfall av inntekt opp til et visst nivå med to unntak. I Norge dekkes hele bortfallet av inntekt opp til dette nivået, og i Nederland er det arbeidsgiver og ikke staten som dekker bortfallet. De fleste arbeidstakere får imidlertid utbetalt en høyere andel av inntektstapet enn det de statlige ytelsene skulle tilsi, fordi de er dekket av tariffavtaler som gir høyere kompensasjonsgrad under sykdom. Tariffavtalene øker arbeidsgivers finansieringsansvar i sykepengeperioden. Om tariffestede tillegg til de offentlige ytelsene er utbredt, så bidrar det altså i seg selv til at arbeidsgivere har et større finansieringsansvar for sykepenges, enn dersom slike tillegg er lite utbredt.

Danmark skiller seg fra de andre skandinaviske landene ved å ha en lang arbeidsgiverperiode på 30 dager. Lange arbeidsgiverperioder er med på å øke arbeidsgiver medfinansieringsansvar. I Nederland er det ingen arbeidsgiverperiode siden arbeidsgiver dekker sykepengeutbetalingene i hele sykefraværsforløpet. Nederland har en modell der ansvaret for sykefravær i stor grad overføres til arbeidsgiver. Når en ansatt blir sykemeldt, må vedkommende oppgi både forventet returdato og vurdering av egen ytelsesevne. Dette gir arbeidsgiver bedre muligheter til å tilrettelegge for den sykemeldte. I

Boks 2-8: Jobbskattefradrag

Sverige, Danmark og Nederland har ordninger med jobbskattefradrag - en form for «arbeidsbetingede stønader» (in-work benefits) som Norge ikke har. Jobbskattefradrag er fradrag i lønnsinntekten eller i den utlignede skatten på lønn, og ordningene innebærer at lønnsinntekt skatlegges mildere enn trygdes og stønader. Hovedformålene med jobbskattefradrag er å forbedre insentivene til å erstatte trygdinntekt med heltids- eller deltidsarbeid og å øke inntekten til lavlønnsgupper (Pedersen & Finseraas, 2013). En evaluering gjennomført av det svenske Finansdepartementet konkluderer med at den svenske ordningen har hatt en betydelig positiv virkning for sysselsettingen, men evalueringen dokumenterer samtidig at ordningen er svært kostbar (Finansdepartementet, 2012).

Boks 2-9: Hvem kan sykmelde?

I Norge er fastleger en sentral aktør i sykmeldingen fordi de utsteder legeerklæringer som ligger til grunn for sykmeldinger. I praksis er det slik at dersom en fastlege vurderer at du skal sykmeldes så vil du motta sykepenges fra Nav etter at arbeidsgiverperioden er over. Denne ordningen har møtt kritikk knyttet til forholdet mellom pasient og lege, og legenes insentiv til å følge pasientens ønske.

I andre land bruker de andre ordninger for sykmelding. I Nederland er det som hovedregel bedriftsleger som er ansvarlig for sykmeldingen av arbeidstakere. I Sveits har ansvaret for den medisinske utredningen av uføresøknader i 2004 blitt overført fra allmennpraktikerne til regionale medisinske sentre.

tillegg har Nederland et system med bedrifts-tilknyttede leger, som kjenner virksomheten og kan gjøre vurderinger av den ansattes ytelsesevne og muligheter for tilpasning. Denne tilnærmingen kan bidra til en mer effektiv håndtering av sykefravær og kan føre til raskere retur til arbeid, samtidig som den kan gi bedre støtte til den enkelte arbeidstaker og arbeidsgiver. Hvis det vurderes at du har en restarbeidskapasitet etter sykdom over 2 år, gjøres en kraftig avkorting av ytelse.

Når arbeidsgiver har et større medfinansieringsansvar, har de også sterkere insentiver til å forebygge sykefravær. Dette kan innebære å ha helsefremmende arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø, tilrettelegge for arbeidstakere som kan være i faresonen og drive aktiv oppfølging av sykmeldte for å redusere tiden til de er tilbake i arbeid. På den andre siden kan disse insentivene også arte seg i at arbeidsgivere i mindre grad ønsker å ansette personer med økt sannsynlighet for sykefravær.

Varige uføreytelser

I Sverige, Danmark og Nederland er det et særskilt regelverk for unge. I Sverige og Danmark er varig uføretrygd med visse unntak ikke tilgjengelige for personer under henholdsvis 30 og 40 år. I Sverige vil også uføre under 30 år som oppfyller inngangsvilkåret motta en lavere minsteytelse enn personer over 30 år. Nederland har en egen ytelse rettet mot unge uten tidligere inntekt med en alvorlig langvarig sykdom eller funksjonshemming. Ytelsen for unge uføre i Nederland er lavere for personer mellom 18 og 21 år.

Arbeidsledighetstrygd

Pedersen, et al. (2019) finner at den norske arbeidsledighetstrygden skiller seg i liten grad fra de andre landene i studien når det kommer til sjenerøsitet og andre vilkår. Unntaket er Storbritannia som har en lite sjenerøs arbeidsledighetstrygd. Når det gjelder sosialhjelp, selv om det er noe utfordrende å sammenligne på tvers av land, ser den norske sosialhjelpen ut til å ikke skille seg særlig ut med tanke på ytelsesnivå (se Boks 2-10).

Et sentralt særtrekk ved det norske systemet er at de helserelaterte ytelsene er klart mer sjenerøse og mer tilgjengelige enn de ikke-helserelaterte ytelsene for befolkningen i yrkesaktiv alder (Pedersen, et al., 2019). Årsaken er at det ikke er krav til forutgående opptjening for å motta AAP og uføretrygd, og for sykepenger er kravet til forutgående opptjening mindre strenge enn i arbeidsledighetstrygden. Dette kan bidra til medikalisering og å skyve folk over på helse-relaterte ytelser. At Norge har lav arbeidsledighet, samtidig som vi ikke har høyere sysselsetting enn i

Sverige og Danmark kan tyde på at det er en forskyvning fra arbeidsledighetstrygd til helse-relaterte ytelser. Dette samsvarer med funn i europeiske land som tyder på et inverst forhold mellom arbeidsledighet og mottakere av uføretrygd (IMF, 2015).

Medikalisering, særlig blant unge, er én bekymring i det norske systemet. Finland skiller seg fra Norge ved å ha arbeidsledighetstrygd også til de som ikke har arbeidet tidligere. Dette gjør at unge mennesker med utfordringer knyttet til arbeidsmarkedet kan få økonomisk støtte og støtte til å komme i arbeid uten en diagnose.

Utvikling over tid

De fleste landene har hatt utvikling mot mer innstramming, også Norge, som har redusert tid på AAP fra 4 til 3 år. Sverige har hatt innstramming i kompensasjon ved sykelønn, gjennom avkortingsregler så arbeidsgiver ikke kan kompensere fullt ut, samt karensavdrag. De har også innført innstramminger i kompensasjonen utover i forløpet, men også krav om å ta annet arbeid. Samtidig har de, etter betydelige innstramminger på 1990-tallet, i de senere årene hatt flere runder med økning i den statlige kompensasjonsgraden. Danmark har hatt innstramming i kvalifisering, særlig knyttet til uføretrygd, noe som har redusert tilstrømmingen. De har også økt innsatsen knyttet til arbeidsmarkedsrettet oppfølging, blant annet gjennom å flytte finansieringsansvaret over på kommunene. Finland gjennomgår nå

Boks 2-10: Sosialhjelp

Sosialhjelp er et siste sikkerhetsnett i de landene vi har sett på. Sosialhjelp er innrettet noe ulikt i de ulike landene. Nederland, Finland, Tyskland og Storbritannia har friinntekter og gradert avkorting av ytelsen mot andre inntekter. I Norge, Sverige og Danmark avkortes ytelsen krone for krone mot annen inntekt. Likevel skal ikke lenger barnetrygd og barns inntekter fra arbeid i fritid og ferier motregnes ved utmåling av sosialhjelp i Norge. Det er vanskelig å sammenligne nivået på sosialhjelp på tvers av land, blant annet fordi sosialhjelpssatsene i noen land er ment å dekke alle typer av forbruk, mens de veiledende eller bindende satsene i Norge, Sverige, Finland og Tyskland ikke skal dekke mottakernes boutgifter (inkludert strøm og oppvarming) som i stedet vurderes og eventuelt dekkes separat.

Til tross for dette er det grunn til å slå fast at den norske ordningen for sosialhjelp ikke er mer sjenerøs enn i andre land.

Kilde: Pedersen, et al. (2019)

innstramminger, og det vil innføres store endringer fra 1. januar 2025.

Nederland har gjennomgått de mest omfattende endringene av inntektssikringssystemet i de senere årene. Det Nederland har fått til er å flytte ansvar over på arbeidsgiver. Den sykmeldte må oppgi forventet retur og ytelsesevne ved sykemelding. Nederland har også bedriftstilknyttede leger som i større grad kan vurdere ytelsesevne og mulighet for tilpasning, da de i større grad kjenner virksomheten.

I løpet av koronapandemien ble det innført flere midlertidige endringer i sykepenge- og dagpengeordningene. I motsetning til de

midlertidige endringene i de andre skandinaviske landene, ble flere av endringene i Sverige permanente (Bengtsson, et al., 2024). De permanente endringene som ble gjennomført i forbindelse med pandemien, inkluderte at kravene i arbeidsavklaringen etter 180 dager ble mindre strenge. Dersom det anses som sannsynlig at den sykmeldte vil returnere til fullt arbeid hos arbeidsgiveren innen 365 dager, vil vurderingen opp mot normalt forekommende arbeid kunne utsettes. Det ble også åpnet for at den sykmeldte kunne få arbeidsevnen vurdert mot arbeid hos arbeidsgiveren, heller enn normalt forekommende arbeid, dersom det er særskilte grunner til dette og det er sannsynlig at den sykmeldte vil returnere til arbeid innen 550 dager.

3. Veier inn i, mellom og ut av ytelser

Bruken av helserelaterte ytelser i Norge har økt de siste årene. Veksten skyldes særlig en økning i andelen uføretrygdde under 50 år, noe som vil bidra til fortsatt høyt mottak og trolig videre vekst i årene som kommer. I tillegg har det vært en betydelig vekst i mottak av sykepenger og arbeidsavklaringspenger de siste årene. Veksten har truffet bredt i befolkningen, uavhengig av demografiske kjennetegn som alder, kjønn og landbakgrunn.

I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser i perioden 2010–2024, med utgangspunkt i statistikk fra Nav og SSB. De fleste analysene er basert på data til og med 2023, fordi nyere data ikke var tilgjengelige da analysene ble gjennomført. Enkelte analyser er oppdatert med 2024-tall der dette har vært mulig. Datakildene er beskrevet nærmere i kapittel 1.4.2.

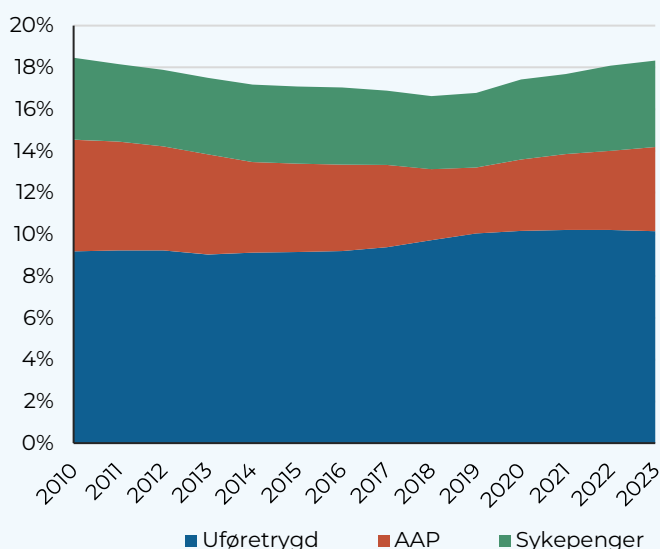
Siden 2019 har det vært en sterk vekst i bruken av helserelaterte ytelser. Hovedformålet med dette kapitlet er derfor å beskrive utviklingen etter 2019, med særlig vekt på hvilke grupper som på

aggregert nivå har bidratt mest til veksten i denne perioden. Tiden etter 2019 er preget av en rekke forhold som har påvirket ytelsesmottak, særlig koronapandemien og endringer i regelverket for arbeidsavklaringspenger (AAP). Dette må tas med i betraktningen når vi studerer utviklingen over tid.

I analysene av mottak av de ulike ytelsene, bruker vi beholdningstall. Beholdningstallene reflekterer summen av endringer i tilgang, avgang og varighet. Der det er store endringer i beholdning, eller der dataene viser større endringer i enten tilgang, avgang eller varighet, nyanseres beholdningstallene med analyser av disse størrelsene.

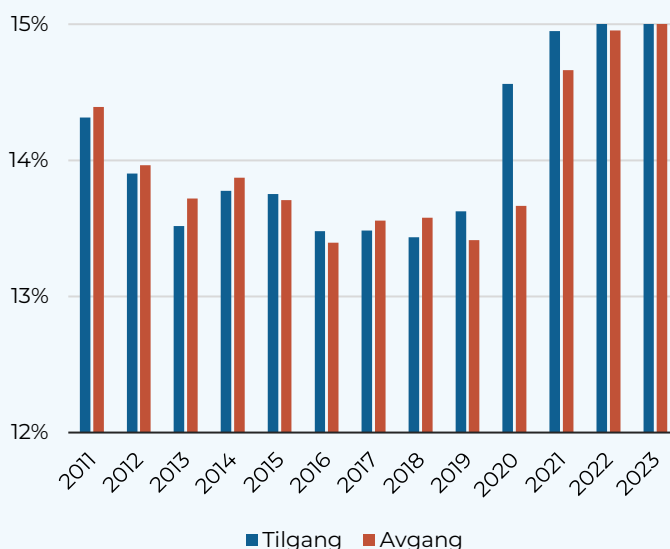
Delkapittel 3.1 gir en overordnet beskrivelse av utviklingen i mottak av helserelaterte ytelser. De tre påfølgende delkapitlene gir en mer detaljert gjennomgang av hver enkelt ytelse, før delkapittel 3.5 viser analyser av forløp på tvers av ytelsene. I siste delkapittel oppsummerer vi de viktigste driverne for veksten i mottak av de helserelaterte ytelsene som har funnet sted mellom 2019 og 2023.

Figur 3-1: Andel av befolkningen (18–66 år) som mottar en helserelatert ytelse per 31.12.

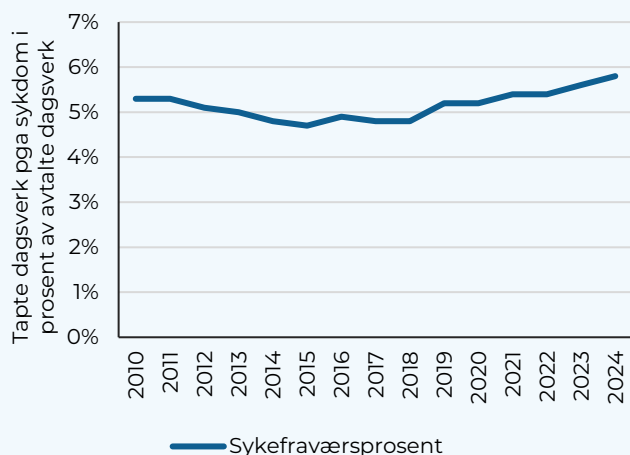


Note: Figuren til venstre viser andelen personer i befolkningen i yrkesaktiv alder som per 31.12 er registrert på en helserelatert ytelse. Noen personer mottar både uføretrygd og sykepenger, for å unngå dobbelttelling er disse prioritert i henhold til statusinndelingen i kapittel 1.4.2. Figuren til høyre viser andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som i løpet av året kommer inn på en helserelatert ytelse eller har avgang fra en helserelatert ytelse. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

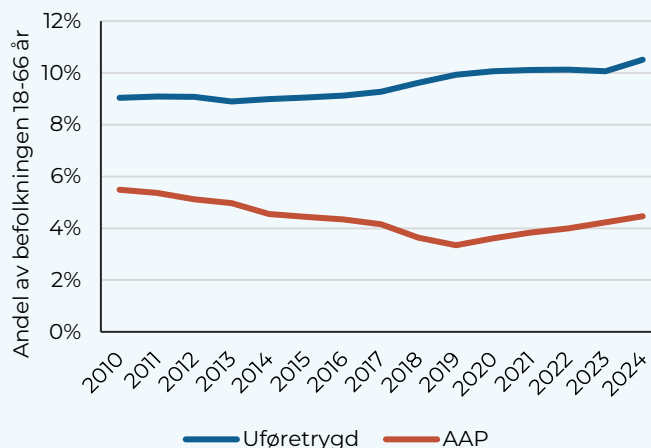
Figur 3-2: Tilgang til og avgang fra de helserelaterte ytelsene gjennom året



Figur 3-3: Legemeldt sykefravær som andel av avtalte dagsverk (sykefraværsprosenten)



Figur 3-4: Andel av befolkningen (18–66 år) som mottar AAP og uføretrygd per 31.12.



Note: Figuren til venstre viser tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk. Figuren til høyre viser andelen personer i befolkningen i yrkesaktiv alder som per 31.12 er registrert på AAP eller uføretrygd. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

3.1 Utvikling i bruken av helserelaterte ytelser

Siden 2018 har det vært en betydelig vekst i andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottar en helserelatert ytelse (Figur 3-1). Blant personer i alderen 18 til 66 år, mottok 18,3 prosent en helse-relatert ytelse ved utgangen av 2023. Ved utgangen av 2018 var denne andelen 16,6 prosent. Veksten fra 2018 etterfulgte en lengre periode med nedgang i mottakere. Nedgangen var drevet særlig av redusert mottak av AAP, men også av sykepengen.

Når vi ser perioden 2010–2023 under ett, var bruken av sykepenge på sitt laveste i 2018, da mottok 3,5 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder sykepenge ved utgangen av året. Bruken av AAP var på sitt laveste i 2019, med 3,2 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottok AAP ved utgangen av året. Veksten som har funnet sted i perioden 2019 til 2023 er drevet av vekst i mottak av alle de helserelaterte ytelsene. Figur 3-2 sammenligner tilgang og avgang fra helserelaterte ytelser hvert år i perioden. Fra og med 2019, har tilgangen vært større enn avgangen hvert år.

Andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottar sykepenge ved utgangen av året økte fra 3,6 prosent i 2019 til 4,2 prosent i 2023 (Figur 3-1).⁵ Økningen var størst fra 2019 til 2020 og 2021 til 2022. Det er naturlig å se dette i sammenheng med koronapandemien, men det er samtidig interessant at andelen fortsatte å øke fra utgangen av 2022 til

utgangen av 2023. Økningen i beholdningen av sykepengemottakere i denne perioden er drevet av at tilgangen har økt mer enn avgangen. I Figur 3-3 ser vi at sykefraværsprosenten, altså antall tapte dagsverk til sykdom i prosent av avtalte dagsverk, også har økt siden 2018. Økningen i antall sykepengemottakere kan altså ikke forklares direkte av at flere deltar i arbeidslivet. I den grad den økte sysselsettingen innebærer at flere med dårlig helse deltar i arbeidslivet, kan dette imidlertid tenkes å ha bidratt til økningen i sykefravær. Vi har likevel ikke grunnlag for å konkludere med at flere med dårlig helse har kommet inn i arbeidslivet.

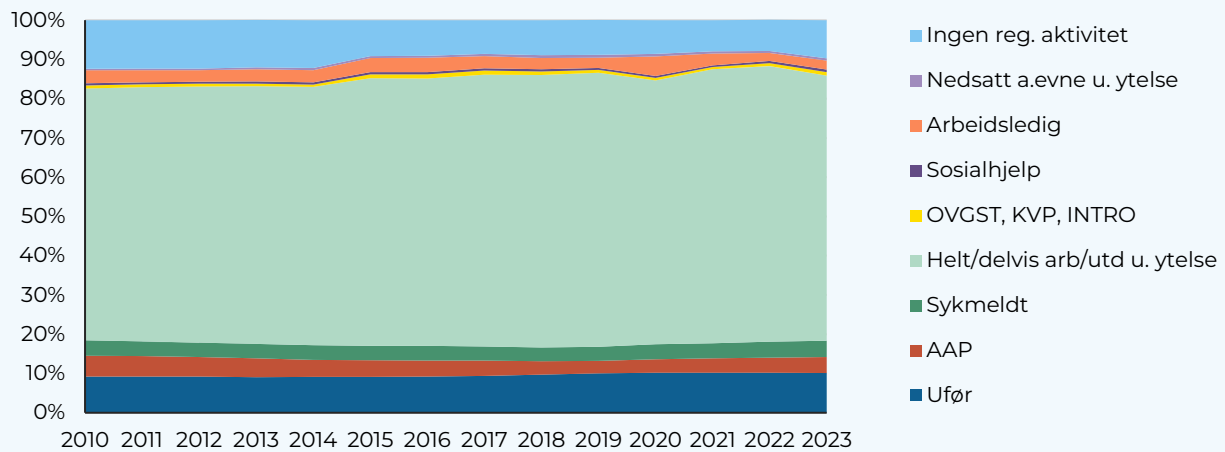
Andelen mottakere av AAP i befolkningen steg fra 3,2 prosent ved utgangen av 2019, til 4,0 prosent ved utgangen av 2023. AAP ble introdusert i 2010, som erstatning for flere tidligere ytelser, og har vært gjenstand for flere regelverksendringer siden da. Regelverksendringene er beskrevet i kapittel 2, men særlig relevant er endringene som trådte i kraft 1. januar 2018. Da ble varigheten på mottak innskrenket, og insentivene til arbeid økt. Dette kan være en del av forklaringen på nedgangen fra 2018 til 2019 (Figur 3-4). Økningen i beholdningen av AAP-mottakere i perioden 2019 til 2023 er drevet av redusert avgang siden 2019. Siden 2019 har det også vært noe økning i tilgangen.

Fra 2010 til 2023 steg andelen uføretrygdde fra 9,0 til 10,2 prosent, målt som antall mottakere ved utgangen av året. Brorparten av veksten i mottakere av uføretrygd fra 2010 til 2023 fant sted i perioden 2016 til 2020, da andelen mottakere gikk

⁵ Tallene vi viser til her er lavere enn de som rapporteres i Navs sykefraværstatistikk. Grunnen til det er at vi måler mottakere av sykepenge gjennom folketrygden som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder. Dette er primært personer som har vært syke utover arbeidsgiverperioden på 16 dager. For å unngå dobbelttelling er

sykepengemottakere her de som bare mottar sykepenge, ikke andre helserelaterte ytelser. Dette gir et lavere antall sykepengemottakere enn faktisk antall. I tillegg viser tallene mottakere per 31.12 det angitte året, altså ikke totale tilfeller i løpet av året.

Figur 3-5: Status for befolkningen (18–66 år)



Note: Figuren viser hvordan befolkningen i yrkesaktiv alder fordeler seg på ulike statuser. Noen personer mottar både uføretrygd og sykepenger, for å unngå dobbelttelling er disse prioritert i henhold til statusinndelingen i kapittel 1.4.2. OVGST, KVP og INTRO står for henholdsvis overgangsstønad, kvalifiseringsprogram og introduksjonsstønad. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

fra 9,2 til 10,2 prosent. Økningen i beholdningen av uføretrygdede kan forklares med en endret alderssammensetning blant uføretrygdede, hvor stadig flere yngre mottar uføretrygd og dermed mottar ytelsen over lengre tid. Den samlede tilgangen til uføretrygd, målt som andel av befolkningen i yrkesaktiv alder, har falt siden 2010. Samtidig har avgangen fra ytelsen sunket mer, fordi flere yngre mottakere gjør at færre går av med alderspensjon.

Veksten i bruken av ytelser i denne perioden må ses i sammenheng med den øvrige utviklingen i samfunnet. I perioden 2010 til 2022 har det vært en årlig økning i andelen som er helt eller delvis i arbeid eller under utdanning (Figur 3-5). I 2010 var 64,1 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år i denne gruppen, og i 2022 hadde andelen steget til 70,2 prosent. En høyere sysselsetting kan være en medvirkende årsak til vekst i mottak av sykepenger, hvis flere grupper er inkludert i arbeidsmarkedet.

3.2 Sykepenger

Ved utgangen av 2023 mottok 4,4 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder sykepenger.⁶ Denne andelen har vært relativt stabil og under 4 prosent i tidsrommet 2011–2019, og var lavest i 2018 med 3,7 prosent. I perioden 2019–2023 har andelen sykepengemottakere i befolkningen i yrkesaktiv alder vokst med 16 prosent. Dette delkapittelet ser i hovedsak på mottakere av sykepenger, men enkelte steder trekker vi også inn sykefraværstilfeller og sykefraværprosenten. Se Boks 3-1 for en beskrivelse av de ulike målene på sykefravær.

⁶ Dette tallet er noe høyere enn det som fremgår av Figur 3-1. Det skyldes at vi her inkluderer alle som mottar sykepenger, også de som mottar AAP og uføretrygd i

Tall for tilgang på, og avgang fra, sykepenger viser at både tilgangen og avgangen har økt siden 2019. Imidlertid er økningen i tilgangen størst og drivende for veksten i beholdningen.

I dette delkapittelet belyser vi hvordan antall mottakere av sykepenger og sykefravær har utviklet seg over tid, for ulike grupper. Vi viser et utvalg figurer i delkapittelet og henviser til Vedlegg A for ytterligere figurer og tabeller med oversikt over endringer i ulike grupper.

3.2.1 Kjønn

Kvinner har en høyere andel sykepengemottakere enn menn. Av alle sykepengemottakere utgjorde kvinner 61 prosent i 2023. Kjønnfordelingen blant sykepengemottakere har vært relativt stabil siden 2010. Antall mottakere av sykepenger har altså ikke økt mer blant kvinner enn menn. Ved utgangen av 2023 mottok 5,5 prosent av kvinner i yrkesaktiv alder sykepenger. Tilsvarende andel blant menn var 3,4 prosent (Figur 3-6).

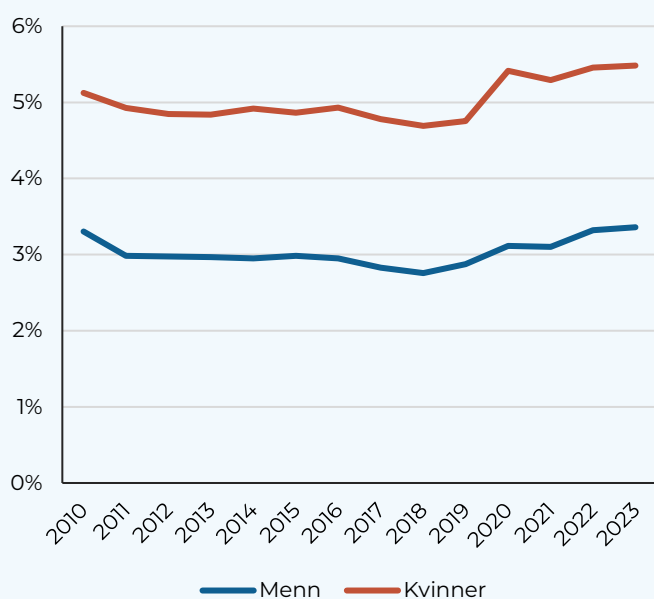
3.2.2 Alder

I 2019–2023 har det vært vekst i mottak av sykepenger i alle aldersgrupper, målt som andel mottakere ved utgangen av året (Figur 3-7). Sykefraværet har tradisjonelt vært høyest i de eldste aldersgruppene i arbeidslivet. Mellom 2019 og 2023 har imidlertid andelen sykepengemottakere vokst mer i aldersgruppen 30–49 år enn i aldersgruppen over 50 år, slik at de to gruppene i 2023 hadde lik andel sykepengemottakere ved utgangen av året.

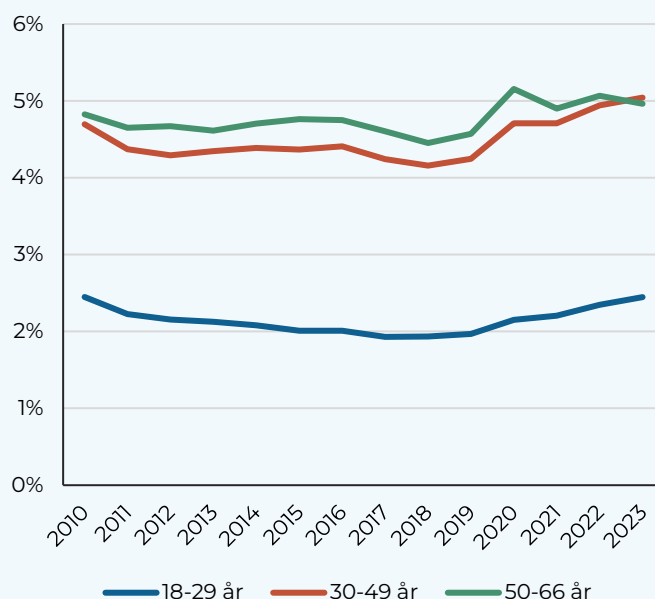
tillegg. I Figur 3-1 vil en person som mottar uføretrygd og sykepenger kun være registrert som mottaker av uføretrygd.

Figurer sykepenger

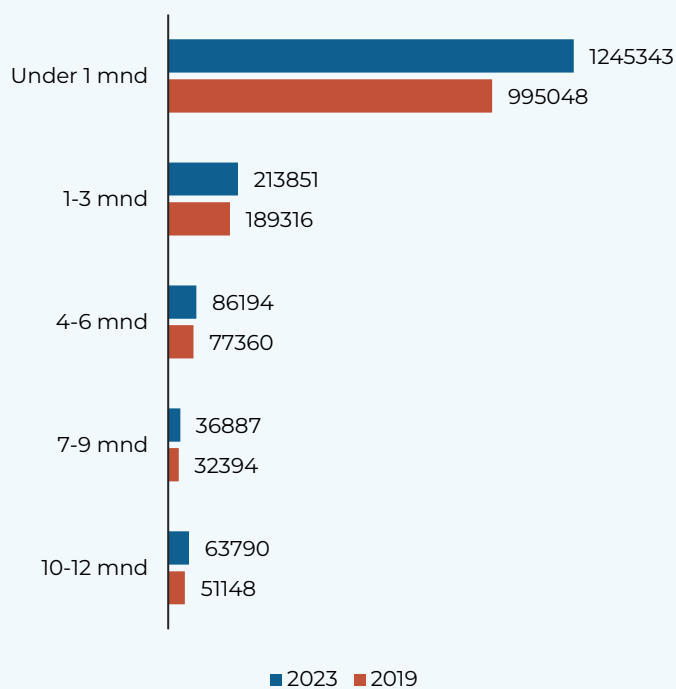
Figur 3-6: Andel av befolkningen 18-66 år som mottar sykepenger per 31.12, etter kjønn



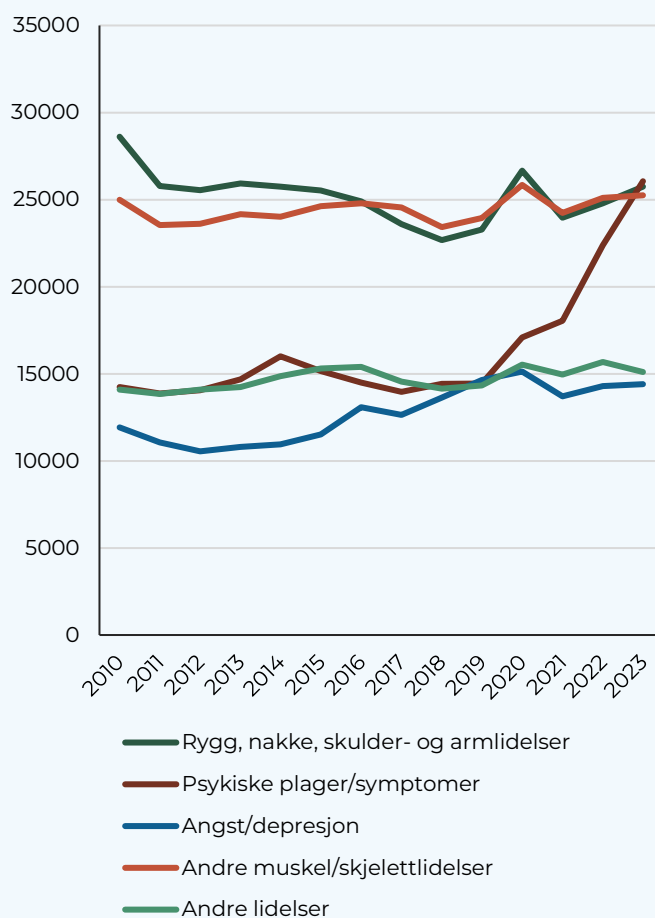
Figur 3-7: Andel av befolkningen som mottar sykepenger per 31.12, etter aldersgruppe



Figur 3-8: Antall avsluttede sykefraværstilfeller i 2019 og 2023, etter varighet



Figur 3-9: Antall sykepengemottakere per 31.12, etter diagnosegruppe



Note: Diagnoser som har utgjort mer enn 10 prosent av mottakere i løpet av tidsperioden er inkludert, se vedlegg for beskrivelser av hvilke diagnosekoder som inngår i hver diagnosegruppe. Tall som viser utviklingen over tid viser beholdning per 31.12 for de ulike årene. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

I aldersgruppen 30–49 år har andelen sykepenge-mottakere vokst fra 4,2 til 5,0 prosent i perioden 2019–2023 (en vekst på nesten 19 prosent). I samme periode har sykepengeandelen i aldersgruppen 50–66 år vokst fra 4,6 prosent til 5,0 prosent.

Veksten i sykepengemottakere de siste årene er sterkest for de mellom 18 og 29 år, med 24 prosent vekst i mottak i perioden 2019–2023. Dette er likevel ikke gruppen som har bidratt mest til den samlede veksten, fordi gruppen har en relativt lav andel sykepengemottakere i utgangspunktet. Gruppen som peker seg ut med størst bidrag til den samlede veksten i sykepengemottakere er 30–49-åringene, som står for 55 prosent av veksten i sykepenge-mottakere.

Også når vi ser på tall fra Nav for sykefraværersprosent, har sykefraværet økt siden 2019 i alle aldersgrupper, og økningen har vært større i aldersgruppene under 50 år sammenlignet med aldersgruppene over 50 år.

3.2.3 Landbakgrunn

De fleste som mottar sykepenger har norsk landbakgrunn, i tråd med at denne gruppen også utgjør majoriteten av befolkningen. Se Boks 3-2 for en beskrivelse av hvordan landbakgrunn er definert i statistikken som benyttes. Siden 2010 har det vært en del endringer i sykepengemottak etter landbakgrunn, men det har vært en særlig sterk vekst blant personer med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land.

Veksten i sykepengemottakere er 15 prosent i perioden 2019 til 2023 for de med norsk bakgrunn, noe som tilsvarer den totale veksten på 16 prosent. De utgjør likevel en så stor gruppe at de står for nesten 60 prosent av veksten i perioden. Blant personer med bakgrunn fra Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand var veksten litt høyere, 19 prosent. Blant personer med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land var veksten betydelig

Boks 3-2: Landbakgrunn

Befolkningen er delt inn i fire grupper etter landbakgrunn. Disse gruppene er: 1) Norge, 2) Vest-Europa (unntatt Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand, 3) Østeuropeiske EU-land, og 4) Resten av verden.

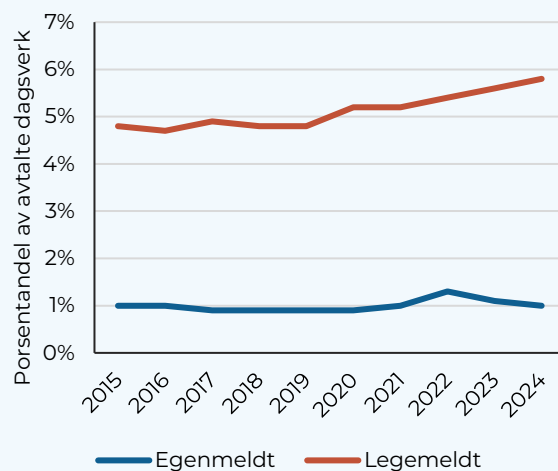
Inndelingen etter landbakgrunn er basert på fødeland. Hvis en person er født i Norge, gjøres inndelingen etter mors fødeland. Det vil si at de med norsk landbakgrunn er født i Norge, og har en mor som også er født i Norge. De som er født i USA vil imidlertid bli registrert i gruppen for Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand, uavhengig av om moren deres er født der eller ikke.

Boks 3-1: Data om sykepenger og sykefravær

Statistikken i denne rapporten er i hovedsak basert på tall for utbetaling av sykepenger fra Nav, per 31.12 hvert kalenderår (beholdningsdata). Tallene viser kun antall mottakere av sykepenger på en gitt dato per år. I de fleste tilfeller utbetales sykepenger fra Nav først etter 16 dager i et sykefraværsløp. Antall mottakere av sykepenger er dermed noe lavere enn antall sykmeldte, fordi sykefravær med kortere varighet ikke inkluderes.

Vi benytter også noen steder data fra Nav om sykefraværstilfeller. Dette er antall tilfeller i løpet av et kalenderår med legemeldt sykefravær. Dette dekker et større antall sykmeldte enn årlige beholdningsdata for sykepenge-mottakere. Egenmeldt fravær er imidlertid ikke inkludert. Statistikken fra Statistisk sentralbyrå over sykefraværersprosenten, gjengitt i figuren under, viser at veksten i sykefraværersprosenten de siste årene primært er i det legemeldte fraværet. Analyser av sykepengemottakere og sykefraværstilfeller bør derfor kunne gi et godt bilde av utviklingen i sykefravær. Disse dataene gir imidlertid ikke alene informasjon om varigheten og graderingen av fravær, derfor er også noe statistikk om sykefraværersprosent, som tar hensyn til dette, tatt med.

Figur 3-10: Egen- og legemeldt sykefraværersprosent

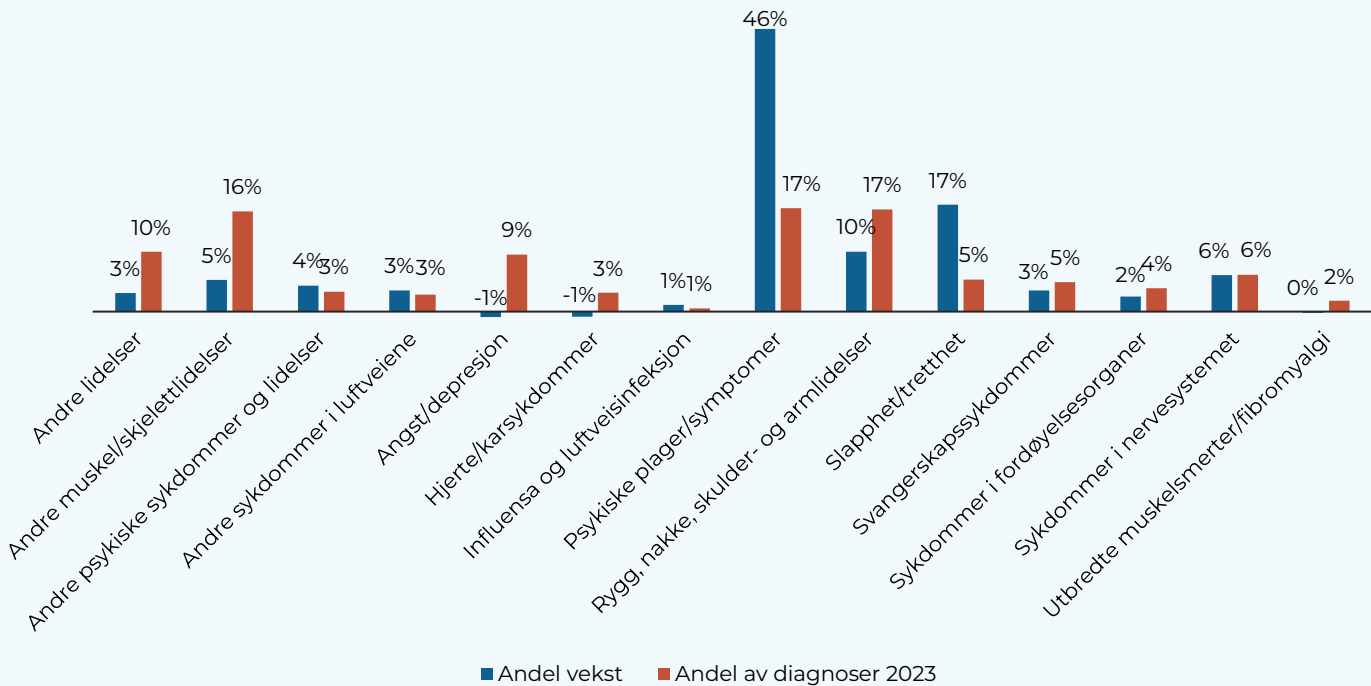


Note: Figuren viser antall sykefraværersdagsverk som prosentandel av avtalte dagsverk per år fordelt på egenmeldt og legemeldt fravær. Data fra Statistisk sentralbyrå, tabell 12441. Illustrasjon av Oslo Economics.

høyere, på 42 prosent. For personer med bakgrunn fra resten av verden var veksten 19 prosent. Endringer i andel sykepengemottak etter landbakgrunn er illustrert i Figur 9-1 i Vedlegg A.

Den sterke veksten blant personer fra østeuropeiske EU-land kan ha sammenheng med at gruppen har vokst (antallet er mer enn tredoblet siden 2010), og dermed er trolig også sammen-setningen av gruppene endret. Det høye nivået av

Figur 3-11: Andel ulike diagnoser utgjør av den totale veksten i sykepengemottakere fra 2019–2023



Note: Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics

sykepengemottakere i gruppen kan henge sammen med at mange jobber i bygg- og anleggsbransjen, som kjennetegnes av høyere sykefravær. Samtidig er gruppen liten, og bidrar i liten grad til den samlede veksten.

3.2.4 Diagnose

Figur 3-9 viser antall sykepengemottakere etter de mest vanlige diagnosegruppene (se oversikt over klassifiseringen av diagnosegrupper i Tabell 9-1 i Vedlegg A). Veksten i sykepengemottakere siden 2019 kan i hovedsak tilskrives en økning i diagnosegruppen psykiske plager og symptomer. Dette er en gruppe diagnosekoder som ikke reflekterer psykiske lidelser, slik disse er klassifisert, men mer udefinerte symptomer og mildere plager. Antall sykepengemottakere i andre vanlige diagnosegrupper har vært relativt stabilt i samme periode. Sykepengemottakere med diagnoser innen angst og depresjon har økt over en lengre tidsperiode (2010–2019), men har vært relativt stabilt siden 2019.

Figur 3-11 viser andel sykepengemottakere etter alle diagnosegrupper vi har hentet data for, samt hvor mye hver av disse diagnosegruppene har bidratt til veksten i sykepengemottakere i perioden 2019–2023. Dersom veksten er større enn andelen, har diagnosen bidratt med en større vekst enn forventet, gitt andelen. Psykiske plager og symptomer er den diagnosegruppen som i størst grad har bidratt til økningen i sykepengemottakere, og står for 46 prosent av økningen. Samtidig utgjør gruppen 17 prosent av sykepengemottakere i 2023, altså bidrar de med vekst utover det andelen skulle tilsi. Andre grupper som bidrar i betydelig grad til

veksten er slapphet og tretthet (17 prosent av veksten) og rygg/nakke/skulder/armledelser (10 prosent av veksten). Slapphet og tretthet bidrar i enda større grad til veksten enn det andelen gruppen utgjør skulle tilsi.

Slapphet og tretthet er diagnosegruppen som har hatt sterkest vekst over perioden. I 2019 utgjorde gruppen 2,9 prosent av sykepengemottakere. I 2023 hadde andelen økt til 5,2 prosent. Økningen i sykepengemottakere diagnostisert med slapphet og tretthet kan ha sammenheng med long-covid, se for eksempel Moberg og Kabashi (2023).

Koronapandemien førte til en sterk økning i andelen mottakere diagnostisert med «Andre sykdommer i luftveiene» i 2020, men andelen har siden sunket igjen.

Det er de yngste aldersgruppene (18–29 år) som har størst økning i mottak knyttet til psykiske plager og symptomer, men de har også en høy vekst i diagnoser knyttet til slapphet og tretthet. For de mellom 30–49 år er økningen størst i diagnoser knyttet til slapphet og tretthet, dernest psykiske plager og symptomer. Blant de eldste (50–66 år) er det over en dobling i andelen mottakere med diagnosen slapphet og tretthet.

3.2.5 Gradering

I 2023 mottok 42 prosent av sykepengemottakerne gradert ytelse ved passering av åtte ukers fravær. Det har vært en økning i andelen graderte ytelser over tid. I 2010 var bare 32 prosent av tilfellene graderte. Det var et hopp i andelen graderte fra

2015 til 2016, og siden 2016 har andelen ligget ganske stabilt rundt 42 prosent.

De graderte mottakerne i 2023 hadde en gjennomsnittlig sykmeldingsgrad på 52 prosent. Inkluderes alle mottakere, var gjennomsnittsgraden 80 prosent i 2023. Før 2016 lå dette nivået på rundt 82 prosent. Praksisen for gradering varierer på tvers av fylker i 2023. De fleste fylkene hadde mellom 39 prosent og 45 prosent graderte. Unntakene er Finnmark, med lavest andel graderte på 37 prosent, og Trøndelag med høyest andel graderte på 46 prosent.

3.2.6 Fylkesvis variasjon

Det er fylkesvise forskjeller i mottak av helserelaterte ytelser, herunder også sykepenger. Ved utgangen av 2023 hadde Nordland høyest andel sykepengemottakere, med en andel på 5,0 prosent. Oslo hadde lavest andel, på 3,4 prosent. Det kan være en rekke grunner til dette, blant annet demografi, næringsstruktur og bransje-fordeling. Basert på våre data har vi ikke mulighet til å kontrollere for disse faktorene for å se om det er fylkesvise forskjeller utover det som kan forklares av de nevnte faktorene. De fylkesvise forskjellene i mottak av sykepenger er vist i Figur 9-2 i Vedlegg A.

3.2.7 Yrkesbakgrunn

Navs sykefraværstatistikk etter yrke per 3. kvartal 2024, viser at det er betydelig yrkesvise forskjeller i sykefravær (Tabell 3-1). Tallene er basert på legemeldt sykefravær som andel av avtalte dagsverk. I tredje kvartal 2024 var sykefraværet totalt 5,1 prosent. Høyest sykefravær var det innen salg og service (6,7 prosent), etterfulgt av renhold, hjelpearbeidere mv. (6,4 prosent). At salg- og service har så høyt fravær, skyldes at pleie- og omsorgs-arbeidere, med 7,9 prosent fravær, er inkludert i denne gruppen. Sykefraværsprosenten var høyere for kvinner i alle yrkeskategoriene gjengitt i Tabell 3-1 i både tredje kvartal 2020 og 2024.

STAMI har gjort mer detaljerte beregninger etter yrkesgrupper og finner at barnehagelærere hadde høyest sykefravær i 2022, målt som legemeldt sykefravær over 16 dager, med 8,1 prosent (STAMI, 2024). Gjennomsnittet i den aktuelle beregningen var til sammenlikning 4,4 prosent. Andre grupper med et høyt sykefravær var helsefagarbeidere, vernepleier/sosialarbeider, barnehage-/skole-assistent og sykepleier. Lavest sykefravær var å finne blant IKT-rådgivere med 2 prosent. Andre grupper med lavt fravær var sivilingeniører, IKT-teknikere og ingeniører. Yrkesgruppene med høyt fravær sysselsetter i større grad kvinner enn

⁷ Tallene er basert på antall sykefraværstilfeller i henhold til Navs definisjon: «En sammenhengende periode en person har legemeldt sykefravær fra et arbeidsforhold.»

Tabell 3-1: Legemeldt sykefravær (prosent) etter yrke i 3. kvartal 2020–2024

Yrke	2020	2021	2022	2023	2024
<i>I alt</i>	4,4	4,5	4,6	4,8	5,1
Akademiske yrker	3,8	4,1	4,2	4,3	4,6
Bønder, fiskere mv.	3,3	3,7	3,7	3,7	4,2
Høyskoleyrker	3,6	3,7	3,9	4,0	4,3
Håndverkere	4,7	4,8	4,8	5,2	5,4
Kontoryrker	4,5	4,4	4,7	5,0	5,4
Ledere	3,0	3,0	3,3	3,5	3,7
Militære yrker og uoppgitt	1,6	1,7	2,1	2,0	1,8
Prosess- og maskin-operatører, transport-arbeidere mv.	5,4	5,4	5,5	5,8	6,0
Renholdere, hjelpearbeidere mv.	5,3	5,4	5,6	6,0	6,4
Salgs- og serviceyrker	6,0	6,1	6,0	6,3	6,7

Kilde: Nav Statistikk, SYFRA540 Legemeldt sykefravær etter yrke.

yrkesgruppene med lavt sykefravær, viste STAMI i sin rapport.

3.2.8 Utdanningsbakgrunn

Det er tydelige forskjeller i sykefravær mellom grupper med ulik utdanning. Tall fra SSB på legemeldt sykefravær, målt som antall sykefravær-dagsverk som prosentandel av avtalte dagsverk, viser at sykefraværet generelt er lavere i grupper med høyere utdanning (Figur 9-3 i Vedlegg A). Dette gjelder uavhengig av kjønn. For menn er det også en tydelig forskjell i sykefravær mellom de som har fullført grunnskolen og de som har fullført videregående, mens disse to gruppene for kvinner er tilnærmet like. Det er verdt å merke seg at endringen i sykefraværsprosent i de ulike gruppene følger samme utvikling over tid. Utdanning ser dermed ut til å kunne bidra til å forklare nivået på fravær, men ikke endringer de siste årene.

3.2.9 Varighet og forløp

Hvis vi ser på varigheten på sykefraværstilfeller (legemeldt fravær) i 2023 (Figur 3-8), ser vi at de fleste sykefraværstilfeller er korte.⁷ 76 prosent av alle sykefraværstilfeller som ble avsluttet i 2023 hadde

en varighet på under en måned. Kun 11 prosent av fraværene hadde en varighet på over tre måneder. Økningen i sykefraværstilfeller mellom 2019 og 2023 er i hovedsak drevet av en betydelig økning i antall korte fraværstilfeller, men også antall tilfeller med lengre varighet har økt noe. Det er særlig de lengre fraværene som gjør at sykefraværsprosenten har økt i perioden. En mer detaljert fremstilling er vist i Figur 9-4 i Vedlegg A.

Blant de sykefraværstilfellene som gjenstår når det har gått ett år, går en del over på AAP, men det er også noen som går tilbake i arbeid eller over til andre ytelser. Den siste uken før sykefraværet når ett år, øker sannsynligheten for avgang fra sykepengen betydelig. Tallene bak Figur 9-4 i Vedlegg A viser at avgangen går fra å være under 1 prosent per dag, til å stige opp til 7 prosent siste uken.

Varigheten på sykefraværet varierer etter diagnose (Figur 9-5 og Figur 9-6 og i Vedlegg A). Blant menn har sykefraværstilfeller med diagnoser innen angst/depresjon og andre psykiske lidelser høyest andel med lang varighet (henholdsvis 21 og 27 prosent hadde varighet over ni måneder i 2023). Blant kvinner hadde sykefraværstilfeller med diagnoser innen angst/depresjon, andre psykiske lidelser og utbredte muskelsmerter/fibromyalgi lengst varighet (22–24 prosent av tilfellene i 2023 hadde varighet over ni måneder).

Utover litt ulik varighet for ulike diagnoser er det overordnet veldig små forskjeller i varighet på sykefraværsløpene for kvinner og menn. De korteste løpene er knyttet til influensa og luftveisinfeksjoner. 95 prosent av sykepengemottakerne med influensa og luftveisinfeksjoner har et forløp på under fire måneder.

3.2.10 Oppsummert om sykepengen

I perioden 2019–2023 har andelen sykepengemottakere i befolkningen økt fra 3,8 til 4,4 prosent, en vekst på 16 prosent. Veksten har truffet bredt i befolkningen. Når vi deler befolkningen etter kjønn, alder, landbakgrunn, utdannelsesnivå og fylke har alle grupper hatt en økning i andelen sykepengemottakere i perioden. Andelen mottakere av sykepengen har likevel økt mest i aldersgruppene under 50 år. Hvilke grupper som har bidratt mest til økningen avhenger både av størrelsen på gruppene, befolkningsendring i perioden, og veksten i andelen sykepengemottakere innad i gruppen. En oversikt over utvikling for hver enkelt gruppe er vist i Tabell 9-2 og Tabell 9-3 i Vedlegg A.

Ser vi på kjønn og alder samtidig, er det menn i alderen 18–29 år som har hatt sterkest vekst i andelen sykepengemottakere siden 2019. Denne gruppen har imidlertid en relativt lav andel

sykepengemottakere sammenlignet med andre grupper, og bidrar dermed i liten grad til den samlede veksten.

Samlet er det kvinner i alderen 30–49 år som har det største bidraget til økningen i sykepengemottakere. Dette fordi de både har hatt høy vekst, og fordi de i utgangspunktet har hatt et høyt sykefravær. Det må understrekes at det er vekst i alle alders- og kjønnsgrupper i denne perioden.

Veksten i sykepengemottakere siden 2019 er særlig knyttet til økt forekomst av diagnoser innen psykiske plager (står for 46 prosent av veksten), samt enkeltdiagnosen slapphet/tretthet (17 prosent av veksten) og rygg/nakke/skulder/armlidelser (10 prosent av veksten).

3.3 Arbeidsavklaringspenger

Ved utgangen av 2023 mottok 4,2 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder AAP. Fotnote 6 beskriver hvorfor dette tallet er noe høyere enn angitt i Figur 3-1. Dette er betydelig høyere enn i 2019, da 3,3 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder mottok AAP, og tilsier en vekst på 27 prosent i perioden.

Tall for tilgang og avgang viser at det i hovedsak er en nedgang i avgang som bidrar til økt beholdning for alle aldersgruppene. Dette henger trolig sammen med at maksimal varighet i flere omganger ble midlertidig forlenget under koronapandemien.

3.3.1 Kjønn

Kjønnsfordelingen blant mottakere av AAP er ganske lik den vi ser for sykepengen, som vist i Figur 3-12. I 2023 var 59 prosent av AAP-mottakerne kvinner og 41 prosent menn. Kjønnsfordelingen har vært stabil siden 2010.

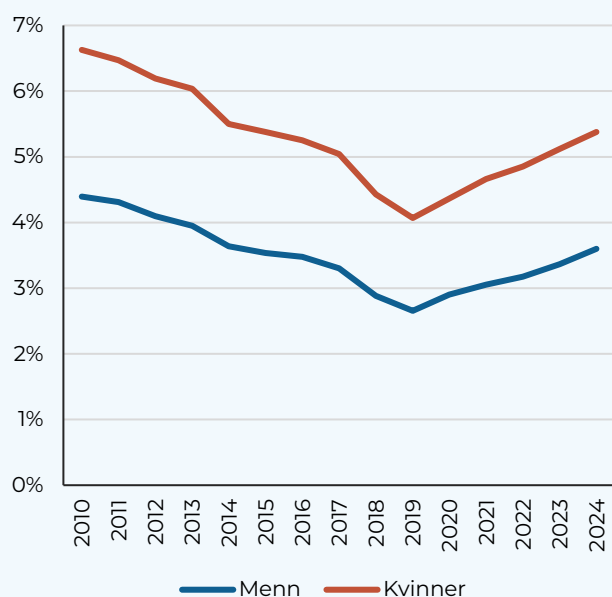
3.3.2 Alder

Figur 3-13 viser hvor stor andel i ulike aldersgrupper som mottar AAP hvert år. I 2010 hadde de mellom 30 og 49 år størst andel mottakere, 6,6 prosent. Betydelig over nivået til 50–66 år (5,0 prosent) og 18–29 år (3,7 prosent). I 2023 er andelen i de ulike aldersgruppene jevnere.

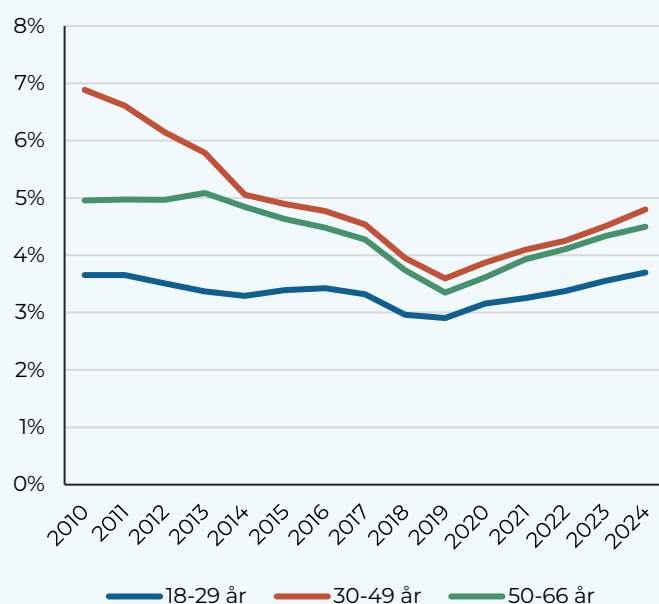
Mellom 2010 og 2019 var det en nedgang i andelen AAP-mottakere i alle aldersgrupper. I perioden 2019–2023 har samtlige aldersgrupper hatt en vekst i andelen AAP-mottakere, i størrelsesordenen 20–30 prosent. Alle gruppene bidrar til å trekke opp veksten av mottak og det er ingen enkeltgrupper som kan løftes frem som særlig viktige drivere. Veksten i andelen AAP-mottakere har fortsatt i alle aldersgrupper i 2024.

Figurer arbeidsavklaringspenger

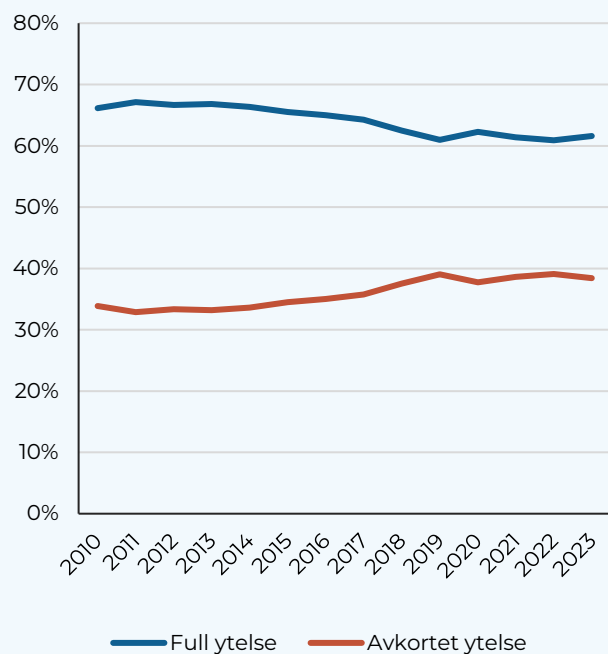
Figur 3-12: Andelen menn og kvinner i alderen 18–66 år som mottar AAP



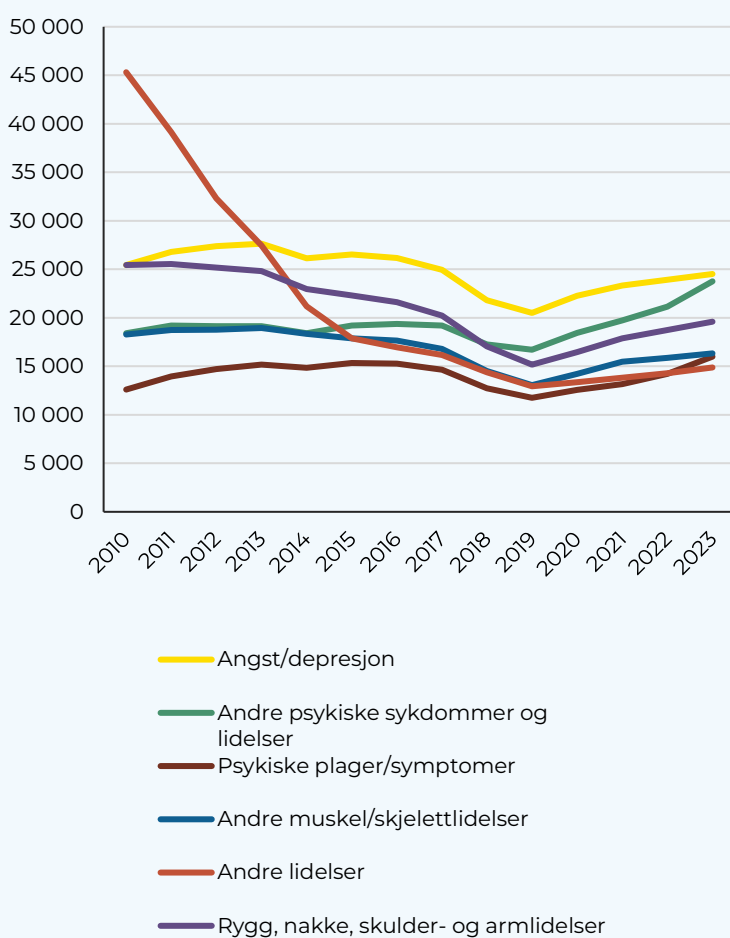
Figur 3-13: Andel av befolkningen i samme alder som mottar AAP



Figur 3-14: Andelen av AAP-mottakere som mottar avkortet ytelse



Figur 3-15: Antall AAP-mottakere med utvalgte diagnoser



Note: Diagnoser som har utgjort mer enn 10 prosent av mottakere i løpet av tidsperioden er inkludert, se vedlegg for beskrivelser av hvilke diagnosekoder som inngår i hver diagnosegruppe. Tall som viser utviklingen over tid viser beholdning per 31.12 for de ulike årene. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

3.3.3 Landbakgrunn

De fleste AAP-mottakere har norsk landbakgrunn, og utviklingen i AAP-mottak i de ulike landgruppene har vært relativt lik mellom 2010 og 2023. Siden innføringen av AAP har det vært en klar konvergens i AAP-mottak mellom ulike grupper etter landbakgrunn. I 2010 varierte andelen mellom 1,6 prosent og 7,5 prosent etter landbakgrunn, mens den i 2023 varierte mellom 3,3 og 5,0 prosent. Det handler trolig om forskjellen i vilkår og populasjon for de tre ytelsene AAP erstattet, og vilkårene og dermed utviklingen i sammensetningen av AAP-mottakere.

Alle landbakgrunner har hatt en økning i andelen AAP-mottakere siden 2019, og størst vekst har det vært blant de med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land. Disse har hatt en vekst på 86 prosent, men hadde likevel en lavere andel mottakere i 2023 (3,9 prosent), enn de med norsk bakgrunn (4,2 prosent). Det er særlig tilgangen som har økt for personer med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land og fra resten av verden. Avgangsmønsteret er likt på tvers av landbakgrunn. Figur 9-7 i Vedlegg A viser utviklingen i andelen i befolkningen fra ulike landbakgrunner som mottar AAP.

3.3.4 Diagnose

Fordelingen av diagnosegrupper blant AAP-mottakere har vært relativt stabil siden 2015 (Figur 3-15). I de første årene etter at AAP ble innført i 2010, var det derimot endringer i diagnosesammensetningen, der det har blitt flere tilfeller av psykiske plager og angst/depresjon, og betydelig færre tilfeller av sekkeposten andre lidelser. Dette kan henge sammen med at inngangsvilkåret for AAP er annerledes enn for de tre tidligere ytelsene AAP erstattet, og dermed ble mange plassert under andre lidelser da AAP ble innført. Nye mottakere etter 2010 er derimot blitt registrert med en diagnose.

3.3.5 Avkorting

Siden 2010 har det vært en svak økning i andelen AAP-mottakere med avkortet ytelse. I 2010 hadde 66 prosent av AAP-mottakerne totalt sett ingen avkorting, mens denne andelen hadde sunket til 62 prosent i 2023 (Figur 3-14). Utviklingen gjelder på tvers av aldersgrupper. Økningen i avkorting ser ut til å være drevet av flere med inntil 20 prosent avkorting, men noe av økningen har også skjedd blant de med mellom 21 og 40 prosent avkorting. Andelen som har mer avkorting enn dette har holdt seg stabil.

^a Tallene her er hentet fra Microdata. Nye mottakere i 2023 er definert som alle unike personer som startet en AAP-

3.3.6 Fylkesvis variasjon

For AAP legger vi heller ikke vekt på de fylkesvise variasjonene, fordi disse antas å i stor grad være drevet av forskjeller i demografi og arbeidsmarked mellom fylkene. Vi bemerker likevel at den fylkesvise variasjonen er noe annerledes enn for sykepenges. Oslo og Rogaland, som har et lavere nivå på sykefraværet enn andre fylker, har en AAP-andel som i større grad tilsvarer AAP-andelen i de andre fylkene. Samtidig ser vi at AAP-andelen har blitt likere på tvers av fylker i de senere årene. Dette kan henge sammen med en likere forvaltning av AAP-ordningen mellom fylker, siden forvaltningen av pengevedtaket er sentralisert. Dette til forskjell fra forvaltningen av de tre ordningene AAP erstattet. Andelen AAP-mottakere i ulike fylker er vist i Figur 9-8 i Vedlegg A.

3.3.7 Yrkesbakgrunn

Blant nye mottakere av AAP i 2023 hadde størst andel yrkesbakgrunn fra salg- og serviceyrker (26 prosent), etterfulgt av akademiske (inkludert medisinske)- og høyskoleyrker (14 og 7 prosent, henholdsvis).^a Se kapittel 1.4.2 for beskrivelse av hvordan yrkestilhørighet er definert i statistikken. Siden det i beholdningen av AAP-mottakere antakelig er mange som ikke er registrert med et yrke de siste tre årene, ser vi kun på nye mottakere i denne analysen. Yrkesbakgrunnen blant AAP-mottakere er i stor grad tilsvarende yrkesbakgrunnen blant mottakere av sykepenges. Til forskjell fra sykepengemottakere var imidlertid 27 prosent av nye AAP-mottakere i 2023 registrert med uoppgitt eller uten yrke. Mange av disse er unge uten tidligere arbeidserfaring.

Veksten i AAP-mottak i perioden 2019–2023 er drevet av vekst fra en rekke yrkesgrupper. Vekstbidraget er størst fra de akademiske yrkene, pleie- og omsorgsykker, samt håndverkere (Figur 3-16).

Den største driveren av økningen er akademiske yrker (inkludert medisinske), som kan tilskrives 44 prosent av veksten, hvorav kvinner står for 38 prosentpoeng. I akademiske yrker inngår realister, leger, sykepleiere, jurister, rådgivere innen økonomi, administrasjon og IKT, samt undervisningsyrker på alle nivå. Gruppen sto for 57 prosent av økningen i sysselsatte siden 2019. Veksten i AAP-mottak er dermed mindre enn det veksten i gruppen skulle tilsi.

Pleie- og omsorgsykker bidrar nest mest til veksten i AAP-mottak, med 15 prosent, og står for 8 prosent av veksten i sysselsatte. I disse yrkene inngår barnehage- og skoleassistenter og pleiemed-

mottaksperiode i løpet av 2023. Microdata inneholder ikke informasjon om diagnose.

arbeidere. Denne gruppen bidrar dermed til vekst i AAP-mottakere utover det veksten i gruppen skulle tilsi. Det samme gjelder håndverkere; prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.; og renholdere, hjelpearbeidere mv.

3.3.8 Utdanningsbakgrunn

Andelen AAP-mottakere er høyest blant grupper med lav formell utdanning. Dette gjelder for begge kjønn. For både kvinner og menn er det rundt fire prosentpoeng høyere andel AAP-mottakere blant de som kun har grunnskoleutdanning, sammenlignet med dem som kun har videregående utdanning (Figur 9-9 i Vedlegg A).

Denne differansen i AAP-mottak mellom utdanningsgrupper er større blant yngre aldersgrupper. Det er ikke tydelige forskjeller i veksten i AAP-mottak mellom ulike utdanningsnivå, utdanningsnivå ser derfor ikke ut til å være en viktig driver for veksten i AAP-mottak de siste årene.

3.3.9 Varighet og forløp

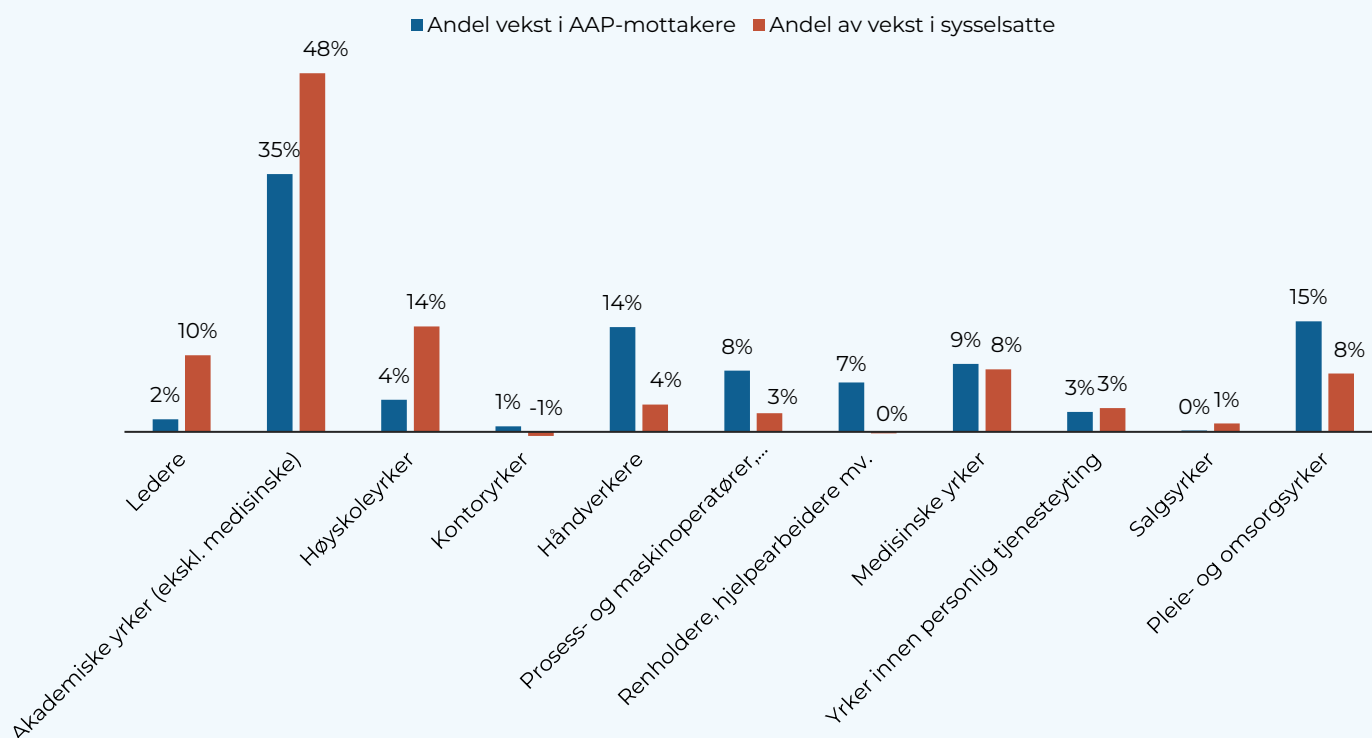
Figur 3-17 viser andel AAP-mottakere som avslutter AAP, etter AAP-forløpets varighet og etter startår.

Alle som begynner et AAP-løp det angitte året er inkludert. Andelen avgang fra AAP er høyest helt i starten av forløpet eller når forløpene nærmer seg fire års varighet. Fire år er brukt som grense fordi det var maksimal ordinær varighet i perioden 2010–2018. Utover disse periodene er avgangen relativt stabil og lav. Omtrent 3 prosent av alle forløp avsluttes hver måned. Samtidig er det enkelte små økninger i avgang rundt år to og år tre i et forløp. Dette tyder på at tidspunktet der varigheten på forløpet må forlenges eller forløpet avsluttes, påvirker avgangen fra AAP.

Blant AAP-forløp som startet i 2018 var det en høyere andel korte forløp enn i andre oppstartskull. 40 prosent av forløpene som startet i 2018 hadde en varighet på under ett år. Etter to år var over halvparten av forløpene avsluttet. Korte forløp for de som begynte i 2018 henger trolig sammen med regelverksendringene for AAP som ble innført 1. januar 2018, hvor varigheten ble redusert.

I det videre vil vi se på hvordan ulike kjennetegn som kjønn, alder, landbakgrunn og utdanningsnivå påvirker lengden på et AAP-forløp. Vi bruker Kaplan-Meier-kurver til å illustrere dette (se

Figur 3-16: Andel av vekst i hhv nye mottakere av AAP og sysselsatte i perioden 2019–2023 etter yrke, for personer som var registret med et yrke i forkant av AAP-mottaket



Note: Figuren viser vekst i nye mottakere av AAP og sysselsatte i perioden 2019–2023 fordelt på yrkesgrupper. Alle forløp er medregnet uten begrensninger på varighet, tid mellom et annet AAP-forløp eller lignende. Stolpene viser med hvor mange prosent de ulike yrkene bidrar til den samlede veksten. Yrkene er hovedgruppene i STYRK08. Medisinske yrker (gr. 22) er skilt ut fra Akademiske yrker (gr. 2). Gruppe 5 er delt opp i to siffer (personlig tjenesteyting; salg; pleie- og omsorg; sikkerhet). De minste gruppene, militære yrker; bønder, fiskere mv. og sikkerhetsarbeider er ikke tatt med. Data fra Microdata.no og SSB tabell 12849. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

illustrasjoner i Figur 3-18–Figur 3-23 og Boks 3-3 for en beskrivelse av hvordan disse er definert).

Alder er blant faktorene som ser ut til å være i størst grad knyttet til varigheten på et AAP-forløp. Figur 3-19 viser hvor stor andel av forløpene som fortsatt er aktive ved ulike tidspunkt, etter mottakernes alder. I aldersgruppen 18–19 år har en større andel mottakere lange AAP-forløp, sammenlignet med andre aldersgrupper. Det er verdt å merke seg at dette er en liten gruppe sammenlignet med andre aldersgrupper. Den eldste aldersgruppen, 60–66 år, skiller seg også ut med kortere AAP-forløp enn yngre grupper.

Figur 3-20, Figur 3-21, og Figur 3-22 viser AAP-forløpenes varighet etter henholdsvis kjønn, landbakgrunn og høyeste fullførte utdanning. Datagrunnlaget har ikke gitt mulighet til å skille på startår i tillegg til de nevnte dimensjonene, dette gjelder også for Figur 3-19.

Kvinner har noe lengre AAP-forløp enn menn. AAP-mottakere med bakgrunn fra Øst-Europa og resten av verden (ikke Norge og Vest-Europa) har noe lengre varighet på AAP, sammenliknet med mottakere med bakgrunn fra Norge og Vest-Europa.

Varigheten på AAP er tilnærmet uavhengig av utdanningsnivå, men personer med lav eller ukjent utdanning har noe lengre varighet enn andre utdanningsgrupper.

Figur 3-23 viser varigheten av AAP-forløpet for mottakere som kommer fra et sykepengeforløp, og for mottakere som ikke kommer fra sykepengeforløp. Gruppene er definert basert på om de har mottatt sykelønn året før eller i samme år de startet

Boks 3-3: Kaplan-Meier-kurver

Kaplan-Meier-overlevelsesanalyse brukes ofte for å illustrere hvordan sannsynligheten for en gitt hendelse endrer seg over tid. I våre analyser viser kurvene hvor mange som fortsatt mottar AAP etter en viss tidsperiode.

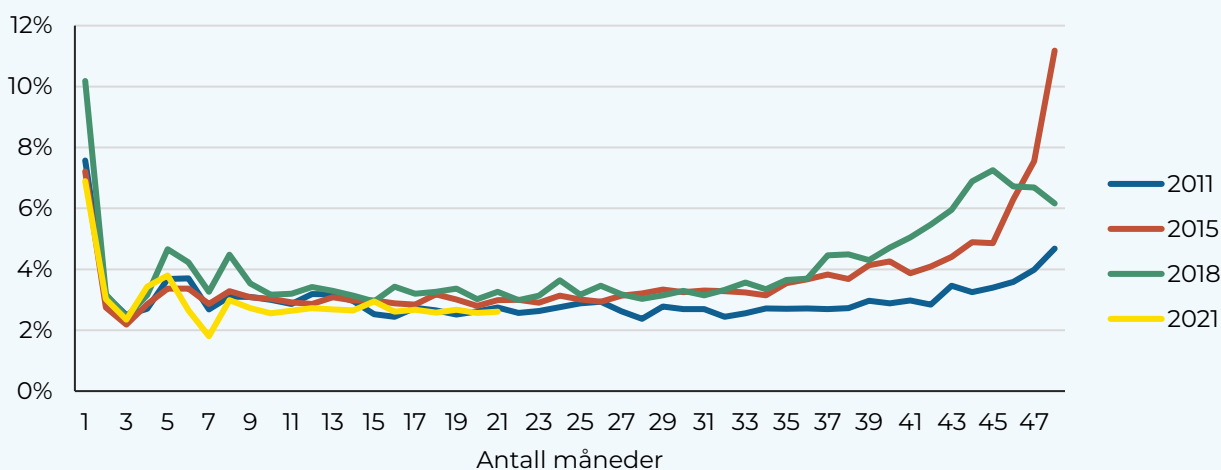
Kurven starter på 100 prosent, siden alle i utvalget mottar AAP på et tidspunkt. Etter hvert som tiden går, vil kurven falle i takt med at personer slutter å motta AAP. For eksempel at kan det etter ett halvt år være 70 prosent som fortsatt mottar AAP.

En høyere kurve indikerer at en større andel i en gitt gruppe forblir på AAP, sammenlignet med en annen gruppe med en lavere kurve, siden det er færre i denne gruppen som har kortere varighet.

AAP-forløpet. 63 prosent av nye AAP-mottakere i 2023 kom fra et sykepengeforløp (Grønlien, 2024). AAP-mottakere som ikke kommer fra sykepenge har noe høyere sannsynlighet for avgang fra AAP de første tre årene. Deretter er sannsynligheten for avgang lik for begge gruppene.

Utfallet ved avgang fra AAP, i form av overgang til arbeid eller uføretrygd etter endt AAP-forløp, skiller seg derimot mellom de to gruppene. Det er flere av de som begynte på AAP i 2014 som kommer fra sykepenge som kommer i arbeid etter AAP-perioden, sammenlignet med de som kommer direkte inn på AAP (merk at regelverket for AAP og oppfølgingen i 2014 var annerledes enn nå). Andelen med overgang til arbeid ved avgang fra AAP er også høyere for AAP-forløpene med kortere varighet. Andelen med overgang til uføretrygd er høyere for AAP-forløpene med lengre varighet. I AAP-forløp med varighet opptil ett år, har 65

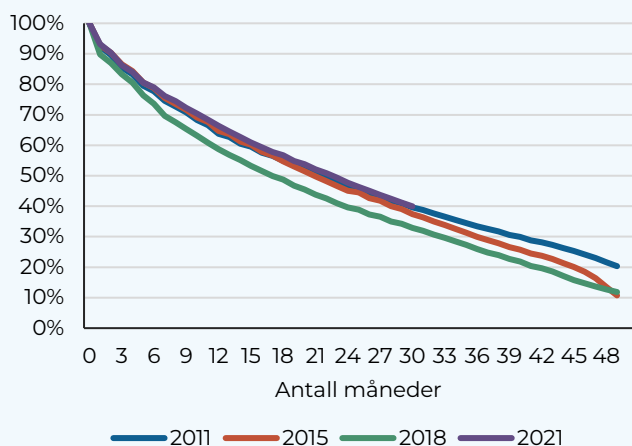
Figur 3-17: Andelen med overgang fra AAP ved ulike tidspunkt, fordelt på ulike startår



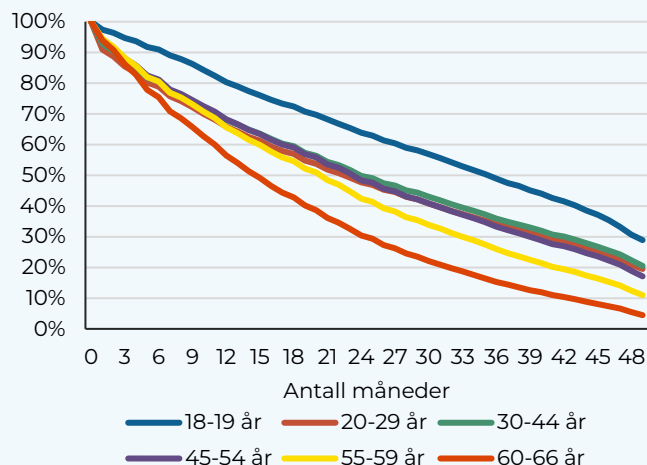
Note: Data fra Microdata.no. Beregning og illustrasjon av Oslo Economics.

Figurer overlevelsesrater (Kaplan-Meier)

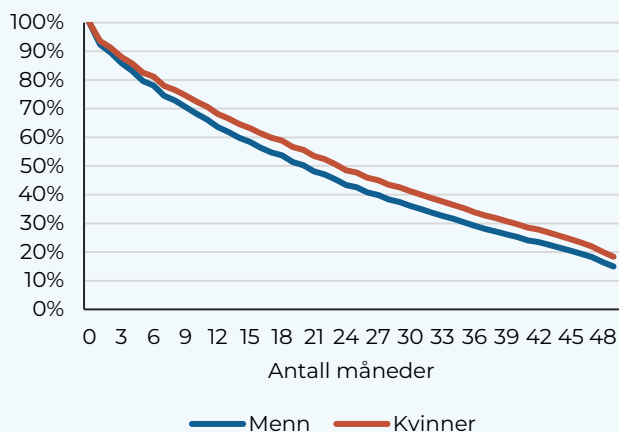
Figur 3-18: Varighet på AAP, overlevelsesrate basert på startår



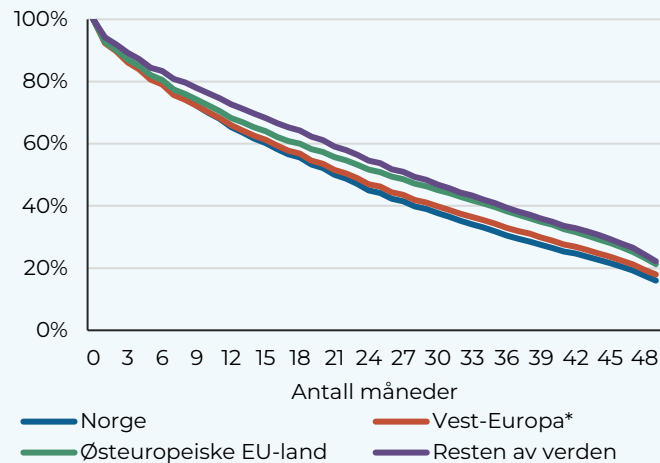
Figur 3-19: Varighet på AAP, overlevelsesrate basert på alder, alle år



Figur 3-20: Varighet på AAP, overlevelsesrate basert på kjønn, alle år

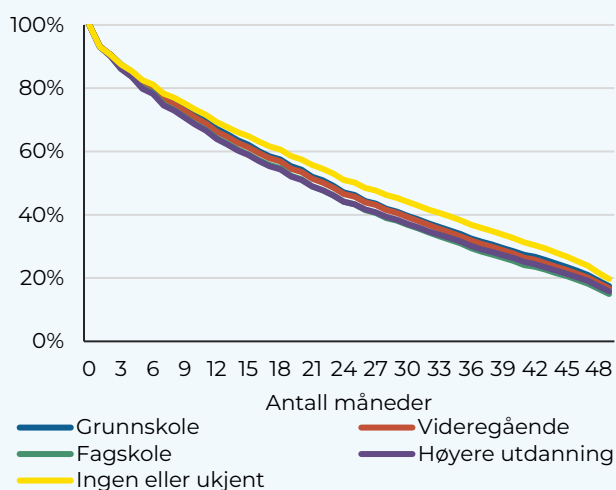


Figur 3-21: Varighet på AAP, overlevelsesrate basert på landbakgrunn, alle år



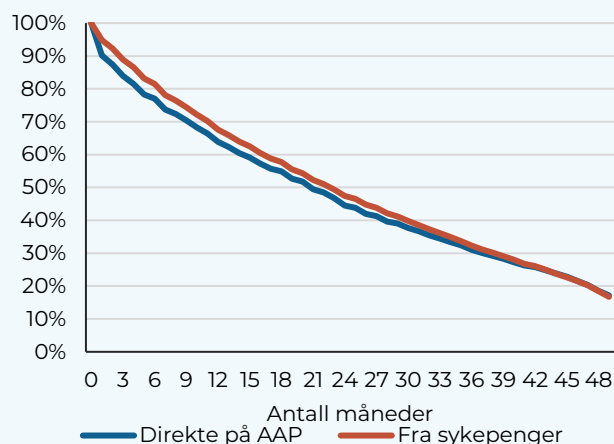
*Vest-Europa (u. Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand

Figur 3-22: Varighet på AAP, overlevelsesrate basert på høyeste fullført utdanning, alle år



*Høyeste fullførte utdanning ved oppstart av AAP.

Figur 3-23: Varighet på AAP, overlevelsesrater basert på inngang, alle år



Note: Figuren skiller mellom AAP-mottakere som kommer fra et sykepengeforløp (definert som de som har mottatt sykepenger samme år eller året før de begynner på AAP), og de begynner direkte på AAP.

Note: Figurene viser overlevelsesrater for nye AAP mottakere i perioden 2011–2023. Alle forløp er medregnet uten begrensninger på tid mellom AAP-forløp eller lignende. Data fra Microdata.no. Beregning og illustrasjon av Oslo Economics

prosent av de som kommer fra sykepenger og 42 prosent av de som kommer direkte til AAP overgang til arbeid. I AAP-forløp med varighet mellom fire og seks år er andelen med overgang til arbeid henholdsvis 38 og 23 prosent (Figur 9-10 i Vedlegg A).

Av de som begynte direkte på AAP i 2021 har om lag 50 prosent mottatt enten økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsstønad eller tiltakspenger, eller en kombinasjon av de tre, i løpet av de tre årene før de begynte på AAP (Figur 9-11 i Vedlegg A). Av de som har mottatt disse stønadene, har de fleste mottatt økonomisk sosialhjelp.

Diagnose påvirker også varighet, og personer diagnostisert med slapphet/tretthet og utbredte muskelsmerter/fibromyalgi er de som oftest har AAP-forløp som varer over to år (Figur 9-12 i Vedlegg A).

3.3.10 Oppsummering arbeidsavklaringspenger

I perioden 2019–2023 har andelen AAP-mottakere i befolkningen økt fra 3,3 til 4,2 prosent, en vekst på 27 prosent. Veksten har truffet bredt i befolkningen, og det er ikke store forskjeller i veksten etter kjønn eller alder.

Andelen AAP-mottakere er høyest blant grupper med lav formell utdanning. Dette gjelder for begge kjønn. Det er ikke tydelige forskjeller i veksten i AAP-mottak mellom ulike utdanningsnivå, så utdanningsnivå ser ikke ut til å være en viktig driver for veksten i AAP-mottak de senere årene.

63 prosent av nye AAP-mottakere kom fra et sykepengeforløp i 2023. En høyere andel av disse har overgang til arbeid etter avgang fra AAP, sammenlignet med AAP-mottakere som ikke kommer fra sykepenger. Andelen med overgang til arbeid ved avgang fra AAP er også høyere for AAP-forløpene med kortere varighet. Tilsvarende er andelen med overgang til uføretrygd høyere for AAP-forløpene med lengre varighet.

3.4 Uføretrygd

I 2023 mottok 10,2 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder uføretrygd. Dette er en økning på omtrent ett prosentpoeng fra 2010, da 9,2 prosent mottok uføretrygd. Økningen foregikk særlig i perioden 2016 til 2019, noe som kan ses i sammenheng med økt avgang fra AAP i samme periode. Lavest andel på uføretrygd var det i 2013 da 9 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder mottok uføretrygd.

3.4.1 Kjønn

I 2023 var 59 prosent av mottakerne av uføretrygd kvinner. Kjønnfordelingen blant mottakere av uføretrygd tilsvarer kjønnfordelingen blant sykepenge- og AAP-mottakere. Kvinneandelen blant mottakere av uføretrygd har økt noe fra 2010, da kvinnene utgjorde 57 prosent av mottakerne (Figur 3-24). Veksten i andel uføretrygdde i perioden 2010–2023 har altså vært høyere blant kvinner, med 14,5 prosent. I samme periode har veksten blant menn vært 6,1 prosent.

Veksten for både menn og kvinner er drevet av at tilgangen på uføretrygd nesten alle år siden 2010 er større enn avgangen fra uføretrygd. Tilgangen har likevel falt i perioden 2010–2023 for både menn og kvinner. Imidlertid har avgangen for begge gruppene falt enda mer, slik at selv om færre kommer inn, er det flere som blir værende, og dermed øker beholdningen.

3.4.2 Alder

Utvikling over tid i andel mottakere av uføretrygd etter aldersgrupper, er vist i Figur 3-25. Andelen uføretrygdde har vært og er fortsatt høyest blant de eldste aldersgruppene, men i de siste årene har andelen på uføretrygd i aldersgruppen 50–66 år falt. Samtidig har andelen på uføretrygd i aldersgruppene under 50 år økt betydelig. Den endrede alderssammensetningen på uføretrygd forklarer en del av økningen over tid, fordi yngre mottar uføretrygd i flere år. Den økte innstrømningen blant yngre tyder også på at beholdningen av uføretrygdde vil være høy, og trolig stige fremover i tid.

Siden 2010 har det vært størst vekst i aldersgruppen 18–29 år. Andelen mottakere av uføretrygd i denne gruppen er mer enn doblet i perioden.

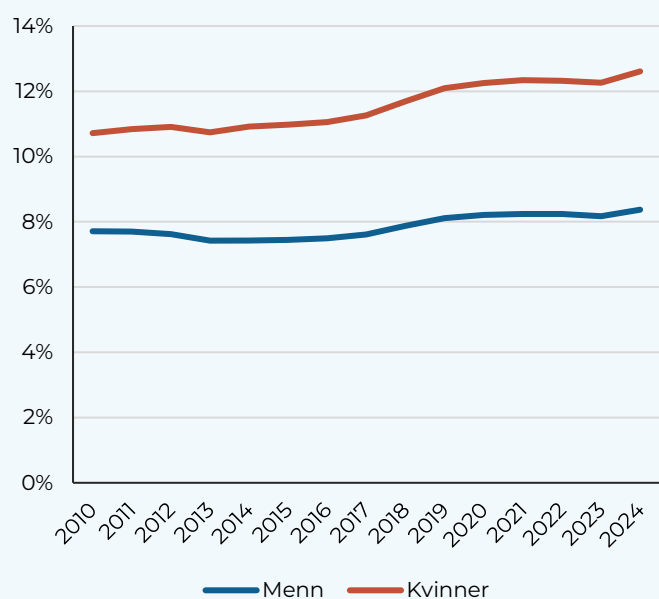
3.4.3 Landbakgrunn

Det er en høyere andel mottakere av uføretrygd blant personer med norsk landbakgrunn (Figur 3-26). Ved utgangen av 2023 var andelen uføretrygdde i befolkningen med norsk landbakgrunn 11,4 prosent. Tilsvarende andeler er henholdsvis 5,7 prosent blant personer med bakgrunn fra Vest-Europa, 1,9 prosent blant personer med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land og 8,1 prosent blant personer med bakgrunn fra andre deler av verden. Det er altså svært lav uføreandel blant de med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land.

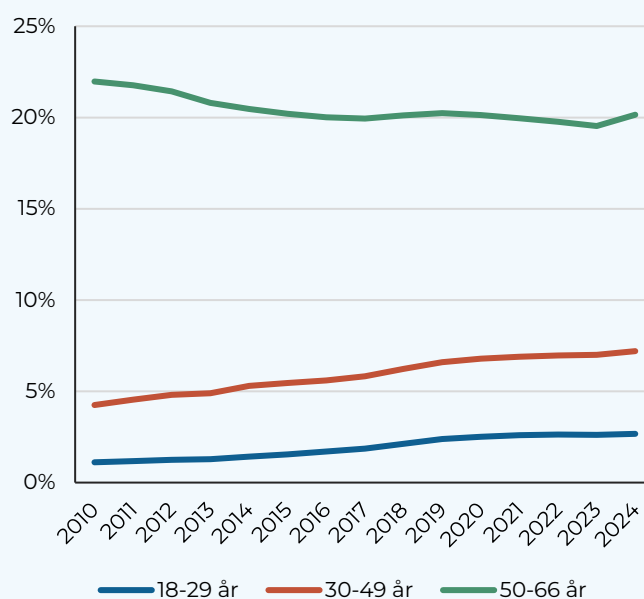
Blant personer med norsk landbakgrunn har veksten i andel uføretrygdde vært 14,2 prosent siden 2010. Veksten blant de med bakgrunn fra østeuropeiske EU-land har vært sterkest, på 85,3 prosent, riktignok fra svært lave nivåer. Blant personer fra resten av verden har veksten vært 50,2 prosent.

Figurer uføretrygd

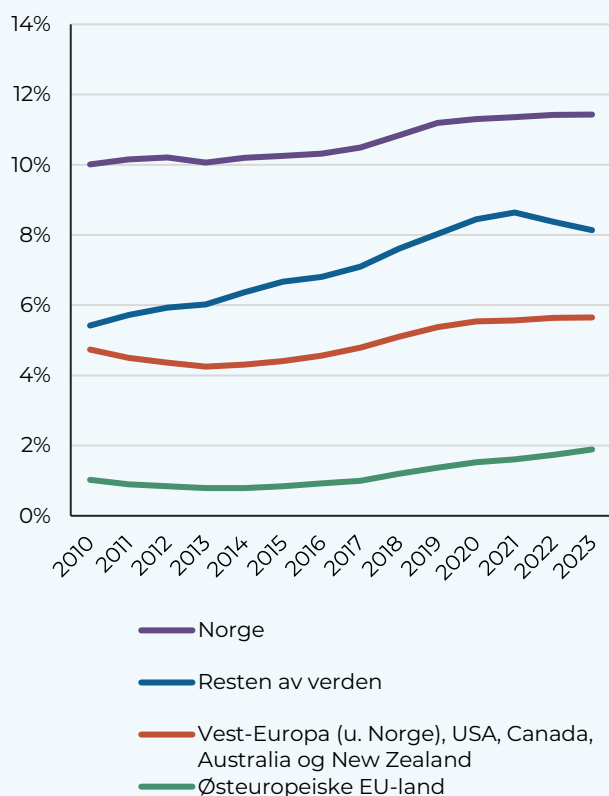
Figur 3-24: Andelen menn og kvinner i alderen 18–66 år som mottar uføretrygd



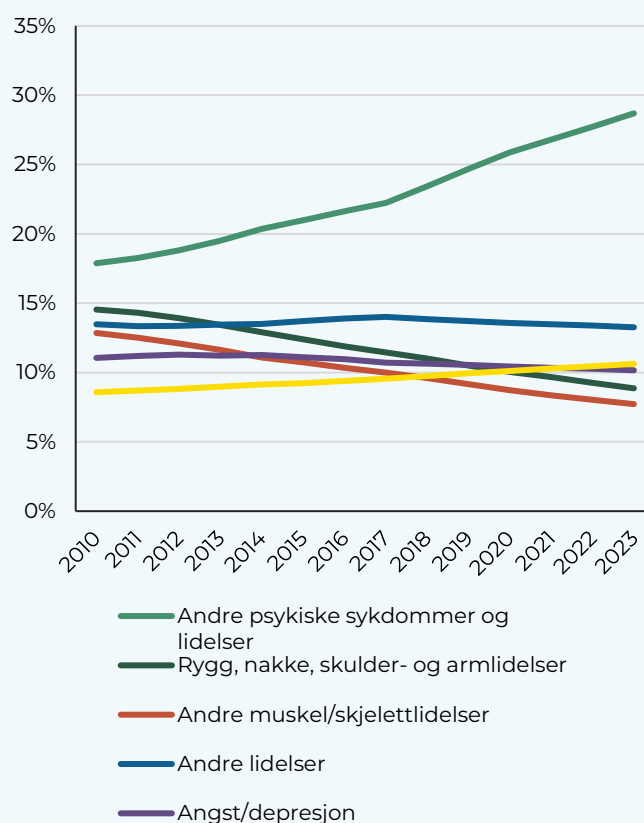
Figur 3-25: Andel av befolkningen i samme alder som mottar uføretrygd



Figur 3-26: Andel uføre av befolkning 18-66 med samme landbakgrunn



Figur 3-27: Andelen på uføretrygd med utvalgte diagnoser, etter diagnoser



Note: Diagnoser som har utgjort mer enn 10 prosent av mottakere i løpet av tidsperioden er inkludert, se vedlegg for beskrivelser av hvilke diagnosekoder som inngår i hver diagnosegruppe. Tall som viser utviklingen over tid viser beholdning per 31.12 for de ulike årene. Figurene er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Blant personer med norsk landbakgrunn har reduksjonen i avgang vært større enn reduksjonen i tilgang. For personer med bakgrunn fra Vest-Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand har tilstrømmingen vært relativt stabil, mens avgangen har falt litt, noe som har bidratt til vekst. For personer fra østeuropeiske EU-land skyldes veksten økt tilgang i forhold til avgang. Blant personer fra resten av verden har beholdningen økt fordi tilgangen har vært større enn avgangen.

3.4.4 Diagnoser

Med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk har vi begrensede muligheter til å følge utviklingen i diagnoser blant de uføretrygdde. Dette skyldes at mange uføre ikke er registrert med diagnose etter 2017 i våre data. For uføretrygd fastsetter Nav en diagnose, mens det for sykepenger og AAP er lege som gjør det. Registreringen av diagnose hos Nav skjer med et etterslep. Da våre analyser ble gjennomført hadde vi hatt tilgang til diagnosedata for nye uføretrygdde i alderen 18–29 år til og med 2020, og for aldersgruppen over 30 år til og med 2017. Diagnosegruppene med størst andel uføre er vist i Figur 3-27.

En majoritet av unge uføretrygdde har diagnoser i gruppen psykiske sykdommer og lidelser. Veksten i antall unge uføretrygdde de senere årene er særlig drevet av en økning i antall med slike diagnoser (Figur 3-28). Denne diagnosegruppen inkluderer psykisk utviklingshemming og diagnoser innen autismespekteret.

Det er større variasjon i diagnosegruppene blant nye uføretrygdde i aldersgruppen 30–66 år, og i denne gruppen har det vært mindre endringer i diagnosesammensetningen i perioden 2010–2017. (Figur 3-29).

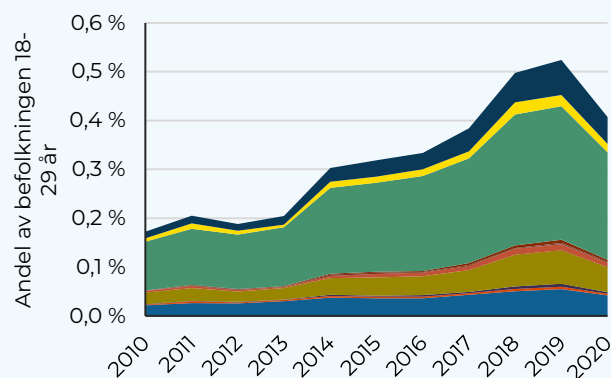
3.4.5 Fylkesvis variasjon

Andelen uføretrygdde varierer mellom fylker (vist i Figur 9-13 i Vedlegg A). Fylkesvise forskjeller kan trolig knyttes til forskjeller i demografi og arbeidsmarked. Utviklingen over tid i andelen mottakere av uføretrygd har imidlertid vært relativt lik på tvers av fylkene.

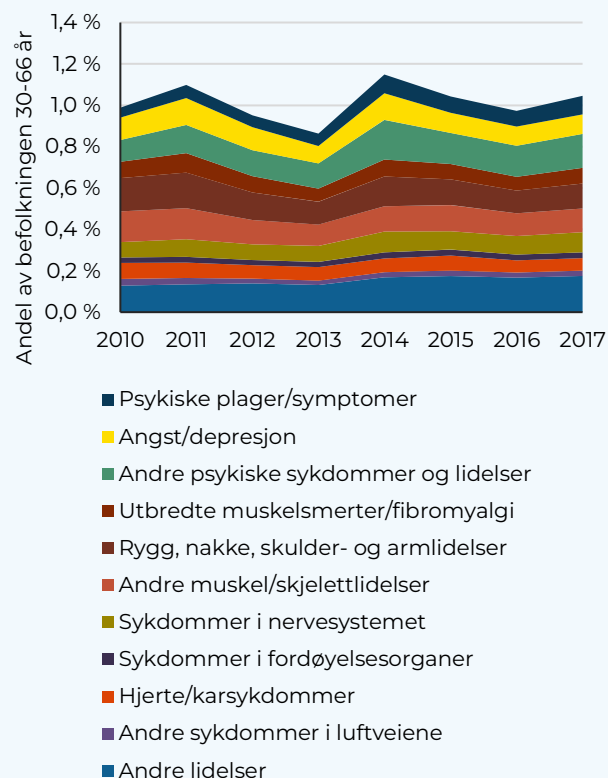
3.4.6 Gradering

De yngste uføre, i alderen 18–19 år, er så godt som alle 100 prosent uføretrygdde. Dette henger sammen med at de fleste i denne alderen som får uføretrygd er kurantsaker, der ett av vilkårene nettopp er behovet for 100 prosent uføretrygd. Noen av disse kan imidlertid være i noe arbeid i skjermede bedrifter. Med økende alder faller andelen 100 prosent uføretrygdde, frem til og med gruppen 55–59 år. De mellom 60–66 år har noe høyere andel 100 prosent uføretrygdde.

Figur 3-28: Diagnosefordeling nye uføre 18-29 år



Figur 3-29: Diagnosefordeling nye uføre 30-66 år



Note: Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

I perioden 2010–2023 har andelen gradert uføre falt i alle aldersgrupper. De som er graderte uføre har også en lavere gjennomsnittlig gradering i 2023, sammenliknet med i 2010. Dette kan indikere at de som mottar uføretrygd samlet sett har fått redusert inntektsevne, men det kan også skyldes endringer i praksis for vurdering av gradering. Den reduserte andelen graderte må også ses i sammenheng med økningen i andelen yngre mottakere av uføretrygd i samme periode, gitt at yngre aldersgrupper har en lavere andel graderte.

3.4.7 Yrkesbakgrunn

Det har vært en nedgang mellom 2019 og 2023 i nye uføremottakere med yrkesbakgrunn. Dette henger sammen med aldersutviklingen. Flere yngre mottakere har ikke deltatt i arbeidslivet før de mottar uføretrygd, og blant de eldste gruppene har det vært en nedgang i mottak av uføretrygd. Det har vært størst nedgang i nye mottakere av uføretrygd fra pleie- og omsorgsykker, samt salgsyrker (Figur 3-30). Reduksjonen i nye mottakere fra disse yrkene er også større enn veksten i sysselsetting i disse gruppene, noe som innebærer en redusert andel med overgang til uføretrygd i disse yrkesgruppene.

3.4.8 Utdanningsnivå

Andelen uføretrygdde er høyere blant personer med lavere utdanning. Differansen i uføerate etter utdanningsbakgrunn er betydelig. Blant kvinner som kun har grunnskoleutdanning, var 29 prosent mottakere av uføretrygd i 2023. Tilsvarende andel var 15,0 prosent blant kvinner som kun har videregående utdanning og 5,7 prosent blant kvinner med høyere utdanning. For menn er andelen uføretrygdde lavere for alle utdannings-

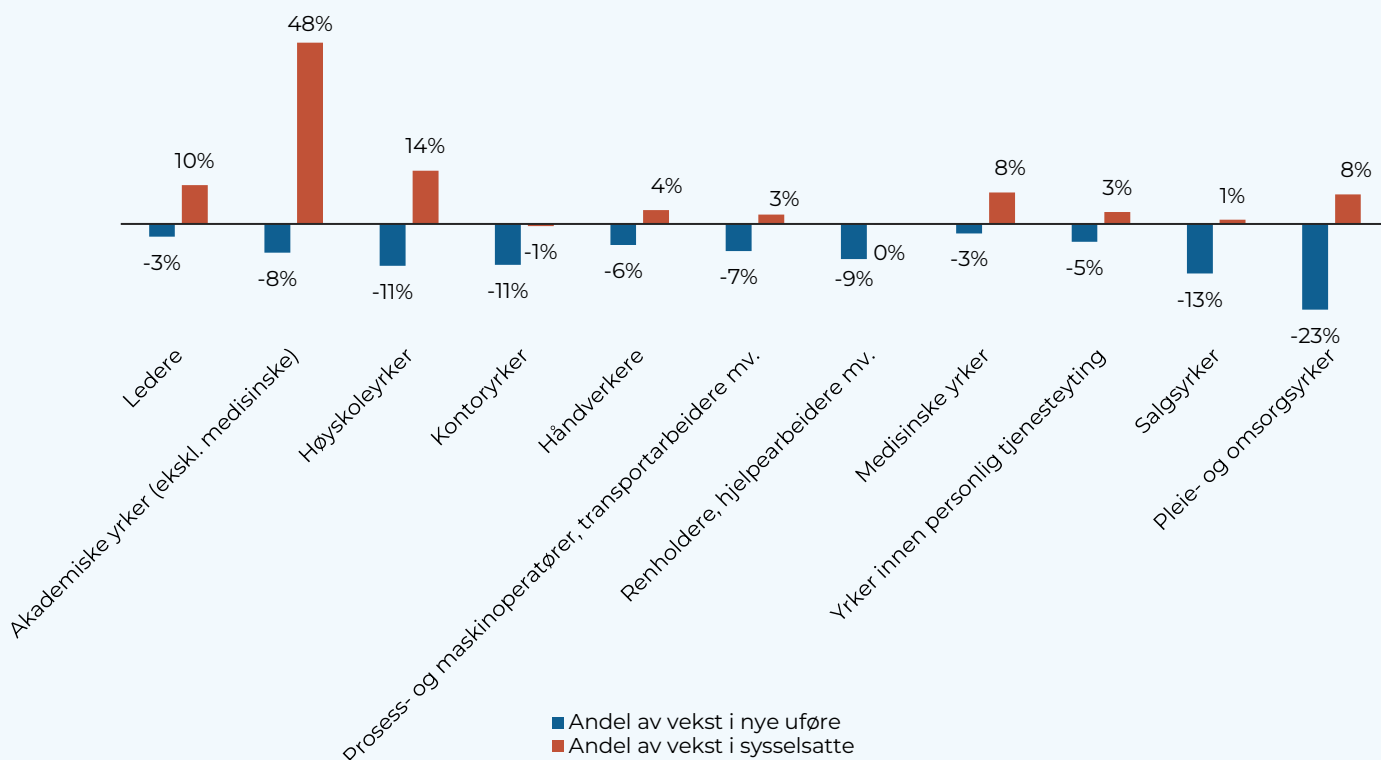
nivåer, men forskjellene mellom de ulike utdanningsnivåene er tilsvarende som for kvinner (Figur 9-14 i Vedlegg A).

Veksten i mottak av uføretrygd siden 2015 har vært størst i den lavest utdannede delen av befolkningen. I perioden 2015–2023 har veksten vært størst i gruppen som kun har grunnskoleutdanning. Dette gjelder begge kjønn. I samme periode har det vært en nedgang i andelen i befolkningen som kun har grunnskoleutdanning. Denne gruppens bidrag til den samlede veksten i mottakere av uføretrygd er dermed lavere enn veksten innad i gruppen tilsier.

3.4.9 Oppsummert om uføretrygd

Andel mottakere av uføretrygd av befolkningen i yrkesaktiv alder har økt fra 9,2 prosent i 2010, til 10,2 prosent i 2023. Siden 2019 har andelen uføretrygdde vært relativt stabil på rundt 10 prosent. I motsetning til de siste årenes vekst i sykepenges og AAP, har utviklingen i uføretrygd vært ulik for ulike aldersgrupper. Siden 2010 har det vært en nedgang i andel uføretrygdde i de eldste aldersgruppene,

Figur 3-30: Andel av vekst i hhv nye mottakere av uføretrygd og sysselsatte i perioden 2019–2023, etter yrke (for personer som var registret med et yrke i forkant av mottaket)



Note: Figuren viser vekst i nye mottakere av uføretrygd og sysselsatte i perioden 2019–2023. Stolpene viser med hvor mange prosent de ulike yrkene bidrar til den samlede veksten. Yrkene er hovedgruppene i STYRK08. Medisinske yrker (gr. 22) er skilt ut fra Akademiske yrker (gr. 2). Gruppe 5 er delt opp i to siffer (personlig tjenesteyting; salg; pleie- og omsorg; sikkerhet). De minste gruppene, militære yrker; bønder, fiskere mv. og sikkerhetsarbeider er ikke tatt med. Data fra Microdata.no og SSB tabell 12849. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

og samtidig har det vært en økning i andelen uføretrygdde i aldersgruppene under 50 år.

Siden 2010 har det særlig vært en sterk økning i mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser. Veksten i mottak av uføretrygd siden 2015 har vært størst i den lavest utdannede delen av befolkningen.

3.5 Overgang mellom ytelsene

3.5.1 Hvor kommer mottakere av helserelaterte ytelser fra?

Basert på data om befolkningens status kan vi se hva nye sykepengemottakere, nye AAP-mottakere og nye uføretrygdde gjorde ved utgangen av året før. Hele befolkningen er tildelt en status definert ut fra en av de 17 statusene vist i kapittel 1.4.2. Inndelingen innebærer at de som for eksempel er registrert med deltidsarbeid, ikke mottar AAP i tillegg. I det videre definerer vi personer i kategori 13–16 som personer i arbeid. Nye mottakere er de med en annen tildelt status enn mottak av den samme ytelsen året før.

Ved utgangen av 2023 var 89 prosent av nye sykepengemottakere registrert med arbeid ved utgangen av året før. 5 prosent kom fra utdanning og 3 prosent fra arbeidsledighet. Det er noen aldersforskjeller blant de på sykepenger, hvor de over 50 i større grad kommer fra arbeid, mens de under 30 oftere kommer fra utdanning og arbeidsledighet.

I 2023 kom 70 prosent av nye AAP-mottakerne fra sykepenger eller arbeid. 10 prosent hadde nedsatt arbeidsevne, 6 prosent kom fra arbeidsledighet, 3 prosent fra sosialhjelp, og 8 prosent hadde ingen registrert aktivitet.

Blant AAP-mottakere er det store forskjeller i hvor nye mottakere kommer fra, etter alder. For de over 50 år kommer rundt 80 prosent fra sykepenger og arbeid. For de mellom 30 og 49 år er tilsvarende tall 70 prosent. For de under 30 kommer derimot bare rundt 35 prosent fra sykepenger eller arbeid, 20 prosent kommer fra ingen registrert aktivitet, litt over 15 prosent fra nedsatt arbeidsevne uten ytelse og litt over 10 prosent fra arbeidsledighet. Kombinerer vi de med nedsatt arbeidsevne uten ytelse og ingen registrert aktivitet er det over 35 prosent av de unge som kommer fra inaktivitet. Dette understøtter annen statistikk som viser at mange unge mottakere kommer rett på AAP.

Blant de helt uføre, kom nye mottakere i 2023 i hovedsak fra AAP. 65 prosent av nye 100 prosent uføre kom fra AAP, 15 prosent fra gradert uføretrygd, 6 prosent fra sykepenger og 6 prosent fra ingen registrert aktivitet. De som kommer fra ingen registrert aktivitet og blir helt uføre, er i hovedsak unge. Rundt 30 prosent av nye mottakere under 30 kommer fra ingen registrert aktivitet, mot under 3 prosent i de eldre aldersgruppene. En oppdeling innad blant de unge viser at rundt 88 prosent av de mellom 18–19 år som blir uføretrygd kommer fra ingen registrert aktivitet.

Tabell 3-2: Overganger fra helserelaterte ytelser, 2022 til 2023

Status	Helt ufør	Delvis ufør, delvis sysselsatt	Delvis ufør, ikke i arbeid	AAP	Syk-meldt	I arbeid eller utd.	Annen stønad	Nedsatt a.evne u. stønad	Arbeids-ledig	Ukjent
100 prosent uføretrygd	94,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %
Gradert uføretrygd, i arbeid	4,6 %	84,8 %	5,7 %	0,0 %	0,2 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
Gradert uføretrygd, ikke i arbeid	10,5 %	7,5 %	73,5 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %
AAP	11,3 %	2,9 %	0,6 %	72,0 %	0,7 %	7,4 %	0,5 %	1,7 %	0,5 %	1,9 %
Sykepenger	1,0 %	0,4 %	0,0 %	19,3 %	8,8 %	60,2 %	0,8 %	0,6 %	3,0 %	5,3 %

Note: Data fra Nav. Beregninger Oslo Economics. Annen stønad består av mottakere av overgangsstønad, kvalifiseringsstønad, introduksjonsstønad og sosialhjelp. Tabellen viser hva de som var registrert som uføre, mottakere av AAP og på sykepenger ved utgangen av 2022, var registrert som ved utgangen av 2023.

3.5.2 Hvor er mottakere av helserelaterte ytelser ett år etter?

Fra data om befolkningens status har vi også mulighet til å undersøke hvor mottakere av helserelaterte ytelser er ett år etter mottak. Dette er særlig interessant for mottakere av sykepenges, siden ytelsen kun kan mottas i ett år, og det vil derfor være mulig å følge utviklingen i overganger fra sykepenges. 100 prosent uføre har i utgangspunktet ytelsen til de går over på pensjon ved fylte 67 år, og har dermed mindre overganger. Tabell 3-2 viser hva de som var registrert som henholdsvis uføre, mottakere av AAP og på sykepenges i 2022, var registrert som i 2023. Tilsvarende tall for 2010–2011 er vist i Tabell 3-3.

94 prosent av de helt uføre i 2022 er også uføre i 2023, de som forsvinner ut går i hovedsak over til ingen registrert aktivitet/ukjent, som vi antar at er personer som går av med pensjon. Noen svært få har overgang til arbeid eller utdanning. Overgang til arbeid medfører her, grunnet prioriteringen av status, at de er i arbeid uten å motta helserelaterte ytelser. Mottakere av AAP fortsetter også i stor grad på AAP, men rundt 15 prosent går over på uføretrygd, og 7 prosent over til arbeid. Blant sykepengemottakerne i 2022 var 58 prosent i arbeid i 2023, 19 prosent gikk over på AAP og 12 prosent hadde overgang til andre statuser.

I 2010 var andelen med overgang til arbeid eller utdanning lavere enn i 2022 (se Tabell 3-3). Overgangen til AAP var relativt lik, men det er færre med overgang til uføretrygd i 2022 enn i 2010.

Mange på AAP et gitt år er også på AAP året etter. Blant de på AAP i 2022 var 72 prosent på AAP også året etter. De som var på AAP i 2018 har lavest andel som fortsetter på AAP med 59 prosent. Dette henger trolig sammen med regelverksendringene som trådte i kraft i 2018, og fokuset på raskere avklaring. Dette viser seg i en høyere andel som går over til uføretrygd, hele 23 prosent av AAP-mottakerne i 2018 var på uføretrygd i 2019. Til sammenlikning var overgangen til uføretrygd fra 2010 og 2022 henholdsvis 13 prosent og 15 prosent.

I forbindelse med at AAP ble opprettet i 2010 ble alle mottakere av rehabiliteringspenges, attføringspenges og midlertidig uføretrygd overført til AAP. Mange av disse forsvant ut av AAP etter fire år. Tallene indikerer at disse forsvant over på andre statuser på tilsvarende måte som de som forlater AAP senere. Dette til tross for at mottakerne av de foregående ytelsene har noen ulikheter med nye AAP-mottakere, blant annet sterkere arbeidstilknytning (Kann, et al., 2016).

De som er på uføretrygd et gitt år, er i overveiende grad også på uføretrygd neste år, noe både Tabell 3-2 og Tabell 3-3 viser. Den endringen som skjer er i hovedsak avgang til pensjon. Det er likevel noe variasjon innad blant de uføre. Blant de som er delvis uføre og i arbeid er det en liten andel som har overgang til arbeid. Blant de gradert uføre har også en andel overgang til 100 prosent uføretrygd.

De uføre under 30 år, har så godt som ingen overgang ut av uføre, som vist i Tabell 3-4. 99 prosent av de unge som var helt uføre i 2022 var også helt uføre i 2023.

Tabell 3-3: Overganger fra helserelaterte ytelser, 2010 til 2011

Status	100 prosent uføretrygd	Gradert uføretrygd, i arbeid	Gradert uføretrygd, ikke i arbeid	AAP	Syk-meldt	I arbeid eller utd.	Annen stønad	Nedsatt a. evne u. stønad	Arbeids-ledig	Ukjent
100 prosent uføretrygd	91,7 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,2 %
Gradert uføretrygd, i arbeid	6,1 %	82,7 %	5,8 %	0,0 %	0,2 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %
Gradert uføretrygd, ikke i arbeid	11,1 %	7,5 %	71,7 %	0,0 %	0,1 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %
AAP	10,0 %	2,6 %	0,7 %	73,3 %	0,7 %	7,4 %	0,5 %	1,3 %	1,0 %	2,1 %
Sykepenges	2,0 %	1,0 %	0,2 %	20,1 %	8,1 %	54,9 %	0,3 %	0,5 %	4,1 %	7,8 %

Note: Data fra Nav. Beregninger Oslo Economics. Annen stønad består av overgangsstønad, kvalifiseringsstønad, introduksjonsstønad og sosialhjelp. Tabellen viser hva de som var registrert som uføre, mottakere av AAP og på sykepenges ved utgangen av 2010, var registrert som ved utgangen av 2011.

3.6 Bidrag til vekst fra ulike grupper

De siste årene har det vært en økning i bruken av helserelaterte ytelser i Norge. Veksten er ikke drevet av enkeltgrupper, og det er stort sett vekst i alle grupper. Det finnes likevel forskjeller i vekst basert på faktorer som kjønn, alder, yrke og diagnose. Hvilken innvirkning dette har på den totale veksten henger også sammen med gruppens størrelse. Det er derfor interessant å se på både gruppens egne vekst og gruppens bidrag til den totale veksten. Gruppene er definert ut fra tre faste bakgrunnsvariabler; alder, kjønn og landbakgrunn. Disse forskjellene og nyansene belyses i dette kapitlet. Det vil si at dimensjoner som kan forandre seg over livsløpet, som yrke og diagnose, ikke er hensyntatt i denne analysen.

Vi har oppsummert funnene i dette kapitlet i fire figurer, én per ytelse, og én for samlet mottak av helserelaterte ytelser (Figur 3-31–Figur 3-34). Figurene viser hvordan ulike grupper fordeler seg på to dimensjoner: hvor stor andel av endringen i ytelsesmottaket 2019–2023 gruppen står for, og hvor stor andel av den totale endringen i befolkningen i yrkesaktiv alder i den samme perioden, de står for. Når en gitt gruppe bidrar mer til vekst i ytelsesmottak enn vekst i befolkningen, kan det indikere en bekymringsfull vekst. Samtidig utelater figurene mye viktig informasjon. Store grupper, som i all hovedsak er de med norsk landbakgrunn, vil påvirke veksten i større grad enn mindre grupper. Tilsvarende kan små grupper se uproblematisk ut med hensyn til vekstbidrag, til tross for at de har svært høy prosentvis vekst. Figurene alene er altså ikke et dekkende mål på hvilke grupper vi bør være bekymret for, men gir en indikasjon.

3.6.1 Samlet mottak av helserelaterte ytelser

De som står for størst andel av veksten i bruk av helserelaterte ytelser, og dermed størst betydning for den samlede endringen i mottak av ytelser, er kvinner med norsk landbakgrunn i alderen 30 til 49 år (Figur 3-31). Disse står for 20 prosent av veksten i bruk av ytelser fra 2019 til 2023. Deretter følger menn med norsk landbakgrunn i samme alder, som står for 10 prosent av veksten. De to gruppene er drivere av vekst i ytelsesmottak til tross for befolkningsnedgang, noe som gjør utviklingen i disse gruppene bekymringsfull.

Høyest andel mottakere av helserelaterte ytelser finner vi blant de eldste aldersgruppene. Kvinner 50–66 år med norsk landbakgrunn og kvinner og menn 50–66 år med bakgrunn fra resten av verden

Tabell 3-4: Overganger for uføre under 30, 2022 til 2023

Status	Helt ufør	Delvis ufør, delvis sysselsatt	Delvis ufør, ikke i arbeid	Arb. /utd.
Helt ufør	99,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Delvis ufør, delvis sysselsatt	2,8 %	82,7 %	10,3 %	3,1 %
Delvis ufør, ikke i arbeid	12,3 %	16,1 %	69,7 %	0,0 %

Kilde: Data fra NAV, Sivilregister og SSB, 2022

har størst mottak, med henholdsvis 35,4, 34,6 og 34,0 prosent som mottar helserelaterte ytelser. Disse gruppene har imidlertid svak mottaksvekst siden 2019, men siden de har en høy andel mottakere, og er grupper som vokser i antall, bidrar de totalt sett til en økning i mottakere av helserelaterte ytelser.

Aldersgruppen 30–49 år står for en stor andel av veksten, både fordi de er en stor gruppe, og fordi de har høy vekst i mottak innad i gruppen. Vekst i mottak innad i gruppen er imidlertid enda høyere blant de i alderen 18–29 år, men siden denne gruppen er mindre, og i utgangspunktet har lavere andel mottakere, bidrar de mindre til den totale veksten. Den sterke veksten i andelen mottakere i alderen 18–29 år gir likevel grunn til bekymring.

Personer med norsk landbakgrunn står for en stor andel av veksten i ytelsesmottak fordi de utgjør majoriteten av befolkningen. Samtidig har gruppen høyere mottak av helserelaterte ytelser enn grupper med annen landbakgrunn. Det eneste unntaket er menn i alderen 50–66 år med bakgrunn fra resten av verden. Disse har noe høyere mottak av helserelaterte ytelser enn menn i samme alder med norsk landbakgrunn.

Selv om enkelte grupper bidrar mer til vekst i mottak av helserelaterte ytelser enn andre, har det mellom 2019 og 2023 vært en økning i bruken av helserelaterte ytelser på tvers av grupper.

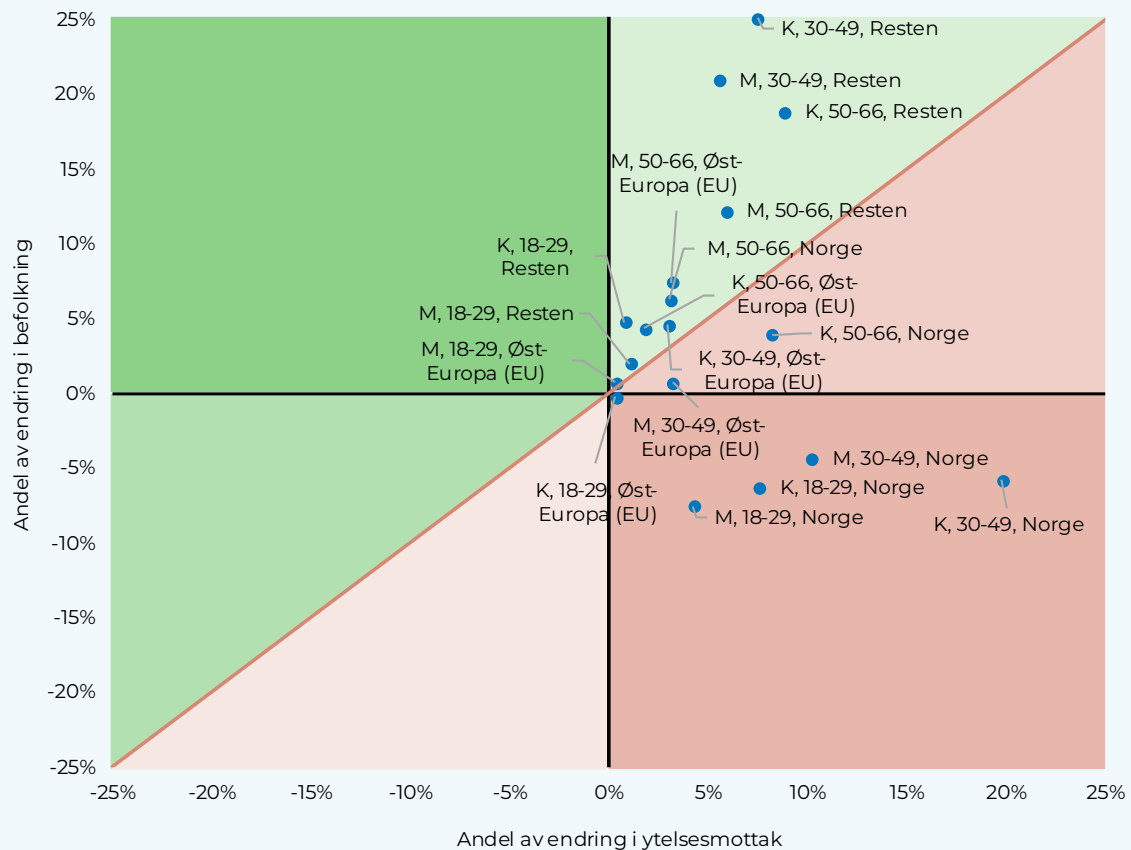
3.6.2 Fremhevede grupper per ytelse

For sykepenge er det særlig kvinner mellom 30–49 år med norsk landbakgrunn som bidrar til veksten. Dette er en stor gruppe med høy andel sykepenge-mottakere i utgangspunktet, som derfor påvirker den totale veksten i stor grad, til tross for at befolkningen i gruppen har sunket mellom 2019 og 2023.

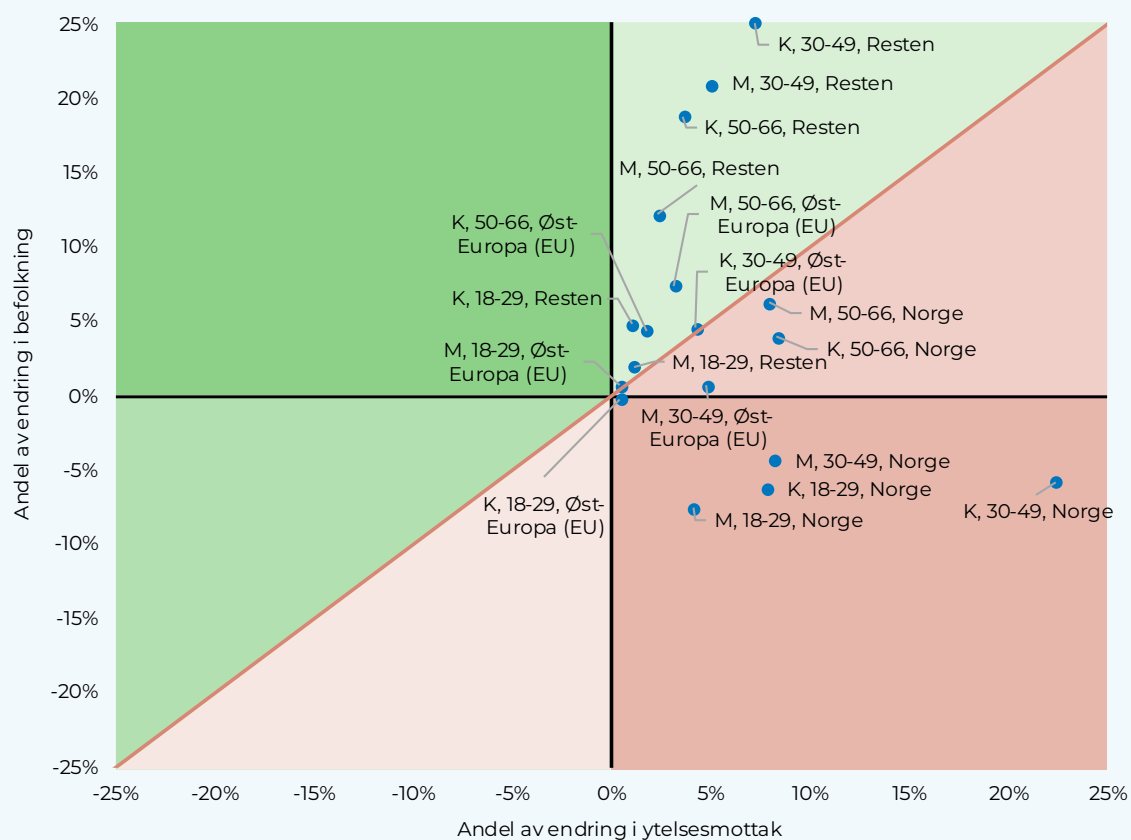
Det er en større andel av kvinner enn menn som mottar AAP og kvinnene bidrar også mest til veksten i mottakere. Kvinner med norsk landbakgrunn mellom 30–49 og 50–66 år er de som står for den største andelen av vekst i mottakere. Samtidig er det kvinner og menn 50–66 år med bakgrunn fra resten av verden som har høyest andel mottakere av AAP, med henholdsvis 7,9 og 7,6 prosent.

På uføretrygd er det også særlig kvinner med norsk landbakgrunn i alderen 30–49 år som bidrar til vekst i mottak. Høyest andel uføre finner vi imidlertid blant kvinner med norsk landbakgrunn i alderen 50–66 år, og kvinner og menn i samme alder med bakgrunn fra resten av verden. Disse tre gruppene har alle en nedgang i andelen uføretrygdde mellom 2019 og 2023, men fordi de har en såpass høy andel uføretrygdde i utgangspunktet og fordi de er voksende grupper, bidrar de likevel til vekst i mottak av uføretrygd.

Figur 3-31: Grupper andel av endring i befolkningen og mottak av en helserelatert ytelse (2019–2023)

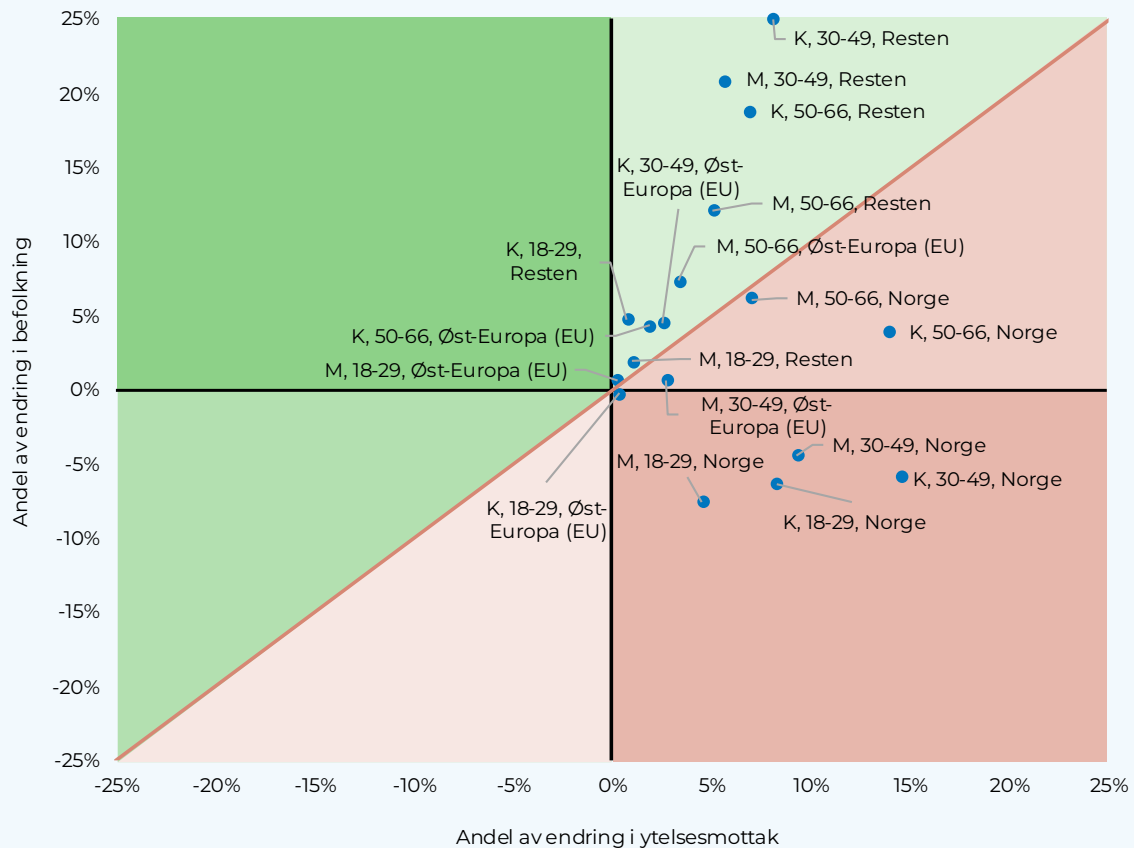


Figur 3-32: Grupper andel av endring i befolkningen og mottak av sykepenger (2019–2023)

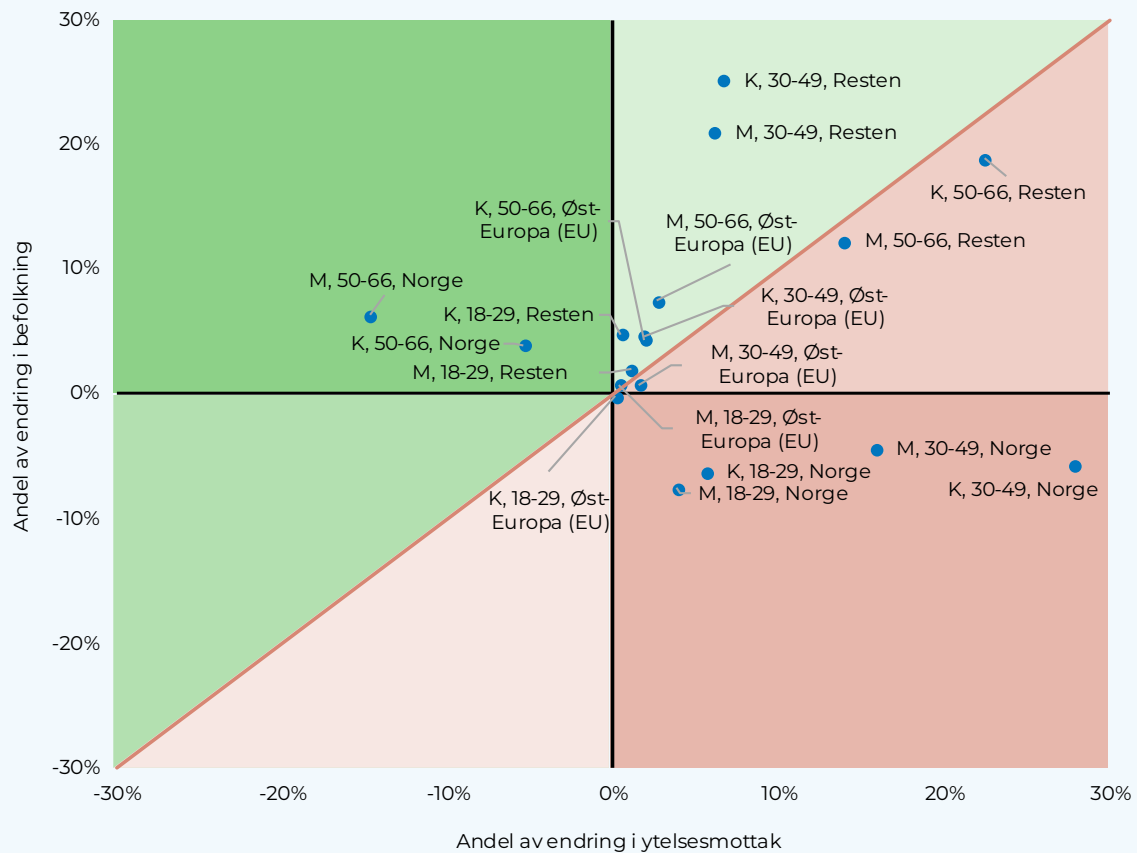


Note: Figurene viser et spredningsplott av grupper andel av endring i befolkningen og endring i totalt ytelsesmottak. Gruppene er kombinasjoner av kjønn, alder og landbakgrunn. Landbakgrunn Vest-Europa (uten Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand er utelatt fra figurene for å gjøre de mer leservennlige, og fordi utviklingen i disse gruppene er mindre interessant. Den røde linjen har 45 grader helning. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 3-33: Grupperes andel av endring i befolkningen og mottak av arbeidsavklaringspenger (2019–2023)



Figur 3-34: Grupperes andel av endring i befolkningen og mottak av uføretrygd (2019–2023)



Note: Figurene viser et spredningsplott av grupperes andel av endring i befolkningen og endring i totalt ytelsesmottak. Gruppene er kombinasjoner av kjønn, alder og landbakgrunn. Landbakgrunn Vest-Europa (uten Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand er utelatt fra figurene for å gjøre de mer leservennlige, og fordi utviklingen i disse gruppene er mindre interessant. Den røde linjen har 45 grader helning. Data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

4. Regelverket for de helserelaterte ytelsene

Det er et omfattende regelverk rundt de helserelaterte ytelsene som Nav, arbeidsgiver, fastlege og ytelses-mottakerne selv må forholde seg til. Vår litteraturgjennomgang viser at dagens innretning gir uheldige økonomiske insentiver til aktørene, som øker innstrømningen og reduserer utstrømningen fra ytelsene.

4.1 Innledning

Regelverket for helserelaterte ytelser og tilstøtende ordninger definerer rettigheter og plikter, som kriterier for tilgang, ytelsesnivå, varighet, omfanget av aktivitetskrav, finansieringsansvar og tilretteleggingsplikt. Dette påvirker insentivene både for den enkelte til å bli stående i jobb, komme tilbake til arbeid, for arbeidsgivere til å tilrettelegge og ansette, for fastlegene til å sykemelde og vurdere arbeidsevne, og for Nav i deres arbeid med alle involverte aktører.

Regelverket påvirker både inn- og utstrømning. Noen av virkningene er gunstige, for eksempel overgang til arbeid, mens andre virkninger i utgangspunktet er mindre bra, som overgang ut av arbeidsstyrken eller til uføretrygd. Ulike elementer og endringer i regelverket vil i seg selv være drivere og barrierer. En grunnleggende hypotese i dette kapittelet er at økonomiske insentiver påvirker bruken av ytelsene og i hvilken grad mottakere av helserelaterte ytelser benytter sin restarbeidsevne.

Følgende hovedhypoteser ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket og etableringen av søkeordslister:

1. Ytelsesnivå, varigheten på ytelsene, inngangskriterier og aktivitetskrav er av betydning både for innstrømningen til, og utstrømningen fra, helserelaterte ytelser.
5. Avkortingsreglene for kombinasjon av ytelser og arbeid er av betydning for om personer som mottar helserelaterte ytelser jobber gradert.
6. Gradert arbeid er i seg selv helsefremmende, og bidrar til å redusere risikoen for langtidsfravær og frafall fra arbeidslivet.
7. Siden arbeidsgiver i liten/ingen grad belastes økonomisk ved langtidsfravær eller uførhet har de 1) svake insentiver til å forebygge uhelse og tilrettelegge for arbeid blant langtidssyke, men

samtidig 2) få disinsentiver til å ansette personer med helseutfordringer.

8. Kravet om nedsatt arbeidsevne med grunnlag i medisinsk diagnose for å få helserelaterte ytelser, bidrar til medikalisering, noe som svekker tilknytning til arbeidslivet.

For å undersøke dette har vi kartlagt forskning på hvilken virkning enkeltelementer i regelverket har på overganger inn i, mellom og ut av, de helserelaterte ytelsene. I dette kapittelet har vi lagt vekt på studier som gjennom eksperimentelle eller kvasieksperimentelle metoder identifiserer slike effekter. Se kapittel 2 for nærmere beskrivelse av selve regelverket. Gjennomgangen er organisert i samme rekkefølge som et tenkt forløp gjennom alle ytelsene – først inn på sykepenger, deretter tilbake i arbeid eller videre til arbeidsavklaringspenger (AAP), så overgang til arbeid eller uføretrygd, eventuelt med arbeid ved siden av. Ikke alle forløp følger denne gangen, en del kommer rett på AAP uten å ha vært innom sykepenger og andre rett på uføretrygd utenom å ha vært innom de andre ytelsene. Der vi har informasjon om disse ulike gruppene og det framstår som relevant, kommenteres det spesielt. Vi avslutter med en diskusjon av noen overordnede problemstillinger.

4.2 Sykepenger

4.2.1 Tilstrømning Inngangskriterier

Et typisk sykefraværsforløp starter med at arbeidstakeren benytter egenmelding. Når egenmeldingsperioden utløper, kreves det sykemelding fra fastlegen for videre fravær. Inngangskriterier handler primært om kriteriene legene skal vurdere ved utstedelse av sykemelding, men også om hvilke krav som stilles til arbeidstaker og arbeidsgiver ved inngangen til sykefraværsperioden.

Ferman, et al. (2023) undersøkte det såkalte «Tillitsprosjektet» i Mandal kommune, som fra og med juli 2007 avskaffet kravet om attest fra lege ved sykefravær for kommunens ansatte. Det vil si at det kun trengtes egenmelding for gyldig sykefravær og utbetaling av sykepenger. Resultatene tyder på at dette reduserte sykefraværet noe, særlig for kvinner, og at effekten så ut til å holde seg i opptil flere år etter innføringen. Funnene tyder på at lengre egenmeldingsperiode kan være et gunstig tiltak som medfører både besparelser i fastlegenes tid og i sykefraværet. Forfatterne er imidlertid nøye med å påpeke at

ordningen involverte sterk medvirkning fra arbeidsgiver, det vil si kommunen, og at bidraget fra enkeltpersoner som var viktige i forsøket kan være vanskelig å gjenskape andre steder. Kausto, et al. (2019) har gjort et systematisk internasjonalt litteratursøk om virkningen av muligheten for selv-sertifisert sykemelding og fant resultater i både positiv og negativ retning.

Kriteriene for å få sykemelding spiller en vesentlig rolle i hvorvidt noen får sykepenger. Fastlegene er tiltenkt en portvokterrolle i trygdesystemet, der de skal forvalte gjeldende retningslinjer for sykemelding. Markussen, et al. (2011) finner at det er relativt stor variasjon i hvilken grad leger gir sykemelding. Strengere leger har, imidlertid, et noe lavere antall pasienter enn leger som lettere gir sykemelding. Dette impliserer at det kan straffe seg for fastleger å være restriktive med sykmeldinger, fordi pasienter da kan velge en annen fastlege i stedet. Markussen og Røed (2017) analyserer «markedet» for sykefravær direkte. De finner at jo sterkere konkurranse det er lokalt, jo mer tilbøyelige er fastlegene til å gi sykemelding, og at høyere tilbøyelighet til å sykmelde henger sammen med høyere sannsynlighet for å bli valgt som fastlege av nye pasienter.

Det er lite forskning som direkte ser på hvordan endringer i retningslinjer for å gi sykemelding påvirker antall mottagere. En studie av fastlegers praksis antyder imidlertid at denne portvokterrollen ikke fungerer etter hensikten: En betydelig andel fastleger rapporterer at de sjelden avslår pasienters ønske om sykemelding, til tross for føringene de er pålagt å følge (Hoff, et al., 2024). Det pågår også en evaluering av endringer i regelverket som trådte i kraft fra 1. juli 2023, der det ble gitt rett til sykmelding ved e-konsultasjon, se kapittel 6.3 for omtale av denne.

Fra forskningen på kriteriene for å motta AAP og uføretrygd, omtalt i detalj lenger nede, vet vi at det er en sammenheng mellom strengere kriterier og tildeling og opptak av ytelse.

Kompensasjonsgrad

Ved både egenmelding og sykemelding får arbeidstakere normalt full lønnskompensasjon, begrenset oppad til seks ganger folketrygdens grunnbeløp. Ordningen med full lønnskompensasjon er særegen og ligger betydelig over kompensasjonsnivået i andre land, inkludert våre nordiske naboer.

Sammenliknet med andre land er det i Norge foretatt få eller ingen endringer i sykepengeordningen, spesielt når det gjelder rettigheter til sykepenger og økonomiske insentiver (Hemmings

& Prinz, 2020). Det er likevel eksempler på studier som har blitt gjort i en norsk sammenheng (Dale-Olsen, 2014; Dale-Olsen, 2018). Begge studiene utnytter en naturlig variasjon som oppstår ved den øvre inntektsgrensen for sykepenger (6 G). Inntekt over 6 G kompenseres ikke ved sykdom, med mindre den sykmeldte jobber hos en arbeidsgiver med en avtale om dette. Studiene bruker den diskontinuerlige endringen i dekningsgrad til å vise at når arbeidstakere må bære en større del av kostnaden ved sykefravær selv, reduseres sannsynligheten for sykemelding. Effekten varierer imidlertid mellom ulike grupper av ansatte.

På grunn av flere og større endringer i regelverket har det vært enklere å studere sammenhengene mellom kompensasjonsgrad og sykefravær i utlandet. Sverige er et godt eksempel, der hyppige systemendringer har resultert i flere anerkjente forskningsstudier. Henrekson og Persson (2004) så på en rekke svenske reformer fra 50-tallet frem til 00-tallet hvor ytelsesnivået for sykepenger har blitt endret. De fant at en får innstrømning til sykepenger ved rausere ytelser og utstrømning ved mindre rausere ytelser. Johansson og Palme (2005) ser nærmere på en av reformene fra denne perioden – fra 1991 – hvor ytelsen ble redusert for de første 90 dagene, men holdt uendret deretter. Også her fant man lavere tilstrømning til sykepenger med mindre rausere reformer. Hovedfunnet fra disse studiene samsvarer altså med norsk forskning: Mindre rausere ordninger har en reduserende effekt på sykefraværet. Dette støttes også av tysk forskning, der Ziebarth og Karlsson (2010) dokumenterte at lavere kompensasjonsgrad førte til redusert sykefravær. Forskerne undersøkte effekten av en tysk reform fra 1996. Reformen reduserte arbeidsgivers plikt til å dekke sykepenger for privat ansatte fra 100 til 80 prosent i de første seks ukene av sykeperioden. Ved å sammenligne med en kontrollgruppe bestående av andre arbeidsgivere, fant forskerne at denne reduksjonen førte til færre nye sykmeldinger.

Selv om redusert kompensasjon fører til redusert fravær, så har også forskning pekt på utfordringer med dette. Lavere kompensasjonsgrad kan ha den utilsiktede konsekvensen at syke arbeidstakere møter på jobb av økonomiske årsaker, og dermed risikerer å smitte kolleger, noe som kan øke det totale sykefraværet. Pichler og Ziebarth (2017) dokumenterte denne effekten i Tyskland og Østerrike: Fravær av sykepengerettigheter og lavere kompensasjonsgrad ved sykdom var forbundet med økt totalt sykefravær på grunn av smittsomme sykdommer, noe forskerne tolket som en følge av økt smittespredning på arbeidsplassen. Forskning har dokumentert at hjemmekontor er korrelert

med mindre sykefravær (Steidelmüller, et al., 2020; Borge, et al., 2023). Muligheten for hjemmekontor kan gi større muligheter for å tilpasse seg og kombinere jobb og sykdom. På den andre siden kan det også være en ulempe med hjemmekontor hvis det medfører en forventning om å jobbe selv om man er syk.

Pettersson-Lidbom og Thoursie (2013) evaluerte avviklingen av karensdag i Sverige i 1987. De fant at dette førte til en økning i korte sykefravær, men en reduksjon i lange sykefravær i en slik grad at netto sykefravær gikk ned. Forklaringen på dette var antakelig at karensdag førte til at dersom personer som hadde vært syke skulle komme tilbake til arbeid og så bli syke igjen, ville stå overfor en ny karensdag, uten lønn. For personer med risiko for et nytt sykdomsforløp, ville det da lønne seg å bli lenger borte og dermed redusere kostnadene med en ny potensiell karensdag.

Gradering og aktivitetskrav

Gradert sykemelding innebærer at arbeidstager er delvis i arbeid samtidig som vedkommende er sykmeldt. Den sykmeldte har plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet så tidlig som mulig i sykefraværsløpet og gradering skal brukes når en arbeidstaker kan utføre noe arbeid til tross for redusert helsetilstand. Gradert sykemelding skal alltid vurderes av lege og mange sykefravær starter med gradering allerede fra første dag eller i løpet av arbeidsgiverperioden (Nossen & Lysø, 2018). Blant sykepengetilfeller i 2016, var det luftveislidelser som hadde den lavest andelen graderte sykemeldinger, mens diagnoser knyttet til muskel/skjelett, rygg eller nakke/skulder/arm, psykiske lidelser og svangerskap, hadde de høyeste andelen graderte fravær, med rundt 50–60 prosent.

Bruken av gradert sykemelding er et av de områdene i den norske sykepengeordningen hvor det faktisk har vært foretatt endringer som er blitt undersøkt i flere studier. Det er krevende å studere virkningen av gradert sykemelding fordi sykdommer som gir 100 prosent sykemelding tenderer til å være mer alvorlige enn sykdommer som etterlater en restarbeidsevne. Hvis man sammenlikner sykmeldte med og uten gradert sykemelding og finner at arbeidstakere med gradert sykemelding blir raskere friske, kan man ikke vite om dette skyldes at de beholdt kontakten med arbeidsgiver mens de var syke, eller om det bare er at de var mindre syke i utgangspunktet. Hvem som er bare delvis sykmeldt er også påvirket av forhold knyttet til både arbeidstakeren og arbeidsplassen (Standal, et al., 2021).

I en kartlegging av empiriske studier på gradert sykemelding, inkludert fire norske artikler,

konkluderte Meneses-Echavez, et al. (2018) med at mye tyder på at gradert sykmelding er positivt. Gradert sykmelding ser ut til å være forbundet med positive utfall som høyere arbeidsdeltakelse og kortere sykefravær, men det er noe usikkerhet rundt disse funnene. Forskerne poengterte at flere randomiserte, kontrollerte studier hadde vært nyttig for å kunne trekke sikrere konklusjoner. Rehwald, et al. (2018) er et slikt eksperiment, der sykmeldte ble trukket tilfeldig til ulike typer aktivisering, hvor delvis sykefravær viste seg å gi de beste resultatene.

Markussen et al. (2012) forsøkte å løse de metodiske utfordringene ved å sammenlikne pasienter hos leger med ulik praksis angående gradert sykmelding, i stedet for direkte å sammenlikne pasienter med ulik grad av gradering. De fant at langtidssykmeldte som fikk gradert sykmelding hadde mindre fravær og høyere sannsynlighet for å ha jobb senere. Disse resultatene var stabile på tvers av en rekke robusthetssjekker, inkludert justering for mål på legenes praksis for behandling og for å sykmelde i det hele tatt.

Kann, et al. (2012) analyserte data på kommunenivå i perioden 2002–2010 og fant at økt bruk av gradering var forbundet med lavere sykefraværshastighet (totalt legemeldt sykefravær), varighet og antall sykefraværstilfeller. Et senere forsøk i Nav Hedmark ga evidens for at krav om arbeidsrettet aktivitet hadde en reduserende effekt på sykefraværet. Nav Hedmark bestemte at de i 2013 skulle styrke etterlevelsen av kravet om at personer som er sykmeldt mer enn 8 uker skal være arbeid eller annen arbeidsrettet aktivitet med mindre legen eksplisitt har erklært vedkommende ute av stand til å arbeide. Kann, et al. (2014) analyserte hva som da skjedde med sykefraværet og fant en slående utvikling – fraværet falt markant i Hedmark i forhold til landet som helhet i tiden etter reformen. Hernæs (2018) bygde videre på dette og fant at fallet så ut til å vedvare så lenge det var tilgjengelige data på det tidspunktet – til og med begynnelsen av 2016. Etter endringen var sykefraværet i gjennomsnitt 12 prosent lavere enn hva det antakelig ville vært uten. Denne store reduksjonen var sannsynligvis drevet av både økt tilstedeværelse på jobb fordi flere arbeidstakere fikk gradert sykemelding og av at folk kom raskere tilbake til jobb. I andre fylkers implementering av denne modellen har reduksjonen i sykefravær vært mindre tydelig, men andelen graderte sykemeldinger har økt og erfaringer fra ansatte i Nav har vært positive (Lima, et al., 2017; Proba, 2016).

4.2.2 Utstrømning

Varighet

Den maksimale varigheten for å motta sykepenger er ett år. Etter det må mottageren enten returnere til arbeid, gå over til en annen ytelse som for eksempel AAP eller sosialhjelp, eller ingen ytelse. Generelt vil en overgang til en annen ytelse, eller ingen ytelse, føre til en reduksjon i inntekten til mottakeren.

Markussen, et al. (2011) og Nossen og Brage (2016) fant at sannsynligheten for å ikke motta sykepenger øker betydelig mot slutten av sykepengeperioden. Ifølge artikkelforfatterne kan dette tolkes som at det ikke bare er sykdomsutvikling som påvirker varigheten på sykepengene og en eventuell friskmelding, men også de økonomiske insentivene. Følgelig vil endringer i sykepengeperiodens lengde kunne påvirke hvor mange som mottar slike ytelser.

Eliason, et al. (2019) har undersøkt endringer i den svenske sykelønnsordningen på nittitallet, og finner at endringer i reglene for varighet påvirker hvor lenge en arbeidstaker mottar sykelønn. Endringen bestod i at kompensasjonsgraden ble redusert fra 90 prosent gjennom hele sykelønnsperioden til lavere satser for kortere og middels lange fravær. Dette ga en risiko ved å komme tilbake til jobb, fordi man ved et nytt sykepengeforløp kun hadde fått den lavere satsen. Studien viste at denne endringen førte til mer langtidsfravær på bekostning av kortere fraværperioder. Nettoeffekten på det samlede sykefraværet ble ikke rapportert.

Oppfølging

Flere aktører har ansvar for oppfølging av den sykmeldte i sykmeldingsperioden, regulert av både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Tidlig i sykdomsforløpet ligger ansvaret særlig hos arbeidsgiver, som må utarbeide en oppfølgingsplan og delta på dialogmøter. Senere i forløpet blir også det offentlige mer involvert, spesielt i eventuelle vurderinger av om arbeidstaker har rett på andre ytelser som AAP. Her omtales studier av regelendringer, mens kapittel 5.3 går bredere inn i forskningslitteraturen om Navs forvaltning.

I likhet med kompensasjonsgrad har det vært få store regelendringer i den norske sykelønnsordningen knyttet til oppfølging som kan brukes til å studere effekten på antall sykmeldte. Det har likevel blitt utført ulike studier av sammenhengen mellom oppfølging og sykefravær. Markussen, et al. (2018) sammenlignet regioner med ulik praksis for å kalle inn til dialogmøte 2, og fant at bare det å bli kalt inn til et møte økte sjansen for å komme tilbake

i jobb. De fant også at det å gjennomføre møtet reduserte varigheten på sykefraværet og reduserte overgangen til andre trygdeytelser. Forskerne argumenterer for at dialogmøte 2 endrer atferden eller motivasjonene til den sykmeldte og/eller arbeidsgiver og/eller sykmelder, og dermed setter ting i bevegelse som øker sjansen for tilbakekomst. Møtet i seg selv tvinger partene til å forholde seg aktivt til en situasjon som har vart, uten åpenbare insentiver til å endre på noe, over ganske lang tid. På bakgrunn av de oppløftende funnene anbefaler Markussen, et al. (2018) at dialogmøte 2 bør gjennomføres tidligere i løpet, for eksempel rundt uke 18 i stedet for i uke 26.

Inspirert av disse funnene designet Alpino, et al. (2022) – i samarbeid med Nav – et rent felteksperiment der brukere på samme kontor ble tilfeldig plassert i to grupper: de som fikk dialogmøte 2, og de som ikke fikk. Nav hadde ikke vurdert behovet for disse brukerne, så sorteringen i to grupper var uavhengig av behovsvurderingen. Denne studien fant ingen forskjeller i retur til arbeid-rater for de to gruppene, og konkluderte dermed med at man ikke kan påvise at dialogmøte 2 har noen betydning for retur til jobb. Studien fant heller ikke støtte for hypotesen om at det å motta et innkallingsbrev kunne ha en selvstendig betydning, noe man kunne tenke seg fordi et innkallingsbrev kan motivere både sykmeldte og arbeidsgiver til å ta en aktiv beslutning om situasjonen. Forskerne fant imidlertid at dialogmøtet så ut til å redusere fraværet i de tilfellene Nav-veilederen mente det var viktig å gjennomføre møtet. De advarer mot å legge sterk vekt på denne observasjonen, siden veilederens oppfatning var en av mange kontrollvariabler og betydningen av den er relativt svak. Funnet kan likevel gi støtte til oppfatningen om at godt faglig skjønn bidrar til god prioritering av saker.

Hoff, et al. (2022) fant at heltidssykmeldte i virksomheter med inkluderende arbeidsliv-avtale kom raskere tilbake i arbeid enn heltidssykmeldte i virksomheter uten avtale. Forfatterne kontrollerte for forskjeller mellom gruppene knyttet til de sykmeldtes alder, kjønn og utdanning og virksomhetens størrelse, geografisk region og næring, og kalenderår. Dette reduserte forskjellene i overgang tilbake til andre tilstander, først og fremst arbeid, med om lag halvparten, men det var også en betydelig forskjell igjen. Forfatterne kunne ikke påvise klare tegn til at gjenværende uobserverte forskjeller mellom gruppene kunne forklare forskjellene, men understreker at dette fortsatt kunne være tilfellet. I to relaterte studier sammenliknet Hanvold, et al. (2020) og Hasting, et al. (2022) sykefraværet til ansatte i virksomheter

med og uten avtale i 2005, justert for forskjeller i nivået i 2000, det vil si før avtalen ble innført. Resultatene pekte i ulike retninger og var relativt upresise. Det er også grunn til å tro at virksomheter som inngikk avtalen mellom 2000 og 2005 kan ha endret seg på mange andre måter.

Internasjonalt er det gjennomført flere velpubliserte studier som ser på sammenhengen mellom oppfølging og retur til arbeidslivet. de Jong og Lindeboom (2004) undersøkte en reform i Nederland der ansvaret for finansiering av sykepenger og oppfølging av arbeidstaker ble flyttet fra myndighetene til arbeidsgiver, og fant at dette førte til betydelig redusert sykefravær. I senere år har det vært mindre forskning på sykelønn i Nederland, fordi det at arbeidsgivere har ansvaret har ført til at det er mindre systematisk og sentralisert innsamling av data.

Kools og Koning (2019) studerte et reintegreringsprogram hos nederlandske arbeidstakere og fant at sykmeldte som ble tilfeldig tilordnet en saksbehandler som i større grad brukte gradert sykemelding og brukte det tidlig i forløpet kom raskere tilbake i jobb. Dette så først og fremst ut til å påvirke hvor raskt de sykmeldte kom seg tilbake til jobb, og ikke hvorvidt de returnerte til jobb – sannsynligheten for å være i arbeid to år etter starten av forløpet var ikke påvirket. De gunstige resultatene så ikke ut til å holde for personer som var sykmeldt med diagnoser knyttet til mental helse.

En interessant svensk studie av Engström, et al. (2017) viser at økt oppfølging ikke nødvendigvis fører til færre sykmeldte personer. Ved å bruke data fra et randomisert forsøk, hvor sykmeldte tilfeldig ble trukket ut til å ha møter med en saksbehandler, finner de at dette faktisk fører til en økning i antall personer som forlater arbeidsstyrken. Effekten er størst blant personer som allerede er utenfor arbeidsstyrken. Forfatterne forklarer dette med at møtene brukes til å avklare en persons helsesituasjon, inkludert at helsen ikke er god nok for en retur til arbeidslivet.

Arbeidsevnevurdering underveis i forløpet

Ordningen «friskmelding til arbeidsformidling» er rettet mot sykmeldte som er i stand til å komme i arbeid, men som av helsemessige grunner ikke kan returnere til sin nåværende arbeidsplass. Personer på denne ordningen får sykepenger i inntil 12 uker mens de søker ny jobb. Ordningen har nylig blitt kartlagt og evaluert av Oxford Research (2023b), som fant at mange ansatte i Nav og fastleger hadde positive erfaringer, mens det var mer blandet blant arbeidsgivere og arbeidstakere, og at ordningen er

relativt lite brukt og praktiseres svært ulikt både innad i og mellom Nav-kontorer. Friskmelding til arbeidsformidling har fellestrekk med den svenske «rehabiliteringskjeden», som ble innført i 2008 og innebærer at vilkårene for å motta sykepenger i Sverige blir strengere jo lenger mottakeren har mottatt ytelsen.

I den svenske rehabiliteringskjeden gjøres det etter 90 dager en vurdering av om arbeidsevnen er tilstrekkelig til at den sykmeldte kan gjøre andre arbeidsoppgaver i samme bedrift. Etter 180 dager gjøres en ny arbeidsevnevurdering. Hvis mottakeren vurderes til å ha tilstrekkelig arbeidsevne til å kunne ha en jobb, ikke begrenset til en jobb hos samme arbeidsgiver som før sykefraværet, bortfaller retten til ytelsen og vedkommende forventes å returnere til arbeidsmarkedet. Hvis arbeidsevnen ikke er tilstrekkelig til å fortsette hos samme arbeidsgiver som tidligere, kan vedkommende sies opp, men i så fall har personen rett til ledighetstrygd. Den viktigste forskjellen fra den norske ordningen med friskmelding til arbeidsformidling er at den svenske rehabiliteringskjeden ikke er frivillig.

Hägglund (2013) fant at innføringen av tidsgrensene førte til økt utstrømning fra sykepenger ved 180 dager i 2008. I et pågående doktorgradsarbeid studerer Wikström (2024) perioden rundt innføringen av den svenske rehabiliteringskjeden. Han hadde tilgang til data på flere typer ytelser og en lengre periode etter innføringen, og fant at personene som ble screenet ut av sykepenger på grunn av de strengere kravene mottok mindre i overføringer på kort sikt, men hadde lavere yrkesdeltakelse og høyere mottak av ledighetstrygd på lenger sikt. Disse effektene var sterkere for personer med lidelser knyttet til mental helse eller muskel og skjelett, for personer innen serviceyrker og bygg og anlegg, og generelt for personer i yrker med lavere krav til kompetanse. Disse resultatene tyder på at innføringen av rehabiliteringskjeden ikke fungerte som planlagt, særlig for personer med mer begrensede arbeidsmuligheter andre steder.

Rehabiliteringskjeden har endret seg mye over tid, særlig er det blitt flere muligheter for unntak. Oxford Research (2023b) intervjuet også ulike aktører i det svenske systemet, som framhevet forutsigbarheten til reglene og stoppunktene som positivt, sammen med betydningen av kontakt mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen. I 2021 og 2022 ble det foretatt oppmykninger i regelverket. En fersk utredning om disse oppmykningene konkluderte med at de ikke hadde oppnådd formålet om raskere retur til arbeid, men derimot så ut til å ha ført til at flere har forblitt på

sykepenger og i gjennomsnitt hatt lavere arbeidsinntekt (SOU 2024:26, 2024).

Arbeidsgivers finansieringsansvar

Arbeidsgivere betaler sykelønnen de første 16 dagene av et fraværsforløp. Deretter dekker folketrygden lønnskostnadene opp til 6 G. For kronisk syke og gravide arbeidstakere kan det gjøres unntak fra arbeidsgivers betalingsplikt også de første 16 dagene (skjemningsordningen), slik at det offentlige også dekker dette.

Fraværet av betalingsplikt for langtidsfravær innebærer at arbeidsgivere i mange tilfeller har svake økonomiske insentiver til å anstrenge seg for raskest mulig retur til arbeid, særlig i situasjoner der:

- Den berørte arbeidstakeren vurderes å ha redusert produktivitet.
- Det vil være kostnader/byrder for arbeidsgiver eller kolleger forbundet med tilrettelegging.
- Arbeidskraftsbehovet (for tiden) er begrenset, slik at det ikke er nødvendig å ansette vikarer.
- Arbeidsgiver ikke dekker lønn ut over 6 G ved sykdom.

I perioder der det er mangel på arbeidsoppgaver kan langtids sykefravær være direkte gunstig for arbeidsgiver, ettersom det innebærer sparte lønnskostnader. I offentlig sektor kan det å la langtids sykefravær fortsette i enkelte situasjoner framstå som den eneste muligheten for å redusere lønnskostnader i tråd med eventuelle budsjettkutt.

Hvilken effekt arbeidsgivers betalingsplikt har på sykefraværet er et empirisk spørsmål. Det finnes ikke mye forskning som undersøker dette direkte. Identifikasjon av årsakssammenheng krever eksperimentlignende variasjon i rammebetingelsene, for eksempel knyttet til reformer. I Norge har det vært gjennomført en studie av en reform knyttet til arbeidsgiveres betalingsplikt for gravide ansatte (Fevang, et al., 2014). I 2002 ble arbeidsgivere fritatt fra betalingsplikt for svangerskapsrelatert korttidsfravær, og studien analyserte hvordan dette påvirket strømmen inn i, og ut av, korttids og langtids sykefravær for denne gruppen. Funnene tyder på at arbeidsgivers kostnader har stor (og statistisk sett signifikant) betydning for fraværmønsteret. Det anslås at bortfallet av betalingsplikt for korttidsfravær medførte en 10 prosent økning i overgangsraten fra tilstanden «på jobb» til tilstanden «sykmeldt». Men samtidig falt langtidsfraværet betydelig. Overgangsraten fra langtids sykmeldt (mer enn 16 dager) til gjenopptagelse av arbeid økte med anslagsvis 12 prosent. Det siste kan skyldes at når kostnadene for korttidsfravær ble tatt bort ble det

mindre risikofyllt for arbeidsgivere å ta langtidssyke arbeidstakere tilbake til arbeidsplassen. De risikerte ikke lenger kostnader forbundet med nye korttidsfravær.

En annen studie av hvordan arbeidsgivers insentiver påvirker sykefraværet er basert på data fra Østerrike (Böheim & Leoni, 2020). I Østerrike får arbeidstakere full lønn under sykdom, med en maksimal varighet som avhenger av hvor lenge den sykmeldte har vært ansatt. For en del år tilbake ble det gjort en endring i sykelønnsordningen, ved at bedriftene ikke lenger fikk refundert alle utgiftene fra staten. De måtte betale lønnen selv, i inntil 6–12 uker, også avhengig av hvor lenge den sykmeldte hadde vært ansatt. Reformen omfattet ikke alle arbeidstakere, og kunne dermed utnyttes som et slags naturlig eksperiment for å finne ut hvordan arbeidsgiveres lønnsplikt under sykdom påvirker sykefraværet. Resultatene viste at når arbeidsgivere måtte dekke utgiftene for disse ukene selv falt fraværet med nesten 10 prosent.

Arbeidsgivers betalingsplikt medfører også risiko for arbeidsgiver. I Fevang, et al. (2014) ble det undersøkt hvordan bortfallet av betalingsplikt for gravide arbeidstakere i 2002 påvirket arbeidsgiveres tilbøyelighet til å ansette gravide arbeidstakere. Funnene indikerer at reformen økte sysselsettings-sannsynligheten ett år avsluttet utdanning med cirka 3 prosentpoeng for kvinner som var gravide på avslutningstidspunktet. I studien av reformen i Østerrike fant forskerne imidlertid ingen tegn på at innføringen av betalingsplikt for arbeidsgivere forårsaket en endring i ansettelsesmønsteret (Böheim & Leoni, 2020).

4.3 Arbeidsavklaringspenger

4.3.1 Tilstrømning Inngangskriterier

Siden innføringen av AAP i 2010 har det blitt gjort flere endringer i inngangskriteriene. AAP erstattet tre tidligere stønader: rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Selv om AAP i utgangspunktet hadde samme målgruppe, medførte endringen forandringer i inngangskriteriene. På den ene siden førte tydeligere maksgrenser for perioden man kunne motta midlertidige helserelaterte ytelser og bredere vurdering av arbeidsevne til innstramminger (Kann & Sutterud, 2017). På den andre siden ble kravene myknert opp ved at sykdom kun trengte å være en medvirkende årsak til arbeidsuførhet, ikke hovedårsak (Kann, et al., 2016). I tillegg ble kravet om sammenhengende arbeidsuførhet i 52 uker fjernet (Kann & Grønlien, 2021).

Flere studier har undersøkt effekten av senere regelendringer. Myhre og Kann (2022) og Lande (2021) fant at presiseringen av kravet om redusert helsetilstand i 2018 førte til færre søknader fra personer som kom fra sykepengen. Fram til dette var det omtrent dobbelt så mange søknader fra personer som tidligere hadde mottatt sykepenge som fra personer som ikke hadde det. Endringen førte også til økt andel avslag for både søknader fra personer som kom fra sykepenge og personer som søkte AAP direkte.

Da praksisen ble myket opp igjen i 2019, økte andelen vedtatte søknader markant. Dette reduserte den innstrammende effekten og gjør det vanskelig å fastslå den nøyaktige virkningen. Den påfølgende økningen kan ha ulike årsaker. Det kan skyldes at flere trodde de nå hadde mulighet til å få innvilget AAP. Men det kan også henge sammen med at innstramningen året før førte til at flere søkte om AAP igjen året etter. Andre faktorer som koronapandemien kan også ha spilt inn på endringer i søkerallene.

Koning, et al. (2022) forsøkte å måle når helsetilstanden til personer med midlertidig uføretrygd på grunn av en mental lidelse forbedret seg i Nederland, og fant at det å ha rett til videre ytelser etter å ha blitt frisk ga betydelig lavere overgang til arbeid.

Størrelse på ytelse

Størrelsen på AAP er som en hovedregel to tredjedeler av inntektsgrunnlaget, der inntektsgrunnlaget er begrenset oppad til 6 G. Inntektsgrunnlaget fastsettes ut fra pensjonsgivende inntekt siste år, eller som gjennomsnittet av pensjonsgivende inntekt de tre siste årene dersom dette gir et bedre grunnlag. Ytelsen har en minstesats som avhenger av alder. Se nærmere beskrivelse i avsnitt 2.3.1.

Hernæs, et al. (2024) undersøkte virkningen av redusert minstesats for mottakere under 25 år i 2020. Analysene viste en nedgang på 5–6 prosent i nye AAP-tilfeller blant unge med lav inntekt etter endringen. Redusert minsteutbetaling så dermed ut til å redusere tilstrømningen til AAP, men effekten var usikker, ettersom reduksjonen lå innenfor normal årlig variasjon. Samtidig ble det observert en liten, men merkbar økning i bruk av supplerende sosialhjelp. Det ble ikke observert en signifikant overgang til andre ytelser eller arbeid. I analysene ble grupper som ikke ble påvirket av regelendringene – personer over 25 år og personer med inntektsgrunnlag som ga rett til en ytelse over minstesats – brukt til å kontrollere for endringer over tid, inkludert koronapandemien og samfunnets respons på denne. Rapporten skilte

ikke på om personene kom fra et sykepengeforløp eller ikke, men blant mottakere under 25 år hadde en overveldende majoritet et inntektsgrunnlag på null eller svært lavt, som gjorde at de antakelig kom rett til AAP uten å ha mottatt sykepenge først.

4.3.2 Utstrømning

Varighet av ytelse

AAP innvilges for ett år av gangen. Maksimal varighet ble endret fra fire år til tre år i 2018. Når maksimal varighet er nådd kan en ny stønadsperiode innvilges dersom inngangsvilkårene er oppfylt. Flere studier har undersøkt hvordan endringer i varigheten på ytelsen påvirker sannsynligheten for å få ytelsen igjen. Jevnt over viser det seg at kortere varighet fører til at flere får en ny periode med AAP (Kann & Dokken, 2019; Lima & Grønlien, 2020; Myhre, 2021a).

Varigheten på ytelsen har også effekt på overgang til arbeid eller andre ytelser. Myhre og Kann (2022) vurderte om reduksjonen av makstiden på AAP fra fire til tre år i 2018 påvirket hvor raskt mottakerne gikk over til arbeid eller uføretrygd. Ved å sammenligne grupper før og etter regelendringen fant forskerne at mottakere med tre års makstid oftere var i arbeid etter treårsgrensen, og at flere hadde fått innvilget uføretrygd, noe som tyder på raskere avklaring. Disse effektene så ut til å være sterkest for mottakere i alderen 30–49 år som ikke kom fra sykepenge. Bragstad (2023) undersøkte forløpet til unge som begynte et forløp med mottak av AAP uten å motta sykepenge først. Hun fant at nær 60 prosent av 18–19-åringene, og 35–40 prosent av 20–29-åringene, som fikk innvilget AAP i 2012, ble uføretrygdet innen ti år. Disse andelenes var høyere enn for tidligere kohorter. Andelen som var i jobb uten helserelaterte ytelser var noe lavere. Imidlertid var det ti år senere også færre som var registrert med nedsatt arbeidsevne og færre som mottok en midlertidig helserelatert ytelse. Det har vært endringer i både hvem som mottar trygdeytelser og i arbeidsmarkedet over tid, så vi kan ikke konkludere basert på disse tallene om innføringen av AAP var vellykket eller ikke.

Oppfølging

Oppfølging underveis kan ha påvirkning på hvordan AAP fungerer. Veiledning og aktivitetskrav kan for eksempel motivere mottakere til å søke arbeid og øke sannsynligheten for overgang til arbeid.

Lesner (2019) oppsummerte kunnskap om tiltak for å få personer med nedsatt arbeidsevne i jobb rettet mot arbeidsgivere. Han rapporterte positive resultater av lønnskudd, kvoter og større arbeidsgiveransvar for mottak av trygdeytelser,

men poengterte at resultatene varierer og at det særlig er lite kunnskap om likevektseffektene av disse virkemidlene. Kartleggingen av kunnskap og praksis i områdegjennomgangen av arbeidsmarkedstiltak konkluderte med at midlertidig lønnstilskudd og utdanning framsto som de mest lønnsomme tiltakene (Oslo Economics, 2024a). I en fersk evaluering skilte midlertidig lønnstilskudd seg ut som tiltaket med størst positiv effekt på sysselsetting. Utdanningstiltak ga en høy innlåsnings effekt underveis, men det var tegn til sterkt økende positive effekter etter hvert. Effektevaluering av tiltaket arbeidsforberedende trening tyder på at alternative tiltak er mer effektive for å understøtte retur til arbeid, men kunnskapsgrunnlaget er usikkert (Berg, et al., 2023; Oslo Economics, 2024b). Arbeidstrening er et annet, og i utgangspunktet mer tidsavgrenset tiltak, som innebærer at deltakeren får opplæring og utfører arbeidsoppgaver på en vanlig arbeidsplass, uten lønn, med formål om å prøve ut og øke mulighetene for ordinært arbeid. Effektevaluering av arbeidstrening tyder på at tiltaket har positiv effekt på overgang til arbeid, men også denne kunnskapen er usikker (Oslo Economics, 2024b). Det har videre blitt gjennomført undersøkelser av Nav-veilederes erfaringer med aktivitetskravet. Lysø, et al. (2022) viser at veilederne generelt støtter aktivitetskrav og mener at arbeidsrettet aktivitet er positivt for brukernes helse. De fleste er enige i at det er viktig at brukeren starter med arbeidsrettet aktivitet mens medisinsk behandling pågår.

Avkorting

AAP vil avkortes hvis en person har arbeidsinntekt ved siden av. I motsetning til andre ytelser, for eksempel uføretrygd, er avkorting basert på antall timer en person arbeider heller enn lønnen personen får utbetalt. Det er, så vidt vi vet, lite forskning, nasjonal så vel som internasjonal, om hvilke effekter avkortingsreglene for AAP har. Myhre og Grønlien (2023) drøfter noen teoretiske aspekter ved dette og forklarer hvordan avkorting mot timer kan være uheldig for å insentivere personer med lav timelønn. De gjennomfører også noen simuleringer av hvordan avkorting mot lønn heller enn timer kan se ut. Mye av forskningen knyttet til avkorting av uføretrygden, omtalt i detalj lenger nede, har imidlertid en overføringsverdi for å forstå effektene av avkorting av AAP.

4.4 Uføretrygd

4.4.1 Tilstrømning

Inngangskriterier

Internasjonalt er det gjennomført flere anerkjente studier som undersøker hvordan endringer i

tildelingskriteriene for uføretrygd påvirker antall stønadsmottakere og andre utfall. I litteraturen studeres i hovedsak strengheten av kriteriene. En studie av Karlström, et al. (2008) undersøker hvordan endringer i strengheten av tildelingskriteriene påvirker opptak av uføretrygd og andre ytelser blant svenske arbeidstakere. De benyttet en endring i kriteriene for en bestemt aldersgruppe og sammenlignet med en kontrollgruppe bestående av personer i andre aldersgrupper som ikke var berørt av endringen. De finner at strengere kriterier fører til en signifikant nedgang i antallet som får tildelt trygdeytelser. Imidlertid motvirkes en del av denne effekten av en signifikant økning i antall mottakere av andre ytelser, som for eksempel sykepengen.

En studie av Autor, et al. (2019) belyser hvordan ulike vurderinger mot kriteriene påvirker tildeling av uføretrygd i Norge. De bruker dommertildelinger i trygderetten som en kilde til tilfeldig variasjon for å studere hvordan uføretrygd påvirker langtidsutfall i arbeidsmarkedet. Dette designet gir en lokal tolkning av resultatene, der man finner de kausale effektene av å få uføretrygd hos personer som er i grenseland og bare mottar uføretrygd fordi de fikk en dommer som tenderte til å innvilge dette i større grad. Det kan tolkes som virkningen av marginalt mildere kriterier for tildeling av trygd. De finner at personer som akkurat ikke får innvilget uføretrygd, senere har en betydelig høyere yrkesinntekt enn de som akkurat får innvilget – cirka 64 000 kroner mer i yrkesinntekt per år.

Flere studier har også undersøkt sammenhengen mellom strenghet og utfall ved bruk av nederlandske data. Kantarci, et al. (2023) analyserte virkningene av innstrammingen i det nederlandske uføreregulverket i 2006, som blant annet innebar strengere tildelingskriterier. De fant at personer berørt av reformen i gjennomsnitt økte sin inntekt og sysselsetting. Samtidig var det en betydelig økning i overgangen til arbeidsledighetsstrygd, og flere grupper – inkludert eldre, kvinner, midlertidig ansatte, arbeidsledige og lavtlønte – klarte i betydelig mindre grad å kompensere for bortfallet av trygdeoverføringer og endte opp med redusert disponibel inntekt. Dette illustrerer at et strengere regime gjør at noen reagerer som ønsket og kommer seg i jobb, men også at personer som står lengre fra arbeidslivet vil kunne sitte igjen med mindre.

I Nederland ble det i 2002/2003 gjennomført en større omlegging av inngangen til og ansvaret for uføretrygd. Denne såkalte portvokterprotokollen innførte strengere, tidlig screening, og en mer omfattende søknadsprosess for uføretrygd. Denne reformen innførte en strukturert protokoll som

skulle følges for å øke retur til arbeid før overgang fra sykefravær til uføretrygd. Protokollen inneholdt flere krav om medisinsk vurdering og dokumentert innsats fra både den sykmeldte og arbeidsgiver for å gjenoppta arbeidet. Denne reformen er ansett å ha vært en betydelig faktor bak den store reduksjonen i nye uføretrygdede i Nederland utover 2000-tallet (van Sonsbeek & Gradus, 2013; Koning & Lindeboom, 2015). Godard, et al. (2024) fant videre at reformen, som ga dramatisk lavere søknadstall, førte til at personer med vanskelig verifiserbare lidelser, spesielt muskel- og skjelettlidelser og mentale lidelser, i mindre grad søkte uføretrygd og i stor grad var i arbeid etter ett år. Pre-vurderings-effekter var dermed viktige, men det var også effekter i selve vurderingen. Personer med dårligst helse fortsatte i større grad å søke. Personer som lot være å søke på grunn av endringene var i stor grad i arbeid etter ett år, men noe flere endte også opp på andre ordninger.

Flere andre internasjonale studier dokumenterer de samme effektene når det gjelder opptak av uføretrygd og overgang til andre ytelser, for eksempel Staubli (2011) som ser på Østerrike, Deshpande (2016) som ser på USA, og Hullegie og Koning (2018) som ser på Nederland.

Størrelse på ytelse

Størrelsen på uføretrygd er som hovedregel to tredjedeler av inntektsgrunnlaget, som utgjøres av lønnsinntekten fra de siste fem årene, der inntektsgrunnlaget er begrenset oppad til seks ganger folketrygdens grunnbeløp. Det er også minstesatser. En tidlig oppsummeringsstudie av Bound og Burkhauser (1999) fant en klar sammenheng mellom finansielle incentiver og mottak av uføretrygd. Deres analyser viste at en økning i uføretrygden på én prosent er assosiert med en økning i antall søkere på 0,2–1,3 prosent, mens samme økning er forbundet med en økning i antall mottakere på 0,3–0,4 prosent.

Borghans, et al. (2014) analyserte virkningene av redusert ytelse som følge av en reform i det nederlandske trygdesystemet i 1993. De fant en økning i mottak av andre ytelser de første to årene etter reformen. Disse ytelsene utgjorde 30 prosent av reduksjonen i uføretrygd. Imidlertid var det også en positiv virkning på arbeidsinntekt, som kompenserte for 62 prosent av bortfallet. Samlet inntekt var derfor i gjennomsnitt nærmest uendret. På lengre sikt, opptil 7 år, sank mottaket av andre ytelser mens arbeidsinntekt var om lag uendret. Kalwij og Kapteyn (2023) fant at mindre generøse trygdeytelser i Nederland reduserte overgangen fra arbeid til ytelse for eldre arbeidstakere. Endringen var liten, men tydelig.

Andre internasjonale studier, for eksempel Marie og Vall Castello (2012), Mullen og Staubli (2016), Koning og van Sonsbeek (2017) samt Deuchert og Egster (2019), peker også i samme retning. Generelt kan vi si at disse studiene viser at jo høyere og mer generøse ytelsene er, jo mindre blir overgangen til arbeid. For overgang til andre ytelser er det motsatt – lavere ytelser gir større substitusjon til andre ytelser.

4.4.2 Utstrømning og arbeid Oppfølging underveis

Uføretrygd gis som en varig ytelse, det vil si at det ikke er noen definert øvre tidsbegrensning på hvor lenge en person kan motta den. Den relevante forskningen om oppfølgingen av uføretrygdede overlapper i stor grad med forskningen om personer på AAP, omtalt ovenfor.

Avkorting

Uføretrygden vil avkortes hvis en person har arbeidsinntekt ved siden av. En mottaker kan først tjene opptil et fribeløp, tilsvarende 40 prosent av grunnbeløpet, uten avkorting. For inntekt over dette avkortes uføretrygden med en reduksjonssats som tilsvarer den enkeltes kompensasjonsgrad. Ofte er dette i størrelsesorden to tredjedeler av det overskytende beløpet.

Kostøl og Mogstad (2014) analyserte en reduksjon i avkorting av den gamle uførepensjonen som slå inn når arbeidsinntekten overstiger grunnbeløpet. De fant betydelig økt sysselsetting som respons på sterkere økonomiske incentiver, sterkest for yngre, menn, høyt utdannede og personer med mer arbeidserfaring, ved lav ledighet.

Det er to hovedmomenter knyttet til utformingen av avkortingsreglene – størrelsen på fribeløpet for arbeidsinntekt ved siden av uføretrygd og raten på utfasing. Myhre (2021b) bruker norske data og analyserer midlertidige endringer i fribeløpet, og finner at det er tydelig opphopning av individer rundt den øvre grensen for fribeløpet hvor avkorting begynner. Dette betyr at reduksjoner i fribeløpet vil kunne føre til en signifikant reduksjon i arbeidstilbudet til denne gruppen. Kostøl og Myhre (2020; 2021) brukte en annen endring i fribeløpet som oppsto ved uførereformen i 2015 til å analysere hvor responsive uføretrygdede er til endringer i økonomiske incentiver. De viste at uføretrygdede med høyere fribeløp jobbet betydelig mer. Disse resultatene impliserer at blant mange uføretrygdede som allerede jobbet, reduserte antakelig ny uføretrygd arbeidsinnsatsen, siden fribeløpet ble redusert. Imidlertid fant Alne (2018) tegn til økt arbeidsinnsats på intensiv margin. Kostøl og Myhre (2021) undersøkte også

betydningen av informasjon om avkortingsregler, og fant at manglende kunnskap var en viktig faktor bak små responser på økonomiske insentiver. Ruh og Staubli (2019) analyserer lignende endringer ved bruk av østerrikske data og finner tilsvarende opphopning rundt grensen for avkorting, med samme implikasjoner som den norske studien.

Det andre hovedmomentet er knyttet til raten på utfasing, altså hvor fort avkortingen skal foregå. En avkorting på omkring to tredjedeler samt en positiv skattesats på arbeidsinntekt, innebærer en svært høy effektiv skattesats. Hvor stor effekt dette vil ha, avhenger av elastisiteten til arbeidsinntekten (hvor mye en skatteendring påvirker arbeidsinntekten). Hvis den effektive marginals-katten er tilstrekkelig høy, samtidig som elastisiteten til arbeidsinntekten er høy, vil det potensielt være rom for forbedringer av avkortingsordningen.

Bierbrauer, et al. (2023) undersøkte når det finnes endringer i skatte- og stønadssystemet som gjør at alle kommer bedre ut. Et eksempel på en slik endring, som de ser på, er når marginals-katten for en bestemt gruppe er slik at man er på feil side av Laffer-kurven, så skattereduksjonen blir selvfinansierende: Da vil marginals-katten til gruppen kunne reduseres, noe som gjør at de i gruppen kommer bedre ut, samtidig som inntektene til myndighetene også øker. Marginals-katten til en gruppe vil som hovedregel være over toppen av Laffer-kurven hvis marginals-katten er større en $1/(1+\epsilon)$ hvor ϵ er elastisiteten til arbeidsinntekten.

Det er gjort en rekke studier av størrelsen på disse elastisitetene. Saez, et al. (2013) oppsummerer en rekke studier om elastisiteten og lander på at snittet er omkring 0,3. Graber, et al. (2022) er en nylig norsk studie som differensierer og viser gjennomsnitt for ulike grupper. Det er noe variasjon, men mye er i samme størrelsesorden.

Med en elastisitet på 0,3 vil en effektiv marginal-skatt på over $1/(1+0.3) \approx 0.77$ gi rom for forbedringer av avkortingsordningen slik at alle kommer bedre ut. Det er imidlertid viktig å være klar over at en reduksjon i avkortingen og en styrking av de økonomiske insentivene til arbeid vil gjøre det mer attraktivt å komme inn på ytelsen, samt å få innvilget full uføretrygd heller enn gradert, noe som kompliserer funnene. Se Myhre og Vattø (2024) for en utredning av ulike modeller for kombinasjon av uføretrygd og arbeidsinntekt, og en diskusjon av avveiningen mellom at det bør lønne seg for uføretrygdde å jobbe litt samtidig som det ikke bør bli for attraktivt å motta uføretrygd.

Insentiver til inkludering av arbeidstakere med redusert arbeidsevne

Mens sykepengene helt eller delvis må dekkes av arbeidsgivere selv, er det normalt ingen egenandel for arbeidsgivere forbundet med at ansatte blir uføretrygd. Nederland og Finland representerer unntak fra denne «regelen», og i begge disse landene er det foretatt studier av hvordan dette påvirker arbeidsgiveres atferd. De Groot og Koning (2016) utnyttet en reform i Nederland i 2003 som fritok små bedrifter (mindre enn 25 ansatte) fra såkalt «experience rating» av bedriftenes uføreforsikring. Det vil si at deres forsikringspremie ikke lenger ble gjort avhengig av ansattes tidligere mottak av uføretrygd. Forskerne kunne dermed sammenligne utviklingen i bruk av uføretrygd blant ansatte i bedrifter der den direkte kostnaden for arbeidsgiver hadde falt bort og der den ikke hadde falt bort. De fant at fjerning av de små bedriftenes økonomiske insentiver til å forebygge uføretrygd medførte økt tilstrømning til uføretrygd på cirka 7 prosent og redusert utstrømning fra uføretrygd (primært fra graderte ytelser) på cirka 12 prosent. Arbeidsgivers insentiver hadde med andre ord en betydelig effekt på sannsynligheten for at ansatte ble uføretrygd.

I Finland var det fram til 2005 slik at store bedrifter måtte betale en andel av de totale forventede utgiftene knyttet til en ny uførepensjon til tidligere ansatte, og da som en engangssum. Korkeamäki og Kyyrä (2012) viser at dette reduserte tilstrømningen både til sykepengene og påfølgende uføretrygd. Systemet er senere omgjort til en trygdeavgift basert på «experience rating», der graden av kobling til tidligere uføreutgifter varierer med bedriftens størrelse, fra ingen kobling for de minste bedriftene til full kobling for de aller største. Kyyrä, og Paukkeri (2018) benytter terskelverdiene i systemet til å studere effekten på tilstrømning til uføretrygd. Selv om de finner tegn på at ekstrakostnadene for større bedrifter medfører noe redusert tilstrømning for enkelte grupper, er resultatene generelt sett små og ikke statistisk signifikante. De diskuterer om manglende effekter blant annet kan skyldes at systemet er komplekst og vanskelig å gjennomskue.

Risiko forbundet med arbeidsgivers betalingsplikt

Den forhøyede risikoen ved ansettelse av personer med økt risiko for sykdom, fravær og uførhet kan både knytte seg til en fare for manglende samsvar mellom lønn og produktivitet og til en fare for unormalt høye kostnader forbundet med ansattes helseproblemer. Den siste risikoen vil kunne forsterkes dersom arbeidsgiveres betalingsplikt for sykefravær eller uførhet økes. Her står vi med andre

ord overfor en klassisk avveining mellom å fremme inkludering gjennom nyansettelser (som taler for lav betalingsplikt) og å forebygge ekskludering/utstøtning gjennom langtids sykefravær og uføretrygd (som taler for høy betalingsplikt).

I forbindelse med den nederlandske ordningen med å belaste arbeidsgivere også for kostnadene ved uføretrygd har de Groot og Koning (2022) undersøkt forekomsten av uønskede «bivirkninger» i form av endret sysselsetting eller risiko for konkurs. For å identifisere årsakssammenhenger av denne typen utnytter de reformer i måten bedriftenes egenandel har vært beregnet på, blant annet knyttet til tersklene for bedriftsstørrelse. De finner tegn på denne type bivirkninger, og da primært i de aller minste bedriftene. Økt egenandel medførte der noe færre ansettelser, noe flere som sluttet, og en liten økning i risikoen for at bedriften gikk konkurs. Artikkelen sier ikke noe om hvilke potensielle nyansatte som ble påvirket.

Hagen og Malmberg (2022) skisserer en mulig modell for arbeidsgiverfinansiert uføretrygd for svenske kommuner, som muligens kan gå klar av innvendinger knyttet til risiko for manglende vilje til å ansette folk med høy uførerisiko. Ideen er at kommunene fullt ut gjøres finansielt ansvarlige for uføretrygden som deres ansatte måtte få innvilget, samtidig som de i utgangspunktet kompenseres for de forventede kostnadene til uføretrygd. Forventede kostnader foreslås beregnet ut fra en statistisk modell der det tas hensyn til de ansattes alder, kjønn, og yrkessammensetning, men i prinsippet kunne man tenke seg at det også tas hensyn til andre observerbare faktorer som predikerer uførerisiko (for eksempel tidligere helseproblemer, stønadsmottak, inntektshistorie, eller «hull» i CV-en). Et slikt system vil gi sterke insentiver til å forebygge uføretrygd blant ansatte, men uten at det nødvendigvis blir ulønnsomt å ansette folk med høy uførerisiko. Tvert imot vil det kunne bli ekstra lønnsomt å ansette folk med høy uførerisiko (på grunn av høy kompensasjon for beregnet uførerisiko), dersom man samtidig har en tilstrekkelig inkluderende og god personalpolitikk til at de ansatte likevel ikke blir uføretrygdet. Forslaget tar utgangspunkt i kommuner, men modellen vil også kunne være aktuell for andre store arbeidsgivere.

Tiltak for å kompensere arbeidsgivere for forskjeller mellom produktivitet og lønn

Et forventet gap mellom lønn og produktivitet vil kunne kompenseres gjennom lønnstilskudd eller kombinasjoner av arbeid og sykepenges eller trygd. I Norge er hovedregelen at langtidssykemeldinger

(minst 8 uker) skal ha en gradering, slik at arbeidstakeren skal være i noe arbeid. Hensikten med dette er å oppmuntre til nærvær og deltakelse, og hindre utstøtning. Pålegg om gradert sykmelding kan også representere en motvekt til eventuelle insentiver både hos arbeidsgiver og arbeidstaker, forårsaket av at sykepengene betales av «noen andre». Empiriske studier basert på norske data tyder på at graderte sykmeldinger bidrar til både å redusere omfanget av sykefravær og risiko for påfølgende utstøtning fra arbeidslivet (Markussen, et al., 2012; Hernæs, 2018). Lignende ordninger benyttes også i mange andre land. Leoni (2022) gir en fersk oversikt over deler av litteraturen og en mer detaljert beskrivelse og sammenligning av systemene slik de fungerer i Tyskland, Østerrike, Nederland, og Sveits. Det konkluderes med at både krav/insentiver og bistand til arbeidsgivere trengs for å sikre arbeidsgiveres involvering i alle deler av arbeidslivet.

I prinsippet kunne man tenke seg at ordninger med gradert uføretrygd kunne dekke dette behovet, ved at uføretrygden utgjør kompensasjon til arbeidstaker for redusert inntektsmulighet gjennom eget arbeid. Problemet med dagens ordning er imidlertid at gradert uføretrygd i praksis er forbundet med en tilsvarende gradering av arbeidstiden. Dermed er det implisitt antatt at en person med gradert uføretrygd vil være 100 prosent produktiv i en redusert stilling. Dette vil i mange tilfeller ikke være en korrekt beskrivelse av funksjonsnedsettelsen, og det er dermed svært få av dem som tildeles en gradert uføretrygd som finner seg nytt arbeid. For arbeidsgivere vil det være ugunstig å ansette en person som kan jobbe 40 prosent av tiden, men som produserer 20 prosent, gitt at de må betale lønn for 40 prosent. Dagens graderte uføretrygd fungerer dermed først og fremst som en ordning for dem som alt har arbeid, men som av helsemessige årsaker ikke lenger kan stå i full jobb. Sysselsettingsutvalget foreslo et forsøk med såkalt «trygdejustert lønn», der uføretrygden kunne graderes i form av reduserte krav til ytelse i arbeidstiden istedenfor som en tilsvarende reduksjon av arbeidstiden. Siden en slik ordning aldri har vært prøvd ut i praksis finnes det ingen empiri som direkte belyser mulige effekter. Regjeringen forslo i forslag til statsbudsjett for 2024 iverksettelse av et forsøk med trygdejustert lønn for å skaffe til veie mer kunnskap om dette, men dette forslaget ble lagt til side ved behandlingen i Stortinget.

En alternativ måte å kompensere arbeidsgiver for risikoen knyttet til avvik mellom lønn og produktivitet er å benytte lønnstilskudd. Eksisterende evalueringer tyder på at lønnstilskudd

er et effektivt virkemiddel for å hjelpe personer med nedsatt arbeidsevne inn i arbeid; se Oslo Economics (2024c) for en fersk analyse og von Simson (2023; 2019) for grundige oversikter over effektstudier av arbeidsmarkedstiltak generelt.

Inkludering av flere med nedsatt arbeidsevne i arbeidslivet innebærer sannsynligvis også at man bør ha et sterkere fokus på å støtte opp under arbeidsgivere som stiller jobber til disposisjon for dette formålet. Basert på intervjuer med berørte arbeidsgivere påpeker Breimo, et al. (2021) at arbeidsgivere i økende grad påtar seg sosialarbeidernes rolle og funksjon, som å rekruttere, motivere og følge opp særlig unge med mentale helseproblemer. Det kan være behov for innhenting av mer kunnskap om hvordan samspillet mellom Nav og arbeidsgivere best kan utvikles.

4.5 Trygd generelt

4.5.1 Økonomiske konsekvenser av å stå utenfor arbeidslivet

Flere studier har sammenlignet hva som er de økonomiske konsekvensene for en person av å være i eller stå utenfor arbeidslivet, blant annet som en del av trygdesystemet. Hernæs, et al. (2016) forsøkte å beregne hva personer i alderen 20–60 år som var utenfor arbeidslivet kunne ha tjent i en fulltidsjobb. De fant store inntektsgevinster på kort sikt forbundet med å ha fulltidsjobb framfor kun å ha overføringer, i gjennomsnitt rundt 100 000 kr per år etter skatt. De største inntektsgevinstene ble funnet hos dem som hadde sosialhjelp eller overgangsstønad som sin hovedinntektskilde, hovedsakelig fordi disse mottok relativt lite i ytelser.

På grunn av tapt lønnsvekst vil gevinsten ved arbeid bare bli større og større på sikt, særlig for de yngste. Til slutt peker rapporten på at det er en fare for at dette aspektet i liten grad blir tatt hensyn til av en kortsiktig beslutningstaker, siden inntektssikringssystemet er generøst på kort sikt. Drange og Jakobsson (2019) analyserte økningen i tiltakspenger som finner sted ved alder 19. De fant ingen effekt på innstrømning til tiltak eller redusert overgang til jobb. De økonomiske insentivene så altså ut til å spille liten rolle i denne sammenhengen. Elstad, et al. (2023) så deskriptivt på inntektsutviklingen i familier hvis inntekt i 2017 i hovedsak besto av overføringer. I de fleste av disse familiene der ett eller flere familiemedlemmer økte sin arbeidsdeltakelse fra 2017 til 2018 økte også familiens disponible inntekt, men betydelig mindre enn arbeidsinntekten. For hele 30 prosent av familiene med økt arbeidsinntekt var disponibel inntekt uendret eller redusert. Forfatterne så ikke

på grunnen til at mottaket av overføringer endret seg. I mange tilfeller var dette antakelig at rett til ytelsen bortfalt. Hvis dette var tilfellet er en tolkning at noen grupper ikke klarer å kompensere for bortfall av trygdeinntekter gjennom økt arbeidsinntekt på kort sikt.

4.5.2 Medisinsk diagnose som inngangsvilkår

Hypoteser om medisinsk diagnose som inngang til ytelser omtales blant annet i Meld. St. 33 (2023–2024) hvor det står: «Inngangsvilkår, nivå og varighet på ytelsene, og hvordan aktivitetskravene håndheves, har betydning for hvor mange som til enhver tid mottar de ulike ytelsene» (Meld. St. 33 (2023-2024)). AAP er den eneste midlertidige inntektssikringsordningen uten krav om tidligere arbeidstilknytning, bortsett fra den behovsprøvde sosialhjelpen. For nykommere i arbeidsmarkedet med samtidige helseproblemer, og som har behov for en forutsigbar økonomisk støtte, kan det derfor være aktuelt å søke om AAP. Slik kan utformingen av trygdeytelsene bidra til at et ledighetsproblem dreies over til et helseproblem, noen ganger omtalt som «medikalisering».

«Medikalisering» er et generelt begrep som dreier seg om det å forstå stadig flere problemer fra et medisinsk og behandlingsmessig perspektiv. Her bruker vi det i sammenhengen med utfordringer knyttet til arbeid. Et slikt perspektiv kan påvirke forståelsen av egne muligheter, redusere mottakerens innsats for å få ny jobb og heller øke innsatsen for å dokumentere sykdom, og dermed bidra til at flere står lenger utenfor arbeidslivet. Det finnes naturligvis mange helseproblemer hvor dette er lite relevant, men det er også tilfeller der en medisinsk tilnærming kan motvirke inkludering, for eksempel hvis diffuse eller stressrelaterte plager tolkes som kroniske problemer og fører til passivisering.

Som beskrevet i Meld. St. 33 (2023–2024) kan man dermed si at det medisinske inngangskriteriet til AAP, og også uføretrygd, gir et slags insentiv til å få fastsatt en diagnose. Trolig er dette også årsaken til at Norge har relativt få arbeidsledige og relativt mange mottakere av helserelaterte ytelser sammenlignet med andre land. En grundig drøfting av dette «medikaliseringsinsentivet» finner man eksempelvis i Hatland og Øverbye (2011). Fenomenet «medikalisering» er et gammelt begrep og omhandles i en lang rekke forskningsartikler og bøker, se blant annet Brinkmann (2015), Bondevik, et al. (2017), og Tveråmo, et al. (2019).

Kommunene har også en rolle i dette. Dersom en sosialhjelpsmottaker i stedet kan motta AAP, vil dette spare kommunen for utgifter til sosialhjelp. I

praksis vil mange brukere ikke nødvendigvis ha full oversikt over sine rettigheter og den enkelte søker vil derfor også påvirkes av veiledningen gitt ved Nav-kontoret. Hensynet til kommuneøkonomien kan tenkes å bidra til at sosialhjelpsmottakere i noen grad styres mot AAP. AAP har også juridisk sett forrang, ved at sosialhjelp er en subsidiær ytelse, og ved at en skal undersøke om søker har rett på andre ytelser før sosialhjelp innvilges.⁹

Det kan derfor argumenteres for at det finnes et slags «medikaliseringsinsentiv» både for stønadsmottakere og for kommuner i dagens inntektssikringssystem, som følge av at nedsatt arbeidsevne på grunn av helseutfordringer er et inngangskrav for enkelte ytelser.

Denne medikaliseringshypotesen kan dekomponeres i flere mindre hypoteser. Tre mulige slike underhypoteser kan være:

1. Diagnoser settes for at personer skal få tilgang til ytelser eller virkemidler forbeholdt personer med en diagnose.
2. Kravet om en diagnose gjør at diagnoser opprettholdes.
3. At diagnoser settes i større omfang enn nødvendig svekker personenes tilknytning til arbeidslivet.

De to første av disse hypotesene er i sin natur svært vanskelig å undersøke kvantitativt. Hypotesene innebærer at diagnoser settes, eller opprettholdes, med den hensikt å kvalifisere for bestemte ytelser. Det er viktig å understreke at det ikke er noen en-til-en sammenheng mellom diagnoser og tilgang på ytelser. Svært mange personer har en eller flere diagnoser og er likevel i full jobb. Det stilles for eksempel ikke krav om «å ha en diagnose» for å motta AAP, men at arbeidsevnen må være nedsatt med minst halvparten og at «sykdom, skade eller lyte» er en vesentlig medvirkende årsak til dette. Like fullt vil medikalisering innebære at utfordringer med arbeidsmarkedstilknytning forstås i lys av medisinske begreper og at dette da skjer i større grad enn det ellers ville ha gjort på grunn av ytelsenes inngangsvilkår.

Vi må her tenke oss situasjoner hvor det er uklare diagnostiseringskriterier og det dermed er rom for et visst skjønn, og hvor konsekvensene diagnostiseringen har for ytelsestildeling spiller en rolle for om det settes en diagnose eller ikke. En stor del av diagnosene som ligger til grunn for helserelaterte ytelser er nettopp slike, dermed er det lett å forestille seg at det i prinsippet er rom for

slikt skjønn. Det finnes en rekke forskningsartikler som viser akkurat dette fenomenet, for eksempel Maeland, et al. (2012). Hvorvidt det skjer i praksis, og i hvilket omfang, er derimot mye vanskeligere å kvantifisere. Vi er ikke kjent med noen empiriske studier som kvantifiserer dette spesifikt. Bråten og Sten-Gahmberg (2022) gir i denne sammenheng en relevant beskrivelse når de viser i hvilket omfang personer som innvilges uføretrygd ved alder 24 også har psykiske diagnoser i årene i forkant. I underkant av 60 prosent av disse har eller har hatt, en psykisk diagnose før fylte 18 år.

Den tredje hypotesen er, i hvert fall i prinsippet, mulig å undersøke empirisk. En relevant studie i denne sammenheng er Schreiner (2019) som studerte utfall for unge Nav-brukere uten opptjente rettigheter til dagpenger som startet sitt stønadsforløp i 1994–2010. Dette er mottakere som uten en diagnose henvises til sosialhjelp og med en diagnose kan kvalifisere for AAP. Studien bygger på et forskningsdesign basert på at noen Nav-kontor er mer tilbøyelige til å innvilge AAP enn andre. Studien sammenligner utfall hos unge mottakere på kontor hvor AAP ofte innvilges, med presumtivt like mottakere ved kontor hvor AAP sjelden innvilges. Studien finner betydelige negative effekter for unge av å innvilges AAP, i form av svakere fremtidige arbeidsmarkedsutfall. Resultatene må tolkes med en viss varsomhet ettersom det kan være andre uobserverte forskjeller mellom kontorene med ulik praksis. I tillegg har Nav-kontorene endret seg mye siden perioden som ble studert.

En lignende studie er Markussen og Røed (2020) som studerte utfall for unge voksne og hvordan disse avhenger av om man får fastsatt en diagnose som ungdom eller ikke. Også her benyttes variasjon i tilbøyeligheten behandlere har til å diagnostisere pasienter som kilde til kvasiekperimentell variasjon i diagnostisering. Analysen bygger dermed på sterke forutsetninger og forfatterne understreker selv at resultatene er beheftet med usikkerhet. Funnene tyder på at ungdom som vokser opp i kommuner med høy grad av medikalisering også har færre grunnskolepoeng, sjeldnere fullfører videregående skole og oftere mottar helserelaterte ytelser. Det er derimot viktig å merke seg at Markussen og Røed (2020) ikke studerer utfall for personer som får en diagnose med den hensikt å kvalifisere for en trygdeytelse, men ungdom som får fastsatt en diagnose flere år før trygdeytelser er aktuelt. På samme måte finnes det flere nye studier som benytter lignende metoder for spesifikke

⁹ Jf. § 18 i Sosialtjenesteloven: "De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter".

diagnoser, som ADHD, og forsøker å finne effekter av å få fastsatt en diagnose eller medisinerings gitt diagnose (Widding-Havneraas, et al., 2023a; Widding-Havneraas, et al., 2023b).

Widding-Havneraas, et al. (2023a) studerer effekten av ADHD-medisinerings på kriminalitetsutfall og finner at kriminalitet relatert til impuls kontroll reduseres noe. Widding-Havneraas, et al. (2023) benytter tilsvarende forskningsdesign og studerer effekten på ulykker og skader. De finner tegn til negative effekter, men resultatene er ikke statistisk signifikante (Widding-Havneraas, et al., 2023a).

4.6 Samlet vurdering av forskningen

4.6.1 Om litteraturen

I dette kapitlet har vi gjennomgått litteratur om hvilken virkning enkeltelementer i regelverket har på overganger inn i, mellom og ut av, de helserelaterte ytelsene i folketrygden. I kapitlet har vi lagt vekt på studier som gjennom eksperimentelle eller kvasieksperimentelle metoder identifiserer slike effekter. Dette er et felt der det er en betydelig internasjonal litteratur av høy kvalitet, som gir et solid kunnskapsgrunnlag.

4.6.2 Hva vet vi fra forskningen

Innledningsvis presenterte vi en rekke hypoteser om utfordringer og barrierer i regelverket for de helserelaterte ytelsene. I dette delkapitlet oppsummerer vi hva forskningen samlet kan si om de aktuelle hypotesene.

Hypotese 1: Ytelsesnivå, varigheten på ytelsene, inngangskriterier og aktivitetskrav er av betydning både for innstrømningen til, og utstrømningen fra, helserelaterte ytelser.

Regelverket bestemmer blant annet ytelsesnivå, varighet på ytelse, avkortingsregler og krav for innvilgelse, som igjen påvirker den enkelte og arbeidsgiveres insentiver. Flere studier peker på at det er en positiv sammenheng mellom sjenerøsitet i sykepenge- og trygdeordninger og omfang av sykefravær og trygdemottak. Økonomiske insentiver er viktige, men det er variasjon mellom grupper når det gjelder i hvilken grad insentiver påvirker overganger i arbeidsmarkedet. Innstramming i én ytelse fører også ofte til noe økt tilstrømning til andre ytelser.

Når det gjelder sykepenger har fastlegens praksis direkte effekt på innstrømning og utstrømning. Lavere kompensasjonsgrad kan også forventes å gi lavere sykefravær. Det samme gjelder kortere varighet og strengere arbeidsevnevurdering, men

her er det også funnet effekter på overgang til andre ytelser.

For midlertidige, helserelaterte ytelser, som AAP, gir strengere kriterier for mottak av ytelse og kortere varighet lavere mottak av ytelsen. Her er det imidlertid et nært samspill mellom utstrømningen fra midlertidige ordninger og innstrømningen til permanente ordninger.

Hypotese 2: Avkortingsreglene for kombinasjon av ytelse og arbeid er av betydning for om personer som mottar helserelaterte ytelser jobber gradert.

Forskning på avkortingsregler og ytelsenes størrelse har vist at personer som mottar uføretrygd har betydelig restarbeidsevne, og at avkortingsreglene påvirker om denne restarbeidsevnen realiseres. Utfordringen er å få mobilisert denne restarbeidsevnen samtidig som ytelsen ikke blir for attraktiv.

Hypotese 3: Gradert arbeid er i seg selv helsefremmende, og bidrar til å redusere risikoen for langtidsfravær og frafall fra arbeidslivet.

Forskningen viser at aktivitetskrav og bruk av gradert sykemelding reduserer sykefraværet. Graderte ytelser i kombinasjon med arbeid kan også være helsefremmende, og delvis arbeid bidrar til å holde kontakt med arbeidslivet. Videre bidrar det til utnyttelse av restarbeidsevne og effektiv utnyttelse av arbeidskraftressurser. Mye tyder på at gradert sykemelding virker positivt for den enkeltes senere arbeid.

Hypotese 4: Siden arbeidsgiver i liten/ingen grad belastes økonomisk ved langtidsfravær eller uførhet har de 1) svake insentiver til å forebygge uhelse og tilrettelegge for arbeid blant langtidssyke, men samtidig 2) få disinsentiver til å ansette personer med helseutfordringer.

Arbeidsgiver har lønnsforpliktelser de første 16 dagene av et sykefraværsforløp. Regelverket gir i utgangspunktet svake insentiver til å anstrenge seg for å få den sykmeldte tilbake i arbeid, og kan bidra til at det oppleves som risikabelt å få tilbake tidligere sykmeldte. Resultater fra Norge og Østerrike tyder på at dette er av betydning. Lønnsforpliktelser under sykefravær, og andre plikter, kan tenkes å redusere viljen til å ansette personer med helseutfordringer, eller personer fra grupper som statistisk sett har høyere fraværs- og frafallsrisiko enn andre. Man fant ingen effekter av utvidet arbeidsgiverfinansiering i Østerrike, men noen tegn til at det ble lettere for gravide i Norge å finne jobb etter at arbeidsgiverfinansieringen for svangerskapsrelatert fravær ble kuttet.

Enkelte land har regler om at arbeidsgivere har del- eller helansvar for finansieringen av ansatte som blir uføretrygdet. I Finland fant man liten effekt av dette, mens forskning fra Nederland tyder på at dette har redusert innstrømningen til uføretrygd betydelig.

Hypotese 5: Kravet om nedsatt arbeidsevne med grunnlag i medisinsk diagnose for å få helserelaterte ytelser, bidrar til medikalisering, noe som svekker mottakernes tilknytning til arbeidslivet.

Det medisinske inngangskriteriet til ytelsene gir et insentiv til å få fastsatt en diagnose og å komme inn i et oppfølgingsspor som fokuserer på helseproblemer. Kommunene har også et økonomisk insentiv til dette. Det kan føre til at personer for ofte klassifiseres som syk heller enn arbeidsledig og bidra til at flere står lenger utenfor arbeidslivet enn nødvendig. Noen resultater fra Norge tyder på at slike negative effekter eksisterer, men funnene er usikre.

4.6.3 Kunnskapshull

Ytelsesnivå og inngangskriterier

Vi vet at ytelsesnivået og inngangskriteriene for helserelaterte ytelser har en betydelig innvirkning på overganger inn i og ut av ordningene. Likevel er den eksakte størrelsen på disse effektene usikker. Generelt har vi usikker kunnskap om deltakelseselastisiteter, som måler hvor følsomt deltakelse i arbeidslivet er for økonomiske insentiver. Bedre estimater, helst eksperimentelle, er nødvendige for å utvikle effektiv politikk som balanserer arbeid og sosial sikkerhet.

Arbeidsgivers økonomiske insentiver i sykelønnsordningen

Der er godt dokumentert at arbeidsgivers økonomiske insentiver har betydning for de ansattes sykefravær. Vi vet imidlertid mindre om hvordan slike insentiver bør utformes for å oppmuntre til mest mulig ønsket atferd, hensyntatt risikoen for uheldige bivirkninger knyttet til mer selektive ansettelse. Sysselsettingsutvalget har foreslått en tilnærmet kostnadsnøytral vridning av arbeidsgivers betalingsplikt fra korttidsfravær til langtidsfravær. Dersom det gjennomføres en slik reform er det viktig at resultatene av reformen følges tett og gjøres gjenstand for forskning av høy kvalitet.

Arbeidsgivers ansvar for langvarige trygdeytelser

Å gi arbeidsgivere større ansvar for finansieringen av mer langvarige trygdeytelser er også mulig. Forskningen tyder på at dette har betydning, men

vi vet lite om virkningene av ulike måter å designe et slikt system på, for å gi de gunstigste virkningene for både arbeidsgivere og arbeidstakere. Hagen og Malmberg (2021) skisserer en modell som det vil være mulig å gjøre et forsøk med.

Medisinsk inngangsvilkår

Hvilken rolle det medisinske inngangsvilkåret til AAP spiller for overgangen inn i ordningen og videre til arbeidsdeltakelse eller uføretrygd, er dårlig forstått. Det er behov for forskning som analyserer hvordan avvikling av dette vilkåret påvirker relevante målgrupper, hvor lenge de blir i ordningen, og hvordan dette igjen påvirker deres arbeidsmarkedsutfall.

Deltakelseselastisiteter

Deltakelseselastisiteter, som beskriver hvor følsom individers arbeidsdeltakelse er for endringer i økonomiske insentiver, er avgjørende for å forstå hvordan ulik politikk påvirker arbeidsmarkedet. Selv om det er kjent at elastisiteten varierer mellom grupper som unge, eldre, og personer med helseutfordringer, er det lite presis kunnskap om størrelsen på disse elastisitetene i forskjellige kontekster. Dette gjelder særlig for grupper med delvis arbeidsevne eller svak tilknytning til arbeidsmarkedet. Det mangler også forskning på hvordan elastisiteten påvirkes av kombinasjonen av tiltak som graderte ytelser, arbeidsrettede tiltak og endringer i skatt og ytelser. Bedre estimater av deltakelseselastisiteter er nødvendig for å designe politikk som effektivt balanserer insentiver for arbeid med sosial sikkerhet.

Fortrengningseffekter av tiltak

Arbeidsmarkedstiltak har som mål å øke sysselsettingen blant utsatte grupper, men de kan også føre til fortrenningseffekter, der personer i tiltak tar jobber som ellers ville gått til andre arbeidssøkere. Mange slike tiltak har forskningsmessig støtte, men det er få eksperimentelle studier, og særlig er det lite kunnskap om hvor store fortrenningseffektene faktisk er, og hvordan de varierer mellom ulike tiltak og målgrupper.

4.7 Supplerende informasjon fra intervjuer

Funn fra de gjennomførte intervjuene samsvarer i stor grad med funn fra litteraturgjennomgangen. I tillegg til at informantene både har kommet med informasjon som underbygger funn fra forskningen, som det både er sterk og mindre sterk evidens for, har det også i intervjuene blitt trukket frem nye elementer ved utfordringer i regelverket som ikke omtales i litteraturen.

Gjennomgående bekrefter informantene funn fra litteraturen om at de ulike aktørenes økonomiske insentiver har stor betydning for aktørenes adferd, for alle de helserelaterte ytelsene. Intervjuene bidrar til å supplere funn fra litteraturen med konkrete eksempler på hvordan aktørenes økonomiske insentiver får utslag i oppfølgingen av personer som mottar helserelaterte ytelser, og dette beskrives under.

Sykepenges

Litteraturen er tydelig på at arbeidsgiveres manglende finansieringsansvar ved langtidsfravær gir arbeidsgivere svake insentiver til å bruke ressurser på å forebygge og følge opp sykmeldte. Vi kan ikke gjennom intervjuer bekrefte en slik årsakssammenheng, men informantene støtter klart dette synet. Informanter i Nav peker på at selv om mange arbeidsgivere jobber godt med både forebygging av sykefravær og oppfølging av sykmeldte, så er det et problem at mange arbeidsgivere ikke oppfyller sitt ansvar i sykefraværsoppfølgingen.

Utover manglende økonomiske insentiver for å jobbe med tilrettelegging, forklares også arbeidsgivers manglende rolleutøvelse med uklarheter i regelverket om hvor langt arbeidsgivers plikter strekker seg. Arbeidsgivere har hovedansvaret for oppfølging i hele det første året av et sykefraværsforløp og har plikt til å tilrettelegge på arbeidsplassen for å bidra til at den sykmeldte kan komme raskest mulig tilbake i arbeid. Informanter peker på at det er usikkerhet, både hos arbeidsgivere selv og i Nav, om hvor mye som kan kreves av tilrettelegging fra arbeidsgivers side. Nav-veiledere erfarer at mange arbeidsgivere strekker seg langt i å tilrettelegge i enkelte saker, og kanskje for langt dersom varig tilrettelegging for enkelte arbeidstakere fører til økt belastning på andre ansatte. Samtidig er det mange arbeidsgivere som i liten grad følger opp sine plikter til å kontakte den sykmeldte, utarbeide oppfølgingsplan og vurdere tilretteleggingstiltak i samarbeid med den sykmeldte. En del har pekt på at mange arbeidsgivere har lite kunnskap om hva de kan og skal gjøre, og de er redde for å trække feil. Nav opplever det som en utfordring at de ikke har sanksjonsmuligheter ovenfor arbeidsgivere som ikke følger opp sine ansatte i tråd med kravene i loven.

Litteraturen understøtter at økonomiske insentiver og kompensasjonsgraden i de helserelaterte ytelsene har betydning for både innstrømning og utstrømning. Funn fra intervjuene supplerer litteraturen med eksempler på hvordan kompensasjonsgraden i dagens sykepengeordning

påvirker de sykmeldtes adferd. Regelverket definerer at den sykmeldte har plikt til å medvirke for å komme tilbake i arbeid, blant annet gjennom å gi opplysninger om egen funksjonsevne til arbeidsgiver og bidra til å prøve ut tilrettelegging og behandling. Mange arbeidsgivere opplever likevel at den sykmeldte ikke medvirker, og heller ikke er klar over medvirkningsplikten. Arbeidsgivere opplever å bli «stående sjakk matt» i slike situasjoner. Det er krevende for arbeidsgiver å skulle gjennomføre lovbasert oppfølging og tilrettelegge for retur til arbeid, i tilfeller hvor den sykmeldte ikke selv ønsker å komme tilbake til arbeid, og heller ikke har økonomiske insentiver til det. Manglende økonomiske insentiver kan særlig tenkes å være en barriere for gradert sykmeldte. De får dekket sitt behov for sosialisering, mening og rutiner gjennom gradert arbeid, men har ingen gjenværende insentiver til fullt arbeid. For noen grupper blir det å jobbe gradert en hvilepute som forsinker overgang til fullt arbeid. Samtidig er det en utfordring at varigheten på ett år er uavhengig av gradering, og dermed ikke gir insentiver til gradering.

Arbeidsavklaringspenger

Det er noe evidens fra litteraturen som indikerer at kravet om medisinsk diagnose for å få helserelaterte ytelser bidrar til medikalisering, og svekker personens tilknytning til arbeidslivet. Informantene støtter i stor grad at helsefokuset på AAP har negative konsekvenser for mulighetene til å drive arbeidsrettet oppfølging. I intervjuene med ansatte i Nav ble det trukket frem flere eksempler på hvordan innretningen av AAP-ordningen bidrar til å rette fokus på deltakernes helserelaterte utfordringer og begrensninger, heller enn muligheter i arbeidslivet.

Dette problem- og sykdomsfokuset begynner med arbeidsevnevurderingen tilknyttet søknad om AAP. For å dokumentere arbeidsevnen må Nav-veilederne innhente informasjon om søkerens helseutfordringer, og hvordan helsesituasjonen setter begrensninger for søkerens ressurser og muligheter til å være i arbeid. I intervjuene ble det beskrevet at brukerne selv opplever at det er et omfattende behov for å dokumentere at de er «syke nok» og at dette begrenser deres muligheter for å jobbe. I intervjuer ble det beskrevet at mange brukere gjennom denne prosessen får et slags eierskap til helseutfordringene som det kan være vanskelig å legge vekk når de skal se på muligheter til arbeid. Dette innledende sykdomsfokuset bidrar til å gjøre det vanskelig å senere identifisere og jobbe med å ta tak i de eventuelle rotårsakene til mottakerens helseplager og utfordringer i arbeidslivet, og fungerer som et hinder for å

motivere og jobbe med å se på muligheter i et oppfølgingsløp. I intervjuene ble det også beskrevet at fokuset på å dokumentere AAP-mottakerens begrensninger fortsetter i AAP-løpet, og at det er utfordrende å jobbe med å avdekke brukerens ressurser og muligheter i arbeidsmarkedet, samtidig som mottakeren har insentiver til å ikke prøve ut aktiviteter som kan gjøre at arbeidsevnen ikke lenger vurderes å være tilstrekkelig nedsatt.

Informantene trakk også frem andre elementer i AAP-regelverket som gjør det vanskeligere å gi god arbeidsrettet oppfølging, men som i liten grad er omtalt i litteraturen. Et gjennomgående tema i intervjuene med de som jobber med praktisering av AAP-regelverket, og oppfølgingen av AAP-mottakere, er at AAP-regelverket er unødvendig komplisert og forvirrende. Flere har beskrevet AAP-regelverket som et lappeteppes av lovgivning fra ytelsene AAP erstattet. Konsekvensen av regelverket slik det er utformet, er at Nav-veilederne som følger opp AAP-mottakerne, bruker mye tid på å sette seg inn i, og veilede brukerne gjennom regelverket, og å sikre dokumentasjon underveis. Dette stjeler tid fra den arbeidsrettede oppfølgingen veilederne egentlig skal gi. Områder som har blitt pekt på som unødvendig kompliserte er blant annet de delene av regelverket som handler om arbeidsevnevurderingen, avkortingsregler, forhold til andre ytelser og aktivitetsplikt. Se Boks 4-1 for en nærmere beskrivelse.

AAP er en tidsbegrenset ytelse, og skal i utgangspunktet ikke ha en varighet på mer enn tre år, med mulighet for forlengelse i inntil to år. Fjerningen av karensåret i 2022 har gjort at AAP-mottakere som har nådd slutten av AAP-perioden kan søke om å få innvilget en ny AAP-periode, så lenge de oppfyller de ordinære inngangsvilkårene, og for eksempel ikke vurderes å være ferdig avklart. Likevel har også tidsavgrensningen for AAP blitt beskrevet av enkelte i Nav som et hinder for å igangsette og gjennomføre lengre opplæringsløp i ordinær utdanning for AAP-mottakere.

At tidsavgrensningen blir beskrevet som et hinder for den arbeidsrettede oppfølgingen i AAP, henger sammen med beskrivelser om at det er vanskelig å jobbe med arbeidsrettet oppfølging dersom ytelsesmottakeren er bekymret for egen økonomi. Slike utfordringer er i liten grad omtalt i litteraturen, men er beskrevet av en rekke informanter i Nav som betydelige utfordringer i oppfølgingen av AAP-mottakere. Usikkerhet rundt egen inntektssikring kan være en årsak til at man ikke begynner på et lenger opplæringsløp; det tar både tid å avklare at det kan være aktuelt å igangsette et lengre opplæringsløp for den enkelte bruker, og utdanningen kan kun igangsettes på gitte

tidspunktet i året. Det betyr at det først kan være aktuelt å begynne på en formell utdanning et godt stykke ut i AAP-forløpet. Usikkerhet om brukeren vil kunne motta AAP i hele utdanningsperioden, for eksempel fordi det må gjøres nye vurderinger av arbeidsevne ved en eventuell forlengelse, kan være et hinder for å igangsette et lenger opplæringsløp.

I intervjuene har også andre eksempler på hvordan usikkerhet rundt inntektssikring påvirker den arbeidsrettede oppfølgingen i AAP blitt beskrevet. Informanter fra Nav forteller at mange AAP-mottakere er avhengige av supplerende ytelser som utbetales på ulike tidspunkt, og at mottakerne sliter med å ha oversikt over hva de får utbetalt når. Det fører til at ytelsesmottakerne er usikre på om de får penger til å betale regningene sine, og Nav må bruke tid på å hjelpe brukerne med å undersøke slike spørsmål, heller enn arbeidsrettet oppfølging.

Det var også enkelte informanter som pekte på at det den siste tiden har vært en økning i de økonomiske bekymringene til AAP-mottakere, og at AAP-nivået oppleves som for lavt med dagens kostnadsnivå. For mange er likevel AAP den ytelsen de kan motta som gir høyest utbetalinger, noe som enkelte informanter har trukket frem at antakeligvis bidrar til ytterligere medikalisering. Informanter har blant annet beskrevet at satsene for økonomisk sosialhjelp er såpass lave at de i praksis ikke fungerer som et sosialt sikkerhetsnett. For personer med lite arbeidserfaring, med behov for hjelp til livsopphold, er AAP den mest økonomisk gunstige ytelsen de kan ha rett på, forutsatt at de har en medisinsk diagnose som gjør at arbeidsevnen deres er nedsatt. At det ikke finnes reelle alternative kilder til livsopphold, kan dermed føre til at flere søker om og får innvilget AAP.

En utfordring som har blitt fremhevet i flere intervjuer med Nav, men som i liten grad omtales i litteraturen, er den lite definerte rollen til arbeidsgivere i AAP-oppfølgingen. De fleste AAP-mottakere kommer fra sykepengesystemet, og har fortsatt et ansettelsesforhold når de begynner på AAP. Ansatte i Nav som jobber med oppfølging av AAP-mottakere, har pekt på at arbeidsgiver i mange tilfeller bør ha en sentral rolle i den arbeidsrettede oppfølgingen på AAP, for eksempel hvis mottakeren har et mål om retur til arbeid. De opplever likevel at det er vanskelig å involvere arbeidsgivere og få de til å ta ansvar i oppfølgingsarbeidet. Informanter har forklart dette med at arbeidsgivers rolle under AAP er uklart definert i regelverket, og de opplever at regelverket ikke gir dem handlingsrom til å forplikte arbeidsgiver. Enkelte har også pekt på at en del AAP-mottakere med arbeidsforhold får permisjon fra jobben, og at

arbeidsgivere i slike tilfeller tror de ikke har et oppfølgingsansvar lenger.

Uføretrygd

Forskningen viser at mange som mottar uføretrygd har en restarbeidsevne, og at avkortingsregler og ytelsens størrelse har betydning for utnyttelsen av restarbeidsevnen. Informantene har i liten grad problematisert nivået for avkorting av uføretrygd,

men pekt på andre utfordringer ved regelverket som bidrar til å gjøre det utfordrende for mottakere av uføretrygd å få utnyttet sin restarbeidsevne.

Flere informanter har problematisert at regelverket ikke legger opp til at mottakere av uføretrygd får noe form for arbeidsrettet oppfølging fra Nav. Mottakere av uføretrygd kan få arbeidsrettet oppfølging fra Nav dersom de ønsker å returnere til

Boks 4-1: AAP-regelverket bidrar til å redusere insentivene til arbeid for enkelte grupper

I intervjuene er det trukket frem konkrete eksempler på deler av AAP-regelverket som har noen utilsiktede konsekvenser for enkelte grupper, eller som vil kunne ha det i fremtiden.

Folketrygdloven skal i utgangspunktet være utformet slik at det skal lønne seg å være i arbeid framfor å motta trygdeytelser, og kombinasjonen av flere reduserte ytelser skal til sammen maksimalt kunne utgjøre en full ytelse. Likevel har det i intervjuer blitt trukket frem at dagens innretning og praktisering av regelverket gjør det mulig å kombinere reduserte sykepenges, AAP og eventuelt uføretrygd, for å få mer utbetalt i ytelser enn dersom man var i arbeid. En person som er sykmeldt fra en full stilling, og i utgangspunktet oppfyller kravene for å motta AAP, må velge ytelse. Hvis du er helt sykmeldt fra en deltidsstilling har du derimot rett til å kombinere sykepenges og AAP, jf. folketrygdloven § 11-28. Dersom man er sykmeldt fra en deltidsstilling, reduseres AAP-utbetalingen med den prosentandelen som sykmeldingen utgjør av full stilling. I intervju er det beskrevet at dette åpner for at personer som er helt sykmeldt fra en 50 prosent stilling vil motta sykepenges for deltidsstillingen, og i tillegg kunne ha rett på 50 prosent arbeidsavklaringspenger for den tidligere uutnyttede restarbeidsevnen som nå er nedsatt på grunn av sykdom. Personer som selv har valgt å ha en deltidsstilling uten at dette skyldes helsemessige utfordringer, kan da i sykepengeperioden søke om AAP. I så fall vil vedkommende få mer utbetalt enn da personen var i arbeid ved å kombinere sykepenges og AAP.

Personer som mottar gradert uføretrygd og jobber i en deltidsstilling, kan kombinere sykepenges, AAP og uføretrygd samtidig. I intervjuer er det beskrevet at en slik kombinasjon av ytelser kan gjøre at summen av ytelsene blir mer enn 100 prosent, på grunn av måten redusert AAP beregnes. Dersom man for eksempel mottok 50 prosent uføretrygd og blir helt sykmeldt fra en deltidsstilling på 50 prosent, er det mulig å søke om AAP i tillegg til dette. I henhold til folketrygdloven § 11-28 2. ledd er AAP en full ytelse, som reduseres med den prosentandelen som den reduserte ytelsen utgjør av full arbeidsevne. Dagsatsen for AAP vil da reduseres med 50 prosent siden personen mottar 50 prosent uføretrygd. § 11-28 3. ledd påpeker deretter at for sykmeldte i deltidsstillinger reduseres AAP med den prosentandelen som sykmeldingen utgjør av full stilling. Siden sykmeldingen utgjør 50 prosent av full stilling, reduseres dagsatsen for AAP med 50 prosent, altså fra 50 til 25 prosent. På den måten er det i praksis mulig å motta 50 prosent sykepenges, 50 prosent uføretrygd og 25 prosent AAP i sykepengeperioden, og ytelsesmottakeren får da mer utbetalt i ytelser enn da vedkommende var i arbeid. Vi har ikke hatt data som gjør det mulig å undersøke omfanget av disse samtidige ytelsene, men i intervjuer har det blitt beskrevet at det gjelder en relativt betydelig andel ytelsesmottakere.

Avkortingsreglene bidrar også til å redusere insentivene til å prøve seg i arbeid for personer som har hatt et relativt høyt inntektsgrunnlag før de begynte på AAP. Avkortingen er timesbasert, så AAP avkortes basert på antall timer arbeidet. Hvis man har relativt høye AAP-utbetalinger, og prøver seg i arbeid som ikke er så godt betalt, kan lønnsinntektene per time være lavere enn AAP-utbetalingene man får avkortet. Det medfører i så fall at ytelsesmottakerne får lavere inntekt av å prøve seg i arbeid, enn om de kun mottok AAP.

Det er også enkelte informanter som har trukket frem at folketrygdloven § 11-23 2. ledd kan bidra til å redusere ytelsesmottakernes insentiver for å jobbe. § 11-23 2. ledd beskriver at det skal gis gradert ytelse dersom en del av arbeidsevnen er tapt, og det fremgår at det «(...) skal alltid vurderes om medlemmet har en arbeidsevne som ikke er utnyttet.». I intervju ble det beskrevet at denne bestemmelsen i realiteten ikke praktiseres i dag, fordi det ville økt den økonomiske usikkerheten ved å prøve seg i arbeid som viser seg å ikke være egnet for vedkommende. I intervjuene ble det uttrykt bekymring for at overgang til nye datasystemer i Nav vil gjøre at bestemmelsen vil praktiseres i større grad enn i dag.

AAP-mottakere kan uten videre kombinere AAP med gradert arbeid på inntil 60 prosent, og AAP-utbetalingene avkortes tilsvarende. AAP-mottakere kan også kombinere AAP med inntil 80 prosent arbeid, men må da få et såkalt opptappingsvedtak. Enkelte informanter har beskrevet uheldige virkninger av ordningen med opptappingsvedtak. Opptappingsvedtaket varer i ett år og kan kun gis én gang i et AAP-løp. Konsekvensen av dette kan være at Nav-veiledere oppfordrer AAP-mottakere til å ikke jobbe «for mye», og ikke prøve seg i mer enn 60 prosent arbeid før de føler seg sikre på at de er klare for såpass omfattende arbeid. I intervjuer er avkortingsreglene beskrevet som lite fleksible uten å ta innover seg at arbeidsevnen kan variere over tid, og som et hinder for at AAP-mottakerne kan prøve seg i høye stillingsprosent underveis i AAP-løpet.

arbeid, men da må de selv ta kontakt med Nav og be om bistand. Selv om helsesituasjonen til en mottaker av uføretrygd bedrer seg over tid, og vedkommende har et ønske om å delta i noe arbeid, kan det oppleves som en terskel å måtte ta kontakt for å få bistand.

I intervjuer med brukerorganisasjoner ble innretningen på avkortingen av uføretrygd ved arbeid problematisert, og beskrevet som en opplevd hindring for å kombinere uføretrygd og arbeid. Regelverket er utformet slik at den uføretrygdde må melde fra om forventet inntekt i forkant av hvert kalenderår, og uføretrygden det året avkortes basert på den forventede inntekten. Dersom faktisk inntekt overstiger det den uføretrygdde har meldt inn i forkant, og den

uføretrygdde derfor har fått for mye utbetalt i uføretrygd, må beløpet tilbakebetales av den uføretrygdde. Dette gjøres gjennom avkorting av fremtidige ytelser. Mottakere av uføretrygd har ofte usikker inntekt, og noe som kan gjøre det utfordrende å melde fra om forventet fremtidig inntekt i ett år. Det er mulig å oppdatere forventet årlig arbeidsinntekt gjennom året for å unngå fremtidig avkorting, men for personer med usikker og varierende arbeidsevne oppleves det som komplisert å både estimere og oppdatere forventet fremtidig arbeidsinntekt hver gang arbeidsevnen endres. Informantene beskrev det som at mange mottakere av uføretrygd opplever at innretningen av avkortingsreglene gjør at de blir straffet for å jobbe.

5. Navs forvaltning av de helserelaterte ytelsene

Funn fra litteraturgjennomgangen tyder på at Navs oppfølging av ytelsesmottakere preges av begrensede ressurser, og Nav mangler verktøy for å prioritere ressursene mellom mottakere. Det er svakheter i oppfølgingsarbeidet, særlig for dem med sammensatte utfordringer eller medisinsk uforklarte plager og symptomer hvor utfordringene har en uklar bakenforliggende årsak. Samhandling og tilgang på riktige tiltak fremstår som viktig for å understøtte overgang til arbeid.

5.1 Innledning

Regelverket for de helserelaterte ytelsene forvaltes av Nav, i samspill med helsevesenet, arbeidsgivere og andre. Ytelseslinjen i Nav innvilger og avslår søknader om ytelser. Tjenestelinjen og Nav-kontorene står for oppfølging av brukere, og foretar vurderinger av arbeidsevne og annet som er viktig i vurderingen av hvem har rett på ytelsene.

Navs forvaltning av regelverket er det som avgjør i hvilken grad, og hvordan, kriterier og krav omtalt i forrige kapittel utspiller seg i praksis. Dette kapittelet tar for seg hvordan Nav og tilgrensende aktører forvalter regelverket for de helserelaterte ytelsene.

Følgende hovedhypoteser ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket, og etableringen av søkeordslister:

1. Oppfølgingsarbeidet i Nav er lite egnet til å fange opp de reelle problemene sykmeldte arbeidstakere har.
2. Nav mangler kompetanse, tid og egnede virkemidler til å drive relevant oppfølgingsarbeid.
3. Brukerne føler seg ikke ivaretatt i Navs oppfølgingsarbeid.
4. Bruken av arbeidsrettede tiltak er ikke tilstrekkelig effektiv.
5. Ressursene i Nav brukes ikke optimalt, blant annet på grunn av inndelingen i statlig og kommunal linje.
6. Samhandlingen mellom Nav og andre aktører fungerer ikke godt nok.

Gjennomgangen er organisert på følgende måte: Først tar vi for oss forskningen om brukernes møte med Nav, inkludert verktøy og rutiner for å definere behovene og utfordringsbildet til de som tar kontakt med Nav. Deretter går vi gjennom ytelsene i samme rekkefølge som i forrige kapittel: Først tar vi for oss forskningen på sykepengeområdet, deretter arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføre. Til slutt i kapittelet tar vi for oss forskning på samhandling.

5.2 Brukernes møte med Nav: Profilerings- og behovs-avklaring

5.2.1 Digitalt profileringsverktøy

Alle som henvender seg til et Nav-kontor, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Det å forstå hvilke brukere som trenger mest hjelp bidrar til å målrette Navs innsats og ressursbruk.¹⁰

I 2018 tok Nav i bruk en digital profileringsløsning av nye arbeidssøkere, som et støtteverktøy for veilederne i arbeidet med å sortere brukere (Andresen & Volckmar-Eeg, 2023). Gjennom en regelbasert algoritme sorterer løsningen brukerne i tre hovedgrupper: «standard innsats», «situasjonsbestemt innsats» og «behov for arbeidsevnevurdering». Den første gruppen antas å i stor grad være selvhjulpne, den andre vil trenge noe hjelp fra Nav, mens den tredje gruppen består av brukere med omfattende behov som må utredes nærmere. Erfaringene med dette verktøyet så langt tyder på at algoritmen har en tendens til å «overprofilere», altså sortere flere brukere til kategorier som får mye innsats fra Nav (Dahl & Myklathun, 2022). Det ser likevel ikke ut til at bruken av algoritmer har ført til mindre overgang til arbeid, og heller ikke til økt ressursbruk i Nav (Dahl & Myklathun, 2022).

Grovsorteringen i tre innsatskategorier innebærer at profileringsalgoritmen ikke fanger opp sårbare brukere med manglende språkferdigheter eller andre trekk som tilsier at de kan komme til å bli gjengangere i systemet. Veilederne må derfor gjøre en jobb, med betydelig innslag av faglig skjønn, for å identifisere de brukerne som trenger ekstra innsats. Kompleksiteten i disse prosessene tilsier at det er begrenset hvor mye hjelp veilederne kan få av algoritmestyrte verktøy. Det er dessuten en

bistandsbehov, for eksempel dersom sykefraværet blir langt og/eller AAP vurderes som aktuelt.

¹⁰ Mottakere av sykepenger vil som hovedregel ikke få et såkalt 14 a-vedtak før det eventuelt viser seg at de har et

utfordring at vurderingene i etterkant av den digitale tredelingen ikke dokumenteres med tanke på å forbedre algoritmen. Dermed systematiseres ikke kunnskap som kunne vært brukt til å trene mer avanserte maskinlæringsmodeller (Andresen & Volckmar-Eeg, 2023). Konklusjonen så langt ser ut til å være at profileringsarbeidet i begrenset grad kan støttes opp av digitale, algoritimestyrte hjelpemidler.

Et alternativ til hjelp fra kunstig intelligens er å la brukernes egne forventninger om fremtiden informere ressursbruken. Nav har fått gjennomført en systematisk litteraturoversikt («scoping review») om bruken av arbeidstakers egne jobbforventninger som prediktor for varigheten på sykefravær (Øyeflaten, et al., 2024). Oversikten identifiserte 52 relevante studier. Studiene tyder i overveiende grad på at sykmeldtes egenrapporterte jobbforventninger er en god prediktor på om de kommer tilbake til jobb eller ikke. Studiene er gjennomført på ulike stadier i sykefraværet, og spørsmålet er stilt på flere ulike måter, men konklusjonen er uansett at sykmeldte ser ut til å gjøre gode vurderinger av sin egen situasjon. Skagseth, et al. (2021) gjør liknende funn, og finner samtidig at arbeidsplassintervensjon for tilrettelegging ikke økte sykmeldtes tro på at de kunne stå i arbeid. Dette kan antyde at sykmeldtes egenvurdering handler mindre om konkrete forhold på arbeidsplassen enn om sykdomstilstanden og, muligens, relasjonen til arbeidsgiver.

5.3 Sykepenger

5.3.1 Navs oppfølging av sykmeldte

Sykemelding er i utgangspunktet en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølgingen av sykmeldte som beskrevet i kapittel 2.2. Dette inkluderer å tilrettelegge på arbeidsplassen slik at den sykmeldte kan komme tilbake på jobb, helt eller delvis, så tidlig som mulig.

Oppfølging tidlig i sykefraværsløpet

I løpet av de fire første ukene av sykmeldingsperioden skal arbeidsgiver og arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan. Denne formidles til Nav i forkant av dialogmøte 2. Stray (2023) fant at disse planene av Nav-veiledere ofte oppleves som lite informative, overfladiske, og mest som begrunnelser for hvorfor tilrettelegging ikke er mulig. Nav-veilederne i studien ønsket at arbeidsgiverne oftere lot vær å akseptere sykmeldingen, og i stedet tilrettelata for at arbeidstakeren kunne fortsette i jobb. En viktig del av Navs oppfølging, ifølge disse intervjuene, besto i å bevisstgjøre arbeidsgiverne om hvilket

handlingsrom de faktisk hadde, og på at de kunne og burde skille mellom diagnose (privat) og funksjonsevne (relevant for jobben) (Stray, 2023).

NHO, på sin side, kartla arbeidsgiveres erfaringer med samarbeidet med Nav i forkant av forhandlingene om IA-avtalen 2019–2024. Der kom det fram at arbeidsgivere var lite fornøyde med måten Nav oppfylte sine forpliktelser på, og at de opplevde at Nav-veiledere avlyste møter, møtte dårlig forberedt, og for ofte manglet kompetanse (NOU 2021: 2, p. 203). Både arbeidsgivere og Nav formidler med andre ord at den andre parten har forbedringspotensial.

Sykmeldte har plikt til å være i aktivitet så tidlig som mulig, og senest etter åtte uker. Det påligger arbeidsgiver å tilrettelegge for gradert sykmelding. Den sykmeldte må levere utvidet legeerklæring som dokumenterer at det finnes tungtveiende medisinske grunner til at jobbrelatert aktivitet ikke er mulig ved passering av 8 ukers fravær. På bakgrunn av informasjonen fra sykmelder og arbeidsgiver skal Nav vurdere om aktivitetskravet er oppfylt, slik at arbeidstakeren fortsatt har rett til sykepenger, samt vurdere om det er behov for arbeidsrettet oppfølging fra Nav. Siden 2016 har det vært sendt ut forhåndsvarsel om mulig stans av sykepengene. Denne praksisen er basert på utprøving i utvalgte fylker (først Hedmark, derfor er arbeidsmåten kjent som Hedmarksmodellen), i et forsøk der noe av hensikten var å sikre enhetlig praksis i sykefraværsoppfølgingen, og å sikre at kontrollpunktene oppfølgingsregimet hadde etablert faktisk ble fulgt (Hernæs, 2018; Kann, et al., 2014). Sysselsettingsutvalget uttrykte imidlertid usikkerhet om hvor godt kjent arbeidstakere og arbeidsgivere var med at Nav kan stanse ytelser hvis kravene ikke oppfylles, og om arbeidsgivere vet at terskelen er lavere for å si opp en ansatt som ikke medvirker til å komme helt eller delvis tilbake i arbeid (NOU 2021: 2, p. 202). Utvalget anbefaler at dette i større grad bør synliggjøres.

Dialogmøte 2 som møtepunkt

Senest ved 26 ukers sykefraværet skal Nav avholde dialogmøte 2, med mindre det er åpenbart unødvendig, jf. folketrygdloven § 8-7 a. Arbeidsgiver skal sende Nav en revidert oppfølgingsplan senest en uke før møtet. I dialogmøte 2 møtes den sykmeldte, arbeidsgiver og veilederen i Nav, eventuelt også sykmelder hvis dette betraktes som hensiktsmessig. Møtet ledes av Nav-veileder, og formålet med møtet er å ha en felles gjennomgang av situasjonen. Ideelt skal møtet munne ut i en plan for oppfølging og for hvordan den sykmeldte skal komme tilbake i jobb. Deltakerne i møtet skal diskutere hva den sykmeldte kan gjøre av arbeid og

hvordan arbeidsgiver kan tilrettelegge. For fullt sykmeldte vil det bli en diskusjon om gradering kan brukes, for de som allerede har gradert sykmelding kan det diskuteres om det er aktuelt å øke antallet arbeidstimer.

Dialogmøte 2 må forstås som det viktigste møtepunktet mellom Nav, den sykmeldte og arbeidsgiver. I 2023 ble det avholdt 29 000 slike dialogmøter, så dette er en viktig del av Navs innsats på sykefraværsområdet. Oslo Economics (2021) har dokumentert bruken over tid, og viser at antallet var mer enn 40 000 dialogmøte 2 i året før pandemien. Det lavere antallet i 2022 og 2023 kan ha sammenheng med endrede styringssignaler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (se nedenfor), og med bruken av et verktøy Nav fikk tilgang til i 2018: møtebehovstjenesten. Dette er en digital tjeneste for kontakt mellom Nav, den sykmeldte og arbeidsgiver. 16 uker ut i sykefraværet sender Nav melding til arbeidsgiver og den sykmeldte med spørsmål om hvordan de oppfatter behovet for dialogmøte 2. Begge parter har mulighet til å si at det ikke er behov for et slikt møte, og begrunne svaret. I uke 17 gjør Nav så en selvstendig vurdering av behovet for et møte, basert på svarene fra partene og andre relevante opplysninger i saken.

På bakgrunn av nedgangen i antall dialogmøte 2 etter 2018 har Oslo Economics gjennomført en studie av Nav-veilederens vurderinger ved innkalling til dialogmøte 2 (Oslo Economics, 2021). Studien er basert på kvalitative intervjuer og analyser av konstruerte case. Et sentralt funn var at saksmengden til den enkelte veilederen ga noen rammer for hvor strengt veilederne måtte prioritere mellom sakene de fulgte opp, inkludert hvor mange brukere de kalte inn til dialogmøte 2. De fleste veilederne opplevde at møtebehovstjenesten ga dem et bedre grunnlag for å vurdere om de skulle kalle inn til dialogmøte 2, samtidig sa mange at informasjonen i forkant av møtet ofte var mangelfull. I noen tilfeller kontaktet de den sykmeldte, arbeidsgiver eller sykmeldende lege for å få mer informasjon. Veilederne merker seg om den sykmeldte og/eller arbeidsgiver mener at et møte ikke er nødvendig, men de er særlig opptatt av hvordan partene argumenterer for synet sitt. Hvis veilederen mener at et dialogmøte vil bidra positivt, for eksempel gjennom at man kan få avklart tiltak som kan bidra til raskere retur til arbeid eller viktige avklaringer om arbeidsevne og prognose for den sykmeldte, vil de kalle inn til møte.

Antall dialogmøter har gått ned siden møtebehovstjenesten ble innført. I intervjuer med forskerne sier veilederne at de ikke opplever at de selv gjennomfører færre møter etter at de fikk denne tjenesten, men at de i større grad gjennomfører de

riktige møtene. Veilederne mener imidlertid at det ikke er det at de har fått den digitale møtebehovstjenesten i seg selv som har ført til endring, men heller prioriteringene i Nav. Tidligere opplevde de en klar forventning om at de skulle gjennomføre dialogmøte 2 i så mange saker som mulig, mens føringene de senere årene heller har vært at de skal bruke mer tid på de sakene der dialogmøtet kan utgjøre en forskjell. Møtebehovstjenesten oppfattes som et verktøy som hjelper veilederne å prioritere i tråd med styringssignalene fra direktoratet, ikke som en årsak til endring i seg selv.

Studien til Oslo Economics presenterte også veilederne for seks hypotetiske brukere, og ba dem vurdere om de ville kalt inn disse til dialogmøte 2. Denne delstudien viste stor variasjon: noen veiledere ville gitt unntak i fire av seks tilfeller, andre bare i ett, og det var ikke alltid de samme tilfellene som fikk unntak. Vurderingen av møtebehovet er dermed sterkt avhengig av den enkelte veileders skjønn.

Nav har gjennomført en effektevaluering av nedgangen i antallet dialogmøte 2 (Myhre & Lima, 2022). Denne utelukker, med relativt høy grad av sikkerhet, at færre dialogmøter førte til vesentlig økninger i sykefraværsvirksomhet eller sykmeldingsgrad. I den grad det ser ut til å være effekter, går de i motsatt retning: mot økt friskmelding og redusert sykmeldingsgrad.

Dialogmøte 2 skal være et møtepunkt mellom sykmelder og arbeidsgiver, med Nav som tilrettelegger og møteleder. Kvalitative intervjuer avdekker betydelig frustrasjon blant Nav-veiledere over arbeidsgiveres manglende strategiske tilnærming til oppfølging av sykefravær (Stray, 2023). Mange arbeidsgivere mangler kompetanse, både om lovverket og i oppfølgingsarbeidet. Sykdom oppleves som privat. Noen er lite interesserte i å tilrettelegge, særlig hvis arbeidstakeren har hatt gjentatte sykefravær og arbeidsgiver har mistet troen på at problemet løses gjennom videre tilrettelegging. Andre tilrettelegger i et omfang og på måter som kan føre dem inn i en negativ spiral der kollegaer sliter seg ut for å fylle rollene den sykmeldte skjermes for. Nav-veilederne opplever typisk arbeidsgiverne som passive i møtene, og oppfatter et implisitt ønske om at Nav skal «rydde litt opp for dem» (Stray, 2023, p. 58). Noen Nav-veiledere peker på at seks måneder inn i sykefraværet, da dialogmøte 2 finner sted, vil arbeidsgiverne ofte ha funnet en vikar som fungerer godt og være mindre interesserte i å bringe tilbake en arbeidstaker som har helseutfordringer og trenger tilrettelegging.

Som beskrevet i forrige kapittel er forskningsresultatene blandet når det gjelder å vurdere om dialogmøte 2 faktisk virker eller ei. En del studier har gått inn på hva som eventuelt ikke fungerer, og når møtene bør gjennomføres.

En studie gjennomført før møtebehovstjenesten ble innført, fant at regimet med dialogmøter ble oppfattet som rigid av flere av de involverte partene, og ikke så ut til å ha noen innvirkning på sykefraværet (Ose, et al., 2013). Informantene i studien syntes ikke dialogmøte 2 representerte fornuftig ressursbruk, og fastlegene mente dessuten det kom for sent i forløpet.

Det pågår også en diskusjon om hva som er riktig tidspunkt for å gjennomføre dialogmøte 2. Dette ble prøvd ut i Akershus i 2014 og 2015, i et prøveprosjekt der dialogmøtet ble gjennomført i uke 19 i stedet for i uke 26 (Kristoffersen, et al., 2017). Samlet sett så ikke dette ut til å ha noen betydning for varigheten på sykefravær. Forskerne konkluderte med at tidligere dialogmøter krevde mer ressurser – det er flere fravær som varer i 19 uker, enn som varer i 26 uker – og at den økte ressursbruken ikke kunne forsvares gitt de manglende resultatene på tilbøyeligheten til å komme tilbake i jobb.

Organiseringen av sykefraværsoppfølgingen i Nav

Nav Vestfold og Telemark har gjennomført forsøk med et tiltak for å bedre samarbeidet mellom Nav og arbeidsgivere. Tiltaket, kalt «Tett på», startet opp i 2018 og ble evaluert i 2020 (Møller & Magnussen, 2020). Seks kommuner i Vestfold og Telemark var involvert. Et viktig grep var å fordele Nav-veilederne slik at én veileder fulgte opp alle sykefravær på samme arbeidsplass. Et annet grep var å koble Nav-veilederen til Nav Arbeidslivssenter og HR-avdelingen i kommunene, slik at sykmeldte ikke ble fulgt opp av en veileder alene, men av et tverrfaglig team. Erfaringene tyder på at tiltaket ga en nokså liten nedgang i sykefraværet, men teamdeltakerne og personallederne var fornøyde. Personallederne opplevde teamene som en støtte i vanskelige saker, og at de fikk hjelp til å orientere seg i regelverket rundt sykefraværsoppfølging og til å foreslå gode tiltak i enkeltsaker.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har nylig fått gjennomført en studie av Navs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer langs det som kalles helseaksen, altså løpet gjennom de helserelaterte ytelsene sykepengen, AAP og uføretrygd. Studien er kvalitativ og basert på intervjuer med Nav-ansatte, arbeidstakere, arbeidsgivere, brukerorganisasjoner og fastleger (Standal, et al., 2024). Ett av temaene handler om

Nav-kontorenes organisering, og særlig avveiningen mellom generalistorganisering (alle kan litt om alt) og spesialisert organisering (dedikerte medarbeidere følger opp bestemte ytelser). Spesialisering kan bidra til sterkere fagmiljøer og bedre muligheter til relasjonsbygging mot de en jobber mest med, men er sårbare for fravær. Generalistorganisering krever en bredere tilnærming fra veilederne og gir mulighet til å følge brukere over tid (gjennom helseaksen), men er svakere faglig. Hvordan Nav-kontorene organiserer seg mellom disse to modellene avhenger av lokale forhold, blant annet er det vanskelig for små Nav-kontor å vedlikeholde en arbeidsmåte med sterk spesialisering hos medarbeiderne. Evalueringen påpeker samtidig at veilederbytter i et helseløp kommer til å skje uansett, også i generalistorganiserte kontorer, og at god dokumentasjon og planlegging kan bidra til å minimere negative effekter.

Fastlåste situasjoner mellom arbeidsgiver og arbeidstaker

I noen tilfeller kan årsaken til sykefravær være konflikt på arbeidsplassen, inkludert konflikter med ledelsen og dårlig relasjon til nærmeste leder. Vi har ikke identifisert noen studier som ser særlig på oppfølging i slike saker, men det virker lite trolig at slike utfordringer kommer tydelig opp i dialogmøte 2. Møtene er ikke «rigget» for den typen samtale: tidsrammen er begrenset, Nav har møteledelsen, og fokuset er på muligheten for tilbakekomst snarere enn mer dyptliggende utfordringer i arbeidsforholdet. Erfaringene tyder imidlertid på at tettere oppfølging av arbeidsplassene (som «Tett på» og tilskudd til ekspertbistand – se nedenfor) verdsettes, og kan gi bistand til å løse opp fastlåste situasjoner.

Dialogmøte 3

Innenfor sykepengeperioden på ett år kan arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller Nav kreve at det avholdes et nytt dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstakeren og arbeidsgiver (dialogmøte 3). Nav har videre et ansvar for å vurdere, så tidlig som mulig, om det er aktuelt med AAP eller arbeidsrettede tiltak. Nav anslår at det i 2023 ble gjennomført om lag 13 000 dialogmøte 3, noe som representerte en økning på rundt 10 prosent fra året før (Nav, 2023b). Vi har ikke funnet forskning som belyser på hvilke måter dialogmøte 3 har betydning, for eksempel om disse møtene øker sjansen for å komme tilbake i arbeid.

Nav-relevante virkemidler i IA-avtalen siden 2019

Avtaler om inkluderende arbeidsliv (IA-avtaler) har vært inngått mellom partene i arbeidslivet og

staten siden 2001 (se kapittel 2.1.3). Virkemidlene i avtalen fra 2019–2024 retter seg særlig mot forebyggende arbeidsmiljøarbeid og innsats mot lange og/eller hyppige sykefravær. Avtalen for 2025–2028 forsterker og viderefører denne innstansen. Mesteparten av dette arbeidet foregår uten at Nav er involvert, men den nye ordningen med tilskudd til ekspertbistand til arbeidsgivere som har arbeidstakere med lange og/eller hyppige sykefravær forvaltes av Nav Arbeidslivssenter. Tilskuddet ble etablert i 2019, og gir arbeidsgivere mulighet til å søke eksperthjelp i vanskelige sykefraværssaker. Eksperten skal bidra til å løse eventuelle problemer som leder til sykefravær, og hensikten er enten å tilbakeføre arbeidstakeren til arbeid, eller over i annet arbeid hvis tilbakeføring – med eller uten tilrettelegging – ikke er mulig.

Tilskuddet til ekspertbistand er evaluert (Enehaug, et al., 2022). Evalueringen understreker at tilskuddet kom kort tid før koronapandemien førte til betydelige omveltninger i norsk arbeidsliv, noe som nok påvirket både innretting og bruken av tilskuddet. I evalueringsperioden var tilskuddet lite brukt, og mange arbeidsgivere kjente ikke til at det fantes. De som mottok tilskuddet, var imidlertid fornøyd. De opplevde at den eksterne eksperten avlastet lederne, forbedret den interne dialogen, tilførte kompetanse og bidro til å løse opp fastlåste situasjoner. Tiltaket er ikke effektevaluert, så det er ikke mulig å si noe om eksperthjelp fører til sjeldnere eller kortere sykefravær. Evalueringen sier at det er rom for forbedring med tanke på informasjonsarbeid mot arbeidsgiverne, kommunikasjon internt i Nav, samt tydeliggjøring av intensjonene med tiltaket og forholdet mellom ekspertene og partenes rolle på arbeidsplassen.

IA-avtalen fra 2019 la også opp til å utvide tiltaket HelselArbeid, som retter seg mot de store gruppene som står i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske plager. HelselArbeid består av to tilbud, et til bedrifter, og et til personer som trenger utredning i spesialisthelsetjenesten. Bedriftstiltaket består av helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling og arbeidsmiljøarbeid, rettet mot bedriftene. Individtiltaket er et tilbud i spesialisthelsetjenesten som tilbyr rask utredning og arbeidsfokustert avklaring til individer etter henvisning fra fastlege. Nav Arbeidslivssenter har en sentral rolle i HelselArbeid.

Evalueringen av bedriftstiltaket i HelselArbeid i de tre nordligste fylkene tyder på at tiltaket potensielt kan få ned sykefraværet, men fraværet økte igjen så snart innsatsen ble avsluttet (Seppola-Edvardsen, et al., 2024). Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til disse funnene, all den tid de er basert på data fra en

survey med relativt lav svarprosent. Evalueringen understreker videre betydningen av arbeidsplassforankring, brukermedvirkning og lederinvolvering for å få god effekt av tiltaket.

Utviklingsarbeid for mer effektiv oppfølging av sykmeldte

Nav har i de senere årene drevet et betydelig utviklingsarbeid for å forbedre arbeidsmetodikken i oppfølgingen av sykmeldte. Dette arbeidet pågår kontinuerlig, og inkluderer flere pågående initiativer som foreløpig ikke er dokumentert eller evaluert av eksterne aktører. Blant tiltakene som er evaluert, er det grunn til å trekke fram Sykefraværsprogrammet som ble etablert i Vest-Viken i 2019. Programmet er en langtidssatsing med mål om at de ulike enhetene i regionen skal jobbe mer helhetlig for å nå målene i IA-avtalen (Oxford Research & Norce, 2023). To viktige innsatsområder er forebyggende arbeidsmiljø og innsats mot lange og/eller hyppige fravær. I tillegg er det et mål å modernisere Navs oppfølgingsarbeid. Arbeidet er organisert i fire utviklingsprosjekter:

- Morgensdagens sykefraværsoppfølging
- Samarbeid med fastlegene
- Supported employment i sykefraværsoppfølgingen
- Samarbeid mellom Nav-kontor og Nav Arbeidslivssenter

Evalueringsrapporten fra prosjektet oppsummerte arbeidsmåten slik: «Utviklingsprosjektene synliggjør på hver sin måte en fremvoksende endring i hvordan man tenker i Nav omkring sykefraværsoppfølging, fra den mer tradisjonelle stoppunkt og systemorienterte oppfølgingen til en mer helhetlig og dialogbasert relasjon mellom bruker og Navs saksbehandlere/veiledere. Økt brukermedvirkning på individnivå og fokus på samarbeid mellom de involverte aktørene er viktige idealer i denne tankegangen» (Oxford Research & Norce, 2023, p. 44).

Særlig de to første prosjektene, Morgensdagens sykefraværsoppfølging og samarbeid med fastlegene, representerer innovative måter å tenke rundt sykefraværsoppfølging på. Vi konsentrerer derfor gjennomgangen nedenfor rundt disse to.

1) Morgensdagens sykefraværsoppfølging, bygger på et tidligere utviklingsprosjekt, «Differensiert oppfølging i Nav», og har som mål å finne gode måter å differensiere gruppen av sykmeldte på slik at Nav kan prioritere ressursene bedre. Hensikten er å stanse eller redusere gjentakende fravær, sikre tidlige avklaringer og korte ned brukerløpene. Målgruppen for prosjektet er personer med gjentakende fravær, lav jobbmobilitet, og risiko for å få et langt

sykefravær, og det er sentralt i prosjektet å identifisere personer i slike situasjoner. Delprosjektet retter seg mot fire hovedproblemer:

- Nav bruker for mye ressurser på å vurdere aktivitetskrav for personer som kommer tilbake i jobb uten oppfølging fra Nav.
- Avklaringer kommer for sent til at den sykmeldte og arbeidsgiver får tilbud om bistand i en fase der de kan nyttiggjøre seg den.
- Sykmeldte kan oppleve seg mistrodd av Nav og føle at de ikke blir lyttet til.
- Innsatsen har i for stor grad vært rettet mot å få den sykmeldte raskt tilbake i jobb, og for lite mot å finne bærekraftige løsninger som sikrer varig og stabil arbeidstilknytning (Oxford Research & Norce, 2023, p. 10).

I identifiseringen av sykmeldte med særlig behov for oppfølging har prosjektet vært inspirert av internasjonal forskning som finner at sykmeldte selv gjør gode vurderinger av hvor langt sykefraværet vil komme til å bli og hvilken arbeidsevne de har, og forskning som peker på betydningen av relasjonen til arbeidsplassen for å komme tilbake (se Øyeflaten, et al. (2024) for referanser). Etter åtte ukers sykmelding får derfor alle sykmeldte spørsmål om jobbforventninger og forholdet til arbeidsplassen. Med utgangspunkt i svarene på disse spørsmålene kan Nav identifisere brukere med lave eller usikre jobbforventninger, de som svarer at fraværet nok vil vare i 26 uker eller mer, de som sier at de ikke har en god relasjon til arbeidsgiver og andre i mulige risikosituasjoner. Disse brukerne inviteres til en kartleggingssamtale. Personer som oppgir at de har et godt forhold til arbeidsgiver, og vil være tilbake etter mindre enn 26 uker, kartlegges ikke. Tidlig og tett oppfølging er dermed den sentrale arbeidsmåten, og Nav-veilederne gir i evalueringen uttrykk for at arbeidsmåten har beveget seg fra oppfølging av stoppunkter til tung involvering i enkeltsaker (Oxford Research & Norce, 2023, p. 12).

Sykmeldte som følges opp innenfor disse rammene inviteres til dialog hos Nav. Veilederne legger vekt på at det er sentralt å etablere en samarbeidsrelasjon preget av gjensidig tillit, der det blir mulig både å kartlegge og å forstå brukerens situasjon, og å utfordre ved behov. Prosjektgruppen oppfattet det som nødvendig å gjennomføre flere samtaler, både med sykmeldte og arbeidsgiver, før mål for samarbeidet ble satt. Målet kunne være å komme tilbake til et etablert arbeidsforhold, finne en ny jobb, eller søke hel eller gradert uføretrygd (Oxford Research & Norce, 2023, p. 18).

Det andre delprosjektet, 2) Samarbeid med fastlegene, søkte å bedre samhandlingen og finne nye samarbeidsmodeller mellom Nav og fastlegene. Prosjektet startet med en kartlegging av situasjonen, der både Nav-veiledere og fastleger svarte på en survey og deltok på workshops. Workshopene identifiserte behov for bedre samarbeidsmodeller og -arenaer.

Målgruppen for samarbeidsmodellen er personer med gjentakende sykefravær, personer som på grunn av helseutfordringer eller andre forhold ikke kan fortsette i nåværende jobb, og brukere under 30 år. Saker som er særlig aktuelle for denne typen oppfølging kan være saker der det er lite sannsynlig at bruker kan fortsette i sin nåværende jobb. Fastlegen kan bidra til å gjøre både bruker og veileder tryggere i prosessen med jobbskifte. Andre saker kan være situasjoner der både fastlege og Nav mistenker at årsakene bak sykefraværet er sammensatte.

Utviklingsprosjekt om sykefraværsoppfølging i Nav Vestland

Nav Vestland har gjennomført et utviklingsprosjekt om sykefraværsoppfølging (Oxford Research, 2023a). Forsøket besto for det første i opprettelsen av en regional, virtuell sykefraværsavdeling, der alle de ansatte utelukkende jobbet med sykefraværsoppfølging. Videre testet prosjektet ut to nye stoppunkter som innebar tettere kontakt mellom Nav, arbeidsgiver og den sykmeldte. Ved stoppunkt 1 ringte Nav den sykmeldtes arbeidsgiver for en generell samtale om sykefraværsoppfølging. Hensikten med denne samtalen var å sette arbeidsgivere bedre i stand til å ivareta ansattes arbeidsmiljø og oppfølgingsbehov. I stoppunkt 2 mottok sykmeldte som har vært ute av jobb i seks uker en melding fra sykefraværsavdelingen med spørsmål om egne jobbforventninger. Her ble de bedt om å vurdere seg selv på en skala fra 1 til 5 om forventninger om retur til arbeid. De som uttrykte lave jobbforventninger, ble kontaktet for en mulig samtale som hadde form av et motiverende intervju. Hensikten med intervjuet var å øke jobbforventningen, og dermed øke sannsynligheten for rask retur til arbeid. På dette punktet skiller tilnærmingen i Nav Vestland seg fra det som er utprøvd i Vest-Viken: veilederne i Vest-Viken hadde ikke som mål å overbevise sykmeldte om at synet deres på mulig jobbreturn var for pessimistisk. Tilnærmingen i Vest-Viken innebar å kartlegge situasjonen og skissere løsninger, ut fra en forståelse av at målet ikke var raskest mulig retur til jobb, men snarere å finne bærekraftige løsninger som gjorde det mulig å stå i jobb på lang sikt.

Stoppunkt 1 ble opplevd som nyttig av aktørene, særlig etter at Nav Arbeidslivssenter ble involvert i disse samtaler. Stoppunktet ga Nav et naturlig kontaktpunkt mot virksomhetene, og banet dermed veien for et tettere samarbeid. Evalueringen av prosjektet hevder at dette har gitt de involverte Nav-kontorene et mer gjennomgående og helhetlig arbeidsgiverperspektiv (Oxford Research, 2023a). Stoppunkt 2, derimot, hadde i liten grad vært implementert, og den begrensede utprøvingen som var gjort stilte spørsmål ved om måten brukerne ble bedt om å vurdere seg selv på, var hensiktsmessig. Evalueringen trekker ikke klare konklusjoner om arbeidsmåtene rundt stoppunkt 2 er noe som bør tas i bruk på bredere basis.

Evalueringen påpekte også svakheter i å organisere sykefraværsoppfølgingen i en egen, virtuell, sykefraværsavdeling. Veiledere som sitter på ulike kontorer og jobber under en virtuell ledelse har følt seg ensomme og lite integrert i den øvrige aktiviteten på kontoret. Delvis som en følge av dette ble fag- og personalansvaret tilbakeført til lederne ved de enkelte kontorene, noe som svekket slagkraften til modellen. Likevel, en regional sykefraværsavdeling viste seg mer robust i perioder med høyt sykefravær, og klarte å levere lovpålagte tjenester selv i en periode med høyt arbeidspress og mangel på personell.

Ordningen «Friskmelding til arbeidsformidling»

Ordningen «Friskmelding til arbeidsformidling» har eksistert siden 1991, men er lite brukt. Målgruppen for ordningen er sykmeldte som av helsemessige årsaker ikke kan returnere til den arbeidsplassen de har, men som kan være arbeidsføre i en annen jobb. Ordningen innebærer at den sykmeldte friskmeldes, men beholder retten til sykmelding i inntil 12 uker mens han eller hun søker nytt arbeid. Det er en forutsetning at tilrettelegging og omplassering på arbeidsplassen er prøvd ut, og at den sykmeldte sier opp arbeidsforholdet og registrerer seg som arbeidssøker hos Nav.

I 2022 deltok 2 646 sykmeldte på ordningen. Relativt store forskjeller mellom fylkene tyder på at det er rom for økt anvendelse. Tiltaket brukes mest ved diagnoser knyttet til lettere psykiske lidelser, og for personer som jobber i manuelle yrker uten krav til høyere utdanning (Nossen & Sørbø, 2015). Nossen og Sørbø (2015) finner at kravet om å si opp jobben er en barriere for bruken av ordningen: den sykmeldte nøler, og fastlegen stoler ikke nok på Navs oppfølging til å ville anbefale oppsigelse. Sysselsettingsutvalget anbefalte at kravet om å si opp burde kunne erstattes med et krav om

permisjon fra ansettelsesforholdet (NOU 2021: 2, p. 209). Arbeidstakerorganisasjonene er skeptiske til ordningen, og LO har i sitt handlingsprogram for perioden 2022–2025 skrevet de skal arbeide for å få bestemmelsen fjernet (Oxford Research, 2023b, p. 54).

Kartleggingen og evalueringen av ordningen med Friskmelding til arbeidsformidling førte fram til en rekke anbefalinger for endret praksis (Oxford Research, 2023b). Relatert til Nav er det viktigste å sørge for at alle Nav-veiledere forstår skillet mellom yrkesuførhet og generell arbeidsuførhet, at Arbeids- og velferdsdirektoratet kan gi tydelige signaler om at ordningen skal prioriteres, og bedre informasjon og oppfølging av sykmeldte som omfattes av ordningen. Relatert til sykemelder (leger) er det behov for mer informasjon om hvordan ordningen fungerer, og en bedre forståelse for skillet mellom yrkesuførhet og generell arbeidsuførhet. Arbeidsgivere må møte tydelige forventninger om oppfølgingsplan og overholdelse av tilretteleggingsplikten, siden det er krav om at dette skal være utprøvd før Friskmelding til arbeidsformidling er aktuelt.

5.3.2 Vanskelig å finne gode tiltak med klare effekter

Studiene som er gjennomgått ovenfor, presenterer og diskuterer tiltak som er gjennomført forholdsvis nylig. De færreste tiltakene er effektevaluert, slik at det er vanskelig å vite om de påvirker sykefraværet i den ene eller andre retningen. Når det gjennomføres effektevalueringer, er de observerte effektene ofte små, usikre, eller ikke-eksisterende. Funnene om dialogmøte 2 som ble presentert illustrerer dette: to solide studier med eksperimentdesign kom til motsatte resultater. Den ene fant at dialogmøte 2 hadde stor betydning (Markussen, et al., 2018), den andre at det ikke hadde noen påviselig effekt (Alpino, et al., 2022).

Litteraturgjennomgangen ga oversikt over en rekke nullfunnstudier på dette området, altså studier som har studert bestemte innsatser uten å klare å påvise at de har en effekt. Et norsk eksempel på et slikt nullfunn er et forsøk med å gi en ny medisinsk vurdering etter seks måneders sykemelding (Uni Research, 2018). Denne nye vurderingen ble gjort av leger ansatt av Nav, ikke av den sykmeldtes faste lege. Effektevalueringen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie med Hordaland som «testcase». Forskerne fant ingen effekt av å gi en ny medisinsk vurdering, hverken på antall dager sykefravær, på gradering av sykmelding, på sannsynligheten for å gå ut av sykmelding før sykmeldingsretten var oppbrukt, eller på overgang til AAP. Mangelen på effekt gjaldt på tvers av

undergrupper definert ut fra kjønn, alder og diagnose. Legene som hadde gjennomført de nye medisinske vurderingene opplevde imidlertid at de ga de sykmeldte bedre innsikt i sin egen situasjon, og at de hadde en fordel i at de kjente virkemidlene i sykefraværsoppfølgingen bedre enn det vanlige fastleger gjør. I mange tilfeller opplevde de fastlegene som passive, i den grad at de noen ganger syntes det var vanskelig å holde en høflig tone i tilbakemeldingene (Aamland, et al., 2019). De to studiene av dette forsøket illustrerer at de involverte partene kan oppleve at den nye arbeidsmåten tilfører noe, selv om den ikke gir utslag på sykefraværstallene. Effekten av tiltaket kunne også vært annerledes om det hadde vært designet på en annen måte, for eksempel hvis Nav-legens vurdering var bindende og det var obligatorisk å møte opp til ny medisinsk vurdering.

Andre innsatser som har vært effektevaluert, og hvor det ikke er funnet noen påviselige effekter, inkluderer motivasjonsintervjuing i Norge (Aasdahl, et al., 2023), Brainwork i Nederland (Audhoe, et al., 2021), ekstra støtte gjennom e-helseintervensjon i Sverige (Cederberg, et al., 2022), 12-ukers arbeidsorientert rehabilitering i Danmark (Fisker, et al., 2022), los-program for å støtte overgangen fra skole til arbeid i Norge (Frøyland, et al., 2021), integrert mental helse- og yrkesrettet rehabilitering i Danmark (Hoff, et al., 2023a), og koordinator-funksjon i Raskere Tilbake-programmet i Norge (Skarpaas, et al., 2019).

5.4 Arbeidsavklaringspenger

Formålet med AAP er å sikre inntekt for et medlem i folketrygden som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått nedsatt arbeidsevne og enten får aktiv behandling, deltar på et arbeidsrettet tiltak, eller får annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid, jf. folketrygdloven § 11-1. Det er et vilkår for rett til AAP at medlemmet bidrar aktivt i prosessen med å komme i arbeid. Aktivitetskravene fastsettes i aktivitetsplanen, som skal utarbeides for alle som henvender seg til Nav og ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, jf. Nav-loven § 14 a. Som en del av arbeidet med aktivitetsplanen skal det gjennomføres en arbeidsevnevurdering. I gjennomgangen nedenfor bruker vi derfor god plass på litteraturen om arbeidsevnevurderinger før vi går nærmere inn på oppfølgingen av mottakere av AAP.

5.4.1 Arbeidsevnevurdering

Nav skal i arbeidsevnevurderingen bruke en helhetlig tilnærming som vurderer helse, kompetanse, tilretteleggingsbehov, motivasjon, sosiale forhold og arbeidsmarkedet. Målet er å

samarbeide tett med brukeren for å finne fram til tiltak og støtteordninger som er realistiske og hensiktsmessige for at personen skal kunne delta i arbeidslivet ut fra egne forutsetninger.

Studier som ble gjennomført forholdsvis kort tid etter at arbeidsevnevurdering ble innført som en sentral arbeidsmåte i 2010, finner at arbeidsmåten fikk gode skussmål både fra veiledere og brukere i Nav, og at alle parter så at arbeidsmåten hadde et betydelig potensial for å oppnå de målene den skulle. Samtidig fant evalueringene til Proba (2011; 2012) at det var store variasjoner både mellom Nav-kontor og mellom ulike brukere. Bruker-medvirkningen ble ikke alltid implementert på en god måte, sykdomsperspektivet dominerte fortsatt til fordel for fokus på ressurser, og det var store variasjoner både i kartleggingen forut for arbeidsevnevurderingen og på de dokumentene som kom ut av prosessen. Tempoet, og de begrensede ressursene Nav-veilederne hadde, sammen med den klare arbeidsorienteringen i de nye arbeidsmåtene, innebar at rommet for brukermedvirkning ble uklart. Nav-veilederne uttrykte ofte usikkerhet om hvem sin stemme som skulle tillegges vekt i ulike situasjoner, og på hvilke måter (Pedersen, et al., 2011).

En doktoravhandling om arbeidet med arbeidsevnevurderinger bekreftet inntrykket av at veilederne havner i komplekse vurderingssituasjoner (Gjersøe, 2017). Gjersøe (2017) peker på at arbeidet er tveetydig: det dreier seg både om veiledning og støtte for å komme ut i jobb, om å avgjøre hvem som skal få tilgang til bestemte stønader, og om når aktivitetskravene for fortsatt stønadsmottak er oppfylt. Veilederne oppfordres til, og må, bruke skjønn, men verktøyet for arbeidsevnevurderingen er utformet med et standardisert oppsett. Arbeidsevnevurderingen gir dermed rom for en form for «standardisert skjønn» (Gjersøe, 2017, p. 63). Veilederne er også pålagt å ivareta brukere med et bredt spekter av helsemessige og sosiale utfordringer. Studien viser at veilederne ofte tilpasser vurderingene og anbefalingene sine for å sikre at brukeren ikke mister inntekten, noe som kan føre til at brukere blir gående «uavklart» i mange år på midlertidige stønader (Gjersøe, 2016a).

Nicolaisen (2015) fant videre av Nav-veiledere hadde begrenset kunnskap om hva som kreves i ulike yrker, og opplevde de eksisterende støtte-verktøyene på dette området som utilstrekkelige. Veilederne laget derfor egne arkiv basert på ulike kilder på internett, yrkeskataloger laget på fylkesnivå og beskrivelser fra kollegaer og brukere. Arbeidsgivere ble i liten grad brukt som kilder i dette arbeidet. En ytterligere kompliserende faktor var at legenes vurdering av funksjonsevne ofte ikke

var grundig nok til å gi grunnlag for en selvstendig vurdering av om brukeren kunne stå i et bestemt yrke. Studien fant også ulik praksis med tanke på å vurdere arbeidsevnen mot et hvilket som helst yrke. Nav-veilederne syntes ofte det var vanskelig å kreve at en bruker som ikke lenger kunne stå i den jobben han eller hun hadde, måtte akseptere en hvilken som helst jobb fremfor å motta AAP. Tilsvarende fant en annen studie at brukernes egen oppfatning om sin arbeidsevne og legenes medisinske vurderinger ble premissleverandører for arbeidsevnevurderings-arbeidet til Nav-veilederne, og at veilederne følte at de manglet kompetanse til å utfordre disse premissene (Gjersøe, 2016b). I motsetning til Nicolaisen (2015) reiser imidlertid Gjersøe (2016b) spørsmålet om denne usikkerheten egentlig vil avhjelpes ved å tilføre kompetanse om arbeidsmarkedet, og argumenterer for at løsningen snarere kan være at veilederne må bli tryggere på hvordan de skal veie ulike forhold i den komplekse vurderingen som en arbeidsevnevurdering utgjør. Den profesjonelle kunnskapen om hva som skal til for å få folk ut i jobb er usikker og lite utviklet, og ansatte i Nav har ulik fagbakgrunn og kan dermed ikke lene seg på en felles faglig forståelse av hva aktivering konkret innebærer for ulike brukere.

Proba (2024) har nylig utarbeidet en analyse av Navs oppfølging av personer som mottar AAP. De finner at arbeidsevnevurderingen i liten grad brukes i oppfølgingsarbeidet. Den brukes som grunnlag for å innvilge søknaden om AAP, men oppdateres sjelden og fungerer ikke som et levende dokument i oppfølgingsarbeidet. Når søknaden først er innvilget, overtar aktivitetsplanen som verktøy i oppfølgingen. Unntakene er når bruker vurderes å ha et varig innsatsbehov, og i forkant av søknad om uføretrygd.

Spørsmålet om hva en arbeidsevnevurdering er og hvordan den bør gjennomføres er aktuelt i mange land. Generelt skjer det en dreining i hvordan vurderinger av adgangen til helserelaterte ytelser skjer: Fokuset vendes bort fra sykdom og diagnoser, og mot funksjonsevne og muligheten til å bidra (Sengers, et al., 2022). Sengers, et al. (2022) gjennomgår utviklingen i Australia, Danmark, Sverige, Island, Nederland, Storbritannia og USA, og trenden er den samme i alle landene – om enn i mindre grad i USA og Storbritannia, der medisinske forhold fortsatt tillegges stor vekt. Leger og deres medisinske vurderinger spiller fortsatt en sentral rolle, også i de andre landene, men vurderingen tar også hensyn til kontekst og muligheten til å gjøre tilpasninger på arbeidsplassen. Målet for disse vurderingene er å få til en reintegrering i arbeid, ikke å utmåle kompensasjon for tapt arbeidsevne. Det å involvere ulike instanser kan øke kvaliteten i

vurderingene, påpeker forskerne, men dette stiller store krav til samarbeid og anledning til å dele informasjon (Sengers, et al., 2022).

5.4.2 Oppfølging av brukere med arbeidsavklaringspenger

AAP kan gis til personer som har fått arbeidsevnen redusert med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Ordningen ble innført i 2010 som erstatning for tre tidligere ytelser, og et viktig mål med å samle ytelsene var at mottakerne skulle få tettere og tidligere oppfølging slik at de raskere kunne komme over i arbeid. De fleste som mottar AAP har hatt ett år med sykepenger umiddelbart forut, men det er ikke krav til tidligere sykmelding/arbeidsdeltakelse for å få ytelsen.

Mellom 2018 og 2022 gjaldt et strengere regelverk for AAP. I 2018 ble det innført som hovedregel at AAP ikke skulle kunne mottas i mer enn tre år, i stedet for fire år som tidligere. Muligheten til å forlenge ytelsen ble også begrenset til maksimalt to år. For å ytterligere understreke aktivitetsplikten ble det innført en «lavterskelsanksjon» som gjør det mulig å redusere AAP med et beløp som tilsvarer én stønadsdag hvis brukeren ikke overholder aktivitetskravet, med mindre brukeren oppgir en rimelig grunn (Kann & Lima, 2020). Videre, fra 1. februar 2020 ble minstesatsen for AAP redusert for mottakere under 25 år, og ung ufør-tillegget ble fjernet. En del av innstrammingene fra 2018 ble opphevet av Arbeiderparti/Senterparti-regjeringen i 2022. Karensperioden på 52 uker ble opphevet, og vilkårene for å få AAP forlenget ble endret. «Lavterskelsanksjonene» og det lavere beløpet for unge mottakere ble imidlertid videreført.

Mottakere av AAP skal ha oppfølging fra Nav, og også av helsevesenet hvis det er relevant. Oppfølgingsarbeidet har til hensikt å avklare mottakerens arbeidsevne, og å iverksette de riktige tiltakene for å bedre evnen til å stå i jobb. Disse tiltakene kan inkludere både medisinsk behandling og tiltak i regi av Nav. Veiledernes oppgave er å vurdere hva slags, og hvor mye, bistand brukeren trenger, gjennomføre arbeidsevnevurdering for brukere som har behov, og forberede søknader om andre stønader – for det meste uføretrygd. Aktivitetsplanen skal være en konkret plan som utarbeides av veileder og bruker sammen, som redegjør for hvilke aktiviteter brukeren skal gjennomføre. Arbeidsevnevurderingen brukes til å kartlegge brukerens mulighet for å komme (tilbake til) arbeid, og kan også være et sentralt dokument i en senere søknad om uføretrygd.

Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet ved OsloMet har nylig gjennomført en omfattende litteraturgjennomgang om AAP (Sadeghi, et al.,

2024). Framstillingene nedenfor trekker i stor grad på dette arbeidet. Gjennomgangen viste til flere studier som fant at oppfølgingsarbeidet ble nedprioritert i en travel hverdag, og at veilederne hadde for mange brukere å følge opp (Fossetøl, et al., 2014; Mandal, et al., 2015; Sæther, 2021). Veilederne ønsket ofte å gi tettere oppfølging, men tid og ressurser strakk ikke til. Når den tette oppfølgingen uteble, ble AAP-mottakerne i for stor grad passive trygdemottakere, AAP ble et «venteværelse for uføretrygd», og det ble for mye vekt på kartlegging og for lite på aktiv oppfølging. I den perioden da AAP var begrenset til tre år og det var en karenstid for å søke på nytt, ble det enda viktigere enn før å få til rask avklaring. Manglende tid til å følge opp brukeren, og til å koordinere med andre involverte instanser, gjorde dette utfordrende (Pedersen, 2021). Arbeidet med å få brukeren i gang med relevante arbeidsrettede tiltak i Nav-regi tar i mange tilfeller lang tid. Ofte vurderer veilederen at brukeren skal gjennomgå medisinsk behandling før arbeidsrettede tiltak er aktuelt, i andre tilfeller har brukeren allerede en arbeidsgiver vedkommende håper å komme tilbake til, eller er i gang med utdanning eller tiltak i kommunal regi. Dermed kan det ta tid før Navs oppfølging kommer i gang (Lande & Selnes, 2017).

Det foregår mye utprøving av nye samarbeidsformer og arbeidsmåter på Nav-kontorene, også med tanke på oppfølging av AAP-mottakere. En viktig distinksjon er om kontorene jobber etter en spesialistmodell, der veilederne er spesialister på et bestemt regelverk eller én ytelse, eller en generalistmodell, der de fleste veiledere skal kunne flere regelverk. Fossetøl, et al. (2020) finner en utvikling over tid bort fra spesialisering etter ytelse, mot enten spesialisering etter innsatsbehov, eller ulike former for generalistmodeller. Det er imidlertid forskjeller etter størrelsen på kontoret: større kontor er oftere organisert rundt innsatsgrupper, mens veiledere på mindre kontor oftere arbeider med alle typer brukere, uavhengig av ytelse og innsatsgruppe (Mandal, et al., 2015).

Tett oppfølging av brukerne fremstår som sentralt, særlig for unge brukere. Ungdomsgarantien fra 1. juli 2023 har som eksplisitt mål at brukere mellom 16 og 30 år skal sikres god og tett oppfølging, og at de skal ha en fast kontaktperson i Nav som følger dem og bistår i kontakten med andre aktører og hjelpeinstanser. Dette imøtekommer det som identifiseres som et betydelig savn hos mange unge NEETs (Not in Education, Employment or Training), nemlig en stabil relasjon til en voksenperson som engasjerer seg i situasjonen deres (Fyhn, et al., 2021). Resultater fra et forsøk i Danmark, riktignok rettet mot unge mottakere av

sosialhjelp, tyder på at slik tett oppfølging av denne gruppen kan gi gode resultater (Ravn & Nielsen, 2019). Hver sosialarbeider fikk langt færre enn normalt å følge opp, og de aktive arbeidsmarkeds-tiltakene ble intensivert. Dette ga signifikante og robuste effekter på overgangen til arbeid, også i en gruppe som sto langt fra arbeidsmarkedet i utgangspunktet.

I Probas nylige kartlegging av Navs oppfølging av AAP-mottakere finner de at mottakerne følges tettest og mest systematisk opp i starten og på slutten av AAP-løpet (Proba, 2024). I «mellomperioden» varierer oppfølgingen mer og kan være ad hoc-preget. En del brukere er i arbeidsrettet aktivitet og behandling samtidig, men behandlingen og den arbeidsrettede oppfølgingen ser ut til å være lite koordinert. Evalueringen finner «lite spor av at det er bevisst samtidighet, som bruker kan dra nytte av» (Proba, 2024, p. 89).

Mange av veilederne er usikre på hvordan de skal følge opp brukere med psykiske lidelser. Det er utfordrende å sette entydige mål for oppfølgingen, og å finne de tiltakene og aktivitetene som er mest hensiktsmessige. Dette er også funn som gikk igjen i områdegjennomgangen av arbeidsmarkedstiltak (Oslo Economics, 2024a). Veilederne etterlyser mer kompetanse på psykisk helse, men aktører med denne kompetansen, som Nav arbeidsrådgivning og Navs rådgivende overleger oppfattes som lite tilgjengelige og trekkes sjelden inn i det løpende oppfølgingsarbeidet.

Kommunikasjon i digitale aktivitetsplaner

Digital aktivitetsplan er et verktøy Nav har for å drive god arbeidsrettet oppfølging, og alle brukere som er under arbeidsrettet oppfølging skal ha en aktivitetsplan. Erfaringene er gjennomgående gode: den digitaliserte aktivitetsplanen gir en effektiv kanal for kommunikasjon, chat-funksjonen bidrar til mer og bedre dialog, og løsningen øker brukermedvirkningen og den individuelle tilpasningen, gir raskere avklaringer og økt arbeidsretting (Proba, 2022). Det digitale verktøyet bedrer samhandlingen internt på Nav-kontoret, og gjør veilederne tryggere på at ingen brukere «går under radaren». Digital samhandling erstatter likevel ikke møter ansikt-til-ansikt, og mange veiledere understreker at de også passer på å møte brukerne fysisk nå og da, særlig ved viktige stoppunkter. Sensitive temaer som rus, fysisk og psykisk helse eller barns situasjon eigner seg også bedre i fysiske samtaler enn som digital kommunikasjon. I tillegg finner evalueringen at noen grupper, som brukere med lav utdanning og eldre brukere, bruker den digitale løsningen

mindre. Det er altså en viss risiko for at høyt utdannede brukere, som bruker digital aktivitetsplan aktivt, blir prioritert høyere enn situasjonen deres skulle tilsi. For minoritetsspråklige kan man notere både fordeler og ulemper: skriftlig framfor muntlig kommunikasjon kan skape høyere terskler og øke faren for misforståelser, samtidig kan brukeren i skriftlig kommunikasjon bruke god tid og ta i bruk oversetterverktøy. Evalueringen av den digitale aktivitetsplanen viste at dialogfunksjonen brukes aktivt, og langt på vei har erstattet telefoner og SMS som direkte kontaktformer (Proba, 2022).

En studie fra 2021 gjennomgikk 80 aktivitetsplaner for brukere under 30 år, og fant at mye av dialogen omhandlet aktivitetsarbeidet bare indirekte (Ekelund, 2021). Nav kan ta kontakt med brukerne for å oppdatere aktivitetsplanen, mens brukerne ofte bruker dialogfunksjonen til å stille spørsmål om økonomi. Nav-veilederne svarer raskt på henvendelser, og i spørsmål som ikke omhandler aktivitetsplanen eller oppfølgingsarbeidet henviser de gjerne til andre aktører (for eksempel Skatteetaten eller Husbanken). Raske svar som henviser dem videre i systemet er likevel ikke det de unge brukerne ønsker seg. Mange av dem mangler systemforståelse, og har lite forståelse for at Nav viser dem videre i byråkratiet framfor å gi den bistanden de selv synes de trenger. Den lave systemforståelsen er en utfordring, og studien påpeker at Nav heller ikke klarer å tydeliggjøre hensikten med oppfølgingsløpet og den digitale aktivitetsplanen (Ekelund, 2021).

Tidspress i oppfølgingen som driver for høye utførerater blant unge

Som nevnt var det i perioden 2018–2022 en sterkere tidsbegrensning på hvor lenge brukere kunne motta AAP. I denne perioden var det strengere kriterier for å få ytelsen i mer enn tre år, og det var en karenstid på ett år før man kunne søke om en ny periode. I denne perioden ble det viktig å faktisk få til avklaringer i løpet av tre år, og en del ansatte i Nav fryktet at dette ble en driver for høyere utførerater (Ekelund, 2022). Veilederne kunne føle på et ansvar for at brukeren ikke ble sittende uten andre alternativer enn økonomisk sosialhjelp, og som en av dem uttrykte det: «Og når man da begynner å komme seg mot slutten av dette løpet så tenker de «Okei, men hva får vi til? Vi får ikke til noe. Men da blir det vel ufør» (Ekelund, 2022, p. 6). I slike situasjoner ble veilederne opptatt av å skrive en arbeidsevnevurdering som skal overbevise Nav Arbeid og ytelse – som vurderer søknaden om uføretrygd – om at brukeren ikke har noen arbeidsevne. Brukerne kan også selv komme med denne konklusjonen, noen ganger til overraskelse

for veiledere som har trodd at de var i et konstruktivt arbeidsavklaringsløp.

Veilederne peker på flere grunner til at det er vanskelig å bruke tiden i AAP-løpet på en god nok måte. En barriere er kapasitetsmangel i helsevesenet. Både fastleger og tilgang til tjenester som DPS kan være mangelfulle. En annen barriere kan være de unge brukernes alder og mangel på kompetanse på voksenliv, slik at Nav må bistå dem med ting som å skaffe skattekort eller sende søknader. Nav-veilederne formidler at disse brukerne trenger tid til å modnes, og foreslår alternative stønadsordninger med begrenset varighet, men likevel mer tid enn de tre årene med AAP (Ekelund, 2022).

Bruk av arbeidsmarkedstiltak for personer i målgruppen for arbeidsavklaringspenger

I 2022 var de samlede utgiftene til arbeidsmarkedstiltak over statsbudsjettet på rundt 10 milliarder kroner og nærmere 75 000 personer deltok på tiltak hver måned, hvorav 80 prosent hadde nedsatt arbeidsevne (NOU 2024: 17, p. 229). Virksomheter innen arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked, varig tilrettelagt arbeid og arbeidsmarkedskurs sysselsatte i samme år om lag 14 000 ansatte, som kommer i tillegg til ansatte i Nav og andre offentlig etater som jobber med slike tiltak (NOU 2024: 17, p. 230). Betydelige offentlige midler går med andre ord inn i de arbeidsrettede tiltakene.

Arbeidsrettede tiltak er en samlebetegnelse som favner en rekke ulike tilbud. Blant de viktigste er arbeidsmarkedssopplæring/AMO-kurs, utdanning, arbeidstrening/arbeidspraksis, lønnstilskudd, oppfølgingstiltak, varig tilrettelagt arbeid (VTA) og arbeidsforberedende trening (AFT).

Det å vurdere hvilke arbeidsmarkedstiltak som fungerer best på denne målgruppen er komplisert, men det finnes noe kunnskap om hvilke tiltak som virker for hvem, og om hvilke typer tiltak som brukes på ulike grupper. von Simson (2019), finner at opplæringstiltak og lønnstilskudd ser ut til å ha positive nettoeffekter på overgangen til arbeid, mens arbeidspraksis gjennomgående har liten betydning. Tilsvarende finner områdegjennomgangen fra 2024 at effekten er høy for utdanning og midlertidig lønnstilskudd, middels for AMO-kurs, oppfølging, utvidet oppfølging og IPS, og liten for arbeidstrening/arbeidspraksis. Oslo Economics' overordnede evaluering av arbeidsmarkedstiltak (Oslo Economics, 2024c) finner også sterke positive virkninger av midlertidig lønnstilskudd og tiltak i ordinær utdanning. Effektene er relativt uavhengig av om tiltaksdeltakerne har nedsatt arbeidsevne eller ikke. Alle gjennomgangene peker imidlertid på

viktige svakheter i kunnskapsgrunnlaget – vi vet ikke nok om hvilke tiltak som virker for ulike grupper.

Proba (2024) finner at for brukere med et komplekst utfordringsbilde, og hvor det ikke er tydelig hva som er den helsemessige hovedutfordringen, brukes ofte tiltak som Avklaring, Oppfølging, Arbeidsrettet rehabilitering og Arbeidstrening. Dette er tiltak som skal bidra til å få bedre innsikt i hvilke muligheter og begrensninger brukeren har på arbeidsmarkedet. I mindre komplekse saker, hvor diagnosen og utfordringsbildet er klarere, får brukerne tiltak knyttet til ordinært arbeid som Lønnstilskudd, Mentor, Inkluderingsstilskudd og Arbeidstrening. De finner også at flere kunne hatt godt av å starte tiltak tidligere, noe som også er i tråd med Oslo Economics' overordnede evaluering av arbeidsmarkedstiltak (Oslo Economics, 2024c).

Områdegjennomgangen av arbeidsmarkedstiltak anbefaler flere grep for en mer kunnskapsbasert og effektiv bruk av arbeidsmarkedstiltak (Oslo Economics, 2024a). Det legges stor vekt på behovet for et bedre kunnskapsgrunnlag og mer målrettet styring av tiltakene. For bedre kunnskapsutvikling foreslås å utvikle fagsystemer for mer systematisk datafangst og beslutningsstøtte i tildelingen av tiltak. Det bør legges til rette for randomiserte kontrollerte forsøk. På denne måten vil det være mulig å etablere forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som virker for hvem.

I tillegg anbefaler områdegjennomgangen at Nav utvikler metoder for utvikling, kvalitetssikring og spredning av erfaringsbasert kunnskap. Kartleggingen viser at veiledere lener seg på erfaringsbasert kunnskap – egen og kollegaers – men at slik kunnskap i liten grad er synliggjort, satt i system og utnyttet.

Anbefalingene for styring peker på rutiner for anskaffelse og finansiering av tiltak, og for å redusere barrierer for at en gitt bruker skal kunne delta på det tiltaket han eller hun har mest nytte av. Konjunktursvingningene i budsjettene for tiltak bør dempes, utdanningssystemet kan brukes mer aktivt som arbeidsmarkedstiltak, og Nav kan jobbe for å bygge ned de barrierene som finnes.

Aktivitetskrav og sanksjonering

Det finnes relativt få studier av hvordan brukerne i Nav opplever regelverkets krav om aktivitet, og de studiene som finnes er relativt små kvalitative studier som særlig tematiserer situasjonen til unge brukere (Wik, 2019; Åsheim, 2019). Intervjuene i disse studiene viser at mange av de unge brukerne opplever aktiveringen som retningsløs og dårlig

begrunnet – de føler at de henvises til stadig nye tiltak uten at det er klart for dem hva aktiviteten skal tjene til. Dette får dem ikke til å miste motivasjonen for arbeid, men ambisjonene svekkes når de føler at helseutfordringene, kombinert med motgang i Nav-systemet, blir overveldende (Wik, 2019). Åsheim (2019) peker på at begrunnelsene i Navs vedtak om aktivering oppfyller ulike funksjoner: De legitimerer videreføring av tiltak, og legitimerer samtidig praksisen i Nav i lys av etatens oppdrag. Studien antyder dermed at Nav driver aktivering fordi det er dette Nav er pålagt å gjøre, ut fra en institusjonell antakelse om at aktivering fører ungdommene nærmere arbeidslivet, mens ungdommene selv føler at de sendes i sirkler som egentlig ikke ser ut til å føre noe sted.

Nav-brukere som ikke oppfyller aktivitetskravene, altså ikke deltar på aktiveringstiltakene som ligger i aktivitetsplanen, skal i prinsippet sanksjoneres med kutt i stønaden. Flere studier viser at dette er noe veilederne kvier seg for å gjøre (Fekjær, et al., 2022; Gjersøe, 2022; Terum, et al., 2017). Veilederne i frontlinjen er opptatte av å skape gode betingelser for samarbeid og brukermedvirkning, og oppfatter at sanksjonering kommer i veien for dette. Videre vil de vurdere om manglende deltakelse fra brukerens side reflekterer at de selv ikke har gjort en god nok jobb – de kan ha henvist en bruker til et lite relevant tiltak, som brukeren har gode grunner til å ikke følge opp som forutsatt. Noen har også en grunnholdning om at det skal mye til å sanksjonere syke mennesker, som kan ha sterkt varierende dagsform og mange utfordringer i det daglige (Fekjær, et al., 2022). Veilederne vekt på å gjøre godt sosialt arbeid, og bevare en god relasjon til brukeren, fører altså til at regelverket ikke anvendes i så stor grad som loven åpner opp for.

5.5 Uføretrygd

5.5.1 Forvaltning av inngangskriterier for uføretrygd

Uføretrygd kan gis til brukere med varig nedsatt inntektsevne. Inntektsevnen må være varig nedsatt med minst 50 prosent, og sykdom og/eller skade må være hovedårsaken til at inntektsevnen er nedsatt. Det stilles krav om at hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak må være gjennomført, før uføretrygd kan innvilges. Forvaltningen av regelverket innebærer at det må gjøres en rekke skjønnsmessige vurderinger, både knyttet til inntektsevnen i seg selv og årsakene til nedsatt inntektsevne (på samme måte som dette må vurderes ved inngang til AAP), men også knyttet til om hensiktsmessig behandling er gjennomført.

Oslo Economics (2022b) har kartlagt drivere for klager og anker i Nav, og finner at andelen klager og anker på vedtak i Nav er særlig høy innen vedtak på uføretrygd, men også på AAP og sykepenger (se Boks 5-1). De forklarer dette med at det særlig er skjønnsmessige vurderinger som ligger grunn for vedtakene på de helserelaterte ytelsene, både for vurderingen av inngangskriteriene og for utbetalingens størrelse. De viser særlig til ung ufør-bestemmelsen i regelverket for uføretrygd (folketrygdloven § 12-13) og karenbestemmelsen i regelverket for AAP (folketrygdloven § 11-31) som eksempler på bestemmelser som særlig krever utstrakt bruk av skjønn, og som dermed genererer klager.

5.5.2 Restarbeidsevne blant deltakere i Varig tilrettelagt arbeid

Mottakere av uføretrygd kan delta i varig tilrettelagt arbeid (VTA), som er et varig tilrettelagt aktivitets-tilbud med arbeid, enten i skjermet sektor eller i ordinært arbeidsliv. Statistikk fra Nav viser at det i januar 2024 var omtrent 13 000 deltakere i VTA, som utgjør i underkant av 4 prosent av alle mottakere av uføretrygd. I tillegg finnes kommunale VTA-plasser,

og det er ventelister på VTA i flere kommuner (Gjertsen, 2023). VTA-deltakere utgjør en svært liten andel av uføretrygdde, men utviklingen i bruken og arbeidsdeltakelsen blant deltakerne kan likevel si noe om den potensielle restarbeidsevnen blant disse.

Det har vært en endring i sammensetningen av VTA-deltakere over en tyveårsperiode, hvor særlig andelen med psykisk utviklingshemming har falt og andelen med andre psykiske lidelser har økt. Gitt at en del av de andre psykiske lidelsene i mindre grad er kroniske, og hvor den reelle arbeidsevnen forventes å kunne variere over tid, kan dette potensielt tenkes å indikere en økt arbeidsevne i gruppen. Andelen med psykisk utviklingshemming falt fra 79 prosent (i datidens Arbeidssamvirketiltak) til 47,5 prosent i 2002, 38,7 prosent i 2006 (Fafo, 2008) og til et sted mellom 20 og 35 prosent i nyere tid (anslag som fremkommer i Engeland og Langballe (2017), Reinertsen (2015) og Wendelborg, et al. (2017)). Det har også vært en økning av andelen unge i VTA. Statistikk fra Nav for 2024 viser at et flertall av deltakerne er under 40 år (62 prosent av VTA-deltakere i skjermet sektor og 53 prosent av

Boks 5-1: Klager og anker i Nav

Klage- og ankefrekvensen i forhold til antall søknader er særlig høy for uføretrygd, men også for AAP og til dels sykepenger.

Tabell 5-1: Saksvolum i klage- og ankekjeden i Nav, 2021

			Utvalgte ytelser				
Totalt for alle ytelser og tjenester			AAP	Dagpenger	Foreldre-penger	Sykepenger	Uføretrygd
Vedtaksinstansen	Behandlede søknader om ytelser	4. mill. vedtak (estimat)	159 900	618 493 ¹	112 663		32 655
	Innkomne klager	63 572	5 862	21 694	3 679	8 038	5 763
	Behandlede klager (resultatstatistikk)	53 498	4 877	22 594	2 331	5 453	4 929
	Omgjøringsandel	36 %	33 %	42 %	23 %	41 %	15 %
Nav Klageinstans - klagesak	Innkomne klager	35 306	3 238	13 067	1 785	3 226	4 503
	Behandlede klager (kvalitetsskjema)	34 889	3 554	9 618	1 929	3 746	5 404
	Omgjøringsandel	14 %	17 %	9 %	8 %	23 %	14 %
Nav Klageinstans – ankesak	Behandlede anker (vedtak	4 971	871	168	134	572	1 761
	Omgjøringsandel	14 %	19 %	14 %	25 %	15 %	17

Note: Kilden inkluderer ikke tall over behandlede søknader av sykepenger. Kilde: Oslo Economics (2022b)

VTA-deltakerne i ordinært arbeidsliv er yngre enn 40 år). Til sammenligning var andelen VTA-deltakere under 40 år i 2006 på omtrent 40 prosent (Fafo, 2008). De siste 20 årene har det særlig vært en økning i andelen VTA-deltakere i 30-årene. Andelen VTA-deltakere under 30 år har vært relativt stabil (i underkant av 30 prosent både i 2006 og i 2024).

Hvilke arbeidsoppgaver VTA-deltakere i skjermet sektor gjennomfører, varierer i stor grad mellom tiltaksbedriftene. Noen tiltaksbedrifter produserer varer eller tjenester som selges på mer eller mindre ordinære vilkår i markedet, mens andre i større grad har et dagsenterpreg og vektlegger hobbylignende aktiviteter (Gjertsen, 2023). Over tid har flere bedrifter rettet seg mot mer inntektsbringende aktiviteter, og på grunn av forbud mot å ta ut utbytte fra disse bedriftene, har enkelte bedrifter som lykkes godt økonomisk akkumulert et betydelig overskudd over tid (Oslo Economics, 2022a). Vridningen mot mer inntektsbringende produksjon kan skyldes endringer i arbeidsmarkedsbedriftenes tilnærming over tid, men kan også være en indikasjon på at deltakernes arbeidsevne har økt, i tråd med den økte andelen deltakere med andre psykiske lidelser en psykisk utviklingshemming.

I takt med endringer i sammensetningen av brukerne, har det også de siste årene vært fokus på å øke bruken av VTA i ordinært arbeid, for å understøtte en tilknytning til ordinært arbeidsliv for de som har mulighet til det. Tilskuddene til VTA i ordinært arbeidsliv er også langt lavere enn tilskuddene til VTA i skjermet sektor. De aller fleste VTA-deltakere jobber i skjermet sektor (cirka 70 prosent). En kartlegging fra Oxford Research (2021) tilsier at det er VTA-deltakere i skjermet sektor som kan ha funksjonsevne til å være i VTA i ordinært arbeidsliv, men at det er flere barrierer for slike overganger som innebærer at det sjeldent skjer i praksis. Det kan være at deltakerne ikke ønsker eller er motivert for å jobbe i ordinære virksomheter, at pårørende ikke ønsker en slik overgang, at verken Nav eller tiltaksbedriften fokuserer på muligheter i ordinært arbeidsliv i sin oppfølging, eller at disse deltakerne vurderes som viktige for arbeidsmiljø og produksjon i den skjermede virksomheten de er i, som reduserer overgangen til VTA i ordinært arbeidsliv.

5.6 Samhandling innad i Nav og mellom Nav og andre aktører

5.6.1 Unge AAP-mottakere: mellom AAP og kvalifiseringsprogram

Som nevnt ovenfor er det ikke krav om tidligere inntekt for å kvalifisere til AAP. Personer med lav eller ingen inntekt forut for AAP-søknaden vil få innvilget minstesats. Denne satsen er for tiden litt over 2 G for personer over 25 år, 253 141 kroner i september 2024. Søkere under 25 kan få 2/3 av dette beløpet. For personer uten inntekt kan dermed AAP være et attraktivt alternativ til økonomisk sosialhjelp: AAP gir en forutsigbar inntekt, er ikke behovsprøvd, og de fleste vil motta mer i AAP-utbetalinger enn gjennom økonomisk sosialhjelp. Forutsetningen for å få AAP er imidlertid at arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Personer med begrenset inntektsevne kan dermed ha ganske klare insentiver til å forsøke å overbevise helsevesenet om at de bør få en helserelatert ytelse, noe som vil føre dem inn i et «sykdomsløp» som senere kan være vanskelig å komme ut av. Dette perspektivet er klart til stede i Sysselsettingsutvalgets drøfting av AAP (NOU 2021: 2, pp. 298-304). Sysselsettingsutvalget argumenterer for at flere, særlig unge mottakere av AAP, burde kanaliseres inn i Kvalifiseringsprogrammet (KVP) med tilhørende Kvalifiseringsstønad. Dette vil hindre unødvendig medikalisering og sykdomsfokus, ifølge utvalget, og gi muligheter for en mer aktiv oppfølging enn det denne brukergruppen ser ut til å få som AAP-mottakere i dag.

KVP, inkludert kvalifiseringsstønad, er kommunenes ansvar og finansieres med kommunale midler. Staten ga øremerket tilskudd til KVP i en tidlig periode, men siden 2011 har tilskuddet til programmet vært inkludert i rammetilskuddet til kommunen. I de påfølgende årene falt antallet deltakere på KVP betraktelig (NOU 2021: 2). Sysselsettingsutvalget er opptatt av at ansvarsfordelingen mellom stat og kommune må være ordnet på en slik måte at det ikke begrenser bruken av KVP. Sysselsettingsutvalgets ekspertutvalg pekte på at KVP er ressurskrevende og at hensynet til kommunal økonomi tilsier at brukere pekes i retning de statlige ytelsene i stedet for KVP (NOU 2019: 7, pp. 130-131). «Inngangsvilkårene til arbeidsavklaringspenger er skjønnsbaserte, og Nav-veileder vil dermed kunne ha innflytelse på om brukeren velger å søke om en statlig tryggedytelse eller kvalifiseringsprogrammet.» (NOU 2019: 7, p. 131).

Utvalget viser til Mandal, et al. (2015), som finner tendenser til at Nav-veiledere kan tenke på denne måten. Dette er imidlertid ikke et sterkt funn i den aktuelle studien. Informantene til Mandal, et al. oppgir at det er en del brukere som mottar AAP som heller burde vært på KVP (Mandal, et al., 2015, p. 206). På spørsmål om hvorfor KVP ikke brukes oftere, svarer informantene at programmene er fylt opp med så mange deltakere som det er plass til innenfor de rådende budsjettene. Bildet var uansett nyansert: En del unge brukere hadde alvorlige diagnoser, inkludert kreft, som tilsa at arbeid og aktivitet ikke kunne være en prioritet for dem akkurat nå. For noen unge brukere, mente veilederne, var helserelaterte ytelser det eneste riktige.

KVP er en rettighet for de brukerne som fyller vilkårene, og denne rettigheten gjelder uavhengig av finansieringen av programmet. Samtidig har Nav budsjettammer å forholde seg til, og evalueringer av KVP peker på finansieringen som en barriere (Strand & Svalund, 2021; Oxford Research, 2022). Manglende kommunale midler setter dermed grenser for hvor mange som kan tilbys KVP.

Det at KVP er et kommunalt tiltak, mens AAP er statlig, kan ha betydning for sorteringen av brukere inn i de ulike programmene. At det er spenninger mellom statlig og kommunal linje i Nav er godt kjent fra Nav-forskningen, men sentrale bidrag – for eksempel Fossetøl, et al. (2016) – finner at utviklingen over tid har gått i retning av en sterkere integrering av statlig og kommunal linje i Nav, noe som tyder på mer og bedre samarbeid. Samtidig er det en del utfordringer knyttet til at de to linjene har ulike lønns- og personalforhold og ulike fagsystemer. Dette diskuteres i liten grad eksplisitt på kontorene, men «alle» vet at problematikken er der (Fossetøl, et al., 2016). Opplevelsen av et skille gjennom kontorene gjenspeiles i ulike tradisjoner for å tenke rundt aktivering: ansatte i statlig linje opplever at kommunene ikke har tilstrekkelig fokus på arbeidsretting og aktivering, mens de kommunalt ansatte mener at Navs opptatthet av at brukerne skal være aktive og selvhjulpne ikke fungerer for de utsatte brukerne. Fossetøl, et al. (2016) mener at det at stat og kommune ikke drar i samme retning bidrar til å svekke den arbeidsrettede innsatsen.

En nyere studie viste at ordførere og kommune-direktører vurderte samarbeidet mellom stat og kommune i Nav positivt, og at samarbeidet satte Nav bedre i stand til å løse oppgavene sine – selv om de også mente at samarbeidet var preget av statlig dominans (Fossetøl, et al., 2020). Lederne på Nav-kontorene mente oftere enn ordførerne og kommunedirektørene at partnerskapet bidro til

merarbeid, og var klart sjeldnere enige i at partnerskapet gjorde Nav-kontorene bedre i stand til å løse oppgavene sine. Synet på partnerskapet varierer med andre ord med hvem man spør, og sannsynligvis er det stor variasjon mellom kontorene i hvordan samarbeidet er organisert og hvor godt det fungerer for ulike ansatte.

Avveiningene som gjøres i Nav mellom KVP og AAP for unge brukere er hovedtema for en studie gjennomført av Fafo (Strand & Svalund, 2021). Forskerne peker på at KVP er rettet mot personer «med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven» (sosialtjenesteloven § 29). AAP, som er hjemlet i folketrygdloven, får dermed en forrang. Mange av de unge brukerne har ingen diagnose og har ikke vært utredet tidligere, dermed kan søknaden til Nav om økonomisk støtte bli starten på et helsespor (Strand & Svalund, 2021, p. 43). Arbeidsevne-vurdering skal gjøres før brukeren kan få AAP eller KVP, og Nav bruker store ressurser på å samle helsedokumentasjon før vedtak om AAP kan fattes. Den klare beskjeden fra Nav-kontorene i Fafo-undersøkelsen er at det er kravet om nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte som avgjør om en bruker får AAP eller ikke. De formidler at det finnes en gråsoner mellom AAP og KVP, men også at det finnes unge som helt klart hører hjemme i AAP-ordningen.

Når det gjelder hvem som henvises til KVP, legger veilederne i undersøkelsen vekt på om de unge brukerne er motiverte og i stand til å delta i et program 37,5 timer i uken. Forskerne finner også at trekk ved Nav-kontoret og veilederne er viktige: unge har større sjanse for å bli henvist hvis veilederen kjenner til KVP, har tid til å følge opp, og om det finnes ledige plasser. Særlig i de store kommunene legger veilederne vekt på om det er ledig kapasitet i KVP.

Strand og Svalund (2021) drøfter eksplisitt hva det betyr at kommunene finansierer KVP, men ikke AAP. Nav-lederne i studien formidler at de arbeider for å skape større forståelse for at det bør brukes midler på KVP hos lederne i kommunen, men at det er stor kamp om de kommunale midlene og at kommunene har en rekke lovpålagte oppgaver de må prioritere. KVP er også et individuelt tilbud kommunene er pålagt å ha, men loven sier ikke noe om hvor mange plasser kommunen skal tilby. Kommunedirektørene styrer ikke i detalj hvor mange plasser Nav skal tilby, men Nav-kontorene må holde seg innenfor de budsjettammene kommunen gir, og mange Nav-ledere ønsker seg større grad av kontroll over denne rammen.

Stramme kommunale budsjetter legger dermed føringer på hvor mange som kan tilbys KVP.

Samlet finner vi altså en del føringer i forholdet mellom statlige og kommunale ytelser som kan bidra til å begrense adgangen til KVP:

- KVP skal tilbys personer som har begrensede rettigheter etter folketrygdloven, noe som tilsier at adgangen til ytelser etter folketrygdloven utredes før KVP eventuelt tilbys. Dette kan føre til at brukere utredes for nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte, også i tilfeller hvor helseproblemer ikke i utgangspunktet fremstår som hovedårsaken til brukerens utfordringer med arbeid.
- Det er stor konkurranse om kommunale midler, og KVP har ikke alltid tilstrekkelig med plasser. Fordi de helserelaterte ytelsene er statlig finansiert, har kommunene svake insentiver til å forebygge overgang til disse ytelsene.
- Nav-veiledere kan ha begrenset kunnskap om KVP, og også begrenset tid til å følge opp brukere i et KVP-løp.

5.6.2 Nav-veiledernes opplevelse av samhandlingen med helsevesenet

Samhandlingsflatene mellom Nav og helsevesenet er et svært omfattende tema. Spørsmålet er berørt i flere av utviklingsprosjektene som ble gjennomgått ovenfor, og vil også bli diskutert i neste kapittel. I dette avsnittet presenteres kort de studiene som ble identifisert gjennom litteratursøket som utforsker hvordan dette samarbeidet fremstår fra Nav-ansattes side.

En ny norsk studie konkluderer med at samarbeidet mellom Nav og helsetjenesten, mest opplagt fastlegene, ble hindret av mangel på kommunikasjon og koordinering mellom frontlinjearbeiderne i begge organisasjonene (Bakken & van der Wel, 2023). Tiden til samhandling var begrenset, og de involverte manglet felles plattformer. Dette skaper gjensidig irritasjon og gir en mindre effektiv oppfølging, særlig av unge brukere med sammensatte utfordringer. Leger som er ansatt i Nav kan bidra til å bygge broer, ikke minst har de en rolle i å hjelpe Nav-veiledere til å tolke uttalelser fra fastleger og identifisere hvilke spørsmål som bør stilles. Rollen slike leger kan spille, begrenses likevel av de organisatoriske og administrative barrierene mellom Nav og helsevesenet.

Flere kvalitative studier har påpekt at de organisatoriske barrierene mellom Nav og helsevesenet også innebærer, og kanskje forsterker,

dyptgående forskjeller i tenkemåter eller «logikker». Fastlegens blikk er det medisinske, han eller hun har som oppgave å identifisere sykdom, skade eller lyte og søke å finne en behandlingsmulighet. Nav, derimot, ser etter det som er friskt – «restarbeids-evnen» – og søker å coache brukeren i retning av en eller annen form for arbeid eller aktivitet. Kategorien «verdig trengende sykmeldt, men arbeidsdyktig bruker» skapes og gjenskapes på Nav-kontoret (Stray, et al., 2023). I denne prosessen inngår også en moralsk vurdering, der veilederne gjør sine egne vurderinger av hvilke tilstander som med rimelighet kan sies å begrunne fullt fritak fra den generelle plikten til å jobbe. Forfatterne stiller dermed spørsmålet om Nav-veilederne, i arbeidet med å vurdere arbeidsevne, er på «et moralsk oppdrag» (Stray, et al., 2023), og dermed befinner seg i en annen tankeverden enn det fastlegene og helsevesenet forøvrig gjør (Dybvik & Schönfelder, 2021; Stray & Thomassen, 2023).

Den allerede nevnte studien av Navs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer langs det som kalles helseaksen, Standal, et al. (2024), peker på behovet for samarbeid mellom aktører med ulike kompetanse. For veilederne er det viktig å kjenne interne og eksterne samarbeidspartnere, og det er viktig at alle aktører forstår hverandres roller, muligheter og begrensninger. Manglende rolle- og ansvarsforståelse, både internt i Nav og mellom Nav og fastleger eller arbeidsgivere, oppleves som barrierer for samarbeid. Alle partene i undersøkelsen peker på mulighetene som ligger i digitale verktøy og kommunikasjonskanaler, men er samtidig opptatt av at slike verktøy har begrensninger og at menneskelig kontakt også er nødvendig.

5.6.3 Samhandlingen med utdanningssektoren

Mangel på utdanning er en sentral utfordring for mange av Navs brukere, ikke minst for unge brukere, uavhengig av hvilken ytelse de mottar. Flere sentrale dokumenter har påpekt behovet for et bedre samarbeid mellom Nav og utdanningssektoren (Meld. St. 32 (2020–2021); NOU 2019: 7; NOU 2021: 2). Slikt samarbeid er et strategisk satsingsområde for Nav, som omtalt både i virksomhetsstrategien og i mål- og disponeringsbrev til fylkene (Oslo Economics, 2024a). Siden 2021 har Nav, IMDi og Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) samarbeidet om det såkalte Fellesoppdraget, med mål om å utvikle et bedre tilbud innen fag- og yrkesopplæring. Som en del av Fellesoppdraget fikk hvert fylkesledd i Nav midler til fire opplæringskoordinatorer, med mandat til å jobbe tverrsektorielt i eget fylke og tett opp mot fylkeskommunen, samtidig som de skal være

ressurspersoner for Nav-veilederne og bidra til kompetansedeling og ha oversikt over ulike utdanningstilbud. Innenfor rammene av Fellesoppdraget er det utviklet flere lokale modeller for samarbeid mellom Nav og utdanningssektoren.

Områdegjennomgangen av arbeidsmarkedstiltak peker på utdanning som et av de mest effektive tiltakene for personer utenfor arbeidslivet (Oslo Economics, 2024a). Samtidig identifiserer gjennomgangen konkrete barrierer i samarbeidet mellom Nav og utdanningssektoren, ut ifra intervjuer med Nav-kontorene. Ett sett av barrierer skapes av at Nav og utdanningssektoren har ulike styringslinjer. Arbeids- og velferdsdirektoratet kan ikke instruere fylkeskommunene, dermed finner samarbeidet svært ulike former fra ett fylke til et annet, og graden av forpliktelse varierer. For det andre tilføres ikke fylkeskommunen midler for å samarbeide med Nav. Nav har fått særskilte ressurser til dette samarbeidet, og blir dermed ansvarlig for å drive det framover. For det tredje sliter veilederne i Nav med å orientere seg i utdanningssystemet. De har allerede mye de skal holde oversikt over, og innsikt i lokale utdannings-tilbud kommer «på toppen» av alt det andre. For det fjerde er regelverket en barriere. Det er stor usikkerhet knyttet til hvilke ytelser, om noen, brukere har rett til når de deltar i ordinær utdanning. Dette skaper også motstand hos brukere som er redde for å miste ytelser og ikke ønsker å ta opp studielån. Samarbeidet kompliseres videre av personvernlovgivningen, som gjør det vanskelig å utveksle personopplysninger om brukere/elever. Videre er det en begrensning i regelverket at noen brukere har «brukt opp» retten til videregående opplæring, og ikke får videre skoleløp finansiert av fylkeskommunen. I slike tilfeller er det Nav, eller brukeren selv, som må finansiere utdanningen (Oslo Economics, 2024a).

5.7 Samlet vurdering av forskningen

5.7.1 Om litteraturen

I dette kapitlet har vi gjennomgått publisert litteratur om rutiner, praksis og fagutvikling i Nav og samarbeidende instanser. En observasjon etter gjennomgangen er at mye av denne litteraturen, og mer enn på de andre områdene som omfattes i denne områdegjennomgangen, er publisert som norske rapporter og artikler.

På bakgrunnen av litteraturen er det få klare og entydige forskningsfunn om Navs oppfølgingsarbeid. En hovedkonklusjon fra dette kapitlet er at det er behov for flere effektstudier av Navs praksis. For å få dette til kan det være hensiktsmessig å

legge opp til eksperimentdesign, der et tiltak innføres ved noen kontorer/i et fylke før det innføres i hele landet. Det vil gjøre det mulig å vurdere om alternative arbeidsmåter faktisk gir andre resultater. Slike design vil imidlertid måtte gjøres metodisk korrekt for å kunne påvise effekter, med begrenset rom for lokal tilpasning og faglig skjønn, slik at det er helt tydelig hva som måles. Dette vil i mange sammenhenger stemme dårlig overens med Navs mandat og arbeidsmåte. Med andre ord er det vanskelig å etablere klare årsaksforhold mellom Navs arbeidsmåter og utfall for brukerne, og kanskje er det i mange tilfeller få andre alternativer enn å slå seg til ro med at systematisering av involvertes vurderinger og erfaringer er det beste kunnskapsgrunnlaget som kan skaffes til veie.

5.7.2 Hva vet vi fra forskningen?

Innledningsvis presenterte vi en rekke hypoteser om utfordringer og barrierer i Navs oppfølgingsarbeid. I dette avsluttende avsnittet oppsummerer vi hva forskningen sier om de aktuelle hypotesene. For å gi en bedre oversikt har vi gruppert hypotesene i seks hovedhypoteser.

Hypotese 1: Oppfølgingsarbeidet i Nav er lite egnet til å fange opp de reelle problemene sykmeldte arbeidstakere har.

Til grunn for denne hypotesen ligger en anerkjennelse av at helsetilstanden i befolkningen har endret seg siden folketrygdloven først ble vedtatt i 1966. Mange sykmesles fortsatt på grunn av sykdommer som har klare fysiske årsaker, inntreffer brått, og har et forutsigbart behandlings- og tilhelingsløp. De diagnosene som øker mest har imidlertid andre trekk. Muskel- og skjelettplager, samt psykiske lidelser, kan oppstå gradvis, har uklare årsaker og usikre prognoser. Ulike lidelser spiller dessuten ofte sammen, og grense- dragingen mellom «sykdom» og «sosiale problemer» kan være vanskelig å trekke.

Navs kontakt med sykmeldte og arbeidsgivere er begrenset, og dialogmøte 2 er typisk første gang Nav-veileder møter partene ansikt til ansikt. Ofte vil det være uklart for Nav, arbeidsgiver og sykmelder, og kanskje også for den sykmeldte selv, om det er bakenforliggende årsaker til fraværet. Forskningen som er sitert i dette kapitlet tyder på at Nav-ansatte og arbeidsgivere gjensidig opplever hverandre som dårlig forberedt og lite kompetente. Dialogmøtet har også begrenset varighet, og fokuset er på muligheter for tilrettelegging. Eventuelle bakenforliggende årsaker til sykefraværet, enten disse er av jobbmessig eller privat karakter, vil neppe bli tema i disse møtene. Nav-veilederne har begrenset tid til å følge opp hver enkelt sykmeldt, og dermed liten mulighet til å gå i dialog om hva

som «egentlig» ligger bak fraværet. Funn fra litteraturgjennomgangen gir sånn sett støtte til hypotesen om at oppfølgingen ikke handler om eventuelle bakenforliggende årsaker.

Hypotese 2: Nav mangler kompetanse, tid og egnede virkemidler til å drive relevant oppfølgingsarbeid.

Vår litteraturgjennomgang gir klar støtte til hypotesen om at Nav-ansatte mangler tid til å følge opp brukerne så godt som de skulle ønske. Mottakere av AAP skal ha tett oppfølging, men veilederne mangler ofte ressurser til å følge opp så tett og aktivt som de skulle ønske, og som de ser at brukeren trenger. Systemet gir muligheter for individuell tilpasning, men både knapphet på tid og gjennomtrekk blant veiledere tilsier at det er vanskelig å få til god individuell tilpasning.

Muligheten til å følge opp brukere med komplekse utfordringer og medisinsk uforklarte plager og symptomer kan begrenses både av utilstrekkelig kompetanse i Nav, og av de institusjonelle mulighetene til å følge opp disse brukerne. Vi har funnet at Nav-ansatte selv opplever at de har for dårlig kompetanse til å møte brukere med psykiske lidelser. Litteraturgjennomgangen har også vist at det mangler kunnskap om hvilke tiltak som hjelper for hvem. Alt i alt finner vi støtte til hypotesen: oppfølgingen i tjenesteapparatet, inkludert i Nav, er ikke tilpasset de helseplagene som øker mest i befolkningen og fanger i begrenset grad opp bakenforliggende årsaker, og forvaltningen har store utfordringer med tanke på å implementere målrettet og effektiv oppfølging.

Nav har i de senere årene gjennomført ulike forsøk som søker å prioritere ressursene riktiger: identifisere tidlig de sakene som krever mye oppfølging, og konsentrere ressursene om disse. Det er lovende funn i forsøk som ber brukerne selv indikere hvor langt fraværet kommer til å bli, og også gi en vurdering av relasjonen til arbeidsgiver. Funnene tyder på at brukerne gjør realistiske vurderinger, noe som også støttes av internasjonal forskningslitteratur. Dermed kan det være mye å hente på å gi særlig oppfølging til de som selv tror at fraværet vil bli langvarig, og som samtidig sier at relasjonen til arbeidsgiver er dårlig.

Brukere med komplekse problemer og psykiske lidelser kan trenge langsiktig relasjonsbygging og innsats over flere år. Dette er vanskelig å få til i Nav, der skifte av veileder kan skje når brukerne går fra en ytelse til en annen, når veilederen slutter eller kontoret omorganiseres. Systemet er generelt ikke rigget for å tilby brukerne langsiktige og tillitsbaserte relasjoner, selv om dette kan være

nettopp hva brukere med komplekse problemer og psykiske lidelser trenger.

Forskningen tyder på at uføretrygdde som ber Nav om hjelp med overgang til arbeid, i liten grad får det. Dette synes også å gjelde de unge, til tross for at disse har krav på slik oppfølging. Videre er det også i tråd med informasjon som har fremkommet i intervjuer. Nav har i liten grad avsatt ressurser til arbeidsrettet oppfølging av uføretrygdde.

Nav har i noen fylker har gjennomført forsøk der de retter innsatsen mot arbeidsgivere og jobber tettere med arbeidsgivere som opplever utfordringer. Samtidig har kontorene brukt mindre tid på oppfølging av sykmeldte som antas å ha små eller ingen oppfølgingsbehov. De involverte aktørene forteller om positive erfaringer med denne måten å innrette arbeidet på, noe som antyder at dette kan være en interessant vei framover for oppfølgingsarbeidet generelt.

Hypotese 3: Brukerne føler seg ikke ivaretatt i Navs oppfølgingsarbeid.

Vi har ikke funnet litteratur som peker på manglende motivasjon blant brukerne som et nøkkelproblem. Noen bidrag peker imidlertid på at brukernes motivasjon svekkes over tid hvis de opplever oppfølgingsløpene som lite relevante, lite målrettede, eller planløse.

Uføretrygd er den ytelsen hvor vedtakene oftest klages på av bruker, og klageprosessene er ressurskrevende både for Nav og bruker. Både avklarings- og dokumentasjonsbehovet og klagevolumet på vedtak skyldes trolig at inngangskriteriene i stor grad er basert på skjønnsmessige vurderinger. Dette gjelder særlig personer med diffuse plager, hvor det er uklart hva som er hensiktsmessig behandling. Det er sannsynlig at dette bidrar til at det gjennomføres en del aktiviteter i oppfølgingen i et AAP-løp som primært har til formål å dokumentere at behandling eller arbeidsrettet aktivitet er forsøkt, uten at det vurderes å ha en reell effekt på arbeidsevnen. Dette understreker dilemmaene i Navs kombinerte kontroll- og hjelpefunksjon overfor brukerne: Veilederne jobber med arbeidsinkludering som mål, men oppfølgingstiltak blir også dokumentasjon i en eventuell søknad om varig stønad. Fordi vedtak om varig uførhet krever at «alt» skal være prøvd, kan oppfølgingsarbeidet for noen brukere på sikt få en rituell karakter. Hvordan Nav-veiledere ivaretar og vektlegger de ulike hensynene i det daglige arbeidet finnes det lite kunnskap om.

Vi har ikke funnet litteratur som tematiserer forskjellen på AAP-mottakere som kommer fra

sykepengeordningen, som har en arbeidshistorikk nært i tid og har mottatt oppfølging i en lengre periode, og andre AAP-mottakere. Det er imidlertid sannsynlig at det kan være forskjeller mellom disse gruppene, og det kan være nyttig for Nav å få mer kunnskap om i hvilken grad, og på hvilke måter, de to gruppene har ulike behov.

Hypotese 4: Bruken av arbeidsrettede tiltak er ikke tilstrekkelig effektiv.

Nav har tilgang til et bredt spekter av tiltak for personer med helseutfordringer. De fleste av disse anskaffes av fylkesleddet i Nav, og resultatene av litteraturgjennomgangen gir ingen holdepunkter for å anta at dette innkjøpsarbeidet ikke gjøres på en god måte.

Derimot er det, som nevnt ovenfor, forholdsvis klar støtte til en hypotese om at kunnskapen om hvilke tiltak som virker for hvem, mangler. Den store variasjonen i tiltakene som tilbys, kombinert med variasjoner i tildelingspraksis, gjør det vanskelig å gjennomføre gode effektstudier om dette temaet. Dette er et kunnskapshull og en utfordring for framtidig forskning.

Hypotese 5: Ressursene i Nav brukes ikke optimalt, blant annet på grunn av inndelingen i statlig og kommunal linje.

Innsikt fra forskning på Nav som organisasjon tyder på at integreringen mellom den statlige og den kommunale linjen har blitt bedre over tid. Likevel påpekes utfordringer som oppstår som følge av at de to linjene ikke alltid trekker i samme retning. Et spesialtilfelle som er diskutert i dette kapitlet, er forholdet mellom AAP og Kvalifiseringsprogrammet. AAP er en statlig ytelse, mens Kvalifiseringsprogrammet organiseres og finansieres av kommunene. Kvalifiseringsprogrammet er en rettighet for de som er i målgruppen, men flere evalueringer tyder på at den kommunale økonomien legger begrensninger på hvor mange plasser som er tilgjengelige. Dette reiser spørsmålet om det muligens er mottakere av AAP som kunne og burde delta i Kvalifiseringsprogrammet, men som ikke får muligheten på grunn av begrenset kapasitet.

Hypotese 6: Samhandlingen mellom Nav og andre instanser fungerer ikke godt nok.

I dette kapitlet har vi gjennomgått flere utviklingsprosjekter Nav har gjennomført for å bedre kommunikasjonen med helsevesenet. Det at etaten legger så mye innsats i dette, tyder på at det vurderes å være et betydelig forbedringspotensial i denne samhandlingen. Helsevesenets rolle i

allokeringen av helserelaterte ytelser diskuteres mer utførlig i neste kapittel.

Nav-veiledere har mange ting å sette seg inn i, og utdanningstilbudet lokalt kommer «på toppen av» alt annet. Det er også identifisert andre barrierer mellom Nav og utdanningssystemet, som ulike styringslinjer, mangel på ressurser – også i fylkeskommunen, som har ansvar for videregående opplæring – og uklarhet i regelverket. Noen mottakere av helserelaterte ytelser vegrer seg for å starte på utdanning fordi de er redde for å miste ytelser og ikke ønsker å ta opp studielån. Bedre samarbeid mellom Nav og utdanningssektoren vil kreve målrettet innsats, tilføring av ressurser og avklaring av regler. Dette kan likevel være samfunnsøkonomisk lønnsomt, siden studier av aktiveringstiltak tyder på at deltakelse i ordinær utdanning er blant de mest effektive tiltakene for å fremme yrkesdeltakelse.

Også samarbeidet mellom Nav og arbeidsgiverne har svakheter. Evalueringene tyder på at dette har blitt bedre over tid, men Nav har fortsatt begrenset kontaktflate mot arbeidsgiverne. Arbeidsgiverne på sin side vil samhandle med Nav først når de har langtidssykmeldte ansatte, noe særlig mindre bedrifter opplever relativt sjelden. Bedre samarbeidsarenaer, og mulighet til tettere kontakt med arbeidsgivere, kan sette Nav i stand til å bedre utøve sitt samfunnsoppdrag.

Et spesialtilfelle med tanke på samarbeid med arbeidsgivere gjelder uføretrygdde som i dag deltar i varig tilrettelagt arbeid (VTA). Etterspørselen etter VTA er større enn tilbudet av plasser, og vi vet at produksjonen som foregår i VTA er blitt mer inntektsbringende over tid, sannsynligvis delvis som følge av økt produktivitet blant VTA-deltakerne. Forskningen indikerer at flere VTA-deltakere har tilstrekkelig arbeidsevne til å kunne jobbe i ordinært arbeidsliv med tilskudd og tilrettelegging, men at det er strukturelle barrierer for dette. De samme barrierene begrenser mulighetene til Navs oppfølgingsteam for uføretrygdde under 35 år, som ønsker arbeidsrettet bistand. Også disse erfaringene tyder på at det er noe uutnyttet restarbeidsevne blant uføretrygdde, men det er strukturelle barrierer for å komme i kontakt med mottakerne som hindrer utrulling.

Oppsummert om hypotesene

Alt i alt gir vår litteraturgjennomgang delvis støtte til så å si alle hypotesene som er gjennomgått her. Noen hypoteser får imidlertid sterkere støtte enn andre:

- Mange bidrag peker på at oppfølgingsarbeidet hemmes av at veilederne ikke har tilstrekkelig

tid til å følge opp. Dette kan bedres enten ved å tilføre Nav flere ressurser, eller gjennom å prioritere ressursene bedre. Forsøksvirksomhet med tettere oppfølging i krevende saker, og samtidig mindre oppfølging i enklere saker, viser lovende resultater.

- Oppfølgingsarbeidet fungerer ikke godt nok for brukere med sammensatte problemer, herunder medisinsk uforklarte plager og symptomer. Slike plager er vanskelige for legene å diagnostisere, og Nav vil ofte oppleve legenes funksjonsvurdering som mangelfull. Nav mangler tid, og ofte også kompetanse, til å fange opp underliggende problemer.
- Samhandlingen mellom Nav og andre instanser er mangelfull. De senere årene er det gjort et betydelig utviklingsarbeid for å bedre samhandlingen med helsevesenet. Samhandlingen med utdanningssystemet og arbeidsgiverne har ikke fått samme oppmerksomhet, og her er det vesentlig rom for forbedring.
- Kvalifiseringsprogrammet har potensial til å nå flere, og dette er i stor grad et ressurs spørsmål. Kommunene har mange oppgaver de skal løse innenfor sine økonomiske rammer, og manglende prioritering av ressurser er en barriere for mer omfattende bruk av kvalifiseringsprogrammet.

5.7.3 Kunnskapshull

Vi har vist at det pågår mye utviklingsarbeid for å forbedre sykefraværsoppfølgingen, men at det er vanskelig å finne tiltak med tydelig effekt. De mange nullfunnene reiser spørsmålet om hva som skal til, og om det er noe med forståelsen av sykmeldtes situasjon som ikke fullt ut fanges opp og forstås i hjelpeapparatet. Den samme refleksjonen kan knyttes til mottakere av AAP. Finnes det måter å møte situasjonen deres på som ikke må involvere medikalisering og vekt på fysiske eller psykiske begrensninger? Her er det rom for vesentlig mer forskning og utviklingsarbeid, og også for kunnskapsutvikling om hvordan innsikter fra forskning kan brukes til å forbedre praksis.

Gjennomgående finnes det få effektevalueringsstudier om Navs oppfølgingsarbeid. Vi vet for lite om hvilke tiltak som virker for hvem. Det er behov for flere slike studier, noe om også påpekes i områdegjennomgangen av arbeidsmarkedstiltak (Oslo Economics, 2024a) og i Folkehelseinstituttets «forskningskart» (Berg, et al., 2021). Folkehelseinstituttet etterlyste særlig studier som undersøker innsatser for distinkte aldersgrupper, kjønn og yrkesgrupper, og som ser på betydningen av graderte sykmeldinger.

5.8 Supplerende informasjon fra intervjuer og statistikk

Funn fra intervjuene samsvarer godt med funnene fra forskningslitteraturen om Navs forvaltning av de helserelaterte ytelsene. I intervjuene har det i liten grad fremkommet informasjon som er motstridende med funnene fra forskningslitteraturen, men intervjuene bidrar med noen relevante supplerende detaljer knyttet til kunnskapen som allerede belyses i forskningen. Funn fra intervjuene kan også til en viss grad brukes til å belyse enkelte av kunnskapshullene fra litteraturen.

Manglende ressurser i Nav til å gi ytelsesmottakere den oppfølgingen Nav mener de burde få, har i intervjuene blitt pekt på som en generell utfordring på tvers av de helserelaterte ytelsene. Målretting av Navs ressursbruk kan være en mulig løsning på disse utfordringene. Målretting av ressurser innebærer en form for prioritering av brukere, noe som i seg selv kan være utfordrende. I litteraturgjennomgangen løftes noen konkrete systemendringer og forsøk som innebærer ulike former for ressursprioritering i sykefraværsoppfølgingen frem, og informantenes erfaringer med disse omtales under.

En annen form for prioritering av Navs ressursbruk, som i mindre grad omtales i litteraturgjennomgangen, er virkninger av føringer om prioritering av utvalgte brukergrupper i den arbeidsrettede oppfølgingen. I tildelingsbrevet til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2024 påpekes det at etaten skal prioritere personer fra utsatte grupper i arbeidsmarkedet, og særlig unge, for tilbud om individuelt tilpasset bistand og arbeidsrettet oppfølging. Utover unge under 30 år, regnes langtidsledige og innvandrere utenfor EØS-området som prioriterte grupper ved tildeling av arbeidsmarkedstiltak. Informanter fra Nav har i utgangspunktet vært positive til en slik form for prioritering av Navs ressurser, og vært tydelige på at prioriteringen er reell i praksis. I enkelte av intervjuene har det derimot blitt påpekt at en så tydelig prioritering av brukere med utvalgte kjennetegn, svekker oppfølgingen av brukere med andre kjennetegn selv om de også kan ha et stort oppfølgingsbehov. Å ikke være i en av de prioriterte gruppene, kan innebære at man får oppfølging fra en veileder med større brukerportefølje, og man har lenger ventetid på arbeidsmarkedstiltak.

I intervjuene har det også kommet frem andre generelle utfordringer som er i tråd med funn fra litteraturen. Forvaltningen av de helserelaterte ytelsene forutsetter god kommunikasjon og

informasjonsutveksling mellom en rekke ulike aktører; lege, arbeidsgiver, Nav-kontor og Nav Arbeid og ytelse, i tillegg til at ytelsesmottakeren selv skal være involvert. Utover at toveis dialog mellom ytelsesmottakeren og de andre aktørene kan fungere, tyder funn fra intervjuene på at det er utilstrekkelig samhandling mellom stort sett alle de andre aktørene med roller i sykefraværsløpet. Det fører til at relevant informasjon ikke når frem til aktører som trenger det, og potensielt nyttige diskusjoner og avklaringer ikke finner sted. Konsekvensen er at beslutninger om ytelsesmottak kan fattes på dårlig grunnlag, og at ytelsesmottakerne får utilstrekkelig arbeidsrettet oppfølging.

Samhandling mellom veiledere på Nav-kontorene og Nav Arbeid og ytelse er i mindre grad beskrevet i litteraturen, men ble i intervjuer beskrevet som en generell utfordring. Blant annet ble lange saksbehandlingstider hos Nav Arbeid og ytelse, i kombinasjon med manglende samhandlingsarenaer mellom veiledere ved Nav-kontor og Nav Arbeid og ytelse, beskrevet som særlig uheldig. Det ble i intervjuene trukket frem konkrete eksempler på at innsendt dokumentasjon om for eksempel ferie, kan føre til midlertidig stans i ytelsesutbetalingene, mens dokumentasjonen ligger i saksbehandlingsskø, og som kan føre til at ytelsesmottakerne får utbetalingen senere enn de skulle. Lang saksbehandlingstid i kombinasjon med utilstrekkelig samhandling kan bidra til økonomisk usikkerhet for ytelsesmottakerne, som stjeler tid fra den arbeidsrettede oppfølgingen.

Usikkerhet rundt hvordan man skal vurdere og hjelpe personer med medisinsk uforklarte plager og symptomer er et annet generelt funn fra litteraturen, som i stor grad blir bekreftet i intervjuer. Denne usikkerheten gjelder for så vidt ikke bare hos Nav, men også hos andre involverte aktører, og oppstår i flere steg i forvaltningskjeden av de helserelaterte ytelsene. I intervjuene med aktører fra Nav ble det pekt på at usikkerheten blant annet handler om vurderinger av hva slags arbeidsrettet oppfølging disse personene burde få, hva slags aktivitet som er mulig å gjennomføre og som er hensiktsmessig å kombinere med helseutfordringene.

Sykepenger

Mens fastlegene har myndighet til å skrive sykmelding, har Nav ansvar for å kontrollere at sykmeldingen gir grunnlag for utbetaling av sykepenger, i tråd med bestemmelsene i regelverket. For at den enkelte skal ha krav på sykepenger, sier regelverket at sykdom skal være utløsende årsak til fraværet fra arbeid. I tillegg skal

arbeidsevnen vurderes, og personer som kan jobbe noe har ikke krav på 100 prosent sykepenger.

Funn fra intervjuene tilsier at disse delene av regelverket er utfordrende å håndheve, og at de derfor ikke håndheves strengt. Informantene pekte på at en betydelig del av sykemeldingene som skrives ut antakelig skyldes andre forhold enn sykdom, hvor vanlige årsaker synes å være konflikter på arbeidsplassen, alvorlige livshendelser, omsorgsoppgaver eller generell slitenhet. Selv om Nav har mistanker om at andre forhold enn sykdom kan være årsaker til sykefraværet, blir sykmeldingene i praksis sjeldent betvilt. Det er også utfordrende for Nav å overprøve legens vurderinger av arbeidsevnen. Nav kan be legen om flere vurderinger av funksjonsevne og arbeidsevne, men ifølge informanter i Nav vil dette ofte kun resultere i økt dokumentasjon fra legen, uten at vurderingene nødvendigvis endres.

Utfordringene med håndhevingen kan ifølge informantene tilskrives at regelverket legger opp til en skjønnsmessig vurdering av sykdom og arbeidsevne, og at dette er komplekse sammenhenger som er tidkrevende å avdekke og dokumentere.

I intervjuer med ansatte i Nav har det også fremkommet at håndhevingspraksisen av sykepengeregelverket har variert over tid, og at det trolig også er en del variasjon mellom fylker. Mens noen fylker har prioritert forsøk på streng håndheving, har andre prioritert ressursene på tettere oppfølging. Det er uklart hvilke av disse to strategiene som har best effekt på sykefraværet. En streng håndheving kan tenkes å gi resultater på kort sikt, mens tettere oppfølging i større grad kan tenkes å gi resultater på lengre sikt.

Som et supplement til intervjuene har vi fått tilsendt data fra Nav, som belyser Navs håndhevingspraksis, over tid og mellom fylker. Figur 5-1 viser andel sykmeldte som får unntak fra dialogmøte 2, og Figur 5-2 viser andel av totale sykefravær ved åtte uker som er gradert, for landet totalt og per fylke, i årene 2013, 2018 og 2023.

Andel som får unntak fra dialogmøte 2 har steget betydelig i perioden, fra omtrent 50 prosent i 2013 og 2018, til omtrent 80 prosent i 2023. Dette har trolig sammenheng med innføring av digitale kanaler for kommunikasjon med brukere og arbeidsgivere, hvor Nav-veiledere i større grad kan avklare behov med partene uten at det gjennomføres et eget møte (Oslo Economics, 2021). Andel graderte sykefravær ved åtte uker har økt fra 37 prosent i 2013, til 42 prosent i 2023. Det er betydelig fylkesvis variasjon, både i andelen som får

unntak fra dialogmøte 2 og andel graderte sykefraværstilfeller ved uke åtte. Fylkesvise forskjeller kan skyldes forskjeller i demografi eller arbeidsmarked, men kan, som intervjuene indikerer, også tenkes å kunne tilskrives ulik fylkesvis praksis i Navs håndheving.

Arbeidsavklaringspenger

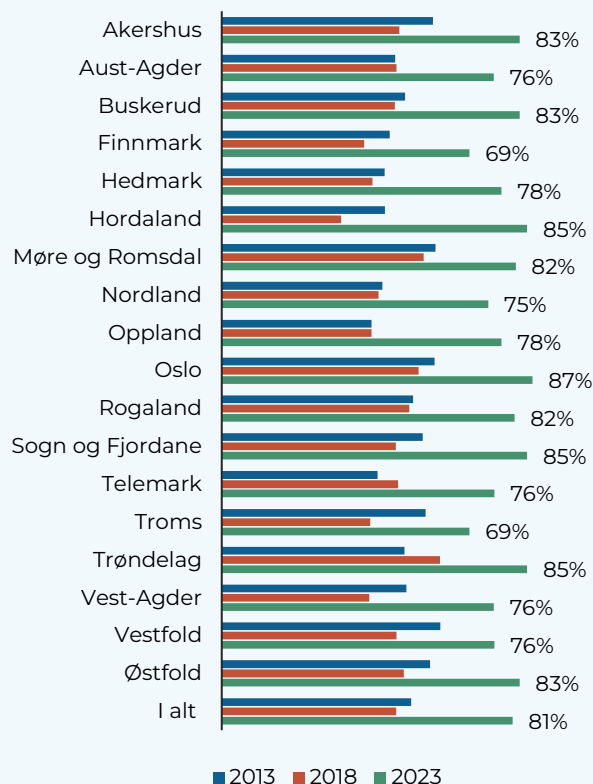
Som litteraturen peker på oppleves masseforvaltningen som en utfordring i oppfølgingen av AAP-mottakere, og i intervjuene ble det beskrevet at for en del AAP-mottakere kommer mye av Nav sin oppfølging ved oppstart og eventuelt avslutning av AAP-løpet. I flere intervjuer ble størrelsen på veiledernes porteføljer av AAP-mottakere trukket frem som den største hindringen for å kunne gi tilstrekkelig arbeidsrettet oppfølging.

I tillegg var det flere som pekte på at betydelig tid går med til å bistå brukerne med mye annet som stjeler tid fra den arbeidsrettede oppfølgingen. Det ble blant annet pekt på elementer i oppfølgingen som oppleves tidkrevende, uten at det har særlig nytteverdi. Spesielt den praktiske gjennomføringen av arbeidsevnevurderingen ble trukket frem som unødvendig omfattende og byråkratisk.

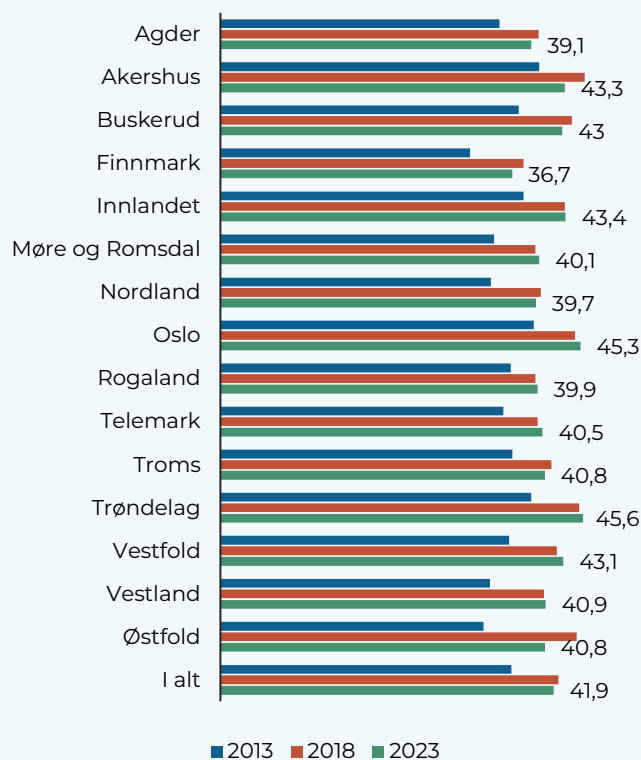
Arbeidsevnevurderingen er i utgangspunktet krevende å gjennomføre, men lite informasjon i legeerklæringer, foreldelsesfrister og krav om unødvendig lange beskrivelser av hvordan helseutfordringene begrenser brukerens arbeidsevne har blitt trukket frem som elementer som gjør arbeidsevnevurderingen tidkrevende. Informantene beskrev også at Nav-veiledere bruker mye tid på å veilede ytelsesmottakerne i AAP-regelverket, for eksempel om avkortingsregler og muligheter for å kombinere ulike ytelser, som beskrevet i kapittel 4.7. Lange behandlingsskøer i helsevesenet, og pågående behandling, ble også beskrevet som sentrale hindringer som forsinker den arbeidsrettede oppfølgingen i AAP-løpet.

Litteraturen peker på generelle utfordringer i samhandlingen mellom Nav og andre aktører, men berører i begrenset grad samhandlingen mellom Nav-veiledere og Nav Arbeid og ytelser. Internt i Nav har det over tid vært et fokus på å bedre samhandlingen mellom Nav-kontorene og Nav Arbeid og ytelser. I intervjuer med aktører fra arbeids- og tjenestelinjen i Nav ble det fortsatt pekt på at samhandlingen med Nav Arbeid og ytelser er en generell utfordring. Det ble blant annet trukket frem at de ofte får AAP-søknader i retur fra Nav Arbeid og ytelser på grunn av manglende dokumentasjon og beskrivelser. Veilederne på Nav-kontorene opplever at sakene de får i retur uansett blir godkjent senere, men at de må bruke ytterligere tid på å beskrive og dokumentere

Figur 5-1: Andel unntak fra dialogmøte 2



Figur 5-2: Andel graderte sykefravær ved passering 8 uker



Note: Data fra Nav. Beregninger av Oslo Economics. For fylker som ble slått sammen i 2020 er 2023 tallene for det sammenslåtte fylket i Figur 5-1.

informasjon de opplever som åpenbar ut fra beskrivelsene de i utgangspunktet oversendte. Dette stjeler tid fra den arbeidsrettede oppfølgingen i AAP-løpet.

AAP-vedtakene gjelder i utgangspunktet for ett år av gangen. Fornyelsen av AAP-vedtakene hvert år kunne fungert som et slags stoppunkt for å vurdere om AAP-mottakeren har fulgt aktivitetsplanen, og om det er behov for endringer. Intervjuene tyder imidlertid på at disse vedtakene først og fremst er en byråkratisk formalitet, og ytelsen fortsetter så lenge det ikke er innstilt stans fordi brukeren ikke har overholdt aktivitetsplikten.

I intervjuene er det enkelte som har beskrevet at regelverket for når en person ikke lenger har krav på AAP er uklart, og kan være utfordrende å praktisere. Vurderingen av om en ytelsesmottaker er ferdig avklart er i stor grad en subjektiv vurdering, og informanter har beskrevet at det kan være særlig utfordrende å vurdere hva som er tilstrekkelig behandling eller arbeidsrettet aktivitet for å avklare arbeidsevnen til AAP-mottakere som har psykiske helseutfordringer eller muskel- og skjelettplager. De samme utfordringene oppstår i Nav Arbeid og ytelse sine vurderinger av uføresøknader, som omtales under.

Uføretrygd

Det er relativt begrenset litteratur om Navs forvaltning av uføretrygden. I intervjuene har det blitt pekt på en del av de samme utfordringene i forvaltningen av uføretrygd som for sykepengen og AAP. Informanter i Nav har stort sett understreket at inngangskriteriene til uføretrygd i seg selv er strenge, men at det er enkelte utfordringer i praktiseringen av inngangskriteriene. Innvilgelsen av søknad om uføretrygd blir gjort av Nav Arbeid og ytelse, på bakgrunn av informasjon fra lege, Nav-veileder og eventuelt tiltaksarrangører. Praktiseringen av inngangskriteriene avhenger altså av at informasjon og dokumentasjon fra de ulike aktørene er utfyllende, og at aktørene har gjort en grundig jobb.

De fleste som får innvilget uføretrygd kommer fra AAP, og dersom kvaliteten på den arbeidsrettede oppfølgingen i AAP ikke er så god som den kunne vært, vil det bidra til at flere kommer i en situasjon der de søker om uføretrygd. Nav Arbeid og ytelse skal ha en portvokterrolle og vurdere om dokumentasjonen om varig sykdom og nedsatt inntektsevne er tilstrekkelig, men opplever i realiteten at de har begrensede muligheter til å utfordre uføresøknadene, med mindre det er åpenbart manglende dokumentasjon. Arbeidsrettet oppfølging som ikke i tilstrekkelig grad har utforsket ytelsesmottakerens muligheter i arbeidsmarkedet, kan altså likevel resultere i dokumentasjon som tilsier at ytelsesmottakeren har rett på uføretrygd.

Spesielt i uføresaker med medisinsk uforklarte plager og symptomer opplever både veiledere ved Nav-kontor og Nav Arbeid og ytelse at det er vanskelig å vurdere når en person oppfyller kriteriene for å motta uføretrygd. Nav Arbeid og ytelse opplever at legeerklæringer er mangelfulle, men siden det ikke finnes en enkel kommunikasjonskanal til lege er det vanskelig å få til dialog om avklaringer. Det oppleves også særlig vanskelig å vurdere hva som er «nok» arbeidsutprøving i slike saker. Uansett opplever Nav Arbeid og ytelse at dersom de gir avslag på grunn av manglende dokumentasjon, så kommer saken i retur med oppdatert dokumentasjon.

I flere intervjuer har det også blitt beskrevet at selv om personer reelt sett kan ha en restarbeidsevne, så er det utfordrende å finne jobber til disse personene. Mangelen på jobber for personer med nedsatt arbeidsevne er en sentral barriere for deres muligheter for arbeid, og deres muligheter til å utnytte sin eventuelle restarbeidsevne. Dette bidrar igjen til å øke sannsynligheten for at personer med en restarbeidsevne får innvilget 100 prosent uføretrygd.

6. Helsetilstand og helsetjenestene

Diagnostisering av psykiske og medisinsk uforklarte plager har økt over tid. Det er usikkert om dette skyldes en økning i sykdom, økt tilbøyelighet til å oppsøke helsetjenestene eller endret diagnosepraksis. For fastlegene er det vanskelig å balansere portvokterrollen opp mot behovet for en god relasjon til pasienten, og fastlegene mangler økonomiske insentiver til å prioritere arbeidsrettet behandling. På den annen side viser forskning at arbeid i mange tilfeller er helsefremmende, og at passiv sykmelding virker dårlig som behandling i slike tilfeller.

6.1 Innledning

Helseutfordringer, sykdom og skade er en forutsetning for å kunne motta de helserelaterte ytelsene. For å forstå driverne bak bruken av de helserelaterte ytelsene, er det derfor vesentlig med innsikt i helsetilstanden i befolkningen, hvordan befolkningen opplever sin egen helse opp mot arbeidslivets krav, og hvordan disse forholdene har utviklet seg over tid.

Videre er helsetjenestenes virkemåte viktig å forstå. Fastleger og annet helsepersonell fungerer som portvoktere for ytelsene ved at de i hvert enkelt tilfelle definerer et vesentlig kriterium for tilgang til ytelsene, nemlig pasientenes helsesituasjon. Helsetjenestetilbudet som følger av dette, er avgjørende for mulighetene til å få helsetilstand og arbeidsevne forbedret.

Følgende hovedhypoteser ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket og etableringen av søkeordslister:

1. Det er en økning i antall personer med funksjonstap som følge av sykdommer og skader.
2. Vi har lavere terskel for å bli hjemme fra jobb nå enn før.
3. Fastleger har svake insentiver til å unngå sykmelding, blant annet på grunn av takstsystemet.
4. Fastlegenes høye arbeidsbelastning gir unødvendig høy bruk av sykmeldinger.

5. Fastleger har ikke nok trening/opplæring i møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer / vanskelig livssituasjon.
6. Portvokterrollen gir en ubehagelig rollekonflikt som fører til at fastlegene sykmelder oftere enn de burde.
7. Det mangler verktøy og ressurser som fastleger kan henvise til som alternativ til sykmelding.
8. Helsevesenet prioriterer ikke behandling (valg/utforming av behandlingstilbud) etter hva som har gode (sterke) effekter for arbeidsdeltakelse.
9. Lange behandlingsskøer gir forsinkelser i overgangen til arbeid.

I dette kapittelet tar vi først for oss forskning som beskriver utvikling i sykdom og sykdomsforståelse i befolkningen. Deretter tar vi for oss helsetjenestene. Vi beskriver forskning på fastlegenes rolle, rammebetingelse i helsetjenestene, og hva vi vet om effektiv behandling.

6.2 Endringer i sykdom, sårbarhetsfaktorer og sykdomsforståelse i befolkningen

Felles for de helserelaterte ytelsene er at det stilles medisinske krav om at mottakeren ikke kan jobbe grunnet sykdom, skade eller lyte (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). En hypotese er at økningen i bruken av helserelaterte ytelser skyldes endringer i sykdomsbyrden de siste årene. For å belyse dette, vil vi nedenfor beskrive befolkningens helsetilstand, og hvordan den har utviklet seg.

Boks 6-1: Sentrale begreper i kapittelet

Forventet levealder: Hvor lenge en person kan forvente å leve gitt dagens aldersspesifikke dødelighet.

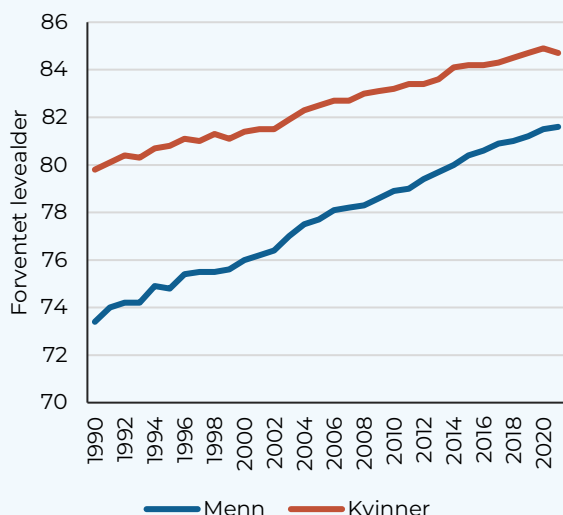
Forventede friske leveår: Hvor mange år man kan forvente å leve som helt frisk.

Sykkelighet (år levd med helsetap): tapt helse mens man lever.

Forekomst/prevalens: Antall personer med en sykdom på et gitt tidspunkt.

Kilde: FHI (2024a)

Figur 6-1: Utvikling i forventet levealder



Kilde: www.norgeshelsa.no

6.2.1 Helsetilstanden i befolkningen

En oversikt fra FHI (2024b) viser at Norge er blant de landene i verden med høyest forventet levealder og flest forventede friske leveår i befolkningen (begrepene er forklart i Boks 6-1). Forventet levealder har økt betydelig de siste tiårene, særlig som følge av en reduksjon i dødsfall knyttet til hjerte- og karsykdommer. For menn har levealderen økt fra 73,4 år i 1990 til 81,6 år i 2021 (Figur 6-1). Til tross for denne positive utviklingen knyttet til hjerte- og karsykdommer, er iskemisk hjertesykdom, som hjertekrampe og hjerteinfarkt, fortsatt den vanligste dødsårsaken i landet.

FHIs oversikt viser videre at når det gjelder sykkelighet, er det muskel- og skjelettlidelser samt psykiske lidelser som har størst påvirkning på befolkningens helsetap. Korsryggsmarter, angst og depresjon er de største enkeltårsakene til sykkelighet. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til estimatene på sykkelighet for ulike sykdommer, da det ikke finnes et nasjonalt register som kontinuerlig gir en oversikt over forekomst av sykdommer i befolkningen.

Psykiske lidelser

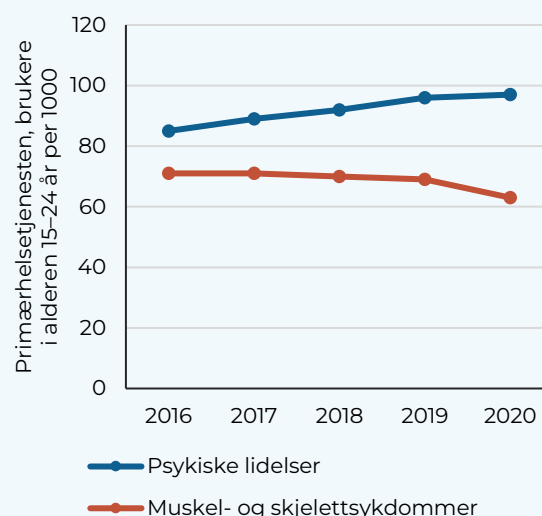
Psykiske plager og lidelser er utbredt og rammer en betydelig del av befolkningen i arbeidssfær alder. Det skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Tesli, et al., 2023). Psykiske plager, som engstelse, nedstemthet og uro, er ofte knyttet til hendelser og oppfyller ikke kriteriene for en diagnose. Psykiske lidelser, som angst, depresjon, ADHD og bipolar lidelse, er derimot vedvarende og ofte forbundet med betydelig funksjonstap. Mange personer vil i perioder oppleve psykiske plager, uten at det

nødvendigvis krever medisinsk oppfølging (Tesli, et al., 2023). Hvert år lider mellom 20 og 25 prosent av befolkningen av psykiske lidelser, som utgjør en betydelig årsak til sykemelding og uførhet, både i Norge og øvrige nordiske land (Pedersen, et al., 2023; Alaie, et al., 2023; Chen, et al., 2023). Lindblad, et al. (2024) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang av studier fra nordeuropeiske land, og fant at psykiske lidelser, både milde og alvorlige, innebærer en signifikant økning i risikoen for svake skolerresultater og uheldige arbeidsmarkedsutfall for unge voksne.

Ettersom psykiske plager og lidelser måles og defineres ulikt i ulike studier, kan det være nyttig å se på flere undersøkelser for å studere tidstrender. Selvrapportering av psykiske plager viser en tydelig økning i andelen som rapporterer disse blant unge voksne og studenter over tid, mens funnene er blandet for eldre aldersgrupper. Antall registrerte kontakter og diagnoser i helsetjenesten gir også en oversikt, men tallene må tolkes med forbehold ettersom mange personer med psykiske lidelser ikke er i kontakt med tjenesten. Uavhengig av datakilde, viser tallene en viss økning i andelen 15 til 64 år som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske lidelser, og en relativt svakt økende andel som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten for slike lidelser.

Det har vært en økning i andelen unge voksne som rapporterer psykiske plager. Konsekvensene av langvarig sykemelding og uførhet vil være spesielt alvorlige for unge. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge kan være alt fra plager som

Figur 6-2: Utvikling i antall unge brukere av primærhelsetjenesten med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer



Kilde: Folkehelseinstituttet (2024b)

bekymring og stress, til diagnostisert angst, depresjon og psykoser. FHI's Folkehelse rapport (Bang, et al., 2024) viste blant annet til befolkningsundersøkelser hvor man fant en økning i selvrapporterte psykiske plager, spesielt blant unge jenter.

Videre viste Bang, et al. (2024) at det også har vært en økning i antallet barn og unge som får diagnostisert psykiske lidelser. Dette kommer frem i Figur 6-2 om diagnosespesifikk primærhelsetjenestebruk i alderen 15–24. Det har også vært en økende bruk av legemidler mot psykiske lidelser blant unge, noe som viser at flere har fått medisinsk behandling for slike lidelser.

Psykiske lidelser i barndommen kan ha konsekvenser på kort og lang sikt, blant annet knyttet til skolegang og sosial deltakelse (Nordmo, et al., 2022). De kan påvirke elevers prestasjoner og øke risikoen for frafall fra skolen. Dette kan igjen føre til utenforskap. Samtidig kan skoleutfordringer bidra til forverring av psykiske lidelser og det skaper en negativ spiral (Beck, et al., 2024).

Det er usikkert om økningen i diagnostiserte psykiske lidelser blant unge kan forklares av en reell økning i psykisk sykdom. Økt diagnostisering er til dels et resultat av at flere oppsøker helsetjenester med psykiske plager, som både skyldes mer åpenhet og oppmerksomhet om psykiske plager i befolkningen, og økt behandlingsskapasitet i helsetjenesten. Samtidig kan endringer i samfunnet, som prestasjonspress og sosiale media, tenkes å ha bidratt til dårligere psykisk helse. (Bråten, et al., 2023) Det kan også tenkes at økt oppmerksomhet om og diagnostisering av psykiske plager i seg selv virker sykliggjørende for enkelte grupper, gjennom det som ofte kalles medikalisering (Brinkmann, 2015). Én registerdatastudie fra Norge finner at unge som diagnostiseres med psykiske lidelser, har større sannsynlighet for overgang til langvarige helserelaterte ytelser senere i livet (Markussen & Røed, 2020). Forskningen på disse sammenhengene er imidlertid svært usikker. Se nærmere omtale av medikaliseringshypotesen i kapittel 4.5.2.

Trenden med en økende andel unge som rapporterer psykiske plager, er global. Allerede før Covid-19-pandemien ble det registrert en økning i psykiske helseplager blant unge i Skandinavia, og i 2018 uttrykte Nordisk ministerråd bekymring over denne utviklingen (Nordic Council of Ministers, 2018). Covid-19-pandemien ser ut til å ha forsterket trenden. Smitteverntiltakene, som stengte skoler og reduserte offentlige tjenester, kombinert med sosial distansering, har sannsynligvis hatt negative

konsekvenser for unge, spesielt barn og unge i sårbare situasjoner (Helsedirektoratet, 2023; BRIS, 2021). Ifølge det globale sykdomsbyrdeprosjektet har Sverige, Finland og Danmark, i likhet med Norge, opplevd en betydelig økning i psykiske lidelser etter 2019 (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024).

Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser rammer også store deler av befolkningen i arbeidsfør alder (Clarsen, et al., 2022a; Skogli, et al., 2019). Disse tilstandene har til felles at de ofte er forbundet med smerte og nedsatt livskvalitet. Den vanligste muskel- og skjelettlidelsen er ryggsmerten.

Omtrent en fjerdedel av befolkningen har muskel- og skjelettplager i en eller annen form, og plagene rammer i noe større grad kvinner enn menn (Kinge, et al., 2015). I 2019 hadde i overkant av 30 prosent av nordmenn kontakt med allmennlegetjenesten og 16 prosent med spesialisthelsetjenesten for disse tilstandene (Clarsen, et al., 2022a).

Clarsen, et al. (2022a) diskuterte flere undersøkelser og estimater av forekomsten av muskel- og skjelettsykdommer over tid i Norge, men resultatene er ikke entydige. Noen undersøkelser tydet på at generelle smerter har økt gradvis over tid, både i Norge og internasjonalt. Derimot tydet andre befolkningsundersøkelser på at forekomsten av muskel- og skjelettsykdommer endrer seg lite over tid. Figur 6-2 viser imidlertid en svak nedadgående trend for aldersgruppen 15–24 år.

Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS)

MUPS er en sekkekategori for symptomer og plager uten objektive sykdomsindikatorer, slik som fibromyalgi, utmattelsestilstander og hodepine. Dette er tilstander som ofte klassifiseres under muskel- og skjelettlidelser, men de kan også falle inn under nevrologiske og psykiske lidelser. Tilstandene overlapper derfor med beskrivelsene i avsnittene ovenfor. Senfølger av Covid-19, faller også under beskrivelsen MUPS. Omtrent 40 prosent av alle pasienter som kommer til fastlegen har MUPS, se Abrahamsen, et al. (2023).

Ifølge Aamland (2015) kan MUPS være hovedårsaken til sykefraværet i Norge ettersom et mindretall av sykmeldingene er gitt for veldefinerte medisinske tilstander. Aamland beskrev videre at manglende objektive kriterier for sykdom gjør det vanskelig for allmennlegene å vurdere tilstandene. I sin litteraturgjennomgang fant Aamland ingen intervensjonsstudier på dette feltet innen allmennpraksis, som viste effekt på sykmeldinger. Det gjør det vanskelig å fastslå om en økning i

ytelser kan skyldes en økning i sykkelighet fra disse tilstandene.

Økningen i bruken av diagnosekoden «slapphet/tretthet» som årsak til sykmelding de siste tre årene, kan knyttes til senfølger av Covid-19. Men det er utfordrende å fastslå årsakssammenhenger. Ikke bare finnes det andre mulige forklaringer på økningen i «slapphet/tretthet», men mange av studiene på senfølger av Covid-19 mangler også kontrollgrupper (Nossen & Delalic, 2024).

Helserelaterte risikofaktorer

Helserelaterte risikofaktorer kan føre til bruk av ytelser ettersom de indirekte kan føre til sykdom, eller direkte hindre arbeidsdeltagelse (Enstad, et al., 2023; Bramming, et al., 2019; Neovius, 2012; Landberg & Thern, 2023). Likevel er litteraturen på dette feltet preget av assosiasjonsstudier, og årsakssammenhenger er vanskelig å fastslå. Clarsen, et al. (2022b) viser at tobakksrøyking, som er en viktig årsak til sykkelighet og dødelighet i Norge, er på retur. Samtidig øker andre risikofaktorer, som høy kroppsmasseindeks (overvekt og fedme), alkoholbruk og narkotikabruk. Disse endringene kan være med å forklare en økning i bruk av ytelser.

Skjermbruksutvalget (NOU 2024: 20) peker på barn og unges skjermbruk som en mulig risikofaktor. Utvalgets vurdering er at det samlet sett «finnes indikasjoner på at bruk av sosiale medier kan være en av flere mulige relevante faktorer for å forstå økningen i psykiske plager hos ungdom» (NOU 2024: 20, p. 115). Resultatene må likevel tolkes med forsiktighet, og utvalget peker på behovet for flere studier som kan avdekke mekanismene for en slik sammenheng.

Oppsummering

Denne gjennomgangen viser at helsen i Norge generelt er god. Det har vært en økning i diagnostisering av psykiske og medisinsk uforklarte plager, men det er usikkert om dette skyldes en underliggende økt sykdomsbyrde. Det finnes noen data som indikerer en økning i forekomsten av psykiske lidelser, særlig blant unge. Videre har også fedme og rusbruk økt siden 1990, noe som kan føre til frafall fra arbeidslivet. Når det gjelder muskel- og skjelettsykdommer, er det imidlertid vanskelig å identifisere tydelige trender over tid.

6.2.2 Befolkningens sykdomsforståelse

Det finnes begrenset med litteratur om forståelse av helse og sykdom i den norske befolkningen, herunder endringer i befolkningens oppfatning av helse og hva som anses som grunnlag for sykmelding. En måte å studere dette på er å se på om endringer utenfra og råd fra myndighetene kan

ha påvirket folks oppfattelse av når man bør oppsøke lege for å motta en sykmelding.

Virkninger av koronapandemien på sykefraværet på lengre sikt

Under koronapandemien kan det ha skjedd en endring i hvordan befolkningen oppfattet helse og hvorvidt det er behov for å oppsøke lege for vurdering av sykmelding. Et spørsmål er om denne oppfattelsen kun har hatt en midlertidig effekt, eller om den har hatt langsiktige virkninger. Selv om koronapandemien offisielt ble avsluttet ved at restriksjonene ble fjernet, kan den likevel ha hatt betydning for dagens oppfatning om behov for sykemeldinger. Dette kan også ha blitt forsterket av at Covid-tester fremdeles selges, selv om rådene fra helsemyndighetene i dag er at Covid skal betraktes på linje med andre sykdommer. På den annen side har hjemmekontor blitt mer vanlig etter pandemien for yrkesgrupper som har den muligheten. Dette skulle trekke i retning av mindre behov for sykmeldinger for disse yrkesgruppene.

Nossen og Delalic (2024) har sett på hvorfor sykefraværet fortsatt er høyt 3–4 år etter starten av pandemien, det vil vi fram til fjerde kvartal 2023. Selv om økningen er størst for aldersgruppen under 40 år, har den økt i alle aldersgrupper og i alle yrkes- og næringsgrupper. Studien peker på flere årsaker til høyt sykefravær etter pandemien, som at koronaviruset fremdeles bidrar til sykdom, immunitetsunderskudd mot influensavirus, og senfølger av Covid-19. Noen mulige forklaringer som trekkes fram i studien, er nedstengninger, permitteringer og isolasjon.

Endringer i befolkningens terskel for arbeidsfravær ved sykdom

Hellevik, et al. (2019) har studert hvordan holdninger om uberettiget sykefravær har endret seg i perioden 1995–2015 med data fra Norsk Monitor. Mønsteret er forholdsvis stabilt over tid, noe som tyder på at det ikke har skjedd store endringer i holdningen til sykefravær i årene som er analysert. Derimot finner studien at det er en stabil forskjell over tid mellom kvinner og menn. Kvinner er mer tilbøyelige enn menn til å være hjemme fra jobb uten å være syke. Forskjellen er liten, men signifikant, for alle aldersgrupper med unntak av gruppen mellom 60 og 64 år. Menn er også strengere i synet på hva som er rimelige grunner for sykefravær og hvor lenge et fravær bør være. For å forklare hva disse forskjellene skyldes, har studien gjort en nærmere analyse av årene 2007 til 2015. Ulike forklaringsvariabler har blitt studert, men analysen kan i svært begrenset grad forklare forskjellene. Ett unntak er at det har en viss

betydning at menn jobber mer enn kvinner og oftere har lederstillinger.

Nossen og Delalic (2024) viser også til Norsk monitor sine løpende undersøkelser om befolkningens holdninger til det å være sykmeldt, men basert på data til og med 2023. Undersøkelsene er basert på telefonintervjuer med et representativt utvalg av befolkningen over 15 år, som gjennomføres annethvert år. Undersøkelsene viser at det har vært en viss liberalisering av holdningene i perioden 2015–2022, og at en stor del av dreiningen kom før pandemien. Andelen som svarte at de godtok, eller godtok under tvil, å være hjemme når man var frisk nok til å gå på jobb, var over 40 prosent i 2023, mens den var om lag 30 prosent ti år tidligere (se Figur 6-3). Det kan ikke utelukkes at denne utviklingen til dels skyldes måten spørsmålet er formulert på i denne undersøkelsen, som ikke skiller mellom å «være hjemme» og å «ikke arbeide». De siste årene har det i mange yrker blitt større muligheter og aksept for å jobbe hjemmefra, og det er mulig at noen respondenter i kan tolke «å være hjemme» som «å jobbe hjemmefra». Det er likevel fortsatt et flertall i befolkningen som oppgir at det ikke kan godtas å være hjemme når man er frisk nok til å jobbe, og de etablerte normene til sykefravær fremstår dermed fortsatt som relativt sterke.

Nossen og Delalic (2024) nevner også mulighetene for at pandemien kan ha endret folks holdning til å arbeide til tross for sykdom. De som jobber i tjenesteytende næringer med utadrettet kontakt, slik som i helse- og sosialtjenestene og salgs- og serviceyrker, har liten mulighet for hjemmekontor, og vil derfor kunne være mer tilbøyelige til å ha

høyere sykefravær enn andre. Tallene viser imidlertid at sykefraværet har økt mer i andre næringer og yrkesgrupper. Dette tyder på at hjemmekontor ikke nødvendigvis har ført til mindre sykefravær.

Det finnes studier som viser at sykefravær kan skyldes holdningene til hva sykmeldinger kan brukes til. Det har vært en økning i antall eldre med omsorgsbehov de siste årene, og denne økningen kommer også til å fortsette. Gautun og Bratt (2024) har sett på hvordan uformell omsorg for eldre har påvirket barnas arbeidsmarkedsdeltakelse. Dette er basert på en spørreundersøkelse blant 6000 arbeidstakere i alderen 35 til 67 år. En konklusjon er at selv om uformell omsorg for eldre har liten effekt på om man er sysselsatt eller ikke, finner de likevel at en stor del av arbeidsfraværet som skyldes omsorgsforpliktelser, tas ut ved hjelp av sykmeldinger. Årsaken til dette kan være at det finnes få andre formelle ordninger for å hjelpe foreldre med omsorgsbehov. Dette vil gjelde kortsiktige sykemeldinger, og det kan ikke forklare økningen i langtidsfravær.

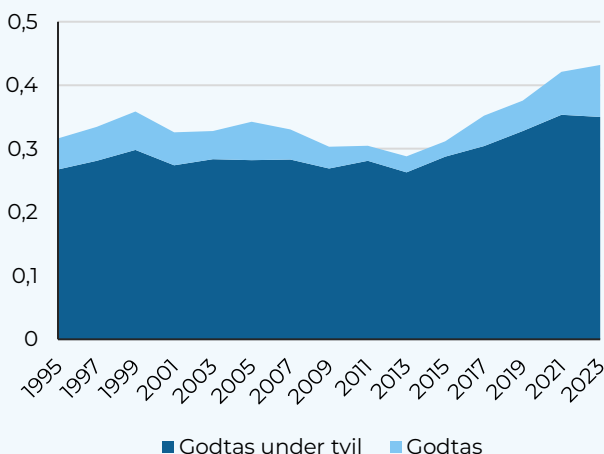
Det mer langsiktige fraværet er studert i Fevang, et al. (2012). De har ved hjelp av registerdata, sett på hvordan det å ha en enslig forelder i terminalfasen påvirker barnas arbeidsmarkedsstilknytning og bruk av sykefravær og andre helserelaterte tjenester. Bruken av de helserelaterte ytelsene øker i løpet av terminalfasen. For sønner vedvarte denne bruken også etter forelderens død. Studien ga imidlertid ikke svar på om bruken av helserelaterte ytelser skyldtes holdninger til sykefravær, eller faktisk sykdom.

Forståelse av sykdom

En svensk studie av rehabiliteringsarbeid for sykmeldte pekte på kjønnsforskjeller i forståelse av sykdom (Nybergh, et al., 2021). I fokusgruppeintervjuer fant forskerne at kvinner var langt mer tilbøyelige til å skyldes på seg selv når de ikke mestret stresset og arbeidsbyrden på jobb, mens menn oftere la vekt på det ansvaret ledelsen hadde for å skape håndterbare arbeidssituasjoner. Kvinner snakket også ofte om situasjonen de hadde på hjemmebane, og om at de kunne trenge hjelp til å håndtere utfordringene som oppstod der. Dette var så å si ikke tema i menns refleksjoner om sykefraværet.

Også en norsk studie av den samme populasjonen legger vekt på hvordan de sykmeldte tolker helseplagene som deres egne individuelle ansvar, og jobber for å skjerme omgivelsene fra plagene de opplever (Fjellså, et al., 2019). Dette gjelder både i arbeids- og familielivet, men det er kun fra arbeidslivet man kan ta en pause. «Jeg kan jo ikke

Figur 6-3: Andel som oppgir aksept for å være hjemme når frisk nok til å jobbe



Kilde: Samfunnsundersøkelsen Norsk Monitor fra Ipsos/NHO

sykemelde meg fra hjemmet. Så det blir jo jobben som får unngjelde, selv om jeg ikke likte akkurat det», sier en av informantene i studien. Dette kan være med på å forklare forskjellene mellom menn og kvinner som ble vist i studien til Hellevik, et al, (2019).

Oppsummering

Basert på tilgjengelige studier, har vi ikke tilstrekkelig grunnlag for å konkludere om holdningsendringer har påvirket bruk av sykemeldinger de senere årene. Selv om terskelen for å bli hjemme med sykdom ble senket under pandemien, vet vi ikke betydningen av dette i dag.

6.3 Helsetjenestene

6.3.1 Fastlegens rolle for pasientenes arbeidstilknytning

Fastleger har en viktig rolle i å vurdere pasienters behov for sykmelding, og, i samarbeid med Nav, i oppfølging av personer med nedsatt arbeidsevne grunnet sykdom. Felles for de helserelaterte ytelsene sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd, er at det stilles medisinske krav om at brukeren ikke kan være i arbeid grunnet sykdom, skade eller lyte (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Det sentrale vurderingskriteriet for Nav er om sykdommen har vesentlige konsekvenser for brukerens evne til å delta i arbeidslivet. For å avklare dette, har Nav ofte behov for medisinske opplysninger fra fastlegen (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Når en pasient søker om sykepenger, AAP eller uføretrygd vil dette som oftest medføre samhandling mellom fastlegen og Nav. Denne samhandlingen finansieres gjennom normaltariffen for fastleger, der utarbeidelse av sykmeldinger, legeerklæringer og deltakelse på dialogmøter utløser ulike takster som honorerer fastlegen.

Nedenfor går vi først gjennom studier som ser på fastlegens rolle i møter med pasienter, før vi ser på fastlegens kontakt med Nav.

Fastlegens portvokterrolle og betydningen av rammebetingelser og insentiver

Fastlegene har en viktig rolle som portvokter for helsetjenester, da pasientenes første møte med helsetjenestene er fastlegen. Fastlegen vurderer behovet for videre behandling, eksempelvis gjennom spesialisthelsetjenesten, i tillegg til behovet for sykemelding.

Fastlegene har definerte lister av pasienter de har ansvar for. De avtaler maksimal listelengde, såkalt

listetak, med kommunen. Differansen mellom maksimal listelengde og faktisk listelengde avgjør om de har ledige plasser på listen. Fastlegene er enten næringsdrivende med kommunal driftsavtale (cirka 80 prosent) eller ansatt i kommunen (cirka 20 prosent). De næringsdrivende fastlegene får inntekt fra basistilskudd (beløp som avhenger av listelengde og listesammensetning), ytelsesbaserte takster og egenandeler fra pasientene. De ansatte legene mottar i hovedsak fast lønn, og noen har bonusavtale.

Relasjonen mellom lege og pasient

Fastlegeordningen bidrar til vedvarende relasjon mellom lege og pasient, som kan være både til fordel og ulempe for portvokterrollen. En slik kontinuitet er et viktig formål med fastlegeordningen og antas å bidra til positive helseeffekter for pasientene. Kontinuitet kan også tenkes å bidra til at fastlegen blir mer lydhør overfor pasientens ønsker, og legen kan derfor bli en mindre streng portvakt. Utfordringen ser ut til å være hvordan de skal balansere profesjonell autonomi og forpliktelsen til å rasjonere helsehjelp på den ene siden, og pasientautonomi kombinert med bekymring for at pasienter velger en annen fastlege, på den andre siden.

Carlsen og Norheim (2005) undersøkte ved intervjuer, hvordan fastlegene opplever portvokterrollen, inkludert sykmeldinger, og de ulike hensynene som avveies når beslutninger blir gjort. Intervjuene ble gjort i 2002, ikke lenge etter at fastlegeordningen ble innført. En konklusjon i studien er at fastlegene finner det vanskelig å si nei til pasientenes ønsker når de møter dem ansikt til ansikt. Carlsen, et al. (2020) utforsket problemet teoretisk. I deres modell vet pasientene mer enn fastlegen om sine symptomer. Å tvile på en pasients rapporterte symptomer kan forhindre god medisinsk behandling av de virkelig syke. Samtidig, hvis legens strategi er observerbar for pasientene, kreves det ekstremt sterk lojalitet til portvaktrollen for at legene skal mistro pasientene.

I tråd med denne modellen tyder enkelte studier på at fastlegenes portvokterrolle er begrenset til vurdering av grad og varighet av sykefravær. Nilsen et al. (2011) studerte ved hjelp av fokusgruppeintervjuer, fastlegers overveielser i beslutningsprosessen knyttet til sykmelding av pasienter med det de omtaler som «subjective health complaints». Dette omfatter helseplager som samsvarer med den norske betegnelsen MUPS (beskrevet i delkapittel 6.2). Intervjupersonene beskriver beslutninger om sykmelding av pasienter med slike plager som en svært utfordrende oppgave. Faktorer som kan virke inn på beslutningen, er pasientens

evne til å fremlegge sin historie for å vekke sympati, fastlegenes tidligere kjennskap til pasienten, fastlegenes egne erfaringer som pasient, og deres tilbøyelighet til å unngå konflikter.

Hoff et al. (2024) rapporterte resultater fra fokusgruppeintervjuer gjort i 2022. Tema for intervjuene er fastlegens rolle som sykmelder. Studien finner at beslutningene fastleger tar om sykemelding, i stor grad er drevet av pasientenes preferanser. Fastlegenes portvokterfunksjon begrenser seg til forhandlinger om grad og varighet av fraværperioder. De antyder tre grunner til funnene. Ulik informasjon gjør at pasienten er bedre egnet til å vurdere symptomer enn legen. Konflikt med pasienten ødelegger relasjonen mellom pasient og fastlege. Å avvise ønske om sykemelding tar lengre tid enn å innvilge ønske om sykemelding.

Markussen et al. (2013) undersøker ved hjelp av administrative data, om fastleger påvirker sine pasienters tilbøyelighet til å søke sykepengen. Analysen utnytter tilfeldige bytter fra fastleger som avviker sin legepraksis. Forfatterne finner at fastleger har betydelig innflytelse på sine pasienters fraværssatferd, særlig når det gjelder fraværts varighet. De konkluderer med at det er mulig for fastleger å begrense utgiftene til sykepengen i noen grad, og at det er betydelig variasjon i måten de utfører denne oppgaven på.

De ovennevnte funnene er i tråd med foreløpige resultater i et pågående forskningsprosjekt på Folkehelseinstituttet. Prosjektet skal undersøke hvorvidt insentivene i dagens finansieringsmodell påvirker fastlegenes portvokterrolle, se FHI (2024c). Foreløpige funn er at legene forteller at pasientene ofte har bestemt seg for at de skal sykmeldes før konsultasjonen starter, og at legene synes det er ubehagelig å betvile pasientens beskrivelse av egen arbeidssituasjon og arbeidsevne. Legene oppgir også at det tar kortere tid å godkjenne enn å avvise et ønske om sykemelding.

Fastlegenes økonomiske insentiver til å sykmelde

Fastlegenes insentiver for å få folk tilbake i arbeid vil også ha betydning for bruken av helserelaterte ytelser. For fastleger som ikke mottar fastlønn, vil lønnen blant annet avhenge av hvilken behandling som gis. Det gis ikke økonomiske insentiver for å få pasienten raskt tilbake på jobb.

Enkelte studier tyder på at legenes arbeids-tilknytning påvirker utløsning av helserelaterte ytelser. Sandvik og Hunskaar (2010) undersøkte arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakt. De finner at fastleger sykmeldte oftere enn

turnusleger og andre vaktleger. Spesialister i allmennmedisin sykmeldte oftest. Hoff, et al. (2023b) fant at næringsdrivende leger bruker sykmeldingstakster hyppigere enn fastlønnede leger. Forfatterne skriver at det kan være seleksjonseffekter involvert både på fastlegesiden og på pasientsiden.

Flere forfattere har studert hvordan markedsforholdene blant fastleger kan påvirke deres terskel for å utstede sykmeldinger ved sykefravær. Aakvik, et al. (2010) undersøkte den uforklarte variasjonen på pasient-, fastlege- og kommunenivå med data for sykefravær for norske arbeidere i 2003. De finner at 98 prosent av den uforklarte variasjonen i langvarig sykemelding tilskrives pasientfaktorer heller enn variasjoner i fastlegepraksis eller forskjeller på kommunenivå. Forfatterne konkluderte med at fastlegene spiller en rolle som talspersoner for sine pasienter i Norge, da pasientenes egne ønsker er viktige når beslutninger blir tatt.

I en annen studie fant Markussen og Røed (2017), ved bruk av registerdata, at fastleger er mer ettergivende portvoktere når legemarkedet er mer konkurranseutsatt, og at et rykte for ettergivende portvokting øker etterspørselen etter deres tjenester.

Brekke, et al. (2019) argumenterte for at kunnskapen er begrenset på grunn av mulige endogeniteter i tidligere studier. De utnytter at mange fastleger, i tillegg til egen praksis, jobber ved lokale legevakter, hvor matchingen av pasienter til leger er tilfeldig. De finner at fastleger med en stykkprisavtale (fast lønn) har 12 (8) prosentpoeng større sannsynlighet for å sertifisere sykefravær i egen praksis enn på legevakten. De konkluderer med at konkurranse kombinert med økonomiske insentiver, har en positiv innvirkning på fastlegenes sykemeldinger.

Markedsforholdene i fastlegeordningen har forandret seg siden fastlegeordningen ble etablert i 2001. I begynnelsen var det mange fastleger som ikke hadde fulle lister, og som gjerne tok imot flere listepasienter. I dag er den uttrykte kapasiteten i forhold til etterspørselen mindre, og mange fastleger opplever at de har for stor arbeidsbelastning. Samtidig er det færre fastleger med ledige listeplasser, og i noen kommuner er det ingen fastleger med ledige plasser (Oslo Economics & Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, 2024). Pasientenes valgmuligheter er derfor færre nå enn hva de var tidligere. At fastlegene er tilbakeholdne som portvokter fordi de er redde for å miste pasientene, er dermed mindre aktuelt nå enn tidligere. På den annen side har fastlegenes tid blitt

knappere, og alternativkostnaden av å bruke mer tid på en vurdering har blitt større, både i form av tapte konsultasjonsinntekter og av hensyn til andre pasienter som venter på helsehjelp. Det kan dermed se ut til at endret markedssituasjon har påvirket mekanismene som gjør fastlegene til generøse portvakter uten at generøsiteten i seg selv har blitt påvirket.

I en studie fra Sverige undersøkte Björkelund, et al., (2023) om tidlig og forbedret samarbeid innen primærhelsetjenesten, kombinert med personsentrert dialogmøte med arbeidsgiver, kan redusere antall sykmeldingsdager. Kontrollgruppen fikk vanlig kontakt med koordinator for pasienter sykmeldt på grunn av vanlige psykiske lidelser. Forfatterne finner Ingen signifikante forskjeller i sykmeldingsdager mellom intervensjons- og kontrollgruppen.

Oppsummert tyder studiene på at fastlegene ofte har lojalitet med sine pasienter, og at portvakterrollen virker å være begrenset til grad og varighet på sykemeldingen. Fastlegen har ingen direkte økonomiske insentiver for å få folk tilbake i arbeid.

E-konsultasjon og terskelen for å forlenge sykmelding

Før pandemien krevdes det personlig frammøte hos legen for å kunne få en sykemelding. Under pandemien ble det åpnet for at fastleger kunne skrive ut sykmelding etter e-konsultasjon. Dette ble imidlertid begrenset noe gjennom en lovendring i folketrygdloven gjeldende fra 1. juli 2023. Det nye unntaket er at leger (ikke bare fastleger) også kan starte en sykmelding etter e-konsultasjon uten etterfølgende fysisk undersøkelse hvis alle de følgende vilkårene er oppfylt: Pasienten er kjent for legen, (har hatt pasienten tidligere til fysisk konsultasjon), pasientens diagnose er kjent for legen, legen kan vurdere pasientens arbeidsevne uten fysisk undersøkelse, og legen anser at det er faglig forsvarlig å gjennomføre konsultasjonen som en e-konsultasjon.

I en spørreundersøkelse gjennomført i forbindelse med evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten (Oslo Economics & Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, 2024), oppga fastlegene at det varierer mellom pasienter om det er hensiktsmessig å forlenge sykmelding uten fysisk konsultasjon, men at den vurderingen kan gjøres av legen. Undersøkelsene gjennomført i forbindelse med evalueringen, gir imidlertid ikke svar på hvorvidt e-konsultasjon senker terskelen for sykmelding.

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2020 et systematisk litteratursøk der formålet var å

identifisere forskning om bruk av e-konsultasjon av sykemelder (Tingulstad, 2020). De søkte etter litteratur som kunne belyse problemstillinger knyttet til e-konsultasjoner som grunnlag for vurdering av arbeidsuførhet ved krav om sykepenges. De identifiserte 2403 referanser, men konkluderte med at ingen av disse var relevante. Vi har derfor lite kunnskap om hvorvidt e-konsultasjoner senker terskelen for sykmelding ytterligere. Likevel er det grunn til å tro at det senker terskelen for pasientene når de kan sende en melding gjennom Helsenorge.no fremfor å møte opp fysisk på legekontoet. Det kan imidlertid også være lettere for legen å avvise en forespørsel om sykmelding når kommunikasjonen foregår over e-konsultasjon (Kristiansen, et al., 2021).

Nasjonalt senter for e-helseforskning er i gang med et prosjekt om evaluering av sykmelding etter e-konsultasjon. Resultatene fra dette vil imidlertid foreligge etter ferdigstilling av denne litteraturgjennomgangen.

Fastlegenes møter med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer

Det er stor variasjon mellom fastleger i holdning og kjennskap til MUPS. Fastlegene opplever avstand mellom den faglige kompetansen de har og utfordringene de møter.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene fastslår at fastlegeordningen skal sikre at «alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid». I forbindelse med evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten (Pedersen, et al., 2022), ble det gjennomført en intervjuundersøkelse blant pasientforeninger som representerer pasientgrupper med særlige behov for allmennlegetjenester. For flere av disse pasientgruppene er fastlegen ansvarlig for oppfølging og behandling, og for enkelte pasientgrupper finnes det ikke tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig tilstander som omfattes av betegnelsen MUPS, hvor en ikke finner en klar biomedisinsk årsak. Legeforeningen har også trukket frem at det er fastlegene som er spesialister på disse tilstandene, og at det er viktig at fastlegene kjenner til den forskningsbaserte kunnskapen som finnes (Norsk forening for allmennmedisin, 2018).

Likevel kom det fram i undersøkelsen fra evalueringen (Pedersen, et al., 2022), at flere pasienter opplever mangel på eller manglende bruk av retningslinjer, som fører til uønsket variasjon i utredning og behandling. Flere opplever eksempelvis at fastlegen ikke har kjennskap til relevante kommunale tiltak som Frisklivssentralen,

startkurs og mestringskurs, eller hjelpetelefoner for pasienter med mindre alvorlige psykiske plager. Dette kan tyde på at fastlegene ikke har god nok kjennskap til alternativer til sykmeldinger. Informantene oppga også at de har inntrykk av at det er stor variasjon mellom fastleger i holdning og kjennskap til MUPS, som igjen gir variasjon i hvordan pasienten blir møtt og fulgt opp. Alle disse faktorene kan sammen bidra til å senke terskelen for sykmelding. Det mangler kunnskap om hva som er hensiktsmessig sykefravær for disse pasientene.

En annen studie pekte på at mange problemer i allmennmedisin blir presentert som livsproblem, og gjennomførte intervjuer med fastleger om hvordan de møtte slike problemstillinger (Nessa, et al., 2009). Et av hovedfunnene var at fastlegene opplevde at det var en avstand mellom den faglige kompetansen de har og utfordringene de møter. De opplever seg først og fremst som eksperter på somatiske sykdomsproblemer. Et eksempel på slike livsproblem er dødsfall i nære relasjoner. En studie fant at 80 prosent av de spurte ikke hadde hatt problemer med å få en sykmelding etter dødsfall i nær relasjon, og de fleste opplevde at fastlegen forstod situasjonen (Christoffersen & Johannessen, 2013). Vi drøfter denne typen problemer videre i avsnitt 6.3.2 nedenfor.

To nyere studier (Abrahamsen, et al., 2022; 2023) viser imidlertid at opplæring i strukturerte kommunikasjonsverktøy vil kunne hjelpe fastlegene i kommunikasjonen med pasienter som har MUPS. Et slikt verktøy er ICIT, et samtaleverktøy for fastleger i møte med pasienter. Forklaringsmodellen som legene gir til pasientene, er basert på en moderne forståelse av stress og integrerer verktøy fra kognitiv terapi. Denne modellen forklarer hvordan kroppen påvirkes av langvarig stress og hvordan dette kan føre til symptomer som utmattelse, hjernetåke, smerte og svimmelhet. Ved hjelp av en sokratisk tilnærming, plasseres pasientens sykehistorie inn i stressmodellen. Deretter arbeider legen og pasienten sammen om å lage en av følgende lister, avhengig av hva som passer best for pasienten:

- **Problemliste:** Dette er en liste over faktorer som opprettholder det langvarige stresset i livet deres. Pasientene arbeider deretter med problemløsning rundt hvert av disse problemene.
- **Mulighetsliste:** Her fokuserer pasienten på ting de klarer å gjøre til tross for plagene. De jobber systematisk for å omdanne utfordringer til muligheter.
- **Jobbliste for vurdering av sykmelding:** Når en sykmelding vurderes, diskuteres det hvordan sykmelding fungerer som en behandling, med

både virkninger og bivirkninger. Fokus legges på hva pasientene klarer å gjøre på jobben og hva de liker, samt hvilke områder de kan trenge tilrettelegging eller hjelp til å delegere. Dette brukes videre som utgangspunkt for dialog med arbeidsgiver.

I et randomisert forsøk fant Abrahamsen, et al. (2023) en signifikant forskjell på pasienter med fastleger som hadde gjennomgått denne opplæringen, sammenlignet med pasienter hvor fastlegen ikke hadde hatt en slik opplæring. Sykefraværet var signifikant lavere i den første gruppen. Abrahamsen og teamet hennes holder fortløpende kurs i dette verktøyet, og det brukes nå av nærmere 800 fastleger.

I en studie fra Sverige undersøker Lundberg og Melander (2019) faktorer som påvirker tilbakevending til arbeid for pasienter med langvarig smerte. Studien sammenlignet perspektiver fra 31 pasienter og 15 allmennleger gjennom tematisk analyse innenfor en «push and pull»-ramme. Resultatene viste at allmennlegene la vekt på pasientens individuelle motivasjon, mens pasientene fremhevet fysiske begrensninger som det største hinderet for å vende tilbake til arbeid. Artikkelen foreslår forbedret arbeidsstøtte i klinisk praksis ved å adressere disse forskjellene i pasientenes og allmennlegenes perspektiv.

I en nederlandsk studie, undersøker Dekkers-Sánchez og de Wind (2019) om bruk av sjekkliste for å identifisere faktorer forbundet med forsinket tilbakeføring til arbeid, forbedrer yrkesutøvelsen til leger som utfører arbeidsevnevurderinger av langtidssykemeldte ansatte. Forfatterne rapporterer at sjekklisten er forbundet med økt identifisering av barrierer og tilretteleggere og anbefaler bruk av sjekklister for leger som utfører arbeidsevnevurderinger.

En konklusjon på fastlegenes behandling av pasienter med MUPS er at uten verktøy vil fastlegen sykmelde mer enn det som er nødvendig. Det finnes verktøy til bruk under fastlegens møte med disse pasientene. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasienter ikke skal bli sykmeldt, men fører verktøyet for eksempel til at pasientene i større grad får gradert sykemelding, vil det holde dem inne på arbeidsmarkedet.

Strukturelle barrierer i fastlegens kontakt med Nav

Sykmeldte har plikt til å prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet i form av gradert sykemelding eller arbeidsrettede tiltak. Aktivitetskravet gjelder fra dag én, og etter åtte uker skal legen eventuelt sende inn en utvidet legeerklæring til Nav. Erklæringens

formål er å si noe om aktivitetskravet kan avvikes grunnet «tungtveiende medisinske grunner», altså at funksjonstapet knyttet til en sykdom er så stort at den har en absolutt påvirkning på arbeidsevnen. Nav ber også om tilsvarende legeerklæringer ved to senere tidspunkt

Legenes språkbruk i denne type sykmeldings-erklæringer er så vidt vi vet, ikke undersøkt. Men, det er gjort studier på norske allmennlegers språk i utføresøknader (Aarseth, 2019; Aarseth, et al., 2019), og det er rimelig å tro at resultatene fra disse studiene kan overføres også til sykmeldings-erklæringene, all den tid de skrives av de samme legene.

Aarseth (2019) har følgende funn:

- Pasientenes symptomer blir ofte vektlagt som noe pasienten ikke selv har særlig påvirkning over.
- Den medisinske informasjonen er delvis uklart eller utilstrekkelig, og årsaken til pasientens arbeidsuførhet kommer ofte ikke klart fram i de fleste av tekstene.
- Erklæringene fremstår mer normative (pasienten fortjener uføretrygd) enn deskriptive og fremstår ofte appellerende til leser (Nav-konsulent eller rådgivende lege i Nav).
- Detaljerte vurderinger av pasientens arbeidsforhold eller arbeidsevne blir sjelden rapportert.

Her adresseres altså noen dyptgående utfordringer i denne type legearbeid, blant annet det Aarseth (2019) kaller for «stedet» der to uforenlige hensyn møtes: «på den ene siden den i legeyrket dypt forankrede pasientlojaliteten, på den andre siden den pålagte portvokterrollen som skal hindre at andre enn verdig trengende slipper å forsørge seg selv og i stedet blir understøttet av samfunnet. Det er sannsynlig at legers ofte negative erfaringer med å håndtere denne rollen kommer til uttrykk i form av vage, ufullstendige eller normative tekster». Hun mener dette kan bidra til å forklare at alle legeerklæringene i hennes utvalg støtter – direkte eller indirekte – pasientens ønske om uføretrygd.

Utover å avdekke en dimensjon av «to uforenlige hensyn», peker Aarseth, et al. (2014) i en kronikk på at skjemaene legene bruker når de skriver erklæringer til AAP og uføre, i seg selv er et lite egnet redskap for legen. Særlig ser det ut til at skjemaet skaper utfordringer når legen blir bedt om å sette sykdommen i sammenheng med funksjonsevne og arbeidsevne, blant annet ved at skjemaet er konstruert slik at det ikke er noe punkt som på en naturlig måte etablerer en sammenheng mellom arbeidsevne og

funksjonsevne. Spørsmålene knyttet til arbeidsevne åpner ikke opp om legens usikkerhet og eventuelle tvil. Som Aarseth, et al. (2014) påpeker, er det ikke legen, men Nav, som til syvende og sist avgjør om pasienten fyller kravene til uførhet.

Et annet vesentlig poeng, som man også kan gjenfinne i sykmeldingsblanketten, er at skjemaet retter seg inn mot funksjonstapet (knyttet til arbeid) og ikke mot funksjonsmulighetene. Ordlyden ved to av punktene i skjemaet er for eksempel: «Hva kan pasienten ikke gjøre i sitt nåværende arbeid?» og «oppgi begrensninger i forhold til tiltak». En slik vinkling bidrar til å bygge opp under et negativt fokus på pasientens muligheter. Aarseth, et al. (2014) konkluderer i kronikken med at skjemaet «Legeerklæring ved arbeidsuførhet» synes å fungere mot sin hensikt, og at «formatet og språket svekker muligheten for gode legeerklæringer preget av bredt og åpent skjønn. De åpner snarere for utvetydighet og pulverisering av ansvar».

I en studie fra Sverige undersøker Shutzberg (2019) uoffisielle teknikker som svenske allmennleger bruker for å få sykmeldinger godkjent. Forskerne intervjuet 19 allmennleger og identifiserte flere strategier. Disse inkluderer å overdrive symptomer, tilpasse diagnoser til forsikringskassens kriterier, og manipulere datoer. Legene rettferdiggjør disse teknikkene som nødvendige for å beskytte pasientene mot et rigid system. Funnene tyder på et behov for bedre kommunikasjon mellom leger og forsikringskassen, samt en revurdering av sykmeldingsprosessen for å redusere bruken av disse uoffisielle teknikkene.

En konklusjon på denne drøftingen er at både skjemaet og legeerklæringen dreier seg om å finne noe sykkelig ved pasienten, det vil si hvordan sykdom påvirker funksjonen. Legen har ikke alltid mulighet til å si noe om mulighetene, blant annet på grunn av manglende kunnskap om arbeidsforhold. Et større søkelys på det siste vil kunne ha betydning for i hvor stor grad pasienten er i stand til å arbeide.

6.3.2 Effekten av behandling Sykemelding som medisinsk behandling

Sykefravær har tradisjonelt vært sett på som en form for behandling; du blir friskere av å være hjemme, og kommer tilbake til jobb med bedre helse enn da du forlot den. Dette har imidlertid liten støtte i forskning. En rekke forhold på arbeidsplassen har vært knyttet til funksjonstap som følge av sykdommer og skader – alt fra fysiske jobbkrav og kjemisk arbeidsmiljø, til emosjonelle belastninger som stress, mobbing og mangel på støtte. Dette er sammenhenger som har støtte i forskning, se for eksempel Harvey, et al., (2017). Men

der hvor slike faktorer ikke er fremtredende, har arbeid vist seg å ha en rekke helsefremmende effekter (Modini, et al., 2016; Waddell, et al., 2007).

Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, og inngår i sentrale mål på sosioøkonomisk status, som igjen er assosiert med helse. Arbeidsrutiner gir struktur på hverdagen, som igjen har effekter på kosthold, søvn, fysisk aktivitet og rusbruk. For mange er arbeidet en viktig del av identiteten, det gir muligheter til å bruke evner og utdanning, og bidrar til samhørighet og fellesskap. Arbeid kan derfor være god terapi.

Det innebærer også at fravær av arbeid kan ha negative konsekvenser på den mentale og kroppslige helsen (Meneton, et al., 2015; Roelfs, et al., 2011). En rekke studier har vist at jobbtap henger sammen med økning i blant annet psykiske plager og dødelighet (Eliason & Storrie, 2005; Farré, et al., 2018), mens helsen kan bli bedre når man kommer tilbake i arbeid igjen (McKee-Ryan, et al., 2005; Murphy & Athanasou, 1999; Paul & Moser, 2009; Reneflot & Evensen, 2014). Lengre perioder med fravær, uansett årsak, medførte en doblet risiko for å utvikle smerterelaterte lidelser som fibromyalgi og ryggsmærter, og en betydelig høyere risiko for psykiske lidelser som angst, depresjon og rusavhengighet (Bartley, et al., 2004). Videre har det blitt vist en 80 prosent høyere risiko for hjerteinfarkt og 63 prosent høyere risiko for tidlig død (Meneton, et al., 2015).

De negative konsekvensene av å være uten arbeid er altså godt dokumentert, men det innebærer ikke nødvendigvis at retur til jobb reverserer alle de negative konsekvensene og automatisk gir helsegevinster. Det finnes særlig to sentrale hypoteser i litteraturen for å forklare forholdet mellom arbeid og god helse. Den ene kalles den sosiale kausalhypotesen og hevder at arbeid fører til god helse. Den andre kalles den sosiale seleksjonshypotesen og hevder snarere tvert imot at helse er en nødvendig betingelse for arbeid.

De aller fleste studiene viste store helsegevinster av retur til arbeid. De fant derfor størst støtte for den sosiale kausalhypotesen (Roelfs, et al., 2011; Rueda, et al., 2012). For eksempel ble det vist at sammenhengen mellom alkoholmisbruk og arbeidsledighet er best forklart som et resultat av arbeidsledighet. Videre ble det vist at det å komme tilbake i jobb innen et halvt år, ga en halvering av depresjonssymptomer sammenliknet med dem som ikke kom i jobb.

Det ble imidlertid også funnet noe støtte for den sosiale seleksjonshypotese (Roelfs, et al., 2011;

Rueda, et al., 2012). Selv om arbeid gir bedre helse, må man ha et visst nivå av helse for å kunne fungere i arbeidslivet. De med bedre helse er mer attraktive på arbeidsmarkedet og har lettere for å få jobb enn de med dårligere helse.

Oppsummert viser forskningen at mange langtidssykmeldte vil kunne få bedre helse av å gå tilbake i jobb, dersom det ikke er konkrete elementer ved jobben som forsterker plagene deres. For denne store gruppen med mennesker vil arbeid, og ikke sykefravær, være et viktig element i en virksom behandling.

Behandling av sykmeldte – psykologiske behandlinger

Fokus på arbeid har tradisjonelt sett ikke vært et uttalt element i behandlinger i helsevesenet. Selv om det kan virke logisk at en reduksjon i symptomer automatisk vil føre til økt arbeidsdeltakelse, så stemmer ikke dette nødvendigvis overens med virkeligheten. For å øke sannsynligheten for at pasienter faktisk vender tilbake til arbeid, må arbeid integreres eksplisitt som en del av behandlingen. Dette ble tydelig illustrert i en meta-analyse av psykologiske behandlinger for pasienter med vanlige psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Til tross for at målet i de inkluderte studiene var å redusere sykefraværet blant deltakerne, manglet behandlingene et integrert jobbfokus. Resultatene viste god effekt på symptomreduksjon, men minimal effekt på sykefravær (Finnes, et al., 2018). Symptomreduksjon alene er dermed ikke tilstrekkelig for en vellykket retur til arbeid.

Dette ble første gang vist i en nederlandsk studie i 2012, hvor forskerne sammenliknet kognitiv atferdsterapi med og uten integrert jobbfokus, for pasienter sykmeldt for vanlige psykiske lidelser (Lagerveld, et al., 2012). I studien viste de nedgang i symptomer i begge grupper, men i den jobbfokuserte kognitive behandlingen kom i tillegg deltakerne raskere tilbake i jobb. Den samme tilnærmingen er forsket på i Norge, og også her har en slik jobbfokusert kognitiv terapi vist betydelig effekt på sykefraværet for pasienter sykmeldt for vanlige psykiske lidelser (Gjengedal, et al., 2020). Det landsomfattende lavterskeltilbudet «Rask Psykisk Helsehjelp» har som mål å redusere sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser. Her viste effektevalueringen god effekt på symptomer, men ingen effekt på sykefravær (Knapstad, et al., 2020). En nyere studie (Holmås, et al., 2024) fant imidlertid ved bruk av registerdata, at tilbudet hadde en positiv effekt på sykefraværet, særlig på mellomlang sikt, for menn og for sykemeldte med angstlidelser.

Det er også verdt å nevne en annen norsk studie, som hittil er den eneste studien som har vist en statistisk signifikant effekt av en psykologisk behandling for muskel- og skjelettlidelser. Behandlingen ble gitt i form av en 3,5 ukes rehabiliteringsopphold, og innebar en variant av jobbfokusert kognitiv terapi. Pasienter sykmeldt for smerterelaterte eller psykiske plager ble inkludert i studien, og resultatene viste varig retur til arbeid hos 58 prosent i behandlingsgruppen versus 39 prosent i kontrollgruppen som fikk en poliklinisk variant av behandlingen (Gismervik, et al., 2020).

Samlet tyder forskningen på at psykologisk behandling alene har en usikker effekt på arbeidsdeltakelse, men at behandlinger med integrert fokus på arbeid i slike behandlinger kan øke arbeidsdeltakelsen. Litteraturen på dette feltet studerer behandlinger som er innrettet på ulike måter, og til ulike målgrupper, og er derfor lite sammenlignbar. Det er dermed usikkert hvordan slike behandlinger virker på arbeidsdeltakelsen til personer med psykiske plager.

Behandling av sykmeldte – andre typer behandlinger

Ulike typer av annen behandling brukes også i helsevesenet og gjennom Nav. Nedenfor gir vi en oversikt over studier som har sett på noen av disse.

Behandlinger i somatisk helsevesen for muskel- og skjelettlidelser har generelt vist liten effekt på sykefravær. Et unntak i norsk sammenheng er «Brief Intervention» for sykmeldte med ryggsmarter. Denne tilnærmingen, utført av fysikalskmedisinere og fysioterapeuter, inkluderer en grundig undersøkelse, ufarliggjøring av smerter gjennom forklaring, og oppmuntring til retur til arbeid. Den viste positive effekter på sykefravær på 1990-tallet (Indahl, et al., 1995), inkludert langtidseffekter (Indahl, et al., 1998) og ble senere replikert (Hagen, et al., 2003). En annen metode som er utviklet for å få folk med muskel- og skjelettlidelser tilbake på arbeid, er motiverende samtaler. Dessverre er det få studier på dette feltet (Aanesen, et al., 2020).

Erfaringer fra land som Sverige, Danmark og Nederland, kan også være relevant for norske behandlingsmetoder. I en klynge-randomisert kontrollert studie fra Sverige undersøker Saha, et al., (2019) om en dialog med arbeidsgiver i tillegg til strukturert evidensbasert fysioterapi, kan bidra til at deltakerne blir i arbeid eller, i tilfelle sykemelding, returnere til arbeid. Pasientene var i risiko for sykefravær eller på korttidssykemelding på grunn av akutte/subakutte nakke- og/eller ryggsmarter. Forfatterne finner at andelen som arbeidet i minst 4 uker på rad uten rapportert sykefravær ved 12-

måneders oppfølging, var større i intervensjonsgruppen (86 prosent) enn i kontrollgruppen (74 prosent).

En annen svensk studie er Cederberg, et al. (2022) som evaluerer effektene av en pasientsentrert eHelse-intervensjon for pasienter som er sykmeldt på grunn av vanlige psykiske lidelser. I en randomisert kontrollert studie mottok kontrollgruppen vanlig behandling, mens intervensjonsgruppen mottok vanlig behandling med pasientsentrert eHelse-intervensjon som tillegg. Intervensjonen besto av telefonstøtte og en nettbasert plattform. De finner at pasientsentrert eHelse-intervensjon forbedrer generell mestringstro uten å påvirke sykefraværet over en seksmåneders periode. Dette bekrefter også studiene referert ovenfor, at behandling uten jobbfokus kan være bra for pasientenes helse og velferd, men har ofte liten effekt på sykefraværet.

En dansk studie av Langagergaard, et al. (2021) undersøker effekten av en tverrfaglig intervensjon ved hjelp av en randomisert kontrollert studie blant pasienter med korsryggsmarter. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen mottok undersøkelse og rådgivning av en revmatolog og en fysioterapeut. Tverrfaglig intervensjon inkluderte i tillegg veiledning av en saksbehandler, som sammen med pasienten utarbeidet en plan for tilbakevending til arbeid. For deltakere med sterk tilknytning til arbeidsplassen, var det flere som begynte å arbeide igjen i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen i løpet av ett års oppfølging. For deltakere med svak tilknytning til arbeidsplassen, var det ingen forskjeller i effekt mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

Beemster, et al., (2021) presenterer resultatene fra en observasjonsstudie i Nederland av pasienter med kroniske muskel- og skjelettsmerter og sykefravær fra arbeid. De undersøker sammenhengen mellom tverrfaglig yrkesrettet rehabilitering med og uten arbeidsplassbesøk og arbeidsdeltakelse. Arbeidsplassbesøket medførte en signifikant økning i sjansen for arbeidsdeltakelse ved 6 måneders oppfølging.

En konklusjon basert på disse studiene er at behandlinger som har et jobbfokus, kan ha betydning for å få pasienter tilbake i arbeid. Det er likevel svært usikkert hvordan en effektiv behandling kan innrettes for å øke arbeidsdeltakelsen blant sykmeldte. Ulike studier ser på ulik innretning av behandlingstilbudet og ulike målgrupper, og er dermed lite sammenlignbare, og resultatene varierer.

Behandling av personer på langvarige helseytelser

Når man mottar AAP, stilles det krav til aktivitet, kjent som aktivitetskrav. Tradisjonelt har dette blitt praktisert slik at behandling regnes som aktivitet. Det innebærer at en person som får behandling i spesialisthelsetjenesten, som ofte er svært sporadisk og uregelmessig, kan bli stående uten jobbrelatert aktivitet utover en psykolog- eller legetime hver 14. dag eller enda sjeldnere. Dette er lite hensiktsmessig gitt forskning som peker på viktigheten av parallellitet i oppfølging. Parallellitet betyr at jobbstøtte og behandling bør skje samtidig, ikke sekvensielt.

En systematisk oversikt over effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykemeldte eller står i fare for å bli langtidssykemeldt, ble gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2021 (Tingulstad, et al., 2021). De finner ingen sikker forskjell på arbeidstrettede rehabiliteringstiltak og andre aktive tiltak verken etter 12 måneder, 24 måneder eller på helserelaterte utfall.

En studie av yrkesrettede attføringsprogrammer som har positive resultater, er Hardoy og von Simson (2023). De har studert effektene av slike programmer for aldersgruppen 18–23 som har psykiske lidelser og som er registrert som arbeidsløse. Mange av disse har ikke fullført videregående utdanning, noe som har gitt dem reduserte muligheter i arbeidslivet. De finner at slike programmer har en positiv effekt på tilbakeføring til utdanning for den yngste gruppen (18–21). Hvis personene derimot ikke er registrert med psykiske lidelser, men likevel har falt ut av videregående utdanning, fant de en negativ effekt. Sannsynligheten for å fullføre videregående utdanning og å komme inn i arbeidslivet ble redusert. Dette understreker betydningen av å kjenne til helsetilstanden for de unge for å sette inn de rette tiltakene.

Personer som har vært lenge ute av arbeidslivet, og dermed ikke lengre har en jobbtilknytning, har behov for en mer omfattende tilnærming enn kun behandling. Her er det særlig én modell for jobbstøtte som skiller seg ut, og det er Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support – IPS). IPS er en evidensbasert metode utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser. Den baserer seg på at alle kan inkluderes, fungere, trives og ha en helseeffekt av å delta i ordinært lønnet arbeidsliv – så lenge de får den rette jobben og arbeidsmiljøet, og med den rette typen støtte. Dette oppnås gjennom en såkalt «place then train» tilnærming der man ikke benytter prekvalifiserende

tiltak før utplassering i jobb. Den arbeidsrettede oppfølgingen fra en jobbspesialist inngår som en integrert del av behandlingen i helse- og omsorgstjenesten (Bond & Drake, 2014).

IPS har vist gjennomgående sterke effekter i en rekke ulike land og kontekster. En systematisk litteraturgjennomgang av 28 randomiserte studier av IPS for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, viste en snitteffekt på 55 prosent i jobb for dem som fikk IPS, sammenlignet med 25 prosent for dem som fikk vanlig oppfølging (Bond, et al., 2020). Liknende effekter er også vist for andre diagnosegrupper (Bond, et al., 2019). Også en norsk litteraturgjennomgang viste i snitt dobbelt så mange i jobb med IPS som ved ordinære tiltak (Nøkleby, et al., 2017).

I en randomisert studie fra Danmark undersøker Christensen, et al. (2019) effektene av IPS og forsterket IPS som inneholder jobbtrening (IPSE), sammenlignet med vanlig behandling blant voksne med alvorlig psykisk lidelse. De finner at andelen som oppnådde sysselsetting eller utdanning, var 59,9 prosent i gruppen med IPS, 59,1 prosent i gruppen med IPSE og 46,5 prosent i gruppen som mottok vanlig tjenester. Forfatterne konkluderer med at IPS og IPSE er virksomme behandlinger for å øke sysselsetting og utdanning blant personer med alvorlig psykisk lidelse i Danmark.

Det er gjennomført en rekke studier av IPS i Norge. I den første effektevalueringen ble det vist at IPS og jobbfokusert kognitiv terapi hadde svært god effekt for personer som hadde stått lenge utenfor arbeidslivet grunnet vanlige psykiske lidelser (Reme, et al., 2015). Denne effekten var like sterk etter nesten 4 år (Øverland, et al., 2018). Deretter ble det vist at IPS hadde bedre effekt for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, sammenliknet med en høykvalitetsversjon av vanlig oppfølging (Reme, et al., 2019). Denne effekten var også sterk, og til og med økende, over tid (Holmås, et al., 2021). Det er i tillegg vist god effekt av IPS for unge i fare for å falle permanent ut av arbeidslivet, uansett diagnose (Sveinsdottir, et al., 2020) og lovende effekt av IPS for pasienter med kronisk smerte (Sveinsdottir, et al., 2021).

IPS er altså signifikant bedre på både kort og lang sikt enn ordinære tiltak for å hjelpe mennesker i jobb, også i Norge (Nøkleby, et al., 2017).

6.3.3 Rammebetingelser i helsetjenesten

I tillegg til rollen som portvokter, kan helsetjenesten bidra til endringer i ytelser ved å forebygge, behandle og redusere sykdomsperioder. Dette kan skje direkte, for eksempel ved å redusere ventetiden på behandling, men også indirekte ved

å gi helsetjenesten insentiver til å prioritere tiltak som forebygger sykdom blant den arbeidsføre befolkningen, eller tiltak som får folk raskere tilbake i arbeid.

Prioriteringskriteriene i helsetjenesten

Kriterier for prioritering i helsetjenesten omfatter i dag ikke effekter på arbeidsdeltakelse. Som tidligere omtalt, har fastlegene få økonomiske insentiver til å få pasientene raskere tilbake i arbeid.

De helseøkonomiske analysene som benyttes for å vurdere offentlig finansiering av helsetiltak, har et såkalt utvidet helsetjenesteperspektiv, der ressursbruk i helsesektoren og hos pårørende tas hensyn til. Virkninger av tiltak som oppstår utenfor helsesektoren, inkludert effekten på arbeidsevne, blir ikke inkludert i beslutningsgrunnlaget (Ekspertgruppen Perspektiv i prioritering, 2024). Prioritering av å få folk tilbake til arbeid, er dermed heller ikke med i disse modellene. En anlegger altså ikke et samfunnsperspektiv som en ellers gjør i samfunnsøkonomiske analyser.

En ekspertgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet (Ekspertgruppen Perspektiv i prioritering, 2024), har analysert dette spørsmålet i sin rapport om perspektiver og prioriteringer. Ekspertgruppen tilrår at dagens modell med et utvidet helsetjenesteperspektiv, erstattes med en todelt modell, der man i en primæranalyse legger til grunn et helsetjenesteperspektiv mens man i en sekundæranalyse også kan inkludere et samfunnsperspektiv, i tilfeller hvor samfunnsperspektivet er særlig relevant for å fatte gode beslutninger.

Stortingsmelding 21 våren 2025 (Meld. St. 21 (2024-2025)) drøfter disse spørsmålene og konkluderer med at dagens utvidede helsetjenesteperspektiv for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten bør videreføres. Meldingen understreker at i den grad arbeid kan antas å være helsefremmende, vil også slike helseeffekter inngå i prioriteringsvurderingen. Det innebærer likevel at produktivitetsgevinsten som kan oppstå gjennom økt arbeidsdeltakelse, heller ikke fremover skal vektlegges som et selvstendig kriterium for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten.

Etiske begrunnelser for å utelate arbeidsevne fra de nåværende helseøkonomiske modellene, har vært avgjørende for dagens modell. Likevel finnes det argumenter for at et bredere perspektiv som også er jobbrelatert, kan redusere sykefravær og trygdeutgifter, se eksempelvis studiene som er referert ovenfor. For det første, kan dette gi et bedre samspill mellom sektorer som Nav og

helsetjenesten. Beslutninger i helse- og omsorgstjenesten kan ha betydelige konsekvenser for arbeidsmarkedet og omvendt. For det andre, kan en utvidelse av perspektivet føre til høyere prioritet for tiltak som bidrar til å få folk tilbake i arbeid. Eksempler kan være økt prioritet til behandlingstiltak for unge med psykiske lidelser eller personer med kroniske sykdommer som migræne (Sæther, et al., 2024).

Konsekvensene av å endre perspektiv i helsetjenesten er usikre, både når det gjelder prioritering av tiltak og tilhørende konsekvenser for sykefravær. Ekspertgruppen Perspektiv i prioritering (2024, p. 94) konkluderer at man trenger «informasjon om hvilke tiltak som kan ventes å ha størst effekt på produksjon med så lite ressurser som mulig. Det er få slike studier, spesielt på norske data, blant annet fordi informasjon om produksjonsvirkninger ikke kreves når man søker om refusjon for nye medisinske produkter. Vi har derfor liten oversikt over hvilke konkrete tiltak som vil bli mest berørt av at vi inkluderer produksjonsgevinster». Godøy, et al., (2024) som omtales nedenfor, er imidlertid et eksempel på en studie som ser på dette. De finner at for pasienter som venter på ortopedisk behandling, er produksjonsgevinsten betydelig større enn behandlingskostnadene.

Oppsummert finner vi at det ikke gis direkte insentiver for å få folk tilbake i arbeid, verken til fastlegene eller i spesialisthelsetjenesten. Hvis insentivene endres enten for fastlegene eller spesialisthelsetjenesten, vil det være viktig å sørge for et insentivene i de to helsetjenestene blir gjensidig forenlig.

Ventetider på behandling og tilknytning til arbeidsmarkedet

I det offentlige helsevesenet må pasienter ofte vente på behandling. Flere studier har sett på betydningen dette kan ha for sykefraværet på kort sikt gjennom forlengelse av sykdomsperioden, og langsiktige konsekvenser som overgang til uføretrygd.

En SINTEF-rapport fra 2015 (Dyrstad, et al., 2015) fremhever at forskning på sammenhengen mellom ventetid i spesialisthelsetjenesten og sykefravær er begrenset, selv om noen studier er gjort. Oppsummert viser de til studier som indikerer en effekt. Petersen, et al. (1999) fant at sykmeldte kirurgiske pasienter fikk noe kortere sykefravær ved fremskyndet operasjon. Hem, et al. (1997; 1998) rapporterte lignende funn. Et prosjekt fra Universitetet i Bergen, viste at tiltaket «Raskere tilbake» reduserte ventetiden for helsehjelp med i gjennomsnitt 12–15 dager, og sykefraværet med

omtrent åtte dager (Aakvik, et al., 2012). Et prosjekt fra SNF konkluderer imidlertid med at reduksjonen i sykefravær som følge av «Raskere tilbake» trolig var for liten til at ordningen var samfunnsøkonomisk lønnsom (Holmås & Kjerstad, 2010).

Vi har funnet to norske studier publisert etter dette. Dyrstad, et al., (2016) analyserte om ventetid for planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten var assosiert med sykefravær i Norge. Ved bruk av data på folk i alderen 18–67 år i perioden 2010–2012, konkluderte de med at lengden på ventetiden for behandling ikke hadde vesentlig effekt på sykefraværet. I en annen studie basert på registerdata, konkluderte Holmås, et al., (2024) med at det er grunn til å tro at lokale ventetider gir lengre ventetid for noen langtidssykmeldte med en somatisk diagnose. En utfordring i begge disse analysene var å beregne kausale effekter. Årsaken er at helsevesenet prioriterer pasienter med mer alvorlig sykdom, noe som kan lede til en positiv sammenheng mellom ventetid og sykefravær. Kortere ventetider kan også korrelere med individers evne til å navigere gjennom systemet (Godøy, et al., 2024).

En nylig publisert norske studie tar direkte hensyn til utfordringene med å beregne kausale effekter. Godøy, et al. (2024) studerte effektene av ventetid på pasientenes helse og arbeidstilbud i det norske helsevesenet. Studien fokuserer på ortopedisk behandling fordi det er betydelige variasjoner i ventetid og høy andel langtidssykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager. Ved å bruke variasjon over tid i gjennomsnittsventetid som instrument, finner forskerne at lengre ventetider ikke påvirker pasientenes helse (indikert ved bruk av helse-tjenester), men hadde vedvarende negative effekter på sysselsetting. Dette gjelder spesielt for dem som var sykmeldt da ventetiden startet. Ti ekstra dager i kø økte jobbfravær med nesten ni dager over fem år og uføretrygd med 0,4 prosent. Dette tyder på at lengre ventetid på behandling har betydning på sykefravær og overgang til uføretrygd.

6.4 Samlet vurdering av forskningen

6.4.1 Om litteraturen

Litteratursøket har bestått av søk gjort av bibliotekarere fra OsloMet for perioden 2019–2024, egne søk på Google Scholar for litteratur fra 2010 og framover, og søk på grålitteratur. Vi har også tatt med eldre litteratur vi mener er relevant for problemstillingene, og nyere publikasjoner som er omtalt i media etter at søkene ble gjennomført.

Kapittelet refererer til litteratur med ulike faglige innfallsvinkler og metoder. I kapittel 6.3.2 beskriver vi litteratur som har studert effekter av behandling basert på randomiserte eksperimenter. Slike studier er godt egnet til å belyse effekter av konkrete behandlingsformer, men resultatene fra enkeltstudier kan tenkes å være avhengig av studiens spesifikke innretning og avgrensning av målgruppe. I tolkningen av slike studier må derfor disse forholdene tas med i betraktningen.

Omtalen av befolkningens sykdomsforståelse og fastlegenes rolle er i større grad basert på kvalitative studier. Resultatene fra slike studier må tolkes ut fra konteksten og tidsperioden de er gjennomført i. I denne omtalen har vi vektlagt nyere studier fra Norge som vi anser som mest relevante for dagens situasjon.

6.4.2 Hva vet vi fra forskningen?

Felles for de helserelaterte ytelsene er at det stilles medisinske krav om at brukeren ikke kan være i fullt arbeid grunnet sykdom. For å forstå nivå og utviklingen i bruken av de helserelaterte ytelsene, er det derfor viktig å forstå helsetilstanden i Norge, og hvordan den har utviklet seg. Det er imidlertid utfordrende å isolere utvikling i helse fra andre faktorer, som registrering, holdninger og annet.

Norge er et av landene i verden med høyest forventet levealder og flest forventede friske leveår. For både menn og kvinner er det muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (korsrygg-smerter, angst og depresjon) som gir mest sykkelighet (helsetap mens man lever) i befolkningen.

Andelen menn og kvinner i alderen 15–64 som er diagnostisert i spesialisthelsetjenesten med psykiske lidelser i perioden 2010–2022, har økt. Økningen er tydeligst hos unge, noe som er en global trend. Det pekes på at økt åpenhet og økt kapasitet i tjenestene delvis kan forklare økningen av selvrapporterte psykiske plager, og det finnes studier som viser at sykmelding ikke er en hensiktsmessig medisinsk behandling ved enkelte psykiske lidelser.

Det er relativt lite litteratur om forståelse av helse og sykdom i den norske befolkning, men det er grunn til å tro at oppfatning av helse og hvorvidt man bør kunne motta sykmelding, kan forklare både nivå på, og utvikling i, bruken av helserelaterte ytelser. Det er imidlertid utfordrende å skille mellom helseendringer på den ene siden, og endringer i sykdomsforståelse og holdninger på den andre.

Fastlegene har en viktig portvokterrolle, og fastleger har betydelig innflytelse på sine pasienters fraværsatferd. Funn tyder på at fastlegens ivaretagelse av portvokterrollen, avhenger av legens økonomiske insentiver. Andre funn er at portvokterrollen er krevende ved sammensatte utfordringer hos pasienten.

Ved medisinsk uforklarte plager og symptomer mangler ofte et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene mangler også verktøy i møte med slike utfordringer, og har ikke nok kjennskap til relevante kommunale tiltak.

Helsevesenets prioriteringskriterier inkluderer i dag ikke behandlingstiltakenes effekt på arbeidsdeltakelse. Det kan påvirke både hvilke lidelser det utvikles behandling mot, og tilgjengeligheten. Lang ventetid på behandling ser ut til å påvirke sysselsetting negativt.

Nedenfor oppsummerer vi våre konklusjoner om hypotesene som var utgangspunktet for litteratursøket:

Hypotese 1: Det er en økning i antall personer med funksjonstap som følge av sykdommer og skader.

Vi fant litteratur som belyser dette, og hypotesen er delvis bekreftet. Det er derimot svak evidens. Vi vet for lite om endringer i muskel- og skjelettlidelser og medisinsk uforklarte plager og symptomer. Vi vet heller ikke om det har vært en økning i psykiske lidelser, eller om økt diagnostisering primært skyldes at flere oppsøker helsevesenet.

Hypotese 2: Vi har en lavere terskel for å bli hjemme fra jobb enn før.

Hypotesen er bekreftet, men det finnes lite litteratur på området og det er svak evidens. Vi vet fremdeles for lite om holdningsendringer.

Hypotese 3: Fastleger har svake insentiver til å unngå sykmelding, blant annet på grunn av takstsystemet.

Hypotesen er bekreftet. Vi fant litteratur som belyser dette, og det er sterk evidens. Fastlegene har ingen direkte økonomiske insentiver til å hjelpe pasientene sine tilbake i arbeid.

Hypotese 4: Fastlegenes høye arbeidsbelastning gir unødvendig høy bruk av sykmelding.

Hypotesen kan ikke bekreftes. Vi fant litteratur som belyser dette, men det er svak evidens. Vi vet for lite om forskjell i sykemeldingspraksis for leger med lange og korte pasientlister.

Hypotese 5: Fastleger har ikke nok trening/opplæring i møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer / vanskelig livssituasjon.

Hypotesen er bekreftet. Vi fant litteratur som belyser dette, med sterk evidens. Det finnes likevel verktøy som kan øke fastlegenes kunnskap om dette. Dette verktøyet har vist stor effekt på å få ned sykefraværet.

Hypotese 6: Portvokterrollen gir en ubehagelig rollekonflikt som fører til at fastlegene sykmelder oftere enn de burde.

Hypotesen er bekreftet. Vi fant litteratur som belyser dette med sterk evidens.

Hypotese 7: Det mangler verktøy og ressurser som fastleger kan henvise til som alternativ til sykmelding.

Hypotesen kan ikke bekreftes. Vi fant litt litteratur som belyser dette, men med svak evidens. Vi vet for lite om i hvilken grad fastlegene kan bruke relevante kommunale tiltak som alternativer til sykemelding.

Hypotese 8: Helsevesenet prioriterer ikke behandling (valg/utforming av behandlingstilbud) etter hva som har gode (sterke) effekter for arbeidsdeltakelse.

Hypotesen er bekreftet. Vi fant litteratur som belyser dette, med sterk evidens. Kriteriene for prioritering i helsevesenet omfatter ikke effekter på arbeidsdeltakelse.

Hypotese 9: Lange behandlingsskøer gir forsinkelser i overgangen til arbeid.

Hypotesen kan ikke bekreftes. Vi fant litteratur som belyser dette, men med svak evidens. Det finnes lite litteratur som ser på kausale effekter.

6.4.3 Kunnskapshull

Vi vet fremdeles ikke nok om følgende forhold basert på hypotesene.

- Vi vet ikke om det har vært en økning i antall personer med funksjonstap som følge av sykdommer og skader, eller om det bare er flere som går til fastlegen med sine plager.
- Vi vet fremdeles lite om holdningsendringer til å være hjemme fra jobb, men de få studiene som finnes, tyder på at holdningene har endret seg.
- Vi vet for lite om helsekøenes betydning på arbeidsdeltakelse.

6.5 Supplerende informasjon fra intervjuer og statistikk

Mange av de samme temaene som omtales i litteraturen om helsevesenet, ble også drøftet i intervjuene. Særlig i intervjuer med rådgivende leger i Nav, Allmennlegeforeningen, fagrådet for Arbeid og helse og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Det er relativt sterk evidens for mange av hypotesene som omhandler helsevesenets rolle. I intervjuer med ulike aktører har det vært noe ulike meninger om temaene som også er godt dekket av forskningslitteraturen, for eksempel om hvilken virkning takstsystemet har for fastlegenes sykmeldingspraksis. I omtale av supplerende funn fra intervjuer om helsevesenets rolle, fokuserer vi først og fremst på funn fra intervjuene som kan bidra til å belyse tema hvor det er mindre sterk evidens fra forskningen, eller som bidrar med relevant informasjon om tema som allerede er godt dekket av forskningslitteraturen.

I likhet med i arbeids- og velferdsforvaltningen, er det også i helsetjenesten, på tvers av de helse-relaterte ytelsene, beskrevet som en utfordring hvordan man skal hjelpe pasienter som har mindre alvorlige psykiske helseplager, og dels også muskel- og skjelettplager. Manglende kompetanse og kunnskap blant fastleger om riktig behandling for disse personene, ble av enkelte informanter beskrevet som en utfordring. I tillegg er det flere som har beskrevet, at tilbudet av behandling som kombinerer et arbeidsrettet og helsemessig perspektiv er mangelfullt, uoversiktlig og dels overlappende på tvers av arbeids- og helsesektoren.

Sykepenges

Forskningslitteraturen tar for seg en rekke elementer knyttet til fastlegenes rolle som sykmelder, og som gjør portvokterrollen utfordrende å utøve i praksis. Et tema som i mindre grad er omtalt i litteraturen, men som flere problematiserte i intervjuer, var fastlegenes rammebetingelser og kunnskap for å vurdere arbeidsfunksjon. Særlig ble det trukket frem et uutnyttet potensial for å løse flere sykmeldingssaker uten involvering av Nav dersom sykmelder og arbeidsgiver hadde hatt tettere dialog enn i dag.

I intervjuene ble det pekt på at fastleger har lite kunnskap til å vurdere den sykmeldtes muligheter for å være i gradert arbeid, fordi de ikke vet hva arbeidet går ut på og hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes på arbeidsplassen. Arbeidsgiver har på den andre side ikke kunnskap om pasientens helsemessige utfordringer og eventuelle muligheter for å jobbe med tilrettelegging, og vet derfor ikke hva de kan

tilrettelegge for. I intervjuer ble det beskrevet at problemet oppstår fordi hverken fastlege eller arbeidsgiver har gode kommunikasjonskanaler mot hverandre, men også fordi fastlegene ikke har direkte økonomiske insentiver for å opprette kontakt med arbeidsgiver.

Som i forskningslitteraturen, ble dårlige fagsystemer trukket frem i intervjuene som en generell utfordring i dagens system for helse-relaterte ytelser. I litteraturen problematiseres blant annet sykemeldingsskjemaene som fastlegene fyller ut, noe som også ble beskrevet av flere i intervjuer. I intervjuene ble det etterlyst bedre muligheter for kommunikasjon mellom sykmelder og Nav. Det ble også etterlyst bedre muligheter for å utnytte fastlegenes kompetanse på å identifisere sykmeldinger som kommer til å være langvarige, og der Nav burde kobles på med en gang. Fastlegene kan ha gode forutsetninger for tidlig å identifisere slike saker, men det ble i intervjuet beskrevet at fagsystemene i liten grad muliggjør og legger opp til at fastlegene kan varsle Nav om dette.

Flere av de intervjuede aktørene trakk også frem at inngangskriteriene for sykmelding ikke nødvendigvis praktiseres i henhold til regelverket. Det har blant annet blitt trukket frem at det sykmeldes for andre ting enn egen sykdom, som sykdom og dødsfall i familien, konflikter på arbeidsplassen og vanskelig livssituasjoner. Slike hendelser kan selvsagt utløse helsemessige plager som gir grunn til sykmelding. Likevel er inntrykket fra intervjuene at slike hendelser i urettmessig stor grad utløser sykmeldinger, og at ytelsesstrukturen bidrar til at disse personene er borte fra arbeid lenger enn regelverket skulle tilsi.

Arbeidsavklaringspenger

Det er noe evidens fra forskningslitteraturen på at lange ventetider i helsevesenet bidrar til å øke tiden personer er ute av arbeid. Dette ble også problematisert i flere av intervjuene, og det ble særlig beskrevet at lange ventetider i spesialisthelsetjenesten bidrar til å utsette den arbeidsrettede oppfølgingen av AAP-mottakere. Den manglende sammenhengen mellom Navs aktivitetsplan og behandlingsplanen ble også problematisert i enkelte intervjuer, og at det er rom for å stille mer krav til ytelsesmottakeren i AAP-perioden. Enkelte informanter påpekte at det ikke er krav til at leger skal lage en medisinsk plan, noe som kan medføre at ingen følger opp om pasienten faktisk gjennomfører behandlingen som er planlagt. Det kan for eksempel føre til at en pasient kan avbestille psykologtimer over tid uten at det følges opp eller har konsekvenser for ytelsesmottakeren.

7. Arbeidsmiljø, arbeidsmarked og oppvekst

Dagens arbeidsmarked stiller høyere krav til formell og uformell kompetanse enn før., De siste 20 årene kan det se ut som at det har blitt vanskeligere for personer med ulike former for utfordringer å etablere seg i arbeidslivet. Høyere sykefravær i Norge sammenlignet med andre land, skyldes trolig ikke dårligere arbeidsmiljø i norske virksomheter. Det synes likevel å være lite bevissthet i virksomhetene om hvilke psykososiale tiltak som kan motvirke sykefravær.

7.1 Innledning

De tre foregående kapitlene tar for seg rammeverket og drivere for bruken av de helserelaterte ytelsene: Regelverket og forvaltningen av ytelsene, og helse og helsetjenestene. I dette kapitlet supplerer vi kunnskapsgrunnlaget med andre faktorer som kan påvirke utviklingen i bruken av de helserelaterte ytelsene: Arbeidsmiljø, arbeidsmarked, oppvekstforhold og endringer på samfunnsnivå.

Følgende hovedhypoteser ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket, og etableringen av søkeordslister:

1. Arbeidsgiver og verneombud mangler informasjon, eller har ikke tilstrekkelig kunnskap, om plikter og muligheter for tilrettelegging av arbeid ved sykdom.
2. Arbeidslivet krever mer enn før, og man må ha bedre helse for å stå i jobb, mer formell kompetanse og annen kompetanse.
3. Eventuelle kutt i sykelønn/ytelse vil trolig slå skjevt ut.
4. Arbeidsgiverfinansierte ordninger kan øke tilstrømninger og kan bidra til raskere friskmelding.

Arbeidsmiljøfaktorer kan ha stor effekt på ansattes helsesituasjon og trolig også på potensialet for effektiv tilrettelegging og medvirkning. Et godt arbeidsmiljø vil derfor kunne forebygge uhelse, og dermed redusere innstrømningen til de helserelaterte ytelsene og bidra til at sykmeldte ansatte kommer raskere tilbake til jobb enn de ellers ville ha gjort.

Arbeidsmarkedsmessige faktorer kan også i seg selv påvirke helse og bruken av helserelaterte ytelser. Arbeidsgiverfinansierte forsikringsordninger er også ulikt fordelt i arbeidsmarkedet. Videre tar kapitlet for seg forskning på holdninger til sykefravær og trygd, betydningen av oppvekstforhold og skoleopplevelser.

7.2 Arbeidsmiljø – risikofaktorer og beskyttelse

Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse for 2022 inkluderte en modul om arbeidsmiljø, som kartla fysisk, ergonomisk og psykososialt arbeidsmiljø blant ansatte, i tillegg til yrkesrelaterte helseplager og fravær. I denne undersøkelsen oppga over én av tre som hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager de siste 12 månedene, at årsaken til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb (Oslo Economics, 2024d, p. 5). Dette funnet tilsier at inntil én tredjedel av dem som er sykmeldte i mer enn 14 dager, kunne unngått sykefravær hvis arbeidsgivere jobbet bedre og mer systematisk med å skape et godt arbeidsmiljø. Imidlertid finnes det begrenset kunnskap om hvilke sider ved moderne arbeidsmarkeder som øker risikoen for sykefravær, og hvordan man kan eliminere eller begrense slike faktorer. I dette avsnittet går vi gjennom foreliggende kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer og hva de betyr for sykefraværet.

7.2.1 Faktorer som øker risikoen for sykefravær

Litteraturen om eksponeringsfaktorer på arbeidsplassen skiller grovt mellom tre hovedtyper: fysiske eksponeringer, kjemiske og biologiske eksponeringer, og psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer (Knardahl, et al., 2016). Fysiske eksponeringer viser til tungt fysisk arbeid, løft av mennesker eller materialer, og ubekvemme arbeidsstillinger. Kategorien omfatter også høye og lave temperaturer eller fuktighetsnivåer, støy, elektromagnetiske felt og ioniserende stråling. Kjemiske og biologiske eksponeringer inkluderer alle typer kjemiske forbindelser eller grunnstoffer ansatte kan komme i kontakt med, mens biologiske eksponeringer inkluderer bakterier, virus, giftstoffer og soppfragmenter som kan gi kroppslige reaksjoner.

Psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer handler om arbeidsoppgaver og sosiale interaksjoner med kollegaer eller kunder/brukere.

Her finnes det flere ulike modeller og målemetoder. En mye brukt modell er krav-kontroll-modellen (Karasek, 1979), som gjør jobbkrav og kontroll i jobbsituasjonen til de sentrale parameterne. Høye krav er ikke nødvendigvis en belastning hvis arbeidstakeren selv kan styre hvordan arbeidsdagen skal legges opp. Det som skaper en belastende arbeidssituasjon, er kombinasjonen av høye krav og lav kontroll. En videreutvikling av modellen innfører begrepet om sosial støtte som en ressurs på arbeidsplassen – det er mulig å håndtere høye krav og lav kontroll hvis man opplever anerkjennelse og støtte fra kollegaer og ledere (Karasek & Theorell, 1990).

Et alternativ til krav-kontroll-modellen er innsats-belønning-modellen (Siegrist, 1996). Her er grunntanken at et godt arbeidsmiljø kjennetegnes av balanse mellom innsatsen de ansatte legger ned i arbeidet, og belønningen de mottar. Belønning forstås ikke bare som lønn, men også som anerkjennelse og utviklingsmuligheter.

En tredje modell legger vekt på krav og ressurser (Bakker & Demerouti, 2007), der «krav» forstås omtrent som i krav-kontroll-modellen, mens ressurser inkluderer aspekter som variasjon i arbeidsoppgavene, utviklingsmuligheter og anerkjennelse. Felles for alle modellene er at de peker på både belastende og beskyttende faktorer, og legger til grunn at arbeidstakere kan tåle en del belastninger hvis de også er omgitt av beskyttede faktorer.

7.2.2 Høyt sykefravær kan skyldes fysiske og psykososiale belastninger

Litteratursøket returnerte en lang rekke studier av sammenhengene mellom arbeidsmiljø og sykefravær, og også en del studier av sammenhengene mellom arbeidsmiljø og uføretrygd. Gjennomgangen av de aktuelle artiklene gjør det klart at både fysiske og psykososiale belastninger kan ligge bak høye nivåer på sykefravær (Pedersen, et al., 2021). Nedenfor gjennomgår vi de mest relevante studiene som ble identifisert i søket.

Studiene er stort sett samstemte om at et tungt fysisk arbeidsmiljø – preget av tunge løft og/eller fremoverlent arbeidsstilling – gir økt risiko for sykefravær, og at effekten er størst for eldre arbeidstakere (Blåfoss, et al., 2023; Oliv, et al., 2019; Pedersen, et al., 2022). Det samme gjelder for overgang til uførepensjon; det er en sammenheng mellom krevende fysisk arbeidsmiljø og overgang til uførepensjon (Gustafsson, et al., 2019; Kjellberg, et al., 2019), og arbeidstakere som skifter fra fysisk krevende til mindre krevende jobber, reduserer risikoen for å gå ut av arbeidslivet med

uførepensjon (Badarin, et al., 2022; Söderberg, et al., 2021). En dansk studie fant at belastende fysisk arbeidsmiljø særlig hadde betydning for langtidsfraværet, mens psykososiale belastninger predikerte både korttids- og langtidsfravær (Thorsen, et al., 2021). Skiftarbeid ser ut til å øke risikoen for korttidsfravær for alle, mens effekten på langtidsfraværet varierer mellom grupper og også etter hvordan skiftordningen er utformet (Bernstrøm & Houkes, 2020). Muligheten til å påvirke hvilke skift- og turnusordninger man skal ha, ser ut til å redusere antallet korttidsfravær ansatte har i løpet av året (Larsen, et al., 2021).

Høye emosjonelle krav i jobben disponerer også for høyere sykefravær, og særlig for kvinner (Sørensen, et al., 2023). Arbeidstakere i yrker preget av høye emosjonelle krav, hadde høyere langtidssykefravær enn andre (Framke, et al., 2023; Framke, et al., 2019). Mer kontroll over jobbsituasjonen kunne imidlertid fungere som en beskyttelse, også mot høye emosjonelle krav (Knutsen, et al., 2024).

Trakassering på arbeidsplassen, enten denne kommer fra kollegaer eller brukere, er også en arbeidsmiljøbelastning om tas opp i enkelte, nyere studier. Studiene bruker egenrapporterte opplevelser av vold, mobbing og trakassering, og ser på risikoen for sykefravær eller uførepensjonering over tid. Det å være utsatt for vold, trusler og seksuell trakassering øker risikoen for å bli sykmeldt (Blindow, et al., 2021; Sterud, et al., 2021; Wijkander, et al., 2023) og ufør (Clausen, et al., 2023a). Det er dessuten tegn til at disse faktorene samspiller med jobbkrav; informanter som oppga at de hadde høye jobbkrav, og også høy utsatthet for vold og trusler, hadde høyere sykefraværssrater enn det som kunne forventes ut fra «sammenlegging» av risikoen assosiert med hver av disse faktorene, noe som indikerer at effektene forsterker hverandre (Clausen, et al., 2023b). Noe nedslående fant Hoffman, et al. (2020) at sosial støtte på jobb ikke reduserte risikoen for sykmelding blant ansatte som opplevde vold på arbeidsplassen; det å oppleve sosial støtte reduserte isolert sett risikoen for sykefravær, men denne effekten samspilte ikke med den negative effekten av å bli utsatt for vold.

Det å jobbe i åpent landskap påvirker arbeidsmiljøet både fysisk og psykososialt. To studier identifisert i litteratursøket, tar opp spørsmålet om konsekvensene av arbeid i åpne landskap for henholdsvis sykefravær og risiko for uførepensjon. Den ene studien finner høyere risiko for uførepensjonering blant arbeidstakere som jobber i kontorlandskap, også kontrollert for andre faktorer som assosieres med risiko for uførhet (Nielsen, et al., 2021). Artikkelen som ser på sykefravær, finner at ansatte som jobber i åpne

kontorlandskap, har høyere risiko for sykmelding enn ansatte som jobber i cellekontor (Borge, et al., 2023).

7.2.3 Belastende og beskyttende faktorer

Et utvalg av studier tematiserer forholdet mellom belastende og beskyttende faktorer, som er sentralt i de teoretiske modellene.

Lav skåre på en eller to indikatorer på godt psykososialt arbeidsmiljø, assosieres ikke med høyere sykefravær så lenge man skårer godt på andre indikatorer. Men lav skåre på alle eller nesten alle indikatorer, øker risikoen. (Andersen, et al., 2022a) Lite sosial støtte ser ut til å øke risikoen for uførepensjonering, uavhengig av kravene og belastningene i yrket (Leineweber, et al., 2019).

Noen studier finner at både høy fysisk belastning og lav jobbkontroll øker risikoen for å bli ufør (Aronsson, et al., 2019; Udem, et al., 2021). Emberland et al. (2017) fant at høye jobbkrav hadde begrenset betydning for senere uførepensjonering, mens opplevd rollekonflikt derimot hadde signifikant effekt. Noen studier finner gjensidig forsterkning, slik at kombinasjonen av høy fysisk belastning og lav jobbkontroll øker risikoen for uførepensjonering mer enn de to separate risikøknningene sammenlagt (Badarin, et al., 2023). Effektene av de to ulempene – høy fysisk belastning og lav kontroll – forsterket altså hverandre, slik at totalen ble mer enn summen av delene. En studie som så på langtids sykefravær (Sundstrup & Andersen, 2021), fant imidlertid ikke slike samspillseffekter – både fysisk belastning og dårlig psykososialt arbeidsmiljø økte langtidsfraværet i denne studien, men studien fant ikke gjensidig forsterkning. Mye stress i jobbsituasjonen øker risikoen for sykefravær med en psykisk diagnose, men så ikke ut til å henge sammen med økt risiko for muskel- og skjelettlidelser (Hultén, et al., 2023).

En norsk studie gjennomførte en survey om arbeidsmiljø og arbeidskonflikter i 2009, og koblet data til registerdata om sykefravær året etter. Funnene tydet på at det å stå i rollekonflikter, høye emosjonelle krav og lite støtte fra ledelsen, var prediktorer for langtids sykefravær (Aagestad, et al., 2014). Studien estimerer at om lag 15 prosent av alt sykefravær kan relateres til slike faktorer, noe som er betydelig. Tilsvarende fant en dansk studie at gravide kvinner som oppga at de var utsatt for høyt arbeidstempo, lite kontroll, lite anerkjennelse, mye stående/gående arbeid, tunge løft og skift- eller nattarbeid i uke 12, hadde mer sykefravær da de ble intervjuet igjen i uke 27 (Pedersen, et al., 2021). «Høy sosial kapital» på arbeidsplassen, både innad i team og i relasjonen til nærmeste leder, var på den andre

sida assosiert med lavere sykefravær (Clausen, et al., 2020; Pihl-Tingvad, et al., 2024).

Noen av studiene finner kjønnsforskjeller i hvordan ulike beskyttende og belastende faktorer på arbeidsplassen slår ut. To svenske studier brukte krav-kontroll-modellen og fant at sykefravær og uførepensjonering var høyest blant kvinner med små krav og lav kontroll, mens det for menn var høyest når yrket innebar høye krav og lav kontroll (Norberg, et al., 2020; Salonen, et al., 2020). En dansk studie fant tilsvarende at lite jobbkontroll økte risikoen for uføretrygd både blant menn og kvinner, mens høye jobbkrav reduserte risikoen blant menn. Effekten av høye jobbkrav for kvinner, derimot, var liten eller ikke-eksisterende (Falkstedt, et al., 2023). Opplevelsen av jobbstress predikerer sykefravær blant kvinner i større grad enn blant menn (Thorsen, et al., 2019). Blant unge arbeidstakere (under 30 år) i Danmark hadde kvinner størst risiko for sykefravær hvis de jobbet i yrker med høye emosjonelle krav, mens menn hadde størst risiko i jobber der de ikke kunne ta egne beslutninger (Sørensen, et al., 2023). Høye kvantitative krav og større belastning i jobben hang sammen med lavere sykefravær blant menn, men høyere blant kvinner.

En av de største diagnosegruppene blant sykmeldte er psykiske lidelser. En svensk studie så spesielt på arbeidsforholdene til personer med utbredte psykiske lidelser, og fant at sykefraværet i denne gruppen var høyere når ansatte også opplevde lite kontroll, høy belastning, lite fleksibel arbeidstid eller mangel på mulighet til hjemmekontor (Helgesson, et al., 2023). Assosiasjonene var særlig sterke for personer med depresjon som opplevde mye jobbstress.

En norsk studie av ansatte i barnehager fant at det å ha mange førskolelærere i en enhet, hang sammen med lavere sykefravær i hele enheten, mens det å ha mange ufaglærte ansatte, var assosiert med høyere sykefravær (Drange, et al., 2021). Forskerne tolker dette som at arbeidsbyrden øker når flere ansatte mangler relevant utdanning, og at dette driver sykefraværet i barnehager mer enn faktisk arbeidsbyrde målt som antall barn per voksen.

7.2.4 Litteraturgjennomganger om arbeidsmiljø

Som denne gjennomgangen illustrerer, er forskningen om arbeidsmiljø, sykefravær og uførepensjon sammensatt, og funnene peker ikke alltid i samme retning. Det er gjennomført enkelte systematiske oversiktsstudier som gir et mer helhetlig bilde.

Knardahl, et al. (2016) gjennomgikk 131 prospektive observasjonsstudier av forholdet mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer og sykefravær. Gjennomgangen fant svært sterk evidens for at det er sammenhenger mellom selvrapportert mekanisk eksponering generelt, og mer spesifikt repetitive bevegelser og bøyning av nakke eller rygg, og økt sykefravær. Evidensen var også sterk for en slik sammenheng mellom kombinasjon av høye kvantitative krav og liten kontroll i jobbsituasjonen, og sykefravær. Trakassering og mobbing øker også risikoen for sykefravær, det samme gjør skiftarbeid. Evidensen er svakere for at generell fysisk belastning, tunge løft, stående arbeid og utsatthet for støy øker risikoen for sykefravær. Når det gjelder psykologiske og organisatoriske faktorer, finner studien en viss, men begrenset evidens for at rollekonflikter, rolleklarhet, ubalanse mellom innsats og belønning, og emosjonelle krav påvirker risikoen for økt sykefravær. Lange dager og overtidarbeid ser heller ikke ut til å påvirke risikoen vesentlig.

En studie fra 2017 oppsummerer kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer som kan øke risikoen for at personer blir varig uføre og mottar uførepensjon (Knardahl, et al., 2017). Her var det atskillig færre studier som var aktuelle enn det som var tilfelle for litteraturgjennomgangen om sykmelding; bare 39 var relevante og hadde tilstrekkelig kvalitet. Det begrensede antallet studier ga ikke dekning for å si at det er sterk evidens for sammenhenger mellom uførepensjonering og faktorer på arbeidsplassen, men studien finner moderat evidens for noen sammenhenger. Dette gjelder for eksempel sammenhengen mellom uførepensjonering og mangel på kontroll i arbeidssituasjonen, og kombinasjonen av høye kvantitative krav og lav kontroll. Den systematiske gjennomgangen fant imidlertid ikke sterk evidens for sammenhenger mellom uførepensjonering og kvelds- og nattarbeid, skiftarbeid, eller lange arbeidsuker. Det lave antallet studier, og de ofte sprikende funnene, tyder på at det er store kunnskapshull når det gjelder sammenhengene mellom faktorer på arbeidsplassen og uførepensjonering.

To systematiske litteraturgjennomganger tar for seg arbeidsforhold blant henholdsvis unge arbeidstakere i Norden og arbeidstakere med innvandrerbakgrunn i Sverige (Akay & Ahmadi, 2022; Hanvold, et al., 2019). Gjennomgangen om unge arbeidstakere er opptatt av helseutfall generelt, og ser ikke spesielt på sykmelding eller uførepensjonering (Hanvold, et al., 2019). Den finner at mekaniske faktorer som tunge løft og krevende arbeidsstilling, økte risikoen for smerter i nedre del av rygg, mens høye jobbkrav økte risikoen for

dårligere psykisk helse. Det å jobbe med kjemikalier økte risikoen for hudreaksjoner, for eksempel håndeksem. Unge uten fullført videregående opplæring ble identifisert som en særlig sårbar gruppe, særlig når det gjaldt ulykker på jobb, mens lærlinger og unge ufaglærte var sårbare for arbeidsrelatert sykdom. Gjennomgangen som ser særskilt på innvandrere i Sverige, finner at innvandrere opplever en rekke jobbelastninger, både fysiske, psykiske og sosiale (Akay & Ahmadi, 2022). Risikoene er, blant annet, assosiert med minoritetsstress inkludert diskriminering, trakassering og trusler, kombinert med lite sosial støtte fra ledere og kollegaer. Gjennomgangen fremhever særlig behovet for inkluderende og støttende ledelse, og tar til orde for mer aktiv innsats mot diskriminering på arbeidsplassen.

7.2.5 Arbeidsgivere og lederes rolle

Relasjonen til nærmeste leder kan være viktig for å forhindre sykefravær. Ansatte som mener at deres nærmeste leder ikke utøver ledelse på en god måte, har høyere sykefravær enn mer fornøyde ansatte, og når ansatte går fra en «god» til en «dårlig» leder, øker sykefraværet (Mehta, et al., 2022; Sørensen, et al., 2020). Ansatte som ikke opplever god ledelse, har også større risiko for tidlig utgang fra yrkeslivet med en helserelatert ytelse (Sørensen, et al., 2022). En studie finner at særlig det å få tilbakemeldinger fra lederen, kan bidra til lavere nivåer av langtids sykefravær (van Hoffen, et al., 2020).

Beslutninger som tas på virksomhetsnivå, knyttet til det å ansette og holde fast i medarbeidere med helseutfordringer, har også betydning for i hvilken grad utsatte arbeidstakere kan fortsette i arbeidslivet. En side av dette er viljen til å holde fast i medarbeidere som får helseproblemer, men som har restarbeidsevne. En studie fra Nederland estimerte at egenskaper ved arbeidsgiveren forklarte ti prosent av variasjonen i oddsen for å fortsatt være ansatt fire måneder etter at man ble diagnostisert, mens egenskaper ved arbeidstakeren og sykdommen til sammen forklarte 13 prosent (van Ooijen, et al., 2021). Andelen som fortsatte i jobb, var lavest i små bedrifter, i bygg og anlegg og i lavtlønnede serviceyrker.

Ledere kan være skeptiske til å ansette medarbeidere med helseplager eller andre utfordringer. I en surveyundersøkelse i Nederland uttrykte flertallet motvilje mot å ansette medarbeidere med psykiske helseplager, og 30 prosent var også negative til å ansette medarbeidere som tidligere hadde hatt dårlig psykisk helse (Janssens, et al., 2021). Selv om arbeidsgivere i Nederland er tyngre involvert i finansieringen av helserelatert fravær enn i Norge,

tyder dette på at arbeidslivet kan være lite inkluderende for disse gruppene.

Også i bedrifter som er mer orienterte mot inkludering av marginal arbeidskraft, er det skepsis til arbeidstakere med helseplager eller andre utfordringer. I Nederland uttrykker ledere for inkluderende bedrifter mer negative holdninger enn andre til å ansette utsatte arbeidstakere (Hulsegge, et al., 2022). Inkluderende bedrifter omfattet bedrifter med en viss andel medarbeidere som hadde en funksjonsnedsettelse, hadde vært arbeidsledig eller ikke hadde fullført skolegang. Til tross for negative holdninger, hadde lederne i de inkluderende bedriftene også sterkere ambisjoner om å ansette disse arbeidstakerne. De hadde mer aktive og inkluderende HR-rutiner, lavere terskel for å tilrettelegge, og var også mer positive til å diskutere fleksible arbeidstidsordninger. At lederne i disse organisasjonene uttrykte mer negative holdninger, kan reflektere et mer realistisk syn på hva det faktisk krever å inkludere disse arbeidstakerne på gode måter (Hulsegge, et al., 2022).

7.2.6 Innsats for bedre arbeidsmiljø

Studier av konkrete tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet, viser ofte små effekter på sykefravær og risikoen for uførepensjonering. I den grad man finner effekter, er de positive. En norsk studie sammenlignet bedrifter som hadde innført tiltak for bedre helse på arbeidsplassen, med bedrifter som ikke hadde gjort dette, og fant at effekten av tiltaket varierte sterkt mellom ulike deler av arbeidslivet (Nielsen & Midtsundstad, 2021). Tiltakene hadde bedre effekt i funksjonæryrker enn blant industriarbeidere, og større effekt for yngre enn for eldre arbeidstakere. Den begrensede nedgangen i uførhetsrisiko man kunne se i bedrifter som innførte tiltak, ble i noen grad fulgt av en økning i sykemelding – flere jobbet lenger, men de var oftere syke. Tilsvarende fant en svensk studie at tiltak for bedre arbeidsmiljø ikke hadde noen påviselig effekt på sykefraværet, i hvert fall ikke på kort sikt (Ståhl, et al., 2022). Van Ooijen, et al. (2024) fant at ulike preventive tiltak knyttet til sykdom og uførhet på virksomhetsnivå i Nederland, korrelerte med lenger yrkesdeltakelse for ansatte med nedsatt arbeidsevne.

Generelt ser ikke arbeidet med å skape et bedre psykososialt arbeidsmiljø ut til å stå høyt på agendaen blant norske arbeidsgivere (Thun, et al., 2022). Mange arbeidsgivere gir inntrykk av at det er uklart for dem hva psykososialt arbeidsmiljø er; begrepet brukes ikke systematisk og kobles ofte til trivsel, trygghet, mellommenneskelige relasjoner samt fravær av mobbing og trakassering. Enkeltmedarbeideres psykiske helse kan også

plasseres under paraplyen psykososialt arbeidsmiljø. Mange virksomheter sier at temaet er på dagsorden, men under halvparten oppgir at arbeidet er godt planlagt og systematisert. Når virksomhetene blir spurt om hva de konkret gjør, peker de fleste på trivselstiltak og tiltak for å styrke sosiale fellesskap. Studien konkluderer dermed med at norske virksomheter kan trenge økt kunnskap om konkrete innholdselementer i psykososialt arbeidsmiljø, og om hvordan dette henger sammen med organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer.

Vi har i litteraturgjennomgangen fanget opp et par studier av intervensjoner på arbeidsplassen for bedre helseatferd, som begge viste positive, om enn begrensede, resultater. Den ene omhandlet «mikrotrening», altså korte og enkle avbrekk med trim (Andersen, et al., 2022b). Slike avbrekk var assosiert med lavere sykefravær, og forfatterne estimerer at sykefraværet kunne vært 12,8 prosent lavere hvis alle arbeidstakere deltok i mikrotrening i arbeidstida. Den andre studien så på et nederlandsk tiltak som kombinerte en forebyggende helseundersøkelse med motiverende intervju og helsepromoterende aktivitet (van de Ven, et al., 2022). Resultatene ble målt seks måneder senere. Evalueringen viste at tiltaket hadde nådd fram til arbeidstakere som i utgangspunktet ikke hadde optimal helseatferd (som røykte, var overvektige eller lite fysisk aktive), og førte til at flere sluttet å røyke og/eller brukte mer tid på fysisk aktivitet. Eventuelle effekter på sykefravær er ikke rapportert i studien.

7.2.7 Arbeidsmiljø i Norge og Europa

Andelen av befolkningen på helserelaterte ytelser er høyere i Norge enn i andre europeiske land. Hvis dårlig arbeidsmiljø er en betydelig drivkraft for sykmelding og uførepensjonering, er det en mulig delforklaring at arbeidsmiljøet på norske arbeidsplasser er dårligere enn i landene vi sammenlikner oss med. Dette ser ikke ut til å være tilfelle (Stami, 2023). Sammenligning av arbeidsmiljø, slik arbeidstakerne opplever det, er mulig gjennom EWCS-studien (European Working Conditions Survey) – som gjennomføres hvert femte år i alle EU-landene pluss ni andre land, deriblant Norge. De nyeste dataene er samlet inn i 2021. Studien tegner i hovedsak et positivt bilde av norsk arbeidsliv, med høye sysselsettingsrater, høy yrkesdeltakelse blant kvinner, og få som sier at de opplever dårlig balanse mellom arbeid og privatliv («work-life balance»).

Det er litt flere arbeidstakere i Norge enn i EU som oppgir at de jobber i et høyt tempo, og at arbeidet deres er styrt av kunder eller leverandører. Det er

også flere som i løpet av dagen må løfte eller flytte på mennesker eller håndtere potensielt smitteførende materialer (biologiske eksponeringer). Dette siste har sammenheng med strukturen i det norske arbeidsmarkedet, særlig de svært godt utbygde helse- og omsorgstjenestene. På den andre siden sier norske arbeidstakere oftere enn gjennomsnittet i EU, at de har høy grad av selvbestemmelse og muligheter til å påvirke sitt eget arbeid, og at de opplever støtte i arbeidssituasjonen fra kolleger og ledere. Norge er også det landet der flest sysselsatte sier at de har mulighet til medvirkning gjennom fagforeninger, tillitsvalgte, verneombud og/eller møter der de kan si hva de tenker om arbeidsmiljø saker.

Et påfallende trekk er likevel at andelen som oppgir at de opplever utskjelling, trusler, uønsket seksuell oppmerksomhet, mobbing, trakassering og vold i forbindelse med jobb, er høyere i Norge enn i EU sett under ett. Også Sverige, Danmark og Finland har høye andeler som sier at de opplever dette. STAMI-rapporten (2023, kap. 6) diskuterer ikke nærmere hva dette kan skyldes, men er inne på at svarfordelingen på disse spørsmålene kan være påvirket av kulturelle og sosiale forhold, inkludert hvilken bevissthet arbeidstakerne har om temaene. Oppmerksomhet gjør det lettere å identifisere og rapportere om slike hendelser, og det er grunn til å tro at bevisstheten om at slike opplevelser er uakseptable, er relativt høy i de nordiske landene.

EWCS-undersøkelsen finner også at andelen arbeidstakere som oppgir at de har kroniske smerter er høyere i Norge enn i EU. Dette kan antas å reflektere de høye sysselsettingsandelene i Norge, der mange med moderate helseplager faktisk har et arbeidsforhold. Andelen som oppgir at de har muskelsmerter i skuldre, nakke og/eller armer er høyere i Norge enn i EU, mens andelen som sier at de har smerter i rygg og bein, er lavere.

Alt i alt er forskjellene i selvrapportert arbeidsmiljø i Norge og EU begrensede, og på mange av de viktigste faktorene oppgir norske arbeidstakere mer positive svar enn arbeidstakere i EU. Det er neppe grunnlag for å anta at dårlig arbeidsmiljø er en driver for sykefravær, eller overgang til andre helse relaterte ytelser, i Norge sett under ett.

7.3 Arbeidsmarkedsforhold

En mulig drivkraft for økende sykefravær og uførepensjonering er at arbeidet blir mer belastende, altså at de belastende faktorene hoper seg opp uten at det skjer en tilsvarende utvikling i beskyttende faktorer. Vi har ikke funnet mange studier som ser på endringer over tid, men en svensk studie fant tendenser i denne retningen –

særlig i omsorgsyrkene, som sto i sentrum for studien (Aronsson, et al., 2021). Økningen i jobbkrav var så markant at det var vanskelig å kompensere gjennom økt jobbkontroll og økt sosial støtte.

Et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarked kan være en driver for sykmelding og uførepensjonering, ifølge en svensk studie fra 2019 (Gonäs, et al., 2019). Kvinner som jobber i sterkt mannsdominerte yrker, og menn som jobber i sterkt kvinnedominerte yrker, har høyere risiko for å motta helse relaterte ytelser enn andre. Mekanismene bak disse utfallene er uklare, men stressresponser som følge av å være i minoritet på arbeidsplassen, kan være en mulig delforklaring (Akay & Ahmadi, 2022).

En del internasjonal forskning er opptatt av at ansatte på midlertidige kontrakter eller «O-timers-kontrakter» har andre betingelser enn fast ansatte når de opplever helseplager og får behov for å være borte fra jobben (Hernando-Rodriguez, et al., 2023; Louwerse, et al., 2020). Fordi de har svakere rettigheter overfor arbeidsgiver, kan de være mer bekymrede for konsekvensene når de er borte i perioder, noe Gronstad, et al. (2020) sin studie også antyder. Hernando-Rodriguez, et al. (2023) så på sykefravær blant fast og midlertidig ansatte med utbredte psykiske lidelser, og fant at sykefraværet i denne gruppa var høyere blant fast ansatte, enn blant dem som jobbet på midlertidige kontrakter. Studien konkluderer med at det er behov for å sikre reell tilgang til sykepenger for personer på midlertidige kontrakter, og å redusere ufrivillig oppmøte på jobb i perioder der man faktisk er syk («presenteeism»). Hvor relevante disse konklusjonene er for norske forhold er uklart, siden tilkallingsvikarer og andre med atypiske arbeidsforhold i mange situasjoner vil ha fulle rettigheter til sykepenger i Norge.

Konsekvensen av usikre jobbforhold kan påvirke utfallene i arbeidsmarkedet negativt på lenger sikt. En svensk studie viste at unge som hadde en midlertidig eller usikker arbeidskontrakt tre år etter at de avsluttet utdanningen, hadde høyere risiko enn andre for å være uføre eller langtids sykmeldte ti år etter avsluttet utdanning (Thern, et al., 2023). Disse ungdommene hadde også høyere risiko for å fortsatt være i ustabile jobber eller være arbeidsledige når de var i slutten av tjueårene. Bratsberg, et al. (2010) viser at 28 prosent av alle søknader om uføretrygd blant menn i Norge, kan spores til nedleggelser og nedbemanning. Nilsen og Reiso (2011) studerer konsekvensene av å oppleve å være arbeidsledig som ung. Ved hjelp av metoden «nearest-neighbour propensity score matching» finner de en stor og varig effekt av ledighet tidlig i arbeidslivet og ikke-sysselsetting senere i livet, for begge kjønn. Unge som har minst

ett år som NEET når de er 22–25 år, har langt høyere risiko enn andre for å motta uførepensjon senere (Heglum & Nilsen, 2024). Mange med NEET-erfaring klarer seg godt, men Heglum og Nilsen (2024) ser tendenser til at sjansene for positive utfall er redusert over tid, og særlig for menn, i observasjonsperioden 1993–2017.

Andersen, Markussen og Røed (2019) finner støtte for påstanden om at det er en betydelig overlappl mellom mottak av helserelaterte og ikke-helserelaterte trygder. De argumenterer for at dette kan knyttes til en tøffere konkurranse om jobbene i deler av arbeidsmarkedet.

Sammenhengen mellom arbeidsledighet og senere bruk av helserelaterte ytelser, kan ha flere ulike forklaringer. For det første, vil ledighet kunne føre til uhelse. For det andre, vil lange perioder uten jobb skape et behov for inntektssikring. Helsereelaterte ytelser kan bli en viktig kilde til livsopphold dersom man ikke (lenger) har rett på dagpenger (Oslo Economics, 2016).

Kravene til formell kompetanse er også høyere enn tidligere. Vi har en lønnsstruktur med små forskjeller i Norge, og relativt få lavproduktive jobber med lav lønn. Flere fullfører videregående nå enn før, men samtidig stiger kompetansekravene: Den negative effekten på sysselsetting av å ikke ha fullført videregående utdanning, er sterkere nå enn for 15 år siden, viser Livsoppholdsutvalget (NOU 2018: 13).

Dette bekreftes av en fersk studie av Markussen, Nareklisvili & Røed (2024), som dokumenterer at avkastningen av utdanning har økt over tid i Norge – primært gjennom en lavere sannsynlighet for å være i jobb blant personer med lav utdanning. Det er altså mye som tyder på at personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, har vanskeligere for å etablere seg i arbeidsmarkedet nå enn ved årtusenskiftet. Den samme utviklingen kan ses i andre europeiske land, så dette er ikke unikt for Norge (NOU 2018: 13, p. 45). Som Livsoppholdsutvalget peker på, er det imidlertid langt færre nå enn tidligere som ikke har utdanning ut over dette nivået – sammensettingen av gruppa kan dermed være annerledes.

Arbeidslivet omstilles raskt, og vi står oppe i omstillinger som skyldes kunstig intelligens og «det grønne skiftet». Dette krever andre egenskaper av arbeidstakerne enn mer stabile arbeidsplasser med lavere omstillingstakt (Autor, et al., 2020). Det er grunn til å tro at slike mekanismer er spesielt viktige i en norsk kontekst med høye effektive minstelønninger. Evnen til å håndtere omstilling vil dessuten variere. Det er en rekke strukturelle og

kulturelle forhold som vil påvirke hvordan ulike grupper i befolkningen berøres av nye rammebetingelser. Bratsberg, Røgeberg og Skirbekk (2021) finner at arbeidere i yrker som er spesielt utsatt for å bli automatisert eller outsourcet, har høy risiko for arbeidsledighet og uføretrygding, og lav forventet levealder.

Arbeidsmigrasjon bidrar også til å endre det norske arbeidsmarkedet. Bratsberg og Raaum (2012) og Hoen (2020) har vist at EU-utvidelsen i 2004 førte til hardere konkurranse om jobbene og en svakere lønnsutvikling i bransjer som i særlig grad var berørt av arbeidsinnvandring. For ungdom som søker seg mot de berørte bransjene, kan dette ha vesentlig negativ innvirkning på arbeidskarrieren. En gruppe norske forskere fant at arbeidsmigrasjon fra lavinntektsland reduserte sosial mobilitet blant norskfødte, og dermed bidro til både å holde lønningene nede, og å øke utstøtingen fra arbeidsmarkedet blant arbeidstakere fra familier i de lavere inntektsgruppene (Hoen, et al., 2022). Funnene er kontroversielle (se for eksempel symposium i Tidsskrift for samfunnsforskning nr. 3, (2019)). Kritikken gikk blant annet på at det er vanskelig å etablere kausalitet i slike analyser, og at det kan være mange ulike årsaker til at ulike grupper støtes ut av arbeidsmarkedet. Det er likevel plausibelt å anta at omfattende arbeidsinnvandring fra EU-land i Øst- og Sentral-Europa, har gitt større konkurranse om manuelle jobber, og kan ha bidratt til utstøting. Imidlertid er heller ikke dette unikt for Norge, men har berørt så å si alle land i Vest-Europa.

7.4 Holdninger til mottak av helserelaterte ytelser

I avsnitt 6.2 var vi kort inne på mulige endringer i befolkningens terskel for arbeidsfravær ved sykdom. I dette avsnittet går vi nærmere inn på et utvalg studier som sier noe om holdninger til mottak av helserelaterte ytelser mer generelt.

Sykefravær er gjennomgående høyere i offentlig enn i privat sektor (Eskildsen, et al., 2021; Mastekaasa, 2020). I en studie med norske registerdata, finner Mastekaasa (2020) at forskjellene i langtidsfravær i hovedsak forklares med demografiske forskjeller i hvem som jobber i de ulike sektorene, og av hvilke typer jobber som er representert. Forskjellene i korttidsfraværet, derimot, lar seg ikke forklare med disse faktorene. Ei heller kan de forklares med forskjeller i arbeidsforhold mellom de to sektorene, siden arbeidstakere som beveger seg mellom offentlig og privat sektor, ikke har endringer i sykefravær i etterkant av jobbskiftet. Ansatte i offentlig sektor

ser rett og slett ut til å ha en høyere tilbøyelighet til korttidsfravær enn ansatte i privat sektor. Mastekaasa (2020) påpeker at korttidsfravær sannsynligvis er mer påvirket av holdninger til det å være borte fra jobb enn det langtidsfravær er, og at funnene dermed kan tolkes som uttrykk for at ansatte i offentlig sektor har mer positive holdninger til det å være hjemme fra jobb enn det ansatte i privat sektor har.

En utbredt hypotese om hvorfor sykefravær og uførepensjonering øker, er at holdningene er mer liberale nå enn før. Hvis dette er riktig, er det rimelig å anta at det er holdningsforskjeller mellom grupper med høyt og lavt sykefravær, og at holdningene er mer liberale i grupper der sykefraværet er høyt. I Norge vil dette tilsi at kvinner har mer liberale holdninger enn menn (Løset, et al., 2018). En vignettstudie, der deltakerne ble presentert for konstruerte tilfeller med ulike kjennetegn og bedt om å avgjøre om den fiktive personen burde få sykmelding eller ikke, fant imidlertid ikke kjønnsforskjeller i holdninger til sykefravær (Løset, et al., 2018). Menn sa like ofte som kvinner at en fiktiv person med gitte egenskaper burde få sykepenger. Det var heller ikke forskjeller etter den fiktive personens kjønn – verken menn eller kvinner så ut til å ha lavere terskel for å anbefale sykmelding til kvinner enn til menn. En oppfølgingsstudie med de samme vignettene, viste at det heller ikke var kjønnsforskjeller blant ledere i tilbøyeligheten til å anbefale sykefravær, selv om ledere gjennomgående var mer restriktive enn ansatte (Mastekaasa, et al., 2019). Tilbøyeligheten blant ledere til å anbefale sykefravær på grunn av psykiske lidelser, varierte heller ikke med holdningene til psykisk sykdom, men det var en tendens til at ledere som hadde hatt ansatte med slike helseutfordringer, oftere enn andre anbefalte sykmelding for en fiktiv person med psykiske plager (Hultqvist, et al., 2023). Dette forsterker inntrykket fra en kvalitativ svensk studie, som finner at ledere ønsker å støtte ansatte som har psykiske plager, men er usikre på hvordan. Mer kunnskap om psykisk helse på arbeidsplassen, og i leder-ansatt-relasjonen, kan dermed være viktig (Porter, et al., 2019).

Et mindre antall studier har sett på verdi-disposisjoner og personlighetstrekk som prediktorer for sykefravær. Longitudinelle surveydata påkoblet registerdata (NorLAG), viste at to av ti definerte «grunnorienteringer», nemlig prestasjonsorientering («achievement») og uavhengighet («self-direction»), var assosiert med å ha høyere egenrapportert sykefravær (Løset, et al., 2022). Orientering mot trygghet og konformitet hang sammen med mer restriktive holdninger til

sykefravær. For øvrig var sammenhengene mellom grunnorienteringer og holdninger til sykefravær svake eller ikke-eksisterende, og det var ingen sammenhenger mellom verdiorienteringer og legemeldt sykefravær. Vender vi oppmerksomheten fra verdiorienteringer til personlighetstrekk, finner en studie at ekstroversjon på måletidspunktet predikerer legemeldt sykefravær fire år senere, også når man kontrollerer for helse, jobbsituasjon og tidligere sykefravær (Løset, et al., 2022). Nevrotisme predikerte også fravær, men sammenhengen forsvant ved kontroll for tidligere fravær. Sammenhengene mellom personlighetstrekk og sykefravær ble mediert av alder og jobbtype, så sammenhengene er verken direkte eller entydige.

7.5 Livsløpsperspektiv på sårbarhet for sykefravær og uførhet

7.5.1 Oppvekst

Det er særlig høye uførerater blant unge som skaper bekymring i Norge. Det er ikke høye andeler av hvert årskull som blir uføretrygdet, men de samfunnsmessige kostnadene er likevel betydelige fordi disse stønadsmottakerne skal ha støtte i svært mange år. Når unge faller helt ut av arbeidslivet, er det sannsynlig at de har hatt utfordringer også tidligere i livet. Det er dermed relevant å se etter mulige drivere for uførepensjonering blant unge i utviklingen i utdanningssystemet og familiepraksiser. Litteratursøket identifiserte et begrenset antall studier som ser på disse faktorene.

Flere av studiene som kartlegger arbeidsmarkedsutfall blant unge, har utgangspunkt i barnevernsforskningen og forskningen om ettervern. Unge voksne som har hatt tiltak fra barnevernet i oppveksten, har vesentlig større risiko enn andre for å motta velferdsytelser (Borgen, et al., 2023; Drange, et al., 2022; Paulsen, et al., 2023). Denne forskjellen reduseres, men forblir signifikant og vesentlig, når man kontrollerer for andre trekk ved familiene (Drange, et al., 2022). Alle studiene finner imidlertid klare forskjeller etter hvilke type barnevernstiltak familien har mottatt og når i barnets livsløp tiltakene har vært iverksatt.

Barn av foreldre med psykiske vansker kan være særlig utsatte for marginalisering på arbeidsmarkedet som voksne (Nordsletten, et al., 2023). Marginalisering er i denne studien definert som vedvarende arbeidsledighet og mottak av uførepensjon. Studien så på utfall for barn i familier der en eller begge foreldre hadde ADHD, Tourettes syndrom, autismespekterlidelser, ruslidelser, angst,

depresjon, agorafobi, sosial fobi, tvangslidelser, schizofreni eller bipolar depresjon. Resultatene tyder på sterke sammenhenger mellom foreldres psykiske helse og arbeidsmarkedsutfall for barn, særlig hvis begge foreldrene hadde diagnoser. Effektene var særlig sterke hvis én eller begge foreldre hadde nevropsykiatriske lidelser, ruslidelser eller psykose.

Det er en viss tendens til at uheldige utfall, inkludert uførepensjonering, går i arv fra foreldre til barn (Bratberg, et al., 2015). Ulvestad og Markussen (2023) søker å estimere om dette skyldes arv eller miljø – altså om det barn og foreldre har til felles er genetisk betinget helse, eller om det er miljø-faktorer som livsstil og/eller holdninger til det å motta ytelser som ufør. For å utforske dette, skiller de mellom norskfødte barn som bor sammen med foreldrene sine, og barn adoptert fra Sør-Korea til norske foreldre. For adopterte barn er det ingen påviselig sammenheng mellom foreldres uførhet og barnas sjanse for å bli uføre, mens sammenhengen for norskfødte barn er relativt sterk. Dette tyder på at biologisk arv, ikke miljø, ligger bak «arven» av tendensen til å motta uførepensjon.

Det å ha opplevd negative hendelser i barndommen, øker risikoen for arbeidsmarkeds-marginalisering som voksen (Björkenstam, et al., 2023). Negative hendelser omfatter i denne studien; å miste en av foreldrene ved dødsfall, fysisk eller psykisk sykdom hos en eller begge foreldre, separasjon eller skilsmisse hos foreldrene, at husholdningen mottok sosialhjelp, å vokse opp med en forelder, og mye flytting i barneårene. Arbeidsmarkeds-marginalisering inkluderte langtids arbeidsledighet, langtids sykefravær, og uførepensjonering. De som hadde opplevd en eller flere negative hendelser i oppveksten, hadde signifikant høyere risiko enn andre for marginalisering på arbeidsmarkedet. Arbeidstakere i manuelle yrker fra familier som hadde mottatt sosialhjelp var mest utsatte, mens risikoen var minst for arbeidstakere i ikke-manuelle yrker som ikke hadde opplevd noen av de negative hendelsene i barndommen. Uavhengig av jobbtype gjaldt det at jo flere negative hendelser en person hadde opplevd, desto høyere var risikoen for marginalisering.

7.5.2 Diagnoser

Noen av de inkluderte studiene ser på endringer over tid, og søker å forklare veksten i uførepensjonering blant unge (Bråten & Sten-Gahmberg, 2022; Jabolanska, et al., 2019).

ADHD er en risikofaktor for sykefravær og uførepensjon, som vist i flere nyere studier (Chen, et al., 2022; Gémes, et al., 2022; Jangmo, et al., 2021).

Den forhøyede risikoen for marginalisering i arbeidsmarkedet, inkludert å motta uførepensjon, var forholdsvis lik på tvers av bransjer (Gémes, et al., 2022). Det er imidlertid mulig at den økte sannsynligheten for å motta uførepensjon, skyldtes samtidige sykdommer – altså at unge med ADHD oftere enn andre har tilleggsutfordringer som utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser (Jangmo, et al., 2021). Det å bli diagnostisert med ADHD i voksen alder, er også assosiert med en markant økning i risikoen for å bli ufør. I tillegg øker risikoen for uførhet hvis man har lav utdanning, er relativt ung og/eller utenfor arbeidslivet når diagnosen gis (mellom 19–29), og har samtidige sykdommer som schizofreni, psykose eller angst (Chen, et al., 2022). Disse mønstrene var relativt like for menn og kvinner.

Unge voksne som har opplevd depresjon, har høyere sykefravær senere i livet (Narusyte, et al., 2022); det samme har unge kreftoverlevende (Janssen, et al., 2022).

7.5.3 Utdanning

En svensk studie ser særlig på om sammenhengene mellom svake skoleprestasjoner og risikoen for å bli ufør med en psykisk diagnose, har blitt sterkere over tid, og finner at dette var tilfelle i årene etter 2000 (Jabolanska, et al., 2019). Forfatterne tolker dette funnet som at unge med svake prestasjoner, eller som ikke har fullført utdanning, ekskluderes fra arbeidsmarkedet i større grad nå enn tidligere. Tilsvarende finner Bråten og Sten-Gahmberg (2022) i Norge at ungdom som uføretrygdes i 18–19-årsalderen, over tid er blitt dårligere kvalifisert fordi færre har fullført grunnskolen med karaktergrunnlag. De stiller spørsmål ved om det er noen endringer i måten skolen fungerer på, som fører til at færre med lettere utviklingshemming eller tilstander på autismspekteret fullfører nå enn tidligere. Samtidig peker de på at endringen også kan reflektere at ungdom som kvalifiserer til uføretrygd, over tid har fått større tilbøyelighet til å faktisk søke om disse ytelsene.

Overgangen fra ung til voksen er sårbar, og valg man tar i denne fasen – eller stressorer man utsettes for – kan ha langsiktige konsekvenser. Det å oppleve stress i ungdomsårene (fra 16 til 21 år) ser ut til å predikere negative arbeidsmarkedsutfall i alderen 25–29 (Winding, et al., 2023). Depresjon når man er midt i 20-årene, disponerer for å motta uførepensjon når man er 29, men effekten er signifikant kun for dem som har fullført videregående opplæring (Hetlevik, et al., 2024). Dette har sammenheng med at risikoen for å bli ufør i ung alder, generelt er høyere for dem som

ikke har fullført opplæring, slik at risikoen for ikke-deprimerte er høyere.

7.5.4 Risikoatferd

Det å ha vært ruset på alkohol som 13-åring, er assosiert med marginalisering på arbeidsmarkedet ved 32-års alder, og innebærer økt risiko for uførhet, skjønt sammenhengen svekkes markant når man kontrollerer for bakenforliggende faktorer (Enstad, et al., 2023). Det å få barn som tenåring, er assosiert med en forholdsvis markant økning i risiko for å bli uførepensjonert en gang mellom 20- og 42-årsalder, og effekten er større for kvinner enn for menn (Namatovu, et al., 2023).

Alt i alt er det en rekke faktorer som ikke direkte påvirker arbeidsmarkedssituasjonen her og nå, som virker inn på risikoen for negative helseutfall, marginalisering og uførepensjonering i ung alder. Dette inkluderer uheldige barndomsopplevelser, inkludert det å ha mottatt tiltak fra barnevernet, og stress og angst i tenårene. Noen unge «kommer skjevt ut fra hoppkanten» i overgangen til voksenlivet; det å få barn tidlig, være en periode utenfor utdanning, jobb og tiltak (NEET) eller starte yrkeskarrieren i en usikker jobb, er prediktorer for marginalisering og uførepensjonering senere i livet. Litt urovekkende ser det ut til at de studiene som søker å si noe om endringer over tid (Bråten & Sten-Gahmberg, 2022; Heglum & Nilsen, 2024; Jabolanska, et al., 2019), finner at disse tendensene blir sterkere snarere enn svakere. Det kan se ut som situasjonen for unge med en eller annen form for sårbarhet, er enda vanskeligere rundt 2020 enn den var ved årtusenskiftet. Nøyaktig hva dette skyldes, er likevel vanskelig å slå fast.

7.6 Betydningen av velferdsordninger etablert og finansiert av arbeidsgiver

Arbeidsgivere kan tilby sine ansatte supplerende rettigheter til sykkelønn og uføretrygd utover det som er garantert i folketrygdloven. Det som vi kan kalle for «arbeidsmarkedsbaserte» velferdsordninger (på engelsk «occupational welfare»), kan enten være knyttet til sentrale eller lokale tariffavtaler, eller de kan være etablert som frivillige velferdsordninger på den enkelte arbeidsplassen. «Arbeidsmarkedsbaserte» velferdsordninger kan også være etablert ved lov, som når staten bruker lovgivning for å gi statsansatte supplerende velferdsrettigheter utover de rettighetene som er forankret i folketrygdloven og som gjelder alle lønnstakere (Hippe & Pedersen, 1992).

Ordninger av denne typen, som supplerer de helserelaterte ytelsene fra folketrygden, påvirker

insentivene den enkelte arbeidstakeren står overfor. Samtidig påvirker disse ordningene arbeidsgivers insentiver til å forebygge og begrense helserelatert fravær blant virksomhetens ansatte. Under oppsummerer vi forskning om utbredelsen av slike supplerende velferdsordninger i det norske arbeidsmarkedet, og om deres eventuelle betydning for forbruket av de offentlige helserelaterte trygdeytelsene.

7.6.1 Supplerende sykkelønn finansiert av arbeidsgiver

Betydningen av arbeidsmarkedsbaserte sykkelønsrettigheter ble sterkt redusert med sykkelønsreformen i 1978, der alle lønnstakere fikk rett til full lønn under sykdom fra første dag og for lønnsinntekter opp til et nivå tilsvarende 12 G. På 1980-tallet ble imidlertid taket i sykkelønsordningen senket, først til 8 G og videre til 6 G fra 1985 (Hippe & Pedersen, 1992, p. 212). Med disse endringene ble det igjen aktuelt for tariffpartene eller for den enkelte arbeidsgiveren, å sørge for supplerende sykkelønnsutbetalinger for lønnsinntekter over 6 G.

I stat og kommune har retten til full lønn under sykdom for all lønnsinntekt hele tiden vært tariffestet (Alsos, 2019). Disse tariffbestemmelsene sikrer at taket for lønnskompensasjon ved 6 G ikke har noen praktisk betydning for de offentlig ansatte – en gruppe som utgjør om lag én tredjedel av alle arbeidstakere i Norge.

I privat sektor er bildet langt mer sammensatt. Noen arbeidsgivere har valgt å betale sykkelønn til sine ansatte for lønnsinntekter over 6 G, mens andre ikke gjør det. For enkelte grupper i privat sektor er retten til sykkelønn for lønnsinntekter over 6 G tariffestet (Alsos, 2019).

Dale-Olsen (2018) er det ferskeste forsøket på å kartlegge utbredelsen av både frivillige og tariffestede ordninger med supplerende sykkelønn i privat sektor. Dataene for undersøkelsen er hentet fra den såkalte Arbeids- og bedriftsundersøkelsen fra 2012 (ABU 2012), som er en spørreundersøkelse rettet mot et representativt utvalg av norske virksomheter med mer enn ti ansatte (Holmøy, 2013). I denne undersøkelsen oppga 48 prosent av bedriftene i privat sektor at de betaler ut full lønn under sykdom for ansatte med lønnsinntekter over 6 G, og disse bedriftene sysselsetter 61 prosent av de ansatte i private bedrifter med mer enn ti ansatte (Dale-Olsen, 2018, p. 81). Artikkelen påviser en klar tendens til økning i utbredelsen av supplerende sykkelønsordninger fra den første Arbeids- og bedriftsundersøkelsen ble gjennomført i 2003 (ANB 2003) til 2012. Det foreligger ingen undersøkelser som kan bekrefte eller avkrefte om denne veksten

har fortsatt i de siste tolv årene, og om dekningsgraden har blitt vesentlig større.

Dale-Olsen undersøker videre hva som kjennetegner bedrifter som tilbyr slik supplerende sykepengedekning for ansatte med lønnsinntekter over 6 G i 2012. Dekningsgraden av slike ordninger er spesielt høy blant ansatte i forretningsmessig tjenesteyting og finanssektoren – med 84 prosent – mens den er vesentlig lavere i bygg- og anleggsbransjen og handelsbransjen, med henholdsvis 30 og 45 prosent. I en multivariat regresjonsanalyse finner Dale-Olsen at dekningsgraden av slike ordninger, er større i store bedrifter, bedrifter med en høy andel høytlønte ansatte og bedrifter med tariffavtale, mens den er lavere i bedrifter preget av risikofylt arbeid og kort opplæringsstid for de ansatte (Dale-Olsen, 2018, p. 86). Det er med andre ord i de mer privilegerte, velordnete og organiserte delene av det private arbeidsmarkedet at supplerende sykkelønnsordninger er mest utbredt. Det kan forklares med at det i denne typen bedrifter er størst andel høylønte ansatte med behov for tilleggsdekning, samtidig som bedriftene har økonomi til å påta seg utgifter utover de lov pålagte.

Det er grunn til å forvente at eventuelle fremtidige innstramminger i kompensasjonsgraden i den offentlige sykkelønnsordningen, vil bli møtt med tilpasninger der en del private arbeidsgivere vil velge å fortsatt gi tilnærmet full sykkelønn for sine ansatte. Slike tilpasninger vil trolig følge et lignende mønster som for utbredelsen av dagens frivillige supplerende sykkelønnsordninger. I offentlig sektor vil de ansatte automatisk bli kompensert for innstramminger i den offentlige sykkelønnsordningen, med mindre det samtidig gjøres tiltak for å endre på de tariffestede rettighetene.

Denne typen tilpasninger i frivillige eller tariffestede supplerende sykepengeordninger, kan møtes med mottiltak om lovgiver ønsker det. Som beskrevet i kapittel 2, ble innstramminger i den offentlige sykkelønnsordningen i Sverige tidlig på 1990-tallet fulgt opp med tiltak som i praksis gjorde det umulig å oppnå en høyere samlet kompensasjonsgrad enn 90 prosent.

Dale-Olsens artikkel inneholder til slutt en analyse basert på registerdata om sykefravær, der han prøver å identifisere effekter av taket ved 6 G i den offentlige sykkelønnsordningen på de ansattes sykefravær. Resultatene viser forholdsvis svake og til dels heterogene effekter på sykefraværet av å befinne seg i intervallet rett under og rett over grensen for full lønnskompensasjon ved 6 G (Dale-Olsen, 2018, pp. 88-89). I denne analysen er det ikke brukt informasjon om hvorvidt bedriften supplerer

den offentlig garanterte sykkelønns for inntekter over 6G. En forklaring på de noe svake og inkonsistente resultatene kan derfor være at mange arbeidstakere ikke merker effekten av taket på grunn av arbeidsgivers sykepengedekning, og det påpekes i artikkelen at de estimerte effektene kan antas å være «skjeve mot null» (Dale-Olsen, 2018, p. 91). Den implisitte antakelsen er altså her at 6 G-taket ikke skal ha noen effekt i de bedriftene som har valgt å betale sykkelønn også for den delen av lønnsinntekten som overstiger 6 G. Det er imidlertid en antakelse som det går an å sette spørsmålsteget ved. For de bedriftene som betaler sykkelønn for lønnsinntekter over 6 G, vil arbeidsgiver selv måtte finansiere den ikke-lovfestede delen av sykkelønns og dermed være konfrontert med en viss egenandel for lange sykefravær til ansatte med inntekter over 6 G. Dette kan i sin tur gi arbeidsgiver et insentiv til å begrense lengden på sykefravær som ikke gjelder for ansatte med inntekter under 6 G, og ikke gjelder generelt i bedrifter som ikke gir en slik frivillig tilleggsdekning. Den effekten som estimeres i artikkelen, kan altså oppfattes som et slags gjennomsnitt av insentiveffektene på de ansattes hånd i bedrifter uten tilleggsdekning for sykkelønn over 6 G, og insentiveffekten på arbeidsgivers hånd av å gi en slik tilleggsdekning.

Med et delvis unntak for artikkelen til Dale-Olsen, har vi ikke funnet norske forskningsbidrag som kaster lys over effektene på sykefravær og arbeidsmarkedsdeltakelse av supplerende sykkelønnsdekning etablert og finansiert av den enkelte arbeidsgiveren.

7.6.2 Supplerende uførepensjon finansiert av arbeidsgiver

Når det gjelder supplerende uførepensjon, har dette tradisjonelt vært innarbeidede elementer i tjenepensjonsordningene i både offentlig og privat sektor. Å gi supplerende uføreytelser vil gjøre inntektsfallet ved overgangen til mottak av en midlertid eller varig uføreytelse mindre bratt, og dermed gjøre det relativt sett mer økonomisk attraktivt for den ansatte å bli ufør sammenlignet med en situasjon uten supplerende uføredekning. I de tilfeller der en slik supplerende uføredekning er forhåndsfinansiert gjennom innbetaling av forsikringspremie til et forsikringsselskap eller en pensjonskasse, uten at premien størrelse avhenger av uføreratene i den enkelte bedriften, vil ikke arbeidsgiver ha insentiver til å unngå at ansatte havner på uføretrygd. I de tilfeller der supplerende uføreytelser betales løpende av arbeidsgiver, eller der arbeidsgivers premie til uføreforsikringen for de ansatte på en eller annen måte avspeiler historiske bedriftsspesifikke uførerater (experience rating), vil derimot det å tilby en supplerende uføredekning til

bedriftens ansatte gi arbeidsgiver et insentiv til å sørge for at ordningen – og dermed også den obligatoriske offentlige uføretrygden – brukes så lite som mulig. Vi har ikke funnet forskning som dokumenterer hvorvidt pensjonsleverandørene benytter seg av experience rating ved fastsettingen av premiene for en eventuell uføredekning.

I offentlig sektor ble uførepensjonen lagt om i forbindelse med reformen av folketrygdens uføretrygd, som trådte i kraft sammen med den store alderspensjonsreformen i 2011. Beregningen av uføretrygden ble løsrevet fra alderspensjonsopptjeningen. Ytelsesnivået er fastsatt til 66 prosent av den tidligere lønna opp til et tak ved 6 G, og basert på inntekthistorien de siste tre til fem årene før uførheten inntraff. Uførepensjon fra de offentlige tjenstepensjonsordningene kommer tidligst til utbetaling etter sykepengeperiodens utløp. Den er, som hovedregel, en supplerende ytelse til mottaket av arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd. Ytelsene kommer altså til utbetaling både ved midlertidig og permanent uførhet. Arbeidsevnen trenger bare å være nedsatt med 20 prosent for å utløse krav om en gradert pensjon fra de offentlige tjenstepensjonsordninger, mens den tilsvarende grensen i uføretrygden og AAP er satt til 50 prosent.

Ytelsen består av:

- en flat komponent på $\frac{1}{4}$ G (dog aldri mer enn seks prosent av den tidligere lønn/pensjonsgrunnlaget),
- en proporsjonal komponent på tre prosent av lønnsgrunnlaget opp til 6 G,
- og en komponent på 69 prosent av den delen av den tidligere lønnen mellom 6 og 12 G.

Ytelsen er altså skrudd sammen med henblikk på å bringe de samlede kompensasjonsnivået, inkludert ytelsen fra folketrygden, opp til 69 prosent for all inntekt opp til 12 G, med et flatt tillegg på $\frac{1}{4}$ G. Det er videre et innebygget element i den supplerende uføredekning for offentlig ansatte, at det gis full videre opptjening av alderspensjon i tjenstepensjonsordningen for de uføre frem til fylte 67 år (i privat sektor omtales lignende ordninger som «premiefritak ved uførhet»).

I privat sektor har det siden 2006 vært obligatorisk for arbeidsgiver å etablere og finansiere en tjenstepensjonsordning med alderspensjonsdekning, men det varierer om slike tjenstepensjonsordninger også gir supplerende dekning ved uførhet. Det er obligatorisk for arbeidsgiver å sørge for «premiefritak ved uførhet», slik at opptjeningen av alderspensjon i bedriftens pensjonsordning fortsetter for ansatte som blir uføre. Det er imidlertid opp til arbeidsgiver å velge

om det skal inngå en supplerende uførepensjon i bedriftens tjenstepensjonsordning. En slik ordning kan maksimalt gi tilsvarende ytelser som er sikret i tjenstepensjonsordningene for offentlig ansatte – det vil si at ordningen kan sikte mot å bringe det samlede kompensasjonsnivået opp til vel 69 prosent av den tidligere lønnen for all inntekt opp til 12 G.

Uføredekning var svært vanlig i de tradisjonelle, ytelsesbaserte pensjonsordningene som var enerådende i privat tjenstepensjon frem til 2001. En slik dekning er imidlertid langt mindre vanlig i innskuddsordninger som ble introdusert i 2001, og som nå er på rask vei til å overta hele markedet for tjenstepensjon i privat sektor.

En kartlegging gjennomført av Actecan basert på data innhentet fra de fem største pensjonsleverandørene i privat sektor i 2022, viser at 23 prosent av bedriftene med innskuddspensjonsordninger har inkludert uføredekning i bedriftens tjenstepensjonsordning, og at disse bedriftene sysselsetter 46 prosent av de ansatte som er dekket av undersøkelsen (Actecan, 2023, p. 32). Den høyere utbredelsen blant de ansatte skyldes at bedrifter med mange ansatte er mer tilbøyelige til å ha ordninger med uføredekning sammenlignet med små bedrifter. Rapporten til Actecan dokumenterer videre hvordan utbredelsen av slike ordninger varierer sterkt mellom bransjer. I arbeidsintensive lavtlønnsbransjer som frisør-, hotell- og restaurantbransjen samt detaljhandelen, er utbredelsen av supplerende uføredekning svært lav og godt under 20 prosent, mens utbredelsen er tilnærmet 100 prosent blant de ansatte i lufttransport, finans- og forsikringsbransjen, FoU-bransjen med flere. Rapporten til Actecan tyder på at det har vært en generell tendens til fall i utbredelsen av ordninger med supplerende uføredekning i perioden 2019–2022 (Actecan, 2023, p. 37).

En lignende kartlegging er omtalt i den seneste rapporten fra Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2024). Også her anslås utbredelsen i privat sektor til å ligge mellom 40 og 50 prosent. Det rapporteres videre at det er vanlig at uføredekningen i private tjenstepensjonsordninger omfatter uføregrader under 50 prosent.

Sammenlignet med supplerende sykelønnsordninger, er utbredelsen av supplerende arbeidsgiverfinansierte uførepensjonsordninger noe mindre, og variasjonen på tvers av bransjer ser ut til å være noe større, selv om mønstrene i variasjonene har klare likhetstrekk. Det å ha supplerende uføredekning gjennom virksomhetens tjenstepensjonsordning, har gjennomgående størst betydning for høytlønte med årlige lønnsinntekter over 6 G, men

også for lønnstakere med inntekter under 6 G vil dette påvirke den samlede kompensasjonsgraden, og dermed insentivene til å trekke seg helt eller delvis tilbake fra arbeidsmarkedet som ufør. Skillet ved 6 G er derfor mindre absolutt enn det er ved ordningene med supplerende sykkelønn.

Siden den supplerende uføredækningen gjerne er integrert i bedriftens tjenepensjonsordning og dermed er forhåndsbetalt via premieinnbetalinger til pensjonsleverandøren, kan vi legge til grunn at den i liten grad påvirker arbeidsgivers insentiver til å unngå at de ansatte forlater arbeidsmarkedet og starter uttaket av offentlige og private uføreytelser.

Tidlig på 1990-tallet ble det avdekket eksempler på at arbeidsgivere som ønsket å nedbemanne arbeidsstokken, aktivt tilskyndet uttak av uføretrygd blant bedriftens ansatte ved å supplere den offentlige uføretrygden med utbetalinger av gavepensjon over bedriftens driftsregnskap (Dahl & Colbjørnsen, 1991). I 1997 ble det innført en bestemmelse i folketrygdloven som var ment å sette en effektiv stopper for en slik praksis. Ifølge denne bestemmelsen, som fortsatt finnes i folketrygdlovens § 12-14, siste ledd, skal eventuelle supplerende ytelser til uføretrygden fra den tidligere arbeidsgiveren som har blitt avtalt i forbindelse med avgangen, motregnes krone-for-krone i uføretrygden fra folketrygden. Vi kan altså si at denne spesielle formen for supplerende uføredækning for alle praktiske formål har blitt forbudt i Norge.

Det er også mulig å tegne individuelle forsikringer mot uførhet hos livsforsikringsselskapene som gir supplerende kompensasjon for bortfallet av arbeidsinntekt. Slike forsikringer kan både gi løpende ytelser og engangsutbetalinger ved uførhet, men statistikken som publiseres av Finans Norge, viser at omfanget av utbetalingene fra slike individuelle forsikringer er relativt beskjedent sammenlignet med utbetalingene fra kollektive, arbeidsgiverfinansiert uføreforsikringer (Finans Norge, 2024).

7.6.3 Behandlingsforsikringer finansiert av arbeidsgiver

Den siste formen for arbeidsmarkedsbasert velferd, som vi vil omtale her, er behandlingsforsikringer som arbeidsgiver kan tegne på vegne av sine ansatte. Mens supplerende sykkelønnsordninger og uføredækning i tjenestepensjonsordningene som vi hittil har omtalt, primært kan mistenkes for å bidra til et økt mottak av helserelatert trygd og til lavere sysselsetting, så må man anta at behandlingsforsikringer kan bidra til at ansatte raskere kommer under behandling for sine sykdommer. Videre må man anta at de dermed potensielt vil bidra til at

syke medarbeidere raskere kommer tilbake i jobb. I tillegg til at slike ordninger kan være motivert utfra hensynet til å gjøre bedriften mer konkurranse-dyktig i kampen om den kompetente arbeidskraften, og til å øke de ansattes tilfredshet med jobben, så kan en raskere tilbakevending til jobben av nøkkelmedarbeidere som rammes av sykdom, være et motiv for at arbeidsgivere tegner slike forsikringer.

Det finnes liten forskning i Norge om utbredelsen av arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer og ingen om deres eventuelle betydning for forbruket av helserelaterte trygdeytelser. Utbredelsen av behandlingsforsikringer finansiert av arbeidsgiver, har vist en kraftig økning over de siste to tiårene. Utviklingen ble blant annet dokumentert i en Fafo-rapport som ble publisert i 2010 (Berge & Hyggen, 2012). Helt oppdaterte tall for utviklingen i utbredelsen kan hentes fra hjemmesidene til Finans Norge. Statistikken til Finans Norge viser at utbredelsen av kollektive behandlingsforsikringer har økt fra 325 000 forsikrede i 2012, til 727 000 forsikrede i 2022. Man må anta at dette i all hovedsak stammer fra kollektive forsikringer tegnet av arbeidsgivere på vegne av virksomhetens ansatte. Statistikken viser videre at slike forsikringer i hovedsak bidrar til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor/fysioterapeut og til diagnostikk og konsultasjoner hos legespesialist. Bare tre prosent av forsikringstilfellene dreier seg om lettere eller tyngre operasjoner, men i utbetalte beløp står likevel slike tilfeller for vel 30 prosent av de samlede forsikringsutbetalingene.

Vi har ikke i vårt systematiske søk funnet forskning som kan kaste lys over hvilke effekter slike arbeidsgiverfinansierte behandlingsforsikringer kan ha på forbruket av helserelaterte ytelser. Selv om utbredelsen av slike forsikringer har økt meget kraftig over de siste 20 årene, så er det ikke mye som tyder på at slike ordninger gir et vesentlig bidrag til å få ned varigheten på lange sykefravær og redusere tilstrømmingen til AAP og uføretrygd.

7.7 Samlet vurdering av forskningen

7.7.1 Om litteraturen

Litteraturgjennomgangen vår har inkludert en lang rekke bidrag som ble funnet gjennom det systematiske litteratursøket gjennomført av universitetsbiblioteket ved OsloMet. I tillegg har vi inkludert artikler og rapporter funnet gjennom egne søk i Google Scholar og gjennomgang av nettsidene til relevante norske miljøer.

Litteratursøket returnerte en lang rekke funn om sammenhengene mellom arbeidsmiljø og sykefravær, og et mindre antall funn som så på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og uførepensjon. Vi fant også en del studier som tematiserte risikofaktorer over livsløpet og utfall i voksen alder, der langvarig sykefravær og uførepensjonering er blant utfallene som studeres.

Litteratursøket ga få holdepunkter for å belyse hypotesen om at arbeidslivet krever mer enn før. Dette kan ha sammenheng med hvordan søket var utformet, og det kan hende at andre søketermer ville gitt flere treff som belyste dette. Dette er imidlertid et svært komplekst tema. Listen over faktorer som kan tenkes å spille inn, er lang. Samtidig er befolkningen som helhet bedre utdannet enn noen gang, og må antas å være bedre skikket til å stå i disse endringene enn arbeidstakere var for en generasjon siden. Dette er komplekse samspill, og et enkelt litteratursøk vil i begrenset grad kunne belyse dette i full bredde.

7.7.2 Hva vet vi fra forskningen?

Det finnes en stor litteratur som ser på hvilke arbeidsmiljøfaktorer som øker risikoen for helseutfordringer og mottak av helserelaterte ytelser. Det ser ut til å være en sterk sammenheng mellom sykefravær og følgende faktorer:

- mekanisk eksponering (repetitive bevegelser og bøyning av nakke eller rygg),
- kombinasjon av høye kvantitative krav og liten kontroll i jobbsituasjonen,
- trakassering,
- mobbing,
- og skiftarbeid.

Når det gjelder risikoen for varig uførhet, er det moderat evidens for betydning av mangel på kontroll i arbeidssituasjonen, og kombinasjonen av høye kvantitative krav og lav kontroll.

Norske virksomheter trenger økt kunnskap om konkrete innholdselementer i psykososialt arbeidsmiljø, og om hvordan dette henger sammen med organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer. Studier av konkrete tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet, viser ofte små effekter på sykefravær og risikoen for uførepensjonering. I den grad man finner effekter, er de positive.

Når bruken av helserelaterte ytelser er høyere i Norge enn i andre land, er det en interessant problemstilling om arbeidsmiljøet i Norge i gjennomsnitt også er dårligere enn i land vi sammenlikner oss med. Det er utfordrende å sammenlikne arbeidsmiljø på tvers av land, men det ser ikke ut til å være tilfelle. I et internasjonalt

perspektiv tegnes i hovedsak et positivt bilde av norsk arbeidsliv, med høye sysselsettingsrater, høy yrkesdeltakelse blant kvinner, og få som sier at de opplever dårlig balanse mellom arbeid og privatliv.

Arbeidsmarkedsrelaterte forhold påvirker også bruken av helserelaterte ytelser. På kort sikt kan en utrygg jobbsituasjon bidra til mindre sykefravær, men det å oppleve å miste jobben, eller å ikke være i arbeid eller aktivitet, fører til økt risiko for mottak av helserelaterte ytelser på sikt. Det å midlertidig eller varig oppleve at ens arbeidskraft ikke er etterspurt, vil kunne påvirke bruken av helserelaterte ytelser via ulike mekanismer: Ledighet kan føre til uhelse, og lange perioder uten jobb skaper behov for inntektssikring.

Arbeidsmarkedet påvirker også ytelsene som arbeidstakere får ved sykdom, gjennom tariffestede avtaler om lønn ut over folketrygdens ytelser dersom man blir sykemeldt eller ufør, og gjennom arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer. Rettigheter ut over det som gis av folketrygden, er vanligst i offentlig sektor og i høyt lønnsyrker i privat sektor. Det er usikkert i hvilken grad, og på hvilken måte, eventuelle kutt i folketrygdens ytelser ville bli kompensert for i tarifforhandlinger.

Videre er det en sammenheng mellom oppvekstvilkår og mottak av helserelaterte ytelser senere i livet. En barndom med dårlig økonomi, traumer, stress, og svikt i omsorg og trygghet, øker sannsynligheten for uførhet i voksenlivet. Når barns utfall i arbeidsmarkedet likner foreldrenes, ser det ut til å være drevet både av arv og miljø.

For å oppsummere våre konklusjoner om hypotesene som var utgangspunktet for litteratursøket, så er de som følger:

Hypotese 1: Arbeidsgiver og verneombud mangler informasjon eller har ikke tilstrekkelig kunnskap om plikter og muligheter for tilrettelegging av arbeid ved sykdom

Denne hypotesen får støtte i gjennomgangen av forskningslitteraturen. Det finnes mye forskning om arbeidsmiljøfaktorer som hemmer og fremmer arbeidshelse, men det er lite bevissthet i virksomhetene om mange av de aktuelle faktorene og hvilke tiltak man kan treffe for å oppnå forbedring. Ikke minst viser den siterte rapporten fra SINTEF (Thun, et al., 2022) at bevisstheten om hva psykososialt arbeidsmiljø innebærer er liten blant norske arbeidsgivere.

Hypotese 2: Arbeidslivet krever mer enn før, og man må ha bedre helse og mer kompetanse enn før for å stå i jobb

Arbeidsmarkedet krever andre ting enn før, blant annet har andelen jobber som krever høy formell kompetanse økt betydelig over tid. Arbeidsledighet øker sannsynligheten for senere uførhet. Det er mangel på tiltak som hever kompetansen blant ledige, som kunne bidratt til å redusere varigheten på ledighetsforløp og perioder uten arbeid, og minske den permanente utstøtingen.

Litteratursøket returnerte få bidrag som så på utvikling over tid, men de som finnes, peker alle i samme retning; det å stå utenfor utdanning og jobb i perioder som ung, gir mer negative utslag over livsløpet nå enn før. Svake skoleprestasjoner, og det å ikke fullføre grunnskolen med karaktergrunnlag, leder oftere til uførhet enn tidligere.

Hypotese 3: Eventuelle kutt i sykelønn/ytelse vil trolig slå skjevt ut

Ulike personer har ulik evne til å tilpasse seg en lavere inntekt, og kutt i ytelse vil ramme hardest for dem som i utgangspunktet har dårlig økonomi. Vi har ikke funnet noe i litteraturgjennomgangen som tilsier at denne relativt banale observasjonen ikke stemmer. Tilgangen til velferdsordninger etablert og finansiert av arbeidsgiver, varierer, og det er sannsynlig at kutt i offentlige ytelse vil merkes best for dem med liten eller ingen tilgang til slike ordninger.

Videre har vår litteraturgjennomgang vist at det er mange sårbarhetsfaktorer i oppveksten, for eksempel dårlig økonomi, traumer, stress og omsorgssvikt, som øker sannsynligheten for senere uførhet. Yngre generasjoners utfall i arbeidsmarkedet ligner foreldrenes grunnet både biologisk arv og miljøfaktorer i oppveksten.

Hypotese 4: Arbeidsgiverfinansierte ordninger kan øke tilstrømninger, og kan bidra til raskere friskmelding

Tariffestede avtaler og arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer påvirker ytelsene. Rettigheter utover folketrygden er vanligst i offentlig sektor og høytlønnsyrker i privat sektor. Vår litteraturgjennomgang gir ingen holdepunkter for å si noe om hvordan endringer i folketrygdloven vil internaliseres i tarifforhandlinger. Vi har heller ikke funnet analyser som tyder på at tilgangen til arbeidsgiverfinansierte ordninger innen sykepenge eller uføretrygd, øker tilstrømningen eller varigheten på ytelsene, men dette kan skyldes skjevhet i tilgangen til slike ytelse.

Mens arbeidsgiverfinansierte supplementer til sykepenge og uføretrygd kan mistenkes for å øke tilstrømningen til ytelsene, må vi anta at behandlingsforsikringer har motsatt effekt; disse

kan bidra til å forebygge sykefravær (for eksempel gjennom å finansiere behandling hos fysioterapeut), og til at de ansatte raskere kommer i behandling hvis de først blir syke eller skadet. Det finnes lite kunnskap om slike ordninger i Norge, men tall fra Finans Norge viser at antallet som er dekket av kollektive behandlingsforsikringer, ble mer enn doblet i tiårsperioden 2012–2022. Sykefraværet har ikke gått ned i denne perioden, noe som gir grunn til å anta at eventuelle effekter av arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring har begrenset betydning for faktisk fravær.

7.7.3 Kunnskapshull

Det finnes svært mange studier av arbeidsmiljø, hvordan man kan jobbe med arbeidsmiljø, og hva arbeidsmiljøet betyr for sykefravær og (i mindre grad) uføretrygd. Eventuelle kunnskapshull på dette området dreier seg snarere om hvordan denne kunnskapen kan gjøres relevant og tas i bruk på arbeidsplassene. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) gjør en omfattende innsats for at oppdatert kunnskap skal være tilgjengelig, men denne kunnskapen må tas i bruk.

Det finnes mange hypoteser om hvordan strukturelle endringer på arbeidsmarkedet bidrar til økt utstøting. Hypotesene peker på globalisering, innvandring, rask omstillingstakt, digitalisering, og generelt høye kompetansekrav. Mens hver av disse hypotesene virker plausible, og en rekke offentlige utredninger har vært inne på dette som forklaringsfaktorer, er det fortsatt kunnskapshull om hvordan de strukturelle drivkreftene faktisk opererer i et land som Norge, og hvilke effekter de har for ulike grupper sårbare arbeidstakere. Forholdet mellom strukturelle utstøtingsmekanismer og økonomiske insentiver til å stå/ikke stå i jobb, er fortsatt svakt forstått. Hvis det er slik at sterke drivkrefter presser store grupper inn i marginale posisjoner på arbeidsmarkedet, er det også behov for mer kunnskap om hva partene i arbeidslivet, staten og andre kan gjøre for å dempe eller avhjelpe effektene. Det vil også være verdifullt å få mer kunnskap om disse problemene er særnorske, og dermed kan bidra til å forklare hvorfor flere personer i Norge mottar helserelaterte ytelse enn i andre vestlige land.

Vi vet også lite om hvordan arbeidsgiverfinansierte ordninger påvirker tilpasningene arbeidstakere gjør. På den ene siden kan det å ha arbeidsgiverfinansiert velferd, bidra til at arbeidstakerne verdsetter arbeidsforholdet høyere enn de ellers ville gjort, og føler lojalitet til bedriften. På den andre siden undergraver slike ordninger insentivstrukturen som ligger i folketrygdens ordninger, og kan bidra til overforbruk av ytelse.

8. Problembeskrivelse

Inntektssikring under sykdom er en grunnpilar i det norske velferdssamfunnet. Samtidig er bruken av helserelaterte ytelser i Norge høy sammenliknet med andre land, og det har vært en urovekkende vekst de siste årene. Denne kunnskapsgjennomgangen peker på utfordringer knyttet til svake og uheldige insentiver hos de involverte aktørene, manglende kunnskap og deling av informasjon, og begrensede ressurser og prioritering hos aktører som kan hjelpe.

8.1 Innledning

De helserelaterte ytelsene er en sentral del av vårt velferdssamfunn. Ordningene gir mennesker som av helsemessige årsaker ikke kan jobbe, en inntekt å leve av, og gir bistand til personer med helseutfordringer for å utforske mulighetene i arbeidsmarkedet. Ytelsene bidrar til redusert økonomisk ulikhet og gir folk handlingsrom til å prioritere å bli frisk i perioder hvor helsen skranter, som potensielt kan gi høyere produktivitet i arbeidsstyrken og sysselsetting på sikt.

Samtidig er bruken av helserelaterte ytelser i Norge høy sammenliknet med i andre land, og det har vært en urovekkende vekst de siste årene. Det gir grunn til bekymring at sykefraværet ikke har gått mer ned etter koronapandemien, og at veksten i mottak av ytelsene er stor blant unge og i nye yrkes- og utdanningsgrupper. De helserelaterte ytelsene legger beslag på en stor og stigende andel av offentlige budsjetter; en trend som står i kontrast til mange andre OECD-land. Når mange mottar ytelser i stedet for å være i jobb, reduseres også samlet verdiskaping i Norge. For den enkelte vil det å stå lenge utenfor arbeidsmarkedet ha negative konsekvenser, både sosialt og økonomisk. Det er altså vesentlig, både av hensyn til den økonomiske bærekraften i velferdssystemet, og for den enkelte, at alles arbeidsevne benyttes i størst mulig grad.

Forskning og øvrig informasjonsinnhenting presentert i denne rapporten, trekker fram flere ulike drivere som kan forklare nivået på, og utviklingen i, bruken av de helserelaterte ytelsene. I dette kapitlet oppsummerer vi utfordringer med dagens system for helserelaterte ytelser, og barrierer for overgang til arbeid fra de helserelaterte

ytelsene. Vi vektlegger de barrierene og driverne som vi, med utgangspunkt i det presenterte kunnskapsgrunnlaget, mener kan forklare de sentrale mønstrene og utviklingstrekkene i bruken av de helserelaterte ytelsene og som også kan være gjenstand for administrative og/eller politiske tiltak. Formålet med kapitlet er å etablere en forståelse av hvilke problemer og utfordringer som skal adresseres i områdegjennomgangens neste del, og hva som er målene med forslag og løsninger som skal utredes og anbefales. Kapitlet svarer ut utredningsinstruksens spørsmål 1: «Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?».

8.2 Vår problemforståelse

Kunnskapskartleggingen som er presentert i denne rapporten, viser at det er ulike drivere og årsaker til nivået og utvikling i bruken av de helserelaterte ytelsene de senere årene (Figur 8-1). Dels peker vi på svake og uheldige insentiver hos flere av de involverte aktørene. Dels peker vi på begrenset informasjon og kunnskap: for lite deling av relevant eksisterende informasjon mellom aktører, og det at kunnskap som det er behov for, ennå ikke eksisterer. Vi peker også på utfordringer drevet av mangel på ressurser: for lite kapasitet hos personer og aktører som kan hjelpe, og suboptimal allokering av tilgjengelige ressurser.

Det vil kunne være gjensidige årsaksforhold mellom barrierer: Manglende informasjon kan være drevet av manglende insentiver til å bruke tid på å dele den informasjonen man har, eller for få ressurser til å skaffe relevant kunnskap tilveie. Suboptimal prioritering av begrensede ressurser kan være drevet av en uheldig insentivstruktur, men også av at det er mangel på kunnskap om hvordan ressursene skal brukes mest mulig effektivt.

Enkelte barrierer kan også reflektere dilemmaer i hvordan systemet for de helserelaterte ytelsene bør innrettes. De helserelaterte ytelsene tjener viktige formål, i tillegg til høyest mulig sysselsetting blant potensielle og faktiske mottakere av helserelaterte ytelser. Ytelsene skal også sikre inntekt til personer som ikke har mulighet til å arbeide. Helse, medvirkning og andre kriterier for tilgang til ytelsene, er utfordrende å måle objektivt. Det er dermed utfordrende å skille objektivt mellom dem som har rett på ytelsene og dem som ikke har det. Systemet bør innrettes etter en avveining mellom å gi best mulig inntektssikring til dem som ikke kan

jobbe, og å sikre arbeidsinsentiver til dem som har mulighet til å jobbe i større eller mindre grad. Et annet dilemma er hensynet til behov for offentlig finansiering på andre områder: Det er begrenset hvor mye ressurser som kan tilføres tjenesteapparatet rundt mottakere av helserelaterte ytelser, uten at det går på bekostning av andre samfunns-hensyn. Et tredje dilemma er kravene som stilles til arbeidsgivere. Det er ikke ubegrenset hvor mange forpliktelser arbeidsgivere kan ha til tilrettelegging og liknende, uten at det går ut over verdiskaping og produksjon.

Vi ser at noen av utfordringene er generelle og gjelder på tvers av de ulike helserelaterte ytelsene, mens andre er mer spesifikke for enkelte ytelser. Vi har derfor valgt å først presentere barrierer som gjelder generelt, for deretter å ta for oss de mer ytelsesspesifikke barrierene. Vi drøfter fortløpende i teksten hvorfor vi mener at barrierene er av betydning, hvorvidt det er enkelt å se for seg hvordan barrieren kan løses med politikk, og hva som kan oppnås med eventuelle tiltak.

I oppdragets mandat ligger en føring om at prosjektet og gjennomføring av anbefalte tiltak skal gi gevinster i form av:

- Økt sysselsetting blant potensielle og faktiske mottakere av helserelaterte ytelser
- Redusert utgiftsvekst over tid til helserelaterte ytelser i folketrygden
- Mer samfunnsøkonomisk effektiv ressursbruk

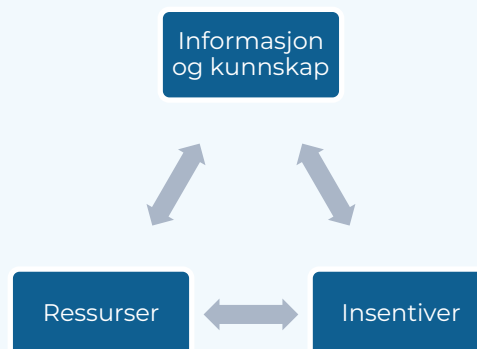
Det ligger også i oppdragsbeskrivelsen at disse målene skal veies opp mot fordelingshensyn. Befolkningen skal ha en god forsikringsordning mot tap av inntekt som følge av egen sykdom.

Barriere 1: Arbeidsgivere, leger og arbeidstakere har svake insentiver til innsats mot (lange) helserelaterte ytelsesforløp, spesielt sykefravær

Arbeidsgivere har medfinansieringsansvar de første 16 dagene av et sykepengeforløp. Etter det har arbeidsgivere svake økonomiske insentiver til å få den sykmeldte tilbake i arbeid eller til å unngå overgang til AAP. Fastleger mangler økonomiske insentiver til å unngå å skrive ut sykmeldinger og bruke tid på å finne ut hvordan helsen er forenelig med arbeid. Med full lønn under sykmelding har arbeidstakere begrensede insentiver til å returnere til arbeid i løpet av sykmeldingsperioden.

Forskningen vi har gått gjennom, peker på at arbeidstakere, arbeidsgivere og fastleger påvirkes av insentivene de er gjenstand for. Både ytelsenes nivå og varighet, arbeidsgivers medfinansieringsansvar og måten fastlegene finansieres på, ser ut til

Figur 8-1: Hovedkategorier av drivere og barrierer



å påvirke tilgangen til sykmelding og hvor lenge sykepengeforløpene varer. Slike funn betyr ikke at samtlige sykmeldte, arbeidsgivere og leger vurderer egennytten og de privatøkonomiske konsekvensene av handlinger som påvirker bruken av de helserelaterte ytelsene. De fleste arbeidstakere ønsker å gå på jobb uavhengig av hva de kunne fått i sykelønn. Andre arbeidstakere er så syke at de ville vært fraværende uansett hvor lite de fikk i sykelønn. Tilsvarende vil også de aller fleste arbeidsgivere og fastleger handle uavhengig av medfinansieringsansvar og takstsystem. Det forskningen likevel viser, er at enkelte påvirkes av insentivene.

Når en arbeidstaker blir syk, legger regelverket opp til et samspill mellom arbeidstakeren selv, fastlege og arbeidsgiveren. Disse skal finne løsninger for hvordan arbeidstakerens ressurser kan komme til anvendelse. Når kriteriene og pliktene som ligger i regelverket ikke er enkle å operasjonalisere og observere objektivt, vil det være vesentlig at alle tre aktørene gjør det de kan for å finne gode løsninger. Det vil for eksempel være begrenset nytte i arbeidsgivers innsats for å tilrettelegge dersom arbeidstakeren selv ikke er motivert for å komme tilbake til arbeid. Om arbeidsgiver ikke er interessert i å finne løsninger, vil det heller ikke være effektiv bruk av ressurser at legen legger stor innsats i å forstå situasjonen på arbeidsplassen og vurdere hvordan pasienten ville kunne fungert med tilrettelegging på arbeidsplassen. I situasjoner hvor én eller flere av de tre aktørene ikke gjør det de kan for at arbeidstakeren skal kunne jobbe, kan altså utfallet bli at for mange blir sykmeldt, med for høy eller uten gradering, eller at sykepengeforløpet varer lenger enn nødvendig. Hvis aktørene vet at deres innsats er forgjeves uten at de andre også spiller på lag, minker motivasjonen for å legge innsats i å finne løsninger for å unngå eller avslutte et sykepengeforløp.

Det er usikkert hvor stor denne barrieren er. De fleste arbeidstakere, arbeidsgivere og leger opptrer samvittighetsfullt og i tråd med regelverket. Vår vurdering er likevel at det kan være mange sykepengeforløp som blir lengre eller mer omfattende enn de trenger å være. Dette skyldes både svake insentiver hos de tre nøkkelaktørene, og at en oppfatning om at de andre har svake insentiver kan begrense troen på at egen innsats er av betydning.

Det kan diskuteres om barrieren er størst i forbindelse med medisinsk uforklarte plager og sykdommer. Da er helseutfordringene vanskeligere både å bekrefte og avkrefte, og insentivene kan få større gjennomslag. I slike tilfeller er også fastlegenes portvokterrolle mer krevende å etterleve. Vi mener likevel at barrieren også gjør seg gjeldende i forbindelse med verifiserbare somatiske lidelser, fordi det trolig er et potensial for mer gradert arbeid og tilrettelegging også i disse tilfellene. Siden denne barrieren bidrar til flere og lengre sykepengeforløp, vil den også kunne forklare en viss andel av AAP- og uføretrygdforløpene.

Barrieren kan adresseres gjennom politiske og administrative tiltak, herunder regelendringer og endringer i aktørenes insentiver. Tiltakene skal ha som mål å øke sysselsettingen og redusere trygdeutgiftene. Det er risiko for uheldige fordelingsvirkninger dersom kuttene i de folketrygdfinansierte ytelsene blir betydelige eller rammer skjev.

Barriere 2: Ytelser og tjenestetilbudet er for lite tilpasset personer med sammensatte utfordringer, hvor helseutfordringer ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær av arbeid

En stor andel av mottakerne av de helserelaterte ytelsene, og mye av den siste tids økning i mottaket, skyldes diagnoser innen psykiske plager og symptomer og muskel- og skjelettplager. Dette er diagnoser som kjennetegnes av at de ofte oppstår gradvis, har uklare årsaker og usikre prognoser. Ulike lidelser spiller dessuten ofte sammen, og grensedragningen mellom «sykdom» og «sosiale problemer» kan være vanskelig å trekke. Personer med disse diagnosene har gjerne et sammensatt utfordringsbilde, og helseplager er ikke nødvendigvis den eneste årsaken til manglende arbeidsdeltakelse.

Kunnskapsgrunnlaget som vi har gjennomgått i denne rapporten, indikerer at innretningen av ytelsessystemet og tjenestetilbudet bidrar til at mange personer med psykiske plager og medisinsk uforklarte plager og symptomer ikke får hensiktsmessig behandling. Dermed får personer i

denne gruppa svakere arbeidstilknytning enn de kunne og burde hatt. Det er flere forhold ved ytelses- og tjenestesystemet som bidrar til dette; det er manglende kunnskap generelt og blant de involverte aktørene om hva som fungerer for å redusere plagene og øke arbeidsdeltakelse, ofte finnes det ikke tilgjengelige behandlingstilbud, og de medisinske inngangskriteriene bidrar antakelig til medikalisering for enkelte grupper.

Forskningen viser at det er begrenset kunnskap i tjenesteapparatet om hvordan man kan hjelpe personer med sammensatte utfordringer. Navveiledere uttrykker at det er utfordrende å følge opp personer med komplekse utfordringer og medisinsk uforklarte plager og sykdommer. Fastlegene har lite kjennskap til relevante verktøy og hensiktsmessige alternativer til sykmelding.

Samtidig viser kunnskapsgrunnlaget som vi har gjennomgått i denne rapporten, at arbeid og aktivitet i mange tilfeller er helsefremmende, og at fravær fra arbeid kan ha negative effekter på mental og kroppslig helse. Dette gjelder særlig for personer med sammensatte plager, hvor helseutfordringen ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær fra arbeid. Mange av sykefraværs-tilfellene som tilskrives psykiske plager, kan trolig betegnes som slike tilfeller med sammensatte plager. Psykiske plager og symptomer er den diagnosegruppen som har vokst mest blant sykmeldte siden 2019, og en betydelig andel av alle sykefraværstilfellene tilskrives slike diagnoser. Det at flere sykmeldes med psykiske plager og symptomer, tilsier at gruppen som sykmeldes med sammensatte plager har økt. Økt sykefravær i denne gruppen kan altså bidra til at befolkningen faktisk blir sykere.

Det er to årsaker til at fastlegene har begrenset kunnskap om hensiktsmessige alternativer til sykmelding for noen grupper. For det første har sykmelder manglende kunnskap om arbeidsmedisin (omtales nærmere i Barriere 8). For det andre er det mangler i behandlingstilbudet for medisinsk uforklarte plager og symptomer, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Den samlede kapasiteten i dette behandlingstilbudet synes å være betydelig lavere enn behovet. Dette står i kontrast til det store antallet personer som står utenfor arbeidslivet, eller risikerer å falle ut, på grunn av psykiske plager, livsutfordringer eller manglende mestringsevne. I tillegg er effektene på arbeidsdeltakelse av de eksisterende behandlingstilbudene usikre. Vår kunnskapsoppsummering tyder på at mange av disse tilbudene i praksis har liten effekt på arbeidsdeltakelse.

Det er også noe evidens fra forskningen på at innretningen og inngangskriteriene til de helserelaterte ytelsene kan virke medikaliserende for personer med sammensatte utfordringer, hvor helseutfordringer ikke nødvendigvis er eneste årsak til fravær fra arbeid. Funn fra intervjuene understøtter dette. Særlig gjelder dette personer uten arbeidserfaring, som dermed ikke har rett på dagpenger selv om de er arbeidssøkere. For disse personene er AAP det eneste reelle alternativet til sosialhjelp. Personer som står utenfor arbeidslivet, kan dermed bli ledet inn på AAP, selv om det i utgangspunktet er andre utfordringer enn helsen som er årsak til at de står utenfor arbeidslivet. Dette kan på sikt gi lavere sysselsetting, siden AAP er en mer varig ytelse enn dagpenger. AAP gir et potensielt uheldig sykdomsfokus, som kan medføre lite målrettet oppfølging dersom helsefokuset får en for stor plass i forståelsen av hva brukeren egentlig trenger for å komme i jobb.

Overordnet vurderer vi barrieren som sentral, og at den trolig vil bli større over tid hvis gruppen med sammensatte plager fortsetter å vokse. Skillet mellom dagpenger og AAP gjelder trolig en andel av nye AAP-mottakere som ikke kommer fra arbeid eller sykepenger. Det er likevel utfordrende å anslå hvor mange av disse som heller burde mottatt dagpenger.

Det kan være mulig å redusere denne barrieren gjennom politiske og administrative tiltak, for eksempel endringer i velferdsytelsene, kunnskapsproduksjon og forskning, kunnskapsbasert tjenesteutvikling, og tilrettelegging for kunnskaps- og tjenesteutvikling gjennom styrings- og prioriteringsprinsipper.

Målene med å få redusert denne barrieren vil være økt sysselsetting og reduserte utgifter til trygd. Det vil også være et mål om mer effektiv bruk av offentlige midler ved at tjenesteapparatet får mulighet til å prioritere tiltak og virkemidler med større effekt og positive samfunnsøkonomiske virkninger, heller enn tiltak som ikke virker. Å redusere denne barrieren vil trolig gi positive fordelingsvirkninger, og bidra til bedre helse og livskvalitet for grupper med helseutfordringer som står utenfor arbeidslivet.

Barriere 3: Det kan være komplisert og lite lønnsomt å kombinere jobb og helserelatert ytelse

Det er god støtte i forskningen for at det for mange er helsefremmende å jobbe noe i kombinasjon med helserelaterte ytelser, heller enn å være helt uten arbeid i lengre perioder. Ordningene legger imidlertid i begrenset grad til rette for at jobb i kombinasjon med ytelse skal lønne seg for

mottakeren. Kombinert jobb og ytelse innebærer også administrasjon og usikkerhet som det kan være krevende å forholde seg til for den enkelte. For å unngå for høy tilstrømning til ytelsene, må hensynet til at det skal være lønnsomt og enkelt å kombinere jobb og trygd veies opp mot hensynet til at det ikke skal være for attraktivt sammenliknet med å jobbe uten trygd. Gjennom intervjuer har vi fått innspill om at dagens ordninger ikke nødvendigvis balanserer disse hensynene optimalt.

Ved full lønn under sykmelding får ikke arbeidstaker høyere inntekt av å jobbe litt i kombinasjon med gradert sykmelding, sammenliknet med å ikke jobbe.

For en del grupper gir AAP svake insentiver til arbeid. Avkorting av AAP beregnes ut fra antall timer jobbet. For de fleste mottakere utgjør ytelsen i utgangspunktet 66 kroner per 100 kroner alternativ arbeidsinntekt. AAP-mottakere kan fritt kombinere AAP med gradert arbeid på inntil 60 prosent. Med et opptrappingsvedtak kan AAP-mottakere også kombinere AAP med inntil 80 prosent arbeid. AAP-mottakere vil altså få mer i inntekt dersom de kan jobbe noe ved siden av AAP, og da AAP er en midlertidig ytelse, er det en fordel at denne inntektsgevinsten er høy. I intervjuer trekkes det likevel fram noen utfordringer. Opptrappingsvedtaket varer i kun ett år og kan kun gis én gang i et AAP-løp. Konsekvensen av dette er at Nav-veiledere oppfordrer AAP-mottakere til å ikke jobbe «for mye», og ikke prøve seg i mer enn 60 prosent arbeid før de føler seg sikre på at de er klare for såpass omfattende arbeid. Dette innebærer at AAP-mottakeres restarbeidsevne ikke utnyttes fullt ut.

I uføreordningen er det sterkere insentiver til å kombinere arbeid og trygd, gjennom fribeløp uten avkorting. I praksis støter uføre likevel på utfordringer med å kombinere jobb og trygd. Den uføretrygdede må melde fra om forventet inntekt i forkant av hvert kalenderår, og uføretrygden det året avkortes basert på den forventede inntekten. Dersom faktisk inntekt det året overstiger det den uføretrygdede har meldt inn i forkant og den uføretrygdede har fått for mye utbetalt i uføretrygd, må beløpet tilbakebetales av den uføretrygdede. Dette gjøres gjennom avkorting av fremtidige ytelser. Uføre som ønsker å prøve ut sin egen arbeidsevne utover fribeløpet, opplever at det medfører en risiko for lavere trygd neste år. Mottakere av uføretrygd kan løpende oppdatere forventet årsinntekt ved endringer, men for en gruppe som har usikker og varierende arbeidsevne, fremstår innretningen på avkortingsreglene som unødvendig komplisert. Kombinert med manglende arbeidsrettet oppfølging til denne

gruppen, kan det innebære at veien ut av uføretrygd for personer som har fått en forbedret helse, er unødvendig lang.

Dette er barrierer som berører mottakere av helserelaterte ytelser som er i stand til å jobbe ved siden av. Særlig blant AAP-mottakere, men også blant uføretrygdde, gjelder barrieren først og fremst personer som er i stand til å jobbe ganske mye. Blant sykmeldte berører barrieren også den ekstensive marginen, altså beslutningen om å jobbe noe eller ikke. Det samfunnsøkonomiske tapet av barrieren avhenger av to forhold: Hvilken verdiskaping kunne mer gradert arbeid gitt, og hva er effektene av kombinert arbeid og ytelse på den langsiktige arbeidsmarkedstilknytningen til mottakerne? Her gir ikke forskningen klare svar, ut over at effektene er positive.

Denne barrieren vil kunne reduseres gjennom regelendringer som påvirker insentiver og handlingsrom til å kombinere jobb og trygd, og endringer i hvordan regelverket praktiseres.

Mål for eventuelle tiltak bør være å øke sysselsettingen, både underveis i trygdeforløpene og gjennom bedre langsiktig tilknytning til arbeidslivet. Om man lykkes med det, vil det igjen gi bedre budsjettmessig handlingsrom. Eventuelle tiltak må ha i mente at det ikke skal bli for attraktivt å motta ytelsene i utgangspunktet. Det kan også oppstå negative fordelingseffekter, ved at mottakere med restarbeidsevne kommer bedre ut, mens mottakere som ikke har mulighet til å jobbe noe, ikke gjør det.

Barriere 4: Det kan være utfordrende å skaffe arbeid som er forenlig med egen helsesituasjon

Det kan være utfordrende å tilegne seg en jobb som er forenlig med egen helsesituasjon og det bidrar til å øke mottaket av de helserelaterte ytelsene. Slike utfordringer gjør seg gjeldende både for arbeidstakere som enten er i risiko for å bli sykmeldt eller allerede er det, og personer med nedsatt arbeidsevne som mottar AAP eller uføretrygd. For arbeidstakere kan utfordringene handle om at personer som burde bytte jobb, i for liten grad gjør det. Dette skyldes en kombinasjon av opplevd risiko ved å bytte jobb, stillingsvernet og kompetansemangel for å kunne kvalifisere seg for andre relevante jobber. Kompetansemangel er også et hinder for at AAP-mottakere tilegner seg arbeid. For personer med nedsatt arbeidsevne handler utfordringene også om forhold på etterspørselssiden i arbeidsmarkedet som gjør det vanskelig å utnytte deres restarbeidsevne.

Yrker stiller ulike krav til dem som jobber i dem. Helseutfordringer kan samtidig være ganske

spesifikke, og det er trolig mange som er for syke til å jobbe i et gitt yrke, men som kunne fungert godt i et annet. Vi ser også fra både forskning og intervjuer at selv om konflikt på arbeidsplassen i seg selv ikke gir rett på sykepenger, så kan det i praksis fungere som en bakenforliggende årsak til sykmeldinger, for eksempel fordi konflikter bidrar til uhelse. Det er altså grunn til å tro at en viss andel av dem som mottar helserelaterte ytelser, kunne ha hatt høyere arbeidsevne dersom de jobbet i et annet yrke eller i en annen virksomhet.

Arbeidsgiver er forpliktet gjennom lovverket til å sikre et godt arbeidsmiljø og legge til rette for at de ansatte skal få arbeidsoppgaver som er tilpasset deres situasjon. Disse pliktene bør ikke undergraves. Arbeidstaker bør heller ikke pålegges et ansvar for å løse arbeidsgivers plikter gjennom å finne en annen jobb når arbeidsgiver ikke klarer å tilrettelegge arbeidsoppgaver og sørge for gode relasjoner på jobb. Likevel vil det være tilfeller hvor det ikke er mulig å endre forholdene på arbeidsplassen tilstrekkelig, og arbeidstaker vil være mest tjent med å finne ny jobb.

Det er flere forhold som forhindrer arbeidstakere fra å bytte beite, selv i situasjoner hvor det ikke er realistisk å komme tilbake til opprinnelig jobb. Utfordrende situasjoner kan være fastlåste, og som diskutert i kapittel 5, er ikke rutine i Navs sykefraværsoppfølging egnet til å fange opp slike situasjoner og gjøre noe med dem. Dagens system støtter i begrenset grad opp under jobbskifter som potensielt kunne bidra til å øke arbeidsevnen. Ordningen «Friskmelding til arbeidsformidling» brukes lite. Det oppleves trolig som risikabelt å si opp en jobb, til tross for at yrket og/eller arbeidsplassen i praksis ikke er kompatibel med egen helsesituasjon. Mange som trenger å omstille seg, har også behov for omskolering, utdanning og inntektssikring over lang tid. Mange kan imidlertid være usikre på om lengre utdanningsløp lar seg kombinere med de helserelaterte ytelsene. Det kan også være utfordrende å finne en utdanning med innhold og form som er tilpasset helsesituasjonen og livssituasjonen for øvrig. Litteraturen peker på at det er mangel på tiltak som hever kompetansen for ledige.

Konsekvensene kan bli at arbeidstakeren blir gående på gjentatte sykepengeforløp eller lengre sykepengeløp som ender med en overgang til AAP. Om de involverte aktørene for sent innser at det er behov for å innrette oppfølging og innsats i retning av ny jobb, kan det være mer utfordrende å finne motivasjon og selvtillit til en lengre og potensielt krevende omstillingsprosess med usikkert utfall.

Utdanningsnivå er en viktig forklaringsfaktor for mottak av både AAP og uføretrygd. Personer med lav utdanning er overrepresentert i begge ytelsene. Det er en økende andel av befolkningen med særlig grunnskole, men også videregående opplæring som høyeste fullførte utdanning, som mottar disse ytelsene. Fra litteraturen vet vi at kravene til formell kompetanse er høyere enn før, og mye tyder på at personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, har vanskeligere forhold på arbeidsmarkedet enn tidligere. Selv om flere fullfører videregående opplæring i dag, øker kravene til kompetanse. Særlig unge med svake prestasjoner som ikke fullfører utdanning, ekskluderes fra arbeidsmarkedet i større grad enn tidligere. For AAP-mottakere kan manglende formell kompetanse være den viktigste årsaken til at de har utfordringer med å komme seg i arbeid, heller enn helseutfordringene. Det er mulig å gjennomføre ordinære utdanningsløp som arbeidsmarkedstiltak mens man mottar AAP, men bruken av slike tiltak er relativt begrenset.

Mottakere av AAP og uføretrygd har nedsatt arbeidsevne, og ofte en usikker helsetilstand. For arbeidsgivere er det en forhøyet risiko ved ansettelse av personer med økt risiko for sykdom, fravær og uførhet, som kan gi utslag i for eksempel manglende samsvar mellom lønn og produktivitet, og høyere kostnader forbundet med den ansattes helseproblemer. Som beskrevet blant annet av sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe, innebærer dette en etterspørselsbasert barriere for personer med en varig gradert nedsatt arbeidsevne. Selv om de selv ønsker å jobbe, er det for få arbeidsgivere som etterspør deres arbeidskraft. Dermed kan det være vanskelig for personer med nedsatt arbeidsevne å skaffe seg en jobb der de kan utnytte sin eventuelle restarbeidsevne. Konsekvensen blir at AAP-mottakere kan ha utfordringer med å tilegne seg varige arbeidsforhold, at personer innvilges 100 prosent uføretrygd selv om de har restarbeidsevne som kan utnyttes, og at mottakere av uføretrygd som ønsker å prøve seg i arbeid, ikke klarer å tilegne seg en jobb.

Barrieren er sammensatt, og det er svært utfordrende å si hvor mange den berører. For sykmeldte tyder både forskningen og intervjuene på at mange ytelseløp er preget av at de involverte aktørene snakker for lite sammen om det som egentlig er årsaken til sykefraværet. Dermed er det potensielt også mange forløp hvor behovet for et bytte av yrke eller arbeidsplass for sent blir et tema.

Det er også utfordrende å anslå omfanget av kompetansemangel for mottakere av helserelaterte ytelser, men omfanget av AAP-mottakere som kun har fullført grunnskole er relativt høyt. Siden

forekomsten av gradert uføretrygd trolig er lavere enn forekomsten av gradert arbeidsevne blant de uføre, er det utfordrende å tallfeste hvor mange av de uføre som holdes utenfor jobb på grunn av denne barrieren.

For å løse opp i denne barrieren, er det flere politiske og administrative tiltak som kan være aktuelle, for eksempel justere stønads- og støtteapparatet rundt reelle og potensielle mottakere av helserelaterte ytelser som vurderer andre jobber, eller et lengre løp for å bli mer kvalifisert for arbeidsmarkedet. Arbeidsgivere som vurderer å ansette personer med nedsatt arbeidsevne, kan risikoavlastes i større grad enn i dag, gjennom tilskudd og/eller veiledning.

Mål med å redusere denne barrieren vil være å øke sysselsetting og verdiskaping via to hovedmekanismer:

1. Sørge for at ikke levedyktige matcher mellom arbeidsgivere og arbeidstakere oppløses til fordel for matcher som er produktive.
9. En mer målrettet og relevant oppfølging av brukere, og dermed mer effektiv bruk av offentlige midler og bedre samsvar mellom arbeidsstyrkens kompetansenivå og etterspørselen i arbeidsmarkedet.

Barriere 5: Skillet mellom stat og kommune øker tilstrømningen til de helserelaterte ytelsene, og gir suboptimal oppfølging

De helserelaterte ytelsene og Navs arbeidsmarkeds-tiltak er statlig finansiert, mens kommunene finansierer sosialhjelpen og tiltak etter sosialhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Konsekvensene av dette skillet er mye diskutert i litteraturen. Flere av de statlige og kommunale ansvarsområdene har overlappende målgrupper. Potensielle og reelle mottakere av helserelaterte ytelser er en slik gruppe. Kommunenes beslutninger om, og dimensjonering av, tiltak som kvalifiseringsprogrammet og lavterskel helsetilbud, vil derfor påvirke behovet for de statlig finansierte tjenestene og ytelsene. Siden kommunene har mange oppgaver de skal løse innenfor sine økonomiske rammer, og mange av personene i målgruppene for de kommunale tjenestene alternativt vil fanges opp av det statlig finansierte støtteapparatet, er det en risiko for at de kommunale tjenestene dimensjoneres lavere enn optimalt. Dette kan få uheldige konsekvenser via flere mekanismer:

En del brukere ville kanskje hatt større utbytte av kvalifiseringsprogrammet enn de statlige ordningene. Om kommunene ikke prioriterer

budsjettrammer for kvalifiseringsprogrammet høyt nok, kan disse brukerne i stedet ende opp på AAP.

Om for lite ressurser blir brukt på kommunenes lavterskeltilbud for å forebygge sykdom og fremme helse og sykdomsmestring, kan det bidra til å øke behovet for de helserelaterte ytelsene. Dette kan skje både fordi innbyggerne utvikler flere og større helseutfordringer enn nødvendig, og fordi de kommer inn på ytelsesløp med medisinsk-relaterte inngangsvilkår, som gir risiko for medikalisering og større avstand til arbeidslivet.

Fra intervjuer har vi fått innspill om at tilstrømningen til AAP er høyere enn den burde vært, blant annet fordi satsene for økonomisk sosialhjelp er lave. Om sosialhjelpssatsene er så lave at ytelsen i praksis ikke fungerer som velferdsstatens siste sikkerhetsnett, vil brukere med behov for hjelp til livsopphold søke andre ytelser. For sysselsettingen og det budsjettmessige handlingsrommet, er det ikke i seg selv vesentlig om personer mottar den ene eller den andre ytelsen. Imidlertid kan denne vridningen skape uheldige virkninger på sikt fordi er AAP mer varig enn sosialhjelp og kan virke medikaliserende.

Det er et stort spenn i gruppen som vil kunne påvirkes av denne barrieren, selv om det er usikkert hvor mange som treffes. På den ene siden har vi de brukerne som er aktuelle for kvalifiseringsprogram og sosialhjelp. På den andre siden har vi store grupper av sykmeldte med lettere psykiske plager og symptomer og muskel- og skjelettplager. Forskning og intervjuer viser at for mange av disse er kommunale lavterskeltiltak som alternativ til sykmelding lite kjent, og lite tilgjengelig.

Det kan være krevende å finne tiltak som reduserer denne barrieren uten at man samtidig utfordrer sentrale prinsipper om lokaldemokrati og/eller sterke kompetansemiljø rundt sentrale velferdstjenester. Det kan likevel vurderes å samle flere av tjenestene på arbeids- og velferdsfeltet under samme styringsnivå – statlig eller kommunalt. Det kan også være mulig å legge flere føringer på kommunenes tjenestetilbud.

Mål med å redusere denne barrieren vil være å få til mer effektiv bruk av offentlige midler på arbeids- og velferdsfeltet, gjennom mer optimal fordeling av ressurser mellom de ulike virkemidlene. Derigjennom kan man få til økt sysselsetting og økt budsjettmessig handlingsrom.

Barriere 6: Relevant informasjon deles for sjelden mellom arbeidsgiver, helsetjenesten og Nav

Både eksisterende forskning og våre intervjuer med aktører i Nav og helsevesenet tyder på at det er et problem at relevant informasjon i forbindelse med helserelaterte ytelser, i for liten grad deles mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, lege og Nav. I tilfeller hvor det ikke er en arbeidsgiver inne i bildet, deles det også for lite informasjon mellom de tre øvrige aktørene. Skjema for dialog mellom lege og Nav omhandler særlig funksjonstap og begrensninger, og legger ikke til rette for å kommunisere hverken funksjonsmuligheter eller eventuell tvil legen måtte ha i sine vurderinger. Legene mangler ofte innsikt i arbeidsforhold, mulighetene som finnes for tilrettelegging og om det er andre arbeidsplassrelaterte utfordringer som ligger bak pasientens helseproblem. Nav kan også oppleve at de får for lite informasjon fra arbeidsgivere, slik at de ikke får vite hva som skal til for å få en arbeidstaker tilbake i arbeid, og om det i det hele tatt er realistisk. Arbeidsgivere kan på sin side savne informasjon om tilretteleggingsbehov og hva Nav kan bidra med.

Resultatet av manglende deling av slik informasjon kan være at alternativene til helserelaterte ytelser i for liten grad blir brukt. Bedre dialog mellom lege, arbeidsgiver og arbeidstaker vil trolig kunne bidra til mer målrettet tilrettelegging på arbeidsplassene, og dermed færre og kortere ytelsesforløp. Bedre dialog mellom lege og Nav ville kunne gi Nav en bedre forståelse av mottakerens funksjon og grunnleggende utfordringer. Dermed kunne Nav gi bedre arbeidsevnevurderinger og mer målrettet oppfølging for å styrke mottakerens arbeidsmarkedsmuligheter på kort og lang sikt.

Når denne informasjonen ikke deles, har det trolig også flere ulike rotårsaker. Personvernlovgivningen begrenser hva lege, Nav og arbeidsgiver kan utveksle av informasjon uten arbeidstakers samtykke. Det tar tid både å forstå, formidle og ved behov oppdatere en beskrivelse av pasienters-/ytelsesmottakeres situasjon, muligheter og utfordringer. Det kan også være vanskelig å snakke åpent om for eksempel konflikt og arbeidsmiljømessige utfordringer, og andre bakenforliggende årsaker til at et helseproblem har oppstått og vedvarer. Det kan også tenkes at manglende insentiver hos de involverte aktørene gjør at slik informasjonsutveksling ikke prioriteres. Videre gjør teknologiske løsninger og eksisterende infrastruktur informasjonsdelingen mer ressurskrevende enn nødvendig.

Heller ikke for denne barrieren vet vi sikkert hva omfanget er, men trolig er det mange ytelsesforløp

som både starter opp og forlenges som en direkte konsekvens av at informasjon ikke utveksles. Mange ville vært tjent med å få avklart de grunnleggende utfordringene og mulighetene tidligere i forløpet. Potensialet for mer informasjonsutveksling er trolig størst i situasjoner hvor en arbeidsgiver er involvert, altså for mottakere som har et ansettelsesforhold. Men også for personer som ikke har, og kanskje aldri har hatt en jobb, vil oppfølgingsarbeidet til Nav være mindre målrettet enn nødvendig om de ikke vet nok om rotårsakene til brukernes helseutfordringer.

Barrieren kan trolig reduseres gjennom endringer i kommunikasjonsflater mellom aktørene. En klar forståelse av hjemlene til å dele informasjon kan trolig også bidra til mer deling av relevant informasjon.

Barriere 7: Det er vanskelig å målrette Navs ressursbruk

Nav-veilederes mulighet til å følge opp brukere begrenses av at de har mange brukere å ta hånd om, og lite ressurser til hver av dem. Innenfor gitte budsjettammer kan vi derfor peke på at det er en utfordring for Nav å sikre at de begrensede ressursene som finnes, benyttes på de brukerne som faktisk trenger bistand for å komme i jobb og som også kan dra nytte av denne oppfølgingen – ikke på andre brukere. Som beskrevet, jobber Nav med å identifisere brukere som har behov for tidlig og målrettet innsats. Det jobbes med verktøy for å sortere brukere inn i riktig innsatsgrupper basert både på registerdata og brukernes egne vurderinger av seg selv, men det er fortsatt krevende å identifisere de mest sårbare brukerne.

Konsekvensene av at Nav ikke er i stand til å plukke ut de brukerne hvor oppfølgingen kaster mest av seg, er at innsatsen spres tynt ut over en stor mengde brukere. Det innebærer at det brukes tid og ressurser på mottakere (og arbeidsgivere) hvor det er lite nytte av oppfølging. Det kan også bidra til at kvaliteten på møtepunktene blir svakere enn den ellers kunne ha vært. Dermed oppstår et misforhold mellom hva ytelsesmottaker og arbeidsgiver forventer seg av hyppighet og relevans i oppfølgingen, og hva Nav faktisk kan levere. Kanskje kan det også bidra til å begrense de andre aktørenes egeninnsats. En annen konsekvens er at Nav venter for lenge med å følge opp brukere som trenger tett og langvarig oppfølging. Uten mulighet til tidlig identifisering av brukerne med størst behov, vil varigheten på ytelsesforløpet i seg selv bli et sentralt identifikasjonskriterium. Lange perioder uten aktivitet vil kunne bidra til å gjøre utfordringsbildet større, og mer utfordrende å løse.

Det kan være mange bakenforliggende årsaker til Navs utfordringer med å plukke ut de brukerne det er verdt å bruke tid på. Det kan skyldes at det ikke er registrert nok relevant informasjon om brukere i strukturert form til at datadrevne profileringsverktøy blir treffsikre. Det kan skyldes at Nav-veiledere mangler handlingsrom til å foreta skjønnsmessige vurderinger av hvem det er hensiktsmessig å bruke ressursene på. På den annen side kan det også skyldes at de har handlingsrommet, men ikke nok kompetanse, veiledning og verktøy til å utnytte det. Sist kan det også tenkes å være drevet av at arbeidsgivere og arbeidstakere tidvis mangler insentiver til å oppsøke hjelp fra Nav. Om aktører melder fra til Nav når de selv mener at Navs innsats kan bidra til å unngå eller forkorte et ytelsesløp, er det trolig lettere for Nav å målrette sin ressursbruk til situasjoner der den kaster av seg,

Trolig treffer denne barrieren et bredt spekter av mottakerne av midlertidige ytelser, og deres eventuelle arbeidsgivere. Hvis Nav bruker ressurser på ytelsesforløp hvor det ikke er behov, innebærer det unødvendig tidsbruk for alle involverte. Dersom arbeidsgivere og ytelsesmottakere har for store forventninger til hva Nav kan bidra med, kan det også innebære at de kommer for sent i gang med egen innsats for tilrettelegging og medvirkning.

Denne barrieren kan være gjenstand for flere ulike politiske og administrative tiltak. Det finnes trolig et handlingsrom både innen datafangst og videreutvikling av datadrevne verktøy, og gjennom å legge bedre til rette for at beslutningstakeres erfaringsbaserte kunnskap deles og kommer til nytte.

Mål med å redusere denne barrieren vil være mer effektiv bruk av offentlige ressurser, og via mer effektiv ressursbruk også økt sysselsetting og reduserte utgifter til trygd.

Barriere 8: Sykmelder har mye kompetanse om den enkelte pasient, men mindre kunnskap om arbeidsmedisin, yrker og bransjer

Fastlegeordningen bidrar til vedvarende relasjon mellom lege og pasient. Det kan være både til fordel og ulempe for portvokterrollen som fastlegen skal utøve. En slik kontinuitet er et viktig formål med fastlegeordningen og antas å bidra til positive helseeffekter for pasientene. Kontinuitet kan imidlertid også tenkes å bidra til at fastlegen blir mer lydhør overfor pasientens ønsker og blir en mindre streng portvakt. Forskingen viser at fastlegene kan oppleve at portvokterrollen går på bekostning av relasjonen til pasientene, særlig når

pasientene kommer med medisinsk uforklarte plager og sykdommer.

Samtidig har legene begrenset informasjon om forholdene på den enkelte arbeidsplass. Fastlegene har også begrenset mulighet til å sette seg inn i forholdene i de enkelte virksomheter, bransjer og yrker, siden pasientsammensetningen på listene deres spenner bredt. Fra intervjuer med helsepersonell har vi også fått vite at fastlegenes forutsetninger for å vurdere mulighetene for å fungere i arbeid er begrenset. Det er lite fokus på arbeidshelse, og på hva portvokterrollen egentlig innebærer i medisindutdanningen. Siden kommunikasjon med arbeidsgivere er utfordrende og ressurskrevende, vil det også være krevende for legen å vurdere og beskrive pasientens ressurser og muligheter opp mot de arbeidsoppgavene som finnes på den enkelte arbeidsplass. Om legen er til stede på dialogmøte 2 vil det kunne bøte på denne asymmetrien. Imidlertid foregår møtet relativt sent i sykepengeløpet og legen er kun med dersom det vurderes som nødvendig.

Konsekvensen av at fastlegene har mye kunnskap om den enkelte pasient og mindre kunnskap om pasientenes muligheter på arbeidsplassen, er trolig at portvokterrollen blir mer utfordrende. Asymmetrien som oppstår mellom lege og pasient, kan gjøre det krevende å utfordre pasientenes ønske om sykmelding, og motivere pasienten til å jobbe gradert gjennom en diskusjon om mulige relevante arbeidsoppgaver. Legen blir også en mindre aktuell sparringspartner for arbeidsgiver. Dette bidrar trolig til at tilstrømningen til sykepenger er høyere, at forløpene varer for lenge, og kanskje også at flere enn nødvendig går over til AAP.

Omfanget av barrieren er det vanskelig å anslå, men trolig gjør den seg først og fremst gjeldende i tilfeller hvor gradert arbeid hadde vært mulig og kanskje også hensiktsmessig med tanke på tilfriskningsprognosene. Trolig treffer denne barrieren personer med lettere psykiske lidelser større grad enn andre.

Denne barrieren kan trolig reduseres ved hjelp av ulike administrative og politiske tiltak. Det kan vurderes endringer i sykmelderrollen, både når det gjelder hvem som skal utøve den, og hvilket kunnskapsgrunnlag rollen baseres på.

Barriere 9: Oppfølgingen av mottakere av arbeidsavklaringspenger fungerer ikke godt nok

Forskningen peker på at Navs oppfølging av AAP-mottakere er mangelfull. Det er særlig utfordrende for Nav-veiledere å vite hvilken oppfølging som bør

gis til AAP-mottakere med komplekse utfordringer. Dette er typisk brukere med psykiske lidelser eller en kombinasjon av psykiske og fysiske helseplager, hvor det ikke er tydelig hva som er den helsemessige hovedutfordringen. Mange har ikke fullført videregående opplæring, og mange har en løs tilknytning til arbeidslivet eller har aldri vært i jobb. For disse gruppene kan tilbudet av egnede tiltak være begrenset. Brukere med sammensatte utfordringer har også gjerne behov for en Nav-veileder de kan ha en trygg relasjon til over tid, gjennom krevende løp med avklaring og kvalifisering. Muligheten for dette forringes av hyppige veilederbytter og manglende kontinuitet.

Om lag 80 prosent av dem som til enhver tid deltar på arbeidsmarkedstiltak, er AAP-mottakere. Det er generelt utfordrende for Nav-veiledere å vite hvilke tiltak som passer for hvem. Mange AAP-mottakere jobber med å få innpass i et arbeidsmarked med høye kompetansekrav, og har kanskje hverken utdanning eller arbeidserfaring fra før. For disse kan det være en utfordring med begrenset tilgang og kjennskap til relevante og egnede lokale utdanningstilbud.

Oppfølgingen av AAP-mottakere er hyppigere tidlig i forløpene, og når brukeren er i ferd med å bruke opp AAP-rettighetene sine. I resten av perioden er oppfølgingen mer sporadisk, som følge av mangel på ressurser og mange brukere per veileder. Oppfølgingen mot slutten av perioden er i tillegg ofte orientert mot å dokumentere behovet for uføretrygd. Fra intervjuer vet vi også at mye av oppfølgingen av AAP-mottakere går ut på å forklare et komplekst regelverk. I tillegg utsettes ofte arbeidsrettet oppfølging dersom brukeren mottar eller står i kø for medisinsk behandling, selv om brukeren ville kunne hatt nytte også av slik oppfølging. Oppmerksomheten til brukerne rettes altså i stor grad mot selve regelverket for ytelsen – kriteriene for fortsatt mottak, retten til ulike økonomiske tilleggsytelser, hvordan de skal fylle ut meldekortet, hvordan de ulike avkortingsreglene fungerer, og så videre – heller enn hva vedkommende trenger for å komme seg tilbake i arbeid.

I flere intervjuer har det også blitt pekt på at det er en utfordring at arbeidsgiver har en utydelig definert rolle i AAP-løpet, og at mange i praksis ikke er delaktig i oppfølgingen av AAP-mottakere. Dette gjør det mer krevende å drive målrettet arbeid for retur til eget arbeid. Over halvparten av AAP-mottakere kommer fra sykmelding, og mange av disse har en arbeidsgiver i det AAP innvilges. Sykefravær eller arbeidsuførhet ut over 12 måneder vil ikke nødvendigvis være saklig grunn til

oppsigelse i henhold til Arbeidsmiljøloven.¹¹ Til tross for både formelle og reelle bånd mellom mange AAP-mottakere og deres arbeidsgivere, og at tilretteleggingsplikten dermed vedvarer, blir altså ikke arbeidsgiver mobilisert i arbeidet for å få mottakere tilbake i arbeid. Dette bidrar trolig til å redusere effektiviteten i oppfølgingsarbeidet.

Utfordringene med oppfølging av AAP-mottakere ser ut til å være drevet av flere forhold. Begrensede ressurser er en av dem. Som nevnt, mangler det også kunnskap om hvordan man skal følge opp brukere med komplekse behov. Samhandling med helse- og utdanningssektoren ser også ut til å være utfordrende, noe som bidrar til begrenset relevans og kvalitet i oppfølgingen denne gruppen får.

Konsekvensene av denne barrieren er trolig at en del AAP-mottakere blir gående passive for lenge, og/eller får oppfølging som ikke bidrar til å fremme deltakelse i arbeidslivet. Tvert imot kan oppfølgingen svekke mulighetene for arbeidsdeltakelse gjennom stort fokus på diagnose og helseutfordringer som forutsetning for å ha fortsatt tilgang til ytelsen, og for å få innvilget uføretrygd.

Selv om det er utfordringer i oppfølging av AAP-mottakere peker også forskningen på at Nav gir mye god oppfølging. Det er altså ikke slik at denne barrieren gjelder alle AAP-mottakere, men det er grunn til å tro at barrieren i større eller mindre grad treffer alle typer mottakere av AAP, uavhengig av kjennetegn. Noen grupper berøres i større grad, som AAP-mottakere med sammensatte utfordringer og psykiske helseutfordringer.

Det bør være mulig å redusere denne barrieren, både gjennom satsing på kunnskapsproduksjon og tjenesteutvikling i Nav og tjenesteapparatet for øvrig. Det bør også være mulig å involvere eventuelle arbeidsgivere mer i oppfølgingsarbeidet.

Målene med å redusere barrieren vil være både økt sysselsetting, og mer effektiv ressursbruk. Mer sysselsetting vil i seg selv øke det budsjettmessige handlingsrommet via lavere trygdeutgifter og høyere skatteinntekt. Samtidig vil bedre og eventuelt tettere oppfølging av denne gruppen i Nav også kunne legge beslag på betydelige midler. Det er også en risiko for at det å legge mer press på arbeidsgiver kan bidra til å framskynde eventuelle oppsigelsesprosesser. I de tilfellene hvor arbeidsforholdet uansett vil opphøre på sikt, kan dette være positivt. Det kan imidlertid være negativt om det fører til flere oppsigelser i tilfeller med en viss

¹¹ Det må avgjøres av en konkret og helhetlig vurdering i det enkelte tilfellet, basert blant annet på sannsynligheten for at arbeidstaker vil kunne komme tilbake i arbeid innen rimelig tid og en avveining av ulempene for arbeidsgiver å

sannsynlighet for at AAP-mottakeren returnerer til arbeidsplassen på sikt. Mer arbeidsinvolvering i AAP-perioden kan derfor også sees i sammenheng med en innsats for å klargjøre stillingsvernet ved sykdomsforløp som varer i mer enn ett år.

Barriere 10: Uføretrygden er ikke tilstrekkelig innrettet med tanke på at arbeidsevnen kan variere over tid

Uføretrygd er en varig ytelse, og ytelsen gis til personer som er vurdert å ha varig nedsatt arbeidsevne. Mottakerne av uføretrygd har derfor i utgangspunktet ikke arbeidsrettet oppfølging fra Nav når uføretrygd først er innvilget, men de har rett på dette dersom de ber om det. Denne retten er blant annet fastslått gjennom uførereformen fra 2015. At arbeidsevnen er varig nedsatt, trenger ikke å bety at arbeidsevnen er konstant etter at uføretrygd er innvilget. Utviklingen i helsetilstanden til personer som innvilges uføretrygd, tilsier i økende grad at mottakerne av uføretrygd kan ha en arbeidsevne som varierer over tid.

Det er likevel ingen som følger opp om mottakerne av uføretrygd etter en viss tid har blitt bedre, eller har en restarbeidsevne som kan bli utnyttet. Det er i så fall den uføretrygdede selv som må ta initiativ til å søke arbeid, og eventuelt be om bistand fra Nav i denne prosessen. I så fall har de rett til å få vurdert sitt bistandsbehov. Forskningen viser imidlertid at det er få uføretrygdede som kommer tilbake til Nav og ber om hjelp til å komme i jobb. Det kan skyldes at selv om den uføretrygdede opplever bedre helse og ønsker å komme i arbeid, kan det etter lenger tid som uføretrygdet, oppleves som en terskel å ta initiativ for å få bistand fra Nav. Forskning peker også på at brukere kan ha negative erfaringer med Nav fra tiden før uføretrygd ble innvilget, som gjør brukerne mindre villige til å be Nav om hjelp til arbeid i ettertid. Nav har også begrenset mulighet til å oppsøke uføre, på grunn av personvern hensyn.

Konsekvensen av at uføre ikke følges opp, er trolig at restarbeidsevne ikke utnyttes. Konsekvensen av manglende arbeidsrettet aktivitet kan også, gitt at arbeid er helsefremmende, være at helseproblemer vedvarer lenger enn de hadde behovd å gjøre. Det medfører at avgangen fra uføretrygd kan være lavere enn nødvendig.

Omfanget av denne barrieren vil avhenge av hvor mange uføre som har en restarbeidsevne og/eller et potensial for bedret helse gjennom arbeidsrettet aktivitet, som har en mulighet til å få en tilknytning til arbeidsmarkedet. Dette er svært usikre størrelser,

fortsette arbeidsforholdet mot ulempene for arbeidstaker om han eller hun får en oppsigelse. Kilde: <https://www.simplover.no>

og vil avhenge av helsen og potensialet til bedring blant de uføre, men også av at arbeidsmarkedet etterspør uføres (graderte) arbeidskraft.

Det vil være mulig å endre regelverket for uføretrygd for å redusere denne barrieren. Målet med tiltak bør være å øke sysselsettingen blant de uføre. Det er en risiko for at tiltak vil være kostnadskrevende, og dermed er det ikke gitt at målet om økt budsjettmessig handlingsrom kan møtes, eller at offentlig ressursbruk vil bli mer effektiv.

8.3 Avsluttende betraktninger

Forskning, intervjuer og statistikk tegner et sammensatt utfordringsbilde knytte til dagens innretning av de helserelaterte ytelsene. I tillegg til ytelsesmottakeren selv, berører barrierene også de andre sentrale aktørene som er – eller bør være – involvert i en person sitt sykdomsforløp: Nav, arbeidsgiver og helsevesenet. Barrierene ligger i aktørenes incentiver, informasjon, kunnskap og ressurser til å bygge opp under lav tilgang til og høy avgang fra ytelsene – og slik bidra til høy sysselsetting og et bærekraftig velferdssystem.

Noen barrierer er generelle og går på tvers av ytelsene. Andre er mer spesifikke for hver enkelt ytelse. Noen av barrierene går også på tvers av aktørene, eller har en avhengighet til andre barrierer.

I områdegjennomgangens andre delrapport har vi utredet tiltak som kan bidra til å svekke eller fjerne barrierene som er identifisert. I dette skal samfunnets ønske om inntektssikring og fordelingseffekter hensyntas. Med et komplekst og sammensatt utfordringsbilde, og barrierer med gjensidige avhengigheter, eksisterer det trolig ikke små enkelttiltak som vil løse ut alle barrierene, for alle ytelsesmottakere, for alle aktører, i alle ytelsene. Vi har derfor utredet flere tiltak i sammenheng.

I lys av utviklingen i bruken av de helserelaterte ytelsene – som har gitt en utgiftsvekst som står i kontrast til den i de fleste andre OECD-land – er det viktig å adressere disse barrierene. For individet kan det være store personlige kostnader ved å stå å utenfor arbeidsmarkedet, og for samfunnet er det ikke ubetydelige kostnader av at personer med restarbeidsevne heller mottar offentlige ytelser. Særlig er dette tilfellet for unge, som potensielt kan gå glipp av et helt yrkesaktivt liv.

9. Referanser

- 3F, 2024. *Dagpenge*. [Internett]
Available at: <https://www.3f.dk/find-svar/dagpenge/dagpengeret>
- Abrahamsen, C., Lindbæk, M. & Werner, E. L., 2022. Experiences with a structured conversation tool: a qualitative study on feasibility in general practice in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, pp. 190-196.
- Abrahamsen, C. et al., 2023. The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *eClinicalMedicine*.
- Actecan, 2023. *Innskuddspensjon i ulike næringer i 2022*, Oslo: Actecan.
- a-kasser.dk, 2024. *Dagpengesatser 2024*. [Internett]
Available at: <https://www.a-kasser.dk/dagpengesatser/index.html>
[Funnet 7 November 2024].
- Akay, P. A. & Ahmadi, N., 2022. The Work Environment of Immigrant Employees in Sweden—a Systematic Review. *Journal of International Migration and Integration*, pp. 2235-2268.
- Alaie, I., Svedberg, P., Ropponen, A. & Narusyte, J., 2023. Longitudinal trajectories of sickness absence among young adults with a history of depression and anxiety symptoms in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, Oktober, pp. 271-279.
- Alfakassan, 2024. *Vad får jag i ersättning?*. [Internett]
Available at: <https://alfakassan.se/vad-far-jag-i-ersattning/>
- Alne, R. H., 2018. *Economic incentives, disability insurance and labor supply*, Bergen: Working Papers in Economics 2/18, University of Bergen, Department of Economics.
- Alpino, M., Hauge, K. E., Kotsadam, A. & Markussen, S., 2022. Effects of dialogue meetings on sickness absence—Evidence from a large field experiment. *Journal of Health Economics*, Volum 83.
- Alsos, K., 2019. *Tariffavtalens regulering av lønn under sykdom*, Oslo: FAFO.
- Altinn, 2024. *Sykefravær og sykepenger*. [Internett]
Available at: <https://info.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/sykdom/sykefravar-og-sykepenger/>
- Andersen, A. G., Markussen, S. & Røed, K., 2019. Local labor demand and participation in social insurance programs. *Labour Economics*.
- Andersen, L. L. et al., 2022b. Potential of micro-exercise to prevent long-term sickness absence in the general working population: prospective cohort study with register follow-up. *Scientific Reports*.
- Andersen, L. L. et al., 2022a. Combined psychosocial work factors and risk of long-term sickness absence in the general working population: Prospective cohort with register follow-up among 69 371 workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 549-559.
- Andersen, T. M., 2019. *Labour market policies in Denmark*, Århus: På oppdrag for sysselsettingsutvalget.
- Andresen, S. & Volckmar-Eeg, M., 2023. *Navs profileringsverktøy og Nav-veiledernes behovsvurderinger: Hvordan algoritmer og skjønnsutøvelse kombineres i vurderingsprosesser i praksis*, Oslo: Fafo.
- Arbeids- og sosialdepartementet, 2019. *Prop. 1 S (2019–2020)*, Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og sosialdepartementet, 2020. *Prop 72L (2019-2020) Endringer i sosialtjenesteloven, folketrygdloven og trygderettsloven (oppfølging av anmodningsvedtak og andre endringer som følge av covid-19 mv.)*, Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021. *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten*, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2023. *Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Nav.
- Arbets- och näringsministeriet, 2023. *Lönesubventionsreformen träder i kraft i juli*. [Internett]
Available at: <https://tem.fi/sv/-/lonesubventionsreformen-trader-i-kraft-i-juli>
[Funnet 05 november 2024].
- Arbets- och näringsministeriet, 2024. *Lönesubvention till arbetsgivare för anställning av*

en arbeidsløs. [Internett]

Available at: <https://tem.fi/sv/lonesubvention>
[Funnet 05 november 2024].

Aronsson, G., Marklund, S., Leineweber, C. & Helgesson, M., 2021. The changing nature of work – Job strain, job support and sickness absence among care workers and in other occupations in Sweden 1991–2013. *SSM - Population Health*.

Aronsson, V., Toivanen, S., Leineweber, C. & Nyberg, A., 2019. Can a poor psychosocial work environment and insufficient organizational resources explain the higher risk of ill-health and sickness absence in human service occupations? Evidence from a Swedish national cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 310-317.

Audhoe, S. S. et al., 2021. Is the “Brainwork Intervention” effective in reducing sick leave for non-permanent workers with psychological problems? Results of a controlled clinical trial. *BMC Public Health*.

Autor, D., Goldin, C. & Katz, L. F., 2020. Extending the Race between Education and Technology. *AEA Papers and Proceedings*, Mai, pp. 347-351.

Autor, D., Kostøl, A., Mogstad, M. & Setzler, B., 2019. Disability Benefits, Consumption Insurance, and Household Labor Supply. *American Economic Review*, pp. 2613-2654.

Badarin, K. et al., 2022. Does a change to an occupation with a lower physical workload reduce the risk of disability pension? A cohort study of employed men and women in Sweden. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 662-671.

Badarin, K. et al., 2023. Combined exposure to heavy physical workload and low job control and the risk of disability pension: A cohort study of employed men and women in Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 973-984.

Bakken, F. M. & van der Wel, K. A., 2023. Cross-sectoral frontline delivery of welfare-to-work services for young adults with complex problems in Norway. *Social Policy and Administration*, pp. 304-317.

Bakker, A. & Demerouti, E., 2007. The Job Demands–Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), pp. 309-328.

Bang, L. et al., 2024. *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Bartley, M., Sacker, A. & Clarke, P., 2004.

Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*, pp. 501-506.

Beck, K. C., Røhr, H. L., Reme, B.-A. & Flatø, M., 2024. Distressing testing: A propensity score analysis of high-stakes exam failure and mental health. *Child Development*, pp. 242-260.

Beemster, T. T. et al., 2021. Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of occupational rehabilitation*, pp. 72-83.

Bengtsson, M., Høgedahl, L. & Svalund, J., 2024. Path Reinforcer or Policy Accelerator? COVID-19 and Scandinavian Social Protection Reform Trajectories. *Nordic journal of working life studies: Vol 14, No 3 (2024)*, 06 september.

Berge, Ø. M. & Hyggen, C., 2012. *Fremveksten av private helseforsikringer i Norden*, Oslo: Fafo.

Berg, H. et al., 2023. *Hvor godt virker arbeidsforberedende trening?*, Oslo: Frischsenteret.

Berg, R., Jardim, P. S. J. & Holte, H., 2021. Forskning om tiltak for å redusere langvarige og hyppige sykefravær i arbeidslivet: Et forskningskart.

Bernstrøm, V. H. & Houkes, I., 2020. Shift work and sickness absence at a Norwegian hospital: a longitudinal multilevel study. *Occupational and Environmental Medicine*, pp. 555-563.

Beskæftigelsesministeriet, 2024. *Ressourceforløbsydelse*. [Internett]
Available at: <https://bm.dk/satser/satser-for-2024/ressourceforloebpsydelse>

Bierbrauer, F. J., Boyer, P. C. & Hansen, E., 2023. Pareto-improving tax reforms and the Earned Income Tax Credit. *Econometrica*, pp. 1077-1103.

Björkelund, C. et al., 2023. Rehabilitation cooperation and person-centred dialogue meeting for patients sick-listed for common mental disorders: 12 months follow-up of sick leave days, symptoms of depression, anxiety, stress and work ability. *BMJ Open*.

Björkenstam, E., Helgesson, M. & Mittendorfer-Rutz, E., 2023. Childhood adversity and risk of later labor market marginalization in young employees in Sweden. *European Journal of Public Health*, pp. 264-271.

Bláfoss, R. et al., 2023. Duration and intensity of occupational lifting and risk of long-term sickness absence: Prospective cohort study with register follow-up among 45 000 workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 283-292.

Blindow, K. et al., 2021. Sexual and gender harassment in Swedish workplaces: A prospective cohort study on implications for long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 466-474.

Bondevik, H. & Madsen, O. J., 2017. I: K. N. Solbrække, red. *Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden*. Oslo: Press Scandinavian Academic.

Bond, G. R. & Drake, R. E., 2014. Making the Case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, pp. 69-73.

Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R., 2020. An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, pp. 390-391.

Bond, G. R., Drake, R. E. & Pogue, J. A., 2019. Expanding Individual Placement and Support to Populations With Conditions and Disorders Other Than Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, pp. 488-498.

Borgen, N. T., Frønes, I. & Raaum, O., 2023. Every tenth child: Heterogeneity in characteristics and life-course patterns among children in contact with child welfare services. *Children and Youth Services Review*.

Borger.dk, 2024a. *Arbejdsløshedsdagpenge*. [Internett]
Available at: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Arbejdsløshedsdagpenge>
[Funnet 07 november 2024].

Borger.dk, 2024b. *Hvem kan få fleksjob?*. [Internett]
Available at: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/fleksjob-loentilskud-for-foertidspensionister-revalidering/hvem-kan-faa-fleksjob>

Borger.dk, 2024c. *Ressourceforløbsydelse under jobafklaringsforløb*. [Internett]
Available at: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/fleksjob-loentilskud-for-foertidspensionister-revalidering/ressourceforloeb Sydelse-under-jobafklaringsforloeb>
[Funnet 07 november 2024].

Borger.dk, 2024d. *Sygedagpenge, hvis du er lønmodtager*. [Internett]
Available at: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/sygedagpenge/sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager>
[Funnet 11 november 2024].

Borger.dk, 2024e. *Førtidspension - tilkendt efter 2003*. [Internett]
Available at: <https://www.borger.dk/pension-og-efterloen/Foertidspension-oversigt/Foertidspension-nye-regler>
[Funnet 07 november 2024].

Borge, R. H., Johannesen, H. A., Fostervold, K. I. & Nielsen, M. B., 2023. Office design, telework from home, and self-certified sickness absence: A cross-sectional study of main and moderating effects in a nationally representative sample. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 222-230.

Borghans, L., Gielen, A. C. & Luttmer, E. F. P., 2014. Social Support Substitution and the Earnings Rebound: Evidence from a Regression Discontinuity in Disability Insurance Reform. *American Economic Journal: Economic Policy*, pp. 34-70.

Bound, J. & Burkhauser, R., 1999. Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. I: A. Orley & D. Card, red. *Handbook of Labor Economics*. North-Holland: Elsevier, pp. 3417-3528.

Bragstad, T., 2023. Unge i Nav: Fra arbeidsavklaringspenger til uføretrygd. *Arbeid og velferd*.

Bramming, M. et al., 2019. BMI and Labor Market Participation: A Cohort Study of Transitions Between Work, Unemployment, and Sickness Absence. *Obesity*, pp. 1703-1710.

Bratberg, E., Nilsen, Ø. A. & Vaage, K., 2015. Assessing the intergenerational correlation in disability pension reciprocity. *Oxford Economic Papers*, pp. 205-226.

Bratsberg, B., Fevang, E. & Røed, K., 2010. *Disability in the Welfare State: An Unemployment Problem in Disguise*, Oslo: IZA DP No. 4897.

Bratsberg, B., Rogeberg, O. & Skirbekk, V., 2021. Technology-induced job loss risk, disability and all-cause mortality in Norway. *Occupational and Environmental Medicine*, 24 September, pp. 32-37.

Bratsberg, B. & Raaum, O., 2012. Immigration and Wages: Evidence from Construction. *The Economics Journal*, pp. 1177-1205.

- Breimo, J. P., Anvik, C. & Olsen, T., 2021. The shifting roles of employers : At the intersection of employment and social work : A case study from Norway. *Social Work & Social Sciences Review*, pp. 116-130.
- Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K. & Straume, O. R., 2019. Competition and physician behaviour: Does the competitive environment affect the propensity to issue sickness certificates?. *Journal of Health Economics*, pp. 117-135.
- Brinkmann, S., red., 2015. I: *Det diagnostiserte livet. Økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- BRIS, 2021. *Årsrapport 2020: Första året med pandemin*, Stockholm: BRIS.
- Bråten, R. H. & Sten-Gahmberg, S., 2022. Unge uføre og veien til uføretrygd. *Søkelys på arbeidslivet*, pp. 1-19.
- Bråten, R. H. et al., 2023. Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), pp. 1-13.
- Business.gov.nl, 2024. *The WIA benefit for your employee*. [Internett]
Available at: <https://business.gov.nl/running-your-business/staff/payment-and-wages/the-wia-benefit-for-your-employee/>
[Funnet 30 Oktober 2024].
- Böheim, R. & Leoni, T., 2020. Do Employees' Sickness Absences React to a Change in Costs for Firms? Evidence from a Natural Experiment. *The Scandinavian Journal of Economics*, 112(2), pp. 553-581.
- Carlsen, B., Lind, J. T. & Nyborg, K., 2020. Why physicians are lousy gatekeepers: Sicklisting decisions when patients have private information on symptoms. *Health Economics*, pp. 778-789.
- Carlsen, B. & Norheim, O. F., 2005. "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC health services research*, pp. 1-11.
- Cederberg, M. et al., 2022. Effects of a Person-Centered eHealth Intervention for Patients on Sick Leave Due to Common Mental Disorders (PROMISE Study): Open Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*.
- Chen, J. et al., 2023. Association of common mental disorders and related multimorbidity with subsequent labor market marginalization among refugee and Swedish-born young adults. *Frontiers in public health*, Mars.
- Chen, L. et al., 2022. Risk Factors for Disability Pension among Young Adults Diagnosed with Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood. *Journal of Attention Disorders*, pp. 723-734.
- Christensen, T. N. et al., 2019. Effects of Individual Placement and Support Supplemented With Cognitive Remediation and Work-Focused Social Skills Training for People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, pp. 1232-1240.
- Christoffersen, L. & Johannessen, A., 2013. *Sorg og sykmelding. Etterlattes erfaringer med sykmelding etter brå død*, Oslo: Landsforeningen uventet barnedød.
- Clarsen, B. et al., 2022b. Changes in life expectancy and disease burden in Norway, 1990-2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, pp. 593-605.
- Clarsen, B., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E., 2022a. *Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Clausen, T., Meng, A. & Borg, V., 2020. Is Work Group Social Capital Associated With Sickness Absence? A Study of Workplace Registered Sickness Absence at the Work Group Level. *Safety and Health at Work*, pp. 228-234.
- Clausen, T., Pihl-Thingvad, J., Villadsen, E. & Andersen, L. L., 2023a. Acts of offensive behaviour and risk of disability pension in Danish female eldercare workers: prospective cohort with 11-year register follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Clausen, T. et al., 2023b. Do different job demands interact as predictors of long-term sickness absence? A register-based follow-up on 55 467 Danish workers. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 7-13.
- Dahl, E. S. & Myklathun, K. H., 2022. Fører brukarprofilering til meir treffsikker arbeidsretta oppfølging?. *Arbeid og velferd*, Issue 2.
- Dahl, S.-Å. & Colbjørnsen, T., 1991. Trygdens virkninger på bedriftens nedbemanning. I: A. Hatland, red. *Trygd som fortjent? En antologi om trygd og velferdsstat*. Oslo: Ad Notam.
- Dale-Olsen, H., 2014. Sickness Absence, Sick Leave Pay, and Pay Schemes. *Labour*, 28(1), pp. 40-63.

Dale-Olsen, H., 2018. Sykefravær og inntektskompensasjon ved sykefravær. *Søkelys på arbeidslivet*.

Danmarks Statistik, 2024. *Gennemsnitsdanskere*. [Internett]

Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/laer-om-statistik/gennemsnitsdanskere> [Funnet 7 November 2024].

de Groot, N. & Koning, P., 2016. Assessing the effects of disability insurance experience rating. The case of The Netherlands. *Labour Economics*, pp. 304-317.

de Groot, N. & Koning, P., 2022. A burden too big to bear? The effect of experience-rated disability insurance premiums on firm bankruptcies and employment. *The Scandinavian Journal of Economics*, pp. 214-242.

de Jong, P. & Lindeboom, M., 2004. Privatisation of Sickness Insurance: Evidence from the Netherlands. *Swedish Economic Policy Review*, Volum 11, pp. 121-143.

Dekkers-Sánchez, P. M. & de Wind, A. E., 2019. Enhancing medical evaluations of sick-listed employees: an educational intervention to improve professional practice of physicians performing work ability assessments of employees on long-term sick leave. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 729-738.

Deshpande, M., 2016. Does Welfare Inhibit Success? The Long-Term Effects of Removing Low-Income Youth from the Disability Rolls. *American Economic Review*, pp. 3300-3330.

Deuchert, E. & Eugster, B., 2019. Income and substitution effects of a disability insurance reform. *Journal of Public Economics*, pp. 1-14.

Drange, I. & Jakobsson, N., 2019. Incentive Effects of Cash Benefits among Young People. A Natural Experiment from Norway. *Journal of Social Policy*, pp. 107-125.

Drange, N., Gunnes, T. & Telle, K., 2021. Workload, staff composition, and sickness absence: findings from employees in child care centers. *Empirical Economics*, pp. 3375-3400.

Drange, N. et al., 2022. *Barn, unge og familier i barnevernet - En longitudinell registerstudie. Delprosjekt 2: Hvordan går det med barna?*, Oslo: Frischsenteret.

Dybvik, J. B. & Schönfelder, W., 2021. Between health, morality and pragmatics: common mental disorders and decision-making for disability

benefits in the Norwegian welfare state. *Disability & Society*, pp. 904-924.

Dyrstad, K., Halvorsen, T. & Hem, K.-G., 2015. *Sykefravær og ventetider i spesialisthelsetjenesten*, Blindern: SINTEF.

Dyrstad, K., Halvorsen, T., Hem, K.-G. & Rohde, T., 2016. Sick of waiting: Does waiting for elective treatment cause sickness absence?. *Health Policy*, pp. 1383-1388.

Ekelund, R., 2021. Utydelig til stede? Et innblikk i 80 unge AAP-mottakeres digitale aktivitetsplaner. *Arbeid og velferd*, Issue 1, pp. 63-76.

Ekelund, R., 2022. Kan "raskere avklaringer" bli for raske? Veilederes dilemmaer når unge står på terskelen til uføretrygd. *Arbeid og velferd*, Issue 3, pp. 1-11.

Eklund, R., 2023. Ut av uføret. Oppfølging av unge uføre som ønsker å jobbe. *Arbeid og velferd*.

Ekspertgruppen Perspektiv i prioritering, 2024. *Perspektiv og prioriteringer*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Eliason, M., Johansson, P. & Nilsson, M., 2019. Forward-looking moral hazard in social insurance. *Labour Economics*, Issue 60, pp. 84-98.

Eliason, M. & Storrie, D., 2005. Does Job Loss Shorten Life?. *Journal of Human Resources*.

Ellingsen, J., 2024. *Utviklingen i uføretrygd 2023 - Statistikknotat*, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Elstad, J. I., Heggebø, K. & Pedersen, A. W., 2023. Lønner det seg å jobbe?. *Søkelys på arbeidslivet*, 13 september, pp. 1-15.

Emberland, J. S., Nielsen, M. B. & Kanrdahl, S., 2017. Psychological, social, and mechanical work exposures and disability retirement: a prospective registry study. *BMC Public Health*.

Enehaug, H., El-Amrani, S. & Vestøl, G. M., 2022. *Evaluering av tilskudd til ekspertbistand*, Oslo: Oxford Research og Proba samfunnsanalyse.

Engeland, J. & Langballe, E. M., 2017. Voksne og eldre med utviklingshemming og dagens bruk av samarbeidsfora i kommunene. *Aldring og helse*.

Engström, P., Hägglund, P. & Johansson, P., 2017. Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment. *The Economic Journal*, 127(600), pp. 363-392.

Enstad, F., Pedersen, W. & von Soest, T., 2023. Adolescent and young adult drunkenness and future educational attainment and labour market integration: A population-based longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, pp. 109-117.

Eskildsen, J. K., Frederiksen, A. & Møller, A.-K. L., 2021. Employee absence in public and private organizations. *Applied Economics*, pp. 2416-2432.

Euraxess, 2024. *Unemployment Insurance*. [Internett]

Available at:
<https://www.euraxess.de/germany/information-assistance/social-security-and-optional-insurances/unemployment-insurance>
[Funnet 05 november 2024].

European Commission, 2024a. *Finland - Sickness allowance*. [Internett]

Available at:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1109&langId=en&intPagelId=4518>
[Funnet 30 Oktober 2024].

European Commission, 2024b. *Netherlands - Sick pay and benefits in the event of illness*. [Internett]

Available at:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1122&langId=en&intPagelId=4992>
[Funnet 30 Oktober 2024].

European Commission, 2024c. *Germany - Health insurance cash benefits in the event of illness*. [Internett]

Available at:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPagelId=4550&langId=en>
[Funnet 05 november 2024].

European Commission, 2024d. *Germany - Disability benefits*. [Internett]

Available at:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPagelId=4551&langId=en>
[Funnet 05 november 2024].

European Commission, 2024d. *Germany - Unemployment benefits*. [Internett]

Available at:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPagelId=4557&langId=en>
[Funnet 7 November 2024].

European Commission, 2024e. *Netherlands - Invalidity benefits*. [Internett]

Available at: [https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-rights-country-](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-rights-country-country/netherlands_en)

[country/netherlands_en](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-rights-country-country/netherlands_en)
[Funnet 30 Oktober 2024].

Evensen, M., Dale-Olsen, H., Hardoy, I. & Wentzel, M., 2024. *Registerdataanalyse: sykefravær, inkludering og frafall fra arbeidslivet. Delrapport 2*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Fafo, 2008. *"De har jo uansett uførepensjon" En undersøkelse av arbeidsmarkedstiltaket Varig tilrettelagt arbeid (VTA)*, Oslo: Fafo.

Falkstedt, D. et al., 2023. Job demands and job control and their associations with disability pension—a register-based cohort study of middle-aged and older Swedish workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 1137-1147.

Farré, L., Fasani, F. & Mueller, H., 2018. Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession. *IZA Journal of Labor Economics*, pp. 1-34.

Fekjær, S. B., Rasmussen, E. B. & Terum, L. I., 2022. Sanctioning the sick: Do perceptions of activating the sick and diagnosis matter?. *Social Policy & Administration*, pp. 726-741.

Ferman, B., Torsvik, G. & Vaage, K., 2023. Skipping the doctor: evidence from a case with extended self-certification of paid sick leave. *Journal of Population Economics*, Volum 3, pp. 935-971.

Fevang, E., Kverndokk, S. & Røed, K., 2012. Labor supply in the terminal stages of lone parents' lives. *Journal of Population Economics*, pp. 1399-1422.

Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K., 2014. The Sick Pay Trap. *Journal of Labor Economics*, 32(2), pp. 305-336.

FHI, 2024a. *Hva er sykdomsbyrde?*. [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde>
[Funnet 5 desember 2024].

FHI, 2024b. *Norges helse statistikkbank*. [Internett]

Available at:
<https://www.norges helse.no/norges helse/>
[Funnet 5 desember 2024].

FHI, 2024b. *Vi lever lenger og har fått flere leveår med god helse*. [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nyheter/2024/vi-lever-lenger-og-har-fatt-flere-levear-med-god-helse/>
[Funnet 2 desember 2024].

FHI, 2024c. *Stykkprisfinansiering i primærhelsetjenesten: Utsiktede bivirkninger for pasienter og samfunn?*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Finans Norge, 2024. *Helseforsikring*. [Internett]
Available at:
<https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring/>
[Funnet 8 desember 2024].

Finansdepartementet, 2012. *Utvärdering av jobbskatteavdraget. Bilag 5., Prop. 2011/12:100*, Stockholm: Det svenske Finansdepartementet.

Finansdepartementet, 2022. *Prop. 114 LS (2021-2022)*, Oslo: Finansdepartementet.

Finansdepartementet, 2023. *Områdegjennomganger*. [Internett]
Available at:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/statlig-okonomistyring/omradegjennomganger/id2962827/>
[Funnet 22 Mai 2025].

find-a-kasse-priser.dk, 2024. *Hvad er en A-kasse?*. [Internett]
Available at: <https://www.find-a-kasse-priser.dk/blog/hvad-er-en-a-kasse.php>
[Funnet 27 Noevember 2024].

Finnes, A. et al., 2018. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 279-293.

Fisker, A., Langberg, H., Petersen, T. & Mortensen, O. S., 2022. Effects of an early multidisciplinary intervention on sickness absence in patients with persistent low back pain-a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*.

Fjellså, I. F., Stokken, R. & Tjora, A., 2019. Arbeidsrettet rehabilitering og hverdagens motstand. *Tidsskrift for velferdsforskning*, pp. 146-162.

Fløtre, I. A., Tuv, N. & Strand, H. H., 2024. *Hva er vanlig lønn i Norge?*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Fossestøl, K., Borg, E. & Breit, E., 2020. *Nav i en ny tid? En evaluering av hvordan retningsvalgene i Stortingsmelding 33 implementeres på Nav-kontorene*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Fossestøl, K., Breit, E. & Borg, E., 2014. *NAV-reformen 2014. En oppfølgingsstudie av lokalkontorenes*

organisering etter innholdsreformen, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Fossestøl, K., Breit, E. & Borg, E., 2016. Hvorfor lykkes ikke NAV-kontorene med å jobbe mer arbeidsrettet?. *Søkelys på arbeidslivet*, 33(1-2), pp. 4-23.

Framke, E. et al., 2023. Emotional demands and all-cause and diagnosis-specific long-term sickness absence: a prospective cohort study in Sweden. *European Journal of Public Health*, pp. 435-441.

Framke, E. et al., 2019. Perceived and content-related emotional demands at work and risk of long-term sickness absence in the Danish workforce: a cohort study of 26 410 Danish employees. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 895-900.

Frøyland, K. et al., 2021. *Lindesneslosen – Sluttrapport*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Fyhn, T., Radlick, R. L. & Sveinsdottir, V., 2021. *Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning (NEET). En analyse av unge i NEET-kategorien*, Bergen: Norge.

Försäkringskassan, 2024a. *Sjukersättning*. [Internett]
Available at:
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/funktionsnedsattning-eller-langvarig-sjukdom/sjukersattning>
[Funnet 30 Oktober 2024].

Försäkringskassan, 2024b. *Rehabiliteringskedjan*. [Internett]
Available at:
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/rehabiliteringskedjan>
[Funnet 6 November 2024].

Försäkringskassan, 2024c. *Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga för dig under 30 år*. [Internett]

Available at:
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/funktionsnedsattning/aktivitetsersattning/aktivitetsersattning-vid-nedsatt-arbetsformaga-for-dig-under-30-ar>

Försäkringskassan, 2024d. *Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning när du deltar i Arbetsförmedlingens program*. [Internett]
Available at:
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/arbe-tssokande/aktivitetsstod-eller-utvecklingsersattning-nar-du-deltar-i->

arbetsformedlingens-program

[Funnet 7 November 2024].

Försäkringskassan, 2024e. *Sjukpenning för anställda*. [Internett]

Available at:

<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/anstalld/sjukpenning-for-anstallda>

[Funnet 7 November 2024].

Försäkringskassan, 2024f. *Sjukpenning för arbetssökande*. [Internett]

Available at:

<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/arbetssokande/sjukpenning-for-arbetssokande>

Försäkringskassan, 2024g. *Karensavdrag*. [Internett]

Available at:

<https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/sjukdom-och-skada/om-din-medarbetare-blir-sjuk/karensavdrag>

Försäkringskassan, 2024h. *Aktuella belopp*. [Internett]

Available at:

<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/e-tjanster-blanketter-och-informationsmaterial/aktuella-belopp>

Försäkringskassan, 2024i. *Plan för återgång i arbete*. [Internett]

Available at:

<https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/att-forebygga-sjukfranvaro/plan-for-atergang-i-arbete>

Gautun, H. & Bratt, C., 2024. Caring for older parents in Norway - How does it affect labor market participation and absence from work?. *Social Science & Medicine*.

GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021. *The Lancet*, 18 Mai, pp. 2133-2161.

Gémes, K. et al., 2022. Occupational Branch and Labor Market Marginalization among Young Employees with Adult Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder—A Population-Based Matched Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Gismervik, S. Ø. et al., 2020. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a

randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 364-372.

Gjengedal, R. G. H. et al., 2020. Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *WORK*.

Gjersøe, H. M., 2016a. Getting Sick and Disabled People off Temporary Benefit Receipt: Strategies and Dilemmas in the Welfare State's Frontline. *Nordic Journal of Working Life Studies*, pp. 129-145.

Gjersøe, H. M., 2016b. Vurdering av arbeidsevne i NAV: Et spørsmål om kunnskap?. *Sosiologi i dag*.

Gjersøe, H. M., 2017. *Komplekse vurderinger i førstelinjen - en studie av arbeidsevnevurdering som aktiveringspolitisk virkemiddel*, Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Gjersøe, H. M., 2022. Providing help or restrictions? Frontline workers' understandings of behavioural conditionality for health-related social insurance and social assistance benefit in a joined-up governance context. *European Journal of Social Work*, pp. 430-442.

Gjertsen, H., 2023. Når krysspress skaper trøbbel for arbeidsinkludering av personer med utviklingshemming.. *Fontene forskning*, 16(1), pp. 46-59.

Godard, M., Koning, P. & Lindeboom, M., 2024. Application and Award Responses to Stricter Screening in Disability Insurance. *The Journal of Human Resources*, pp. 1353-1386.

Godøy, A., Haaland, V. F., Huitfeldt, I. & Votruba, M., 2024. Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*, pp. 150-181.

Gonäs, L. et al., 2019. Gender segregation of occupations and sustainable employment: A prospective population-based cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 348-356.

Gov.uk, 2024. *Benefits*. [Internett]
Available at: <https://www.gov.uk/browse/benefits>

Graber, M., Mogstad, M., Torsvik, G. & Vestad, O., 2022. *Behavioural responses to income taxation in Norway (Memorandum No. 4/2022)*, Oslo: University of Oslo, Department of Economics.

Grønlien, E., 2024. *Arbeidsavklaringspenger 2023*, Oslo: NAV.

Grønstad, A., Kjekshus, L. E., Tjerbo, T. & Bernstrøm, V. H., 2020. Work-related moderators of the relationship between organizational change and

sickness absence: a longitudinal multilevel study. *BMC Public Health*.

Gustafsson, K., Marklund, S., Aronsson, G. & Leineweber, C., 2019. Physical work environment factors affecting risk for disability pension due to mental or musculoskeletal diagnoses among nursing professionals, care assistants and other occupations: a prospective, population-based cohort study. *BMJ Open*.

Hagen, E. M., Grasdal, A. & Eriksen, H. R., 2003. Does Early Intervention With a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain: A 3-Year Follow-up Study. *Spine*, pp. 2309-2315.

Hagen, J. & Malmberg, H., 2021. A cofinancing model for disability insurance and local government employers. *Social Policy & Administration*, pp. 661-680.

Hagen, J. & Malmberg, H., 2022. A cofinancing model for disability insurance and local government employers. *Social Policy & Administration*, pp. 661-680.

Hanvold, T. et al., 2020. Long-term sickness absence among young and middle-aged workers in Norway: the impact of a population-level intervention. *BMC Public Health*, Issue 20.

Hanvold, T. N. et al., 2019. Occupational Safety and Health Among Young Workers in the Nordic Countries: A Systematic Literature Review. *Safety and Health at Work*, pp. 3-20.

Hardoy, I. & von Simson, K., 2023. Pressing the right button—labour market odds for youth with mental illness. *Journal of Education and Work*, pp. 592-607.

Harvey, S. B. et al., 2017. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 301-310.

Hasting, R. et al., 2022. Impact of the Norwegian Agreement for a More Inclusive Working Life on diagnosis-specific sickness absence in young adults: a difference-in-difference analysis. *BMC Public Health*, Issue 22.

Hatland, A. & Øverbye, E., 2011. Syke eller arbeidsledig?. I: A. Hatland, red. *Veivalg i velferdspolitikken*. Oslo: Fagbokutvalget.

Heglum, M. A. & Nilsen, W., 2024. A life course perspective on the NEET phenomenon: long-term exclusion across cohorts, gender, and social origin

among young adults in Norway. *Journal of Youth Studies*.

Helgeson, M., Gustafsson, K. & Leineweber, C., 2023. Psychosocial and organisational work factors as predictors of sickness absence among professionally active adults with common mental disorders. *BMC Psychiatry*.

Hellevik, T., Hellevik, O. & Østbakken, K. M., 2019. Kan det godtas å være hjemme fra jobben selv om en strengt tatt er frisk nok til å gå? Kjønnsforskjeller i synet på «uberettiget» sykefravær. *Søkelys på arbeidslivet*, pp. 79-99.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2025. *Grunnstrukturen i helsetenesta*. [Internett] Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/grunnstrukturen-i-helsetenesta/id227440/> [Funnet 20 Mai 2025].

Helsedirektoratet, 2022. *Din rett til helsehjelp*. [Internett] Available at: <https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-helsehjelp/> [Funnet 20 Mai 2025].

Helsedirektoratet, 2023. *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag*. [Internett] Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag/virkningene-av-covid-19-pandemien-og-dyrtid> [Funnet 2 desember 2024].

Hem, K.-G., Lippestad, J. W. & Eide, A. H., 1997. *Forprosjektrapport. Helsekøer og sykefravær*, Oslo: SINTEF Unimed.

Hem, K.-G., Lippestad, J. W. & Eide, A. H., 1998. *Helsekøer og sykefravær. Tre spørreundersøkelser*, Oslo: SINTEF.

Hemmings, P. & Prinz, C., 2020. Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. *OECD Economics Department Working Papers*.

Henrekson, M. & Persson, M., 2004. The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, 22(1), pp. 87-114.

- Hernando-Rodriguez, J. C. et al., 2023. Unequal access? Use of sickness absence benefits by precariously employed workers with common mental disorders: a register-based cohort study in Sweden. *BMJ Open*.
- Hernæs, E., Hernæs, Ø. & Røed, K., 2024. Hvem er «sliterne» i arbeidslivet? - Yrkesvise forskjeller i livsinntekt, uførhet, avgangsalder og pensjon. *Søkelys på arbeidslivet*, Issue 1.
- Hernæs, Ø., 2018. Activation against absenteeism – Evidence from a sickness insurance reform in Norway. *Journal of Health Economics*, Volum 62, pp. 60-68.
- Hernæs, Ø., Markussen, S. & Røed, K., 2016. *Kompensasjonsgrader i inntektssikringssystemet for personer med svak tilknytning til arbeidsmarkedet. Rapport 1/2016*, Oslo: Frischsenteret.
- Hetlevik, Ø. et al., 2024. Young adults with depression: A registry-based longitudinal study of work-life marginalisation. The Norwegian GP-DEP study. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 590-597.
- Hippe, J. M. & Pedersen, A. W., 1992. *Når jobben betaler. En analyse av velferdsordninger i arbeidsmarkedet*, Oslo: Fafo.
- HK, 2024a. *Har du ret til løn under sykdom?* [Internett]
Available at:
<https://www.hk.dk/raadogstoette/sygdом/har-du-ret-til-loen-under-sygdом>
- HK, 2024b. *Alt om dagpenge*. [Internett]
Available at:
https://www.hk.dk/akasse/dagpenge?_gl=1*lygnvxx*_up*MQ.*_ga*NjkOMjQyMTY3LjE3MzA5NjQ3NzE.*_ga_G0Z0D516FR*MTczMDk2NDc3MS4xLjEuMTczMDk2NDc4Ni4wLjAuMA..
[Funnet 07 november 2024].
- Hoen, M. F., 2020. Immigration and the Tower of Babel: Using language barriers to identify individual labor market effects of immigration. *Labour Economics*, 4 April.
- Hoen, M. F., Markussen, S. & Røed, K., 2022. Immigration and economic mobility. *Journal of Population Economics*, Volum 35, pp. 1589-1630.
- Hoff, A. et al., 2023a. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 303-308.
- Hoff, E. H. et al., 2024. The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health*.
- Hoff, E. H., Kraft, K. B., Østby, K. A. & Mykletun, A., 2023b. *Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet. Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Hoffmann, S. H. et al., 2020. Workplace Violence and Long-term Sickness Absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, pp. 830-838.
- Hoff, R. et al., 2022. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. *BMJ Open*, Issue 12.
- Holmøy, A., 2013. *Arbeids- og bedriftsundersøkelsen 2012. Dokumentasjonsrapport*, Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Holmås, T. H. & Kjerstad, E., 2010. *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester*, Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) AS.
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E., 2021. Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*.
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Rydland, H. T., 2024. *Registerdataanalyse – sjukefråvær og fråfall frå arbeidslivet*, Oslo: Norge.
- Hullegie, P. & Koning, P., 2018. How disability insurance reforms change the consequences of health shocks on income and employment. *Journal of Health Economics*, pp. 134-146.
- Hulsegge, G. et al., 2022. Employers' attitude, intention, skills and barriers in relation to employment of vulnerable workers. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, pp. 1215-1226.
- Hultén, A.-M., Holmgren, K. & Bjerkeli, P., 2023. Work-related stress, reason for consultation and diagnosis-specific sick leave: How do they add up?. *Plos One*.
- Hultqvist, J., Hensing, G., Stansfeld, S. & Bertilsson, M., 2023. Managers' sick leave recommendations for employees with common mental disorders: a cross-sectional video vignette study. *BMC Psychology*.

Häggglund, P., 2013. Do time limits in the sickness insurance system increase return to work?. *Empirical Economics*, pp. 567-582.

IAF, 2024. *Arbetslöshetsförsäkringen i siffror för 2023*. [Internett]
Available at: <https://www.iaf.se/statistikdatabasen/arsstatistik/> [Funnet 27 November 2024].

IMF, 2015. *Norway: Selected Issues*, Washington DC: International Monetary Fund.

Indahl, A. et al., 1998. Five-Year Follow-Up Study of a Controlled Clinical Trial Using Light Mobilization and an Informative Approach to Low Back Pain. *Spine*, pp. 26-25-2630.

Indahl, A., Velund, L. & Reikeraas, O., 1995. Good Prognosis for Low Back Pain When Left Untampered. A Randomized Clinical Trial. *Spine*, pp. 473-477.

Jabolanska, B., Dalman, C., Lundin, A. & Kosidou, K., 2019. Has the association between low school performance and the risk of disability benefit due to mental disorders become stronger over time?. *BMC Public Health*.

Jangmo, A. et al., 2021. Attention-deficit/hyperactivity disorder and occupational outcomes: The role of educational attainment, comorbid developmental disorders, and intellectual disability. *Plos One*.

Janssen, S. H. M. et al., 2022. Short- and long-term impact of cancer on employment and financial outcomes of adolescents and young adults (AYAs): a large population-based case-control registry study in the Netherlands. *ESMO Open*.

Janssens, K. M. E. et al., 2021. Line managers' hiring intentions regarding people with mental health problems: a cross-sectional study on workplace stigma. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 593-599.

Johansson, P. & Palme, M., 2005. Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*, 89(9-10), pp. 1979-1890.

Kalwij, A. & Kapetyn, A., 2023. *The Effects of Social Insurance Benefits on Leaving Employment at Older Ages in the Netherlands (NBER Working Paper No. 31546)*, Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Kann, I. C., Brage, S., Nossen, J. P. & Thune, O., 2012. Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet?. *Arbeid og velferd*, Volum 2.

Kann, I. C. & Dokken, T., 2019. Flere har avsluttet arbeidsavklaringspenger etter regelverksendringene i 2018 - De fleste til uføretrygd eller jobb. *Arbeid og velferd*, Issue 3.

Kann, I. C. & Grønlien, E., 2021. Midlertidige helserelaterte ytelser til unge – har vi misforstått utviklingen?. *Arbeid og velferd*, Issue 1.

Kann, I. C. & Lima, I., 2020. Ny lavterskelsanksjon på arbeidsavklaringspenger er lite brukt, og effekten er usikker. *Arbeid og velferd*, Issue 14-33.

Kann, I. C., Lima, I. A. Å. & Kristoffersen, P., 2014. Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid og velferd*, Volum 3.

Kann, I. C. & Sutterud, L., 2017. Stadig færre på trygd?. *Arbeid og velferd*, Volum 3.

Kann, I. C., Yin, J. & Kristoffersen, P., 2016. Arbeidsavklaringspenger - utviklingen i hvem som kommer inn. *Arbeid og velferd*, pp. 63-76.

Kantarci, T., van Sonsbeek, J.-M. & Zhang, Y., 2023. The heterogeneous impact of stricter criteria for disability insurance. *Health Economics*, pp. 1898-1920.

Karasek, R., 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), pp. 285-308.

Karasek, R. & Theorell, T., 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Karlström, A., Palme, M. & Svensson, I., 2008. The employment effect of stricter rules for eligibility for DI: Evidence from a natural experiment in Sweden. *Journal of Public Economics*, pp. 2071-2082.

Kausto, J. et al., 2019. Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(5).

Kela, 2024a. *Regeringen föreslår ändringar i beräkningsformeln för sjukdagpenning och rehabiliteringspenning från 1.1.2025*. [Internett]
Available at: <https://www.kela.fi/aktuellt/regeringen-foreslar-andringar-i-berakningsformeln-for-sjukdagpenning-och-rehabiliteringspenning-fran-1.1.2025#vad-ska-jag-gora-om-jag-har-beviljats-sjukdagpenning-partiell-sjukdagpenning-eller-rehabiliteringspenning> [Funnet 2 Oktober 2024].

Kela, 2024b. *Rehabiliteringsstöd och sjukpension*. [Internett]

Available at: <https://www.kela.fi/rehabiliteringsstod-och-sjukpension>
[Funnet 11 Oktober 2024].

Kela, 2024c. *Arbetslöshetsförmåner*. [Internett]
Available at:
<https://www.kela.fi/arbetsloshetsformaner#berakning-av-arbetsvillkoret-fore-292024>
[Funnet 30 Oktober 2024].

Kinge, J. M., Knudsen, A. K., Skirbekk, V. & Vollsett, S. E., 2015. Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC musculoskeletal disorders*, pp. 1-9.

Kjellberg, K., Falkstedt, D., Linnarsjö, A. & Hemmingson, T., 2019. High physical workload and disability pension: a follow-up study of swedish men until 59 years of age. *Occupational and Environmental Medicine*.

Knapstad, M. et al., 2020. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, pp. 90-105.

Knardahl, S. et al., 2017. The contribution from Psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health*, 17(1), pp. 176-207.

Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. & Nordby, K.-C., 2016. Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Issue 2, pp. 179-199.

Knutsen, R. H. et al., 2024. Impact of psychosocial work factors on risk of medically certified sick leave due to common mental disorders: a nationwide prospective cohort study of Norwegian home care workers. *BMC Public Health*.

Koning, P. & Lindeboom, M., 2015. The Rise and Fall of Disability Insurance Enrollment in the Netherlands. *Journal of Economic Perspectives*, pp. 151-172.

Koning, P., Muller, P. & Prudon, R., 2022. Do disability benefits hinder work resumption after recovery?. *Journal of Health Economics*, Issue 82.

Koning, P. & van Sonsbeek, J.-M., 2017. Making disability work? The effects of financial incentives on partially disabled workers. *Labour Economics*, pp. 202-215.

Kools, L. & Koning, P., 2019. Graded return-to-work as a stepping stone to full work resumption. *Journal of Health Economics*, Volum 65, pp. 189-209.

Korkeamäki, O. & Kyrrä, T., 2012. Institutional rules, labour demand and retirement through disability programme participation. *Journal of Population Economics*, pp. 439-468.

Kostøl, A. R. & Mogstad, M., 2014. How Financial Incentives Induce Disability Insurance Recipients to Return to Work. *American Economic Review*, pp. 624-655.

Kostøl, A. R. & Myhre, A. S., 2020. *Forskningsrapport: Informasjon og økonomiske incentiv i ny uføretrygd*, Oslo: Nav.

Kostøl, A. R. & Myhre, A. S., 2021. Labor Supply Responses to Learning the Tax and Benefit Schedule. *American Economic Review*, pp. 3733-3766.

Kristiansen, E. et al., 2021. *E-konsultasjon og sykmelding - Undersøkelse av erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte under covid-19-pandemien*, Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Kristoffersen, P., Lysø, N. & Jin, Y., 2017. Forsøk med tidlig dialogmøte 2 i Akershus. *Arbeid og velferd*, Issue 1, pp. 105-126.

Kyrrä, T. & Paukkeri, T., 2018. Does experience rating reduce sickness and disability claims? Evidence from policy kinks. *Journal of Health Economics*, September, pp. 178-192.

Lagerveld, S. E. et al., 2012. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study.. *Journal of Occupational Health Psychology*, pp. 220-234.

Landberg, J. & Thern, E., 2023. Is the association between alcohol use and sickness absence modified by socioeconomic position? findings from the Stockholm public health cohort. *BMC Public Health*.

Lande, S., 2021. AAP-innstramming: Midlertidig strengere praksis og flere tilbake etter karenens. *Arbeid og velferd*, Issue 3.

Lande, S. & Selnes, C., 2017. Årsaker til sen oppstart i første tiltak for Nav-brukere med nedsatt arbeidsevne. *Arbeid og velferd*, Issue 2, pp. 49-64.

Langagergaard, V. et al., 2021. The comparative effects of brief or multidisciplinary intervention on return to work at 1 year in employees on sick leave

due to low back pain: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, pp. 1290-1304.

Larsen, A. D. et al., 2021. Self-rostering and sickness absence – a Danish cohort study on payroll data. *Occupational and Environmental Medicine*.

Leineweber, C., Marklund, S., Aronsson, G. & Gustafsson, K., 2019. Work-related psychosocial risk factors and risk of disability pension among employees in health and personal care: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 12-20.

Leoni, T., 2022. Graded Work, the Activation of Sick-Listed Workers and Employer Participation in Continental Europe. *Social Policy and Society*, pp. 385-404.

Lesner, R. V., 2019. *A literature review on the effectiveness of employer targeted disability employment policies*, Oslo: På oppdrag for sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe.

Lima, I. A. Å., Kann, I. C. & Brage, S., 2017. Navs håndheving av aktivitetskravet for sykmeldte. Forsøk med Hedmarksmodellen. *Arbeid og velferd*, Volum 1, pp. 71-89.

Lima, I. & Grønlien, E., 2020. Flere mottar uføretrygd og sosialhjelp etter innstrammig i AAP-regelverket. *Arbeid og velferd*, pp. 61-79.

Lindblad, V. et al., 2024. Beyond the mind: Understanding the influence of mental health on youth NEET status in Europe-A systematic literature review. *Journal of Adolescence*, Oktober.

Louwerse, I. et al., 2020. Predicting Long-Term Sickness Absence and Identifying Subgroups Among Individuals Without an Employment Contract. *Journal of Occupational Rehabilitation*, pp. 371-380.

Lundberg, T. & Melander, S., 2019. Key Push and Pull Factors Affecting Return to Work Identified by Patients With Long-Term Pain and General Practitioners in Sweden. *Qualitative Health Research*, pp. 1581-1594.

Lysø, N., Lima, I. & Ekelund, R., 2022. *Veileders erfaringer med aktivitetskravet i AAP-ordningen (Rapport 1/2022)*, Oslo: Arbeids og velferdsdirektoratet.

Løset, G. K. et al., 2018. Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *Plos One*.

Løset, G. K., Hellevik, T. & von Soest, T., 2022. Basic human values and sick leave: A study combining two-wave survey data with longitudinal register data. *Scandinavian Journal of Psychology*, pp. 658-669.

Maeland, S. et al., 2012. Diagnoses of Patients with Severe Subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study. *International Scholarly Research Notices*, 14 November.

Mandal, R., Ofte, H. J., Jensen, C. & Ose, S. O., 2015. *Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger som ytelse og ordning?*, Trondheim: SINTEF.

Marie, O. & Vall Castello, J., 2012. Measuring the (income) effect of disability insurance generosity on labour market participation. *Journal of Public Economics*, pp. 198-210.

Markussen, S., Mykletun, A. & Røed, K., 2012. The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), pp. 959-972.

Markussen, S., Nareklshvili, M. & Røed, K., 2024. Overeducation and Economic Mobility. *Economics of Education Review*.

Markussen, S. & Røed, K., 2017. The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics*, Volum 55, pp. 244-261.

Markussen, S. & Røed, K., 2020. Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv?. *Søkelys på arbeidslivet*, pp. 219-237.

Markussen, S., Røed, K. & Rogeberg, O., 2013. The changing of the guards: Can family doctors contain worker absenteeism?. *Journal of Health Economics*, pp. 1230-1239.

Markussen, S., Røed, K. R. O. J. & Gaure, S., 2011. The anatomy of absenteeism. *Journal of Health Economics*, 30(2), pp. 277-292.

Markussen, S., Røed, K. & Schreiner, R. C., 2018. Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-Listed Workers Back to Work?. *The Economic Journal*, Volum 128, pp. 1276-1303.

Mastekaasa, A., 2020. Absenteeism in the Public and the Private Sector: Does the Public Sector Attract High Absence Employees?. *Journal of Public Administration Research and Theory*, pp. 60-76.

Mastekaasa, A. et al., 2019. Gender difference in sickness absence: Do managers evaluate men and women differently with regard to the appropriateness of sickness absence?. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 125-131.

- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J., 2005. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, pp. 53-76.
- Mehta, A. J. et al., 2022. Chronic disorders, work-unit leadership quality and long-term sickness absence among 33 025 public hospital employees. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 560-568.
- Meld. St. 21 (2024-2025), 2025. *Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 31 (2023-2024), 2024. *Perspektivmeldingen 2024*, Oslo: Finansdepartementet.
- Meld. St. 32 (2020–2021), 2021. *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Meld. St. 33 (2023-2024), 2024. *En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Meneses-Echavez, J. F., Baiju, N. & Berg, R. C., 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Meneton, P. et al., 2015. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 707-716.
- Moberg, L. L. & Kabashi, S., 2023. Sykefravær etter Covid-19 - Sammenheng mellom covid-19 og trøtthet og slapphet. *Arbeid og velferd*, pp. 25-40.
- Modini, M. et al., 2016. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*, pp. 331-336.
- Mullen, K. & Staubli, S., 2016. Disability benefit generosity and labor force withdrawal. *Journal of Public Economics*, pp. 49-63.
- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A., 1999. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, pp. 83-99.
- Myhre, A., 2021a. Hvordan påvirker en kortere maksimal varighet på AAP overgang til arbeid og uføretrygd?. *Arbeid og velferd*, pp. 1-18.
- Myhre, A., 2021b. *Intensive and Extensive Margin Labor Supply Responses to Kinks in Disability Insurance Programs*, Munich: MPRA Paper, University Library of Munich.
- Myhre, A. & Grønlien, E., 2023. Burde AAP avkortes mot arbeidsinntekt?. *Arbeid og velferd*, p. 1.
- Myhre, A. & Kann, I. C., 2022. Kortere maksitd på AAP ga flere i arbeid og raskere uføretrygd. *Arbeid og velferd*, Issue 2.
- Myhre, A. & Lima, I., 2022. Markant nedgang i dialogmøter for langtidssykmeldte da NAV begynte å spørre om behov. *Arbeid og velferd*, Issue 2, pp. 67-90.
- Myhre, A. & Vattø, T. E., 2024. *Utredning av modeller for kombinasjon av arbeidsinntekt og uføretrygd*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Møller, G. & Magnussen, E., 2020. *Evaluerings av "Tett på". Sykefraværsoppfølging i Vestfold og Telemark*, Bø: Telemarksforskning.
- Namatovu, F., Gunfirdsson, E. H. & Vikström, L., 2023. Is teenage parenthood associated with early use of disability pension? Evidence from a longitudinal study. *Plos One*.
- Narusyte, J., Ropponen, A., Wang, M. & Svedberg, P., 2022. Sickness absence among young employees in private and public sectors with a history of depression and anxiety. *Scientific Reports volume*.
- Nav, 2023a. *Utviklingstrekk i folketrygden 2012-2032*, Oslo: Nav.
- Nav, 2023b. *Årsrapport 2023*, Oslo: Nav.
- Nav, 2024a. *Nesten 3 millioner personer fikk penger av NAV i 2023*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkomrader/nyheter/nesten-3-millioner-personer-fikk-penger-av-nav-i-2023>
- Nav, 2024b. *Fortsatt vekst i antallet AAP-mottakere*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/fortsatt-vekst-i-antallet-aap-mottakere>
- Nav, 2024c. *Sykepenger*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/sykepenger>
- Nav, 2024d. *Har blitt sykmeldt*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/sykmeldt>
- Neovius, K., 2012. *Work absenteeism and productivity losses associated with overweight*, Stockholm: Karolinska Institutet.
- Nessa, J., Schei, E. & Stensland, P., 2009. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem?.

Tidsskrift for den Norske legeforening, pp. 1323-1325.

NHO, 2024. Økonomisk overblikk. Tema: sykefravær, Oslo: NHO.

Nicolaisen, H., 2015. A`en i arbeidsevnevurderingen - praksis og dilemmaer. *Arbeid og velferd*, Issue 3, pp. 91-104.

Nielsen, M. B., Emberland, J. S. & Knardahl, S., 2021. Office design as a risk factor for disability retirement: A prospective registry study of Norwegian employees. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 22-32.

Nielsen, R. A. & Midsundstad, T. I., 2021. Do workplace health-promotion interventions targeting employees with poor health reduce sick-leave probability and disability rates?. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 219-227.

Nilsen, O. A. & Reiso, K. H., 2011. Scarring Effects of Unemployment. *NHH Dept. of Economics Discussion Paper No. 26/2011*.

Nilsen, S. et al., 2011. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian journal of primary health care*, pp. 7-12.

Norberg, J. et al., 2020. Job demands and control and sickness absence, disability pension and unemployment among 2,194,692 individuals in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 125-133.

Nordic Council of Ministers, 2018. *In the Shadow of Happiness*, Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Nordisk ministerråd & Nordisk råd, 2024. *Danske dagpenger ved arbeidsledighet*. [Internett] Available at: <https://www.norden.org/no/info-norden/danske-dagpenger-ved-arbeidsledighet> [Funnet 07 november 2024].

Nordisk samarbeid, 2024. *Danske dagpenger ved arbeidsledighet*. [Internett] Available at: <https://www.norden.org/no/info-norden/danske-dagpenger-ved-arbeidsledighet>

Nordmo, M. et al., 2022. The educational burden of disease: a cohort study. *The Lancet Public Health*, pp. 549-556.

Nordsletten, A. E. et al., 2023. Labour market marginalization in children of persons with major psychiatric disorders: a Swedish national cohort study. *World Psychiatry*, pp. 483-484.

Norsk forening for allmennmedisin, 2018.

Faggruppe for Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). [Internett]

Available at:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/medisinsk-uforklarte-plager-og-symptomer-mups/> [Funnet 5 desember 2024].

Nossen, J. P. & Brage, S., 2016. Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt?. *Arbeid og velferd*, Volum 3.

Nossen, J. P. & Delalic, L., 2024. Hvorfor er sykefraværet fortsatt høyt 3-4 år etter starten av pandemien?. *Arbeid og velferd*, Issue 2.

Nossen, J. P. & Lysø, N., 2018. Gradert sykmelding – økt gradering, stabil varighet. *Arbeid og velferd*, Volum 2, pp. 101-125.

Nossen, J. P. & Sørbø, J., 2015. «Friskmelding til arbeidsformidling» - en ordning som bør benyttes oftere?. *Arbeid og velferd*, Issue 2, pp. 51-63.

NOU 2018: 13, 2018. *Voksne i grunnskole- og videregående opplæring — Finansiering av livsopphold*, Oslo: Kunnskapsdepartementet.

NOU 2019: 7, 2019. *Arbeid og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting*, Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

NOU 2021: 2, 2021. *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring— Tiltak for økt sysselsetting*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

NOU 2023:11, 2023. *Raskt og riktig — En helhetlig gjennomgang av klage- og ankesystemet i Arbeids- og velferdsetaten og Trygderetten*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

NOU 2024: 11, 2024. *Lavlønn i Norge*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

NOU 2024: 17, 2024. *Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester*, Oslo: Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet.

NOU 2024: 20, 2024. *Det digitale (i) livet — Balansert oppvekst i skjermenes tid*, Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Nybergh, L., Bergström, G., Jensen, I. & Hellman, T., 2021. Experiences of interventions and rehabilitation activities in connection with return-to-work from a gender perspective. A focus group study among employees on sick leave for common mental disorders. *Plos One*.

Nøkleby, H., Blaasvær, N. & Berg, R. C., 2017. *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

OECD, 2022. *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, Paris: OECD Publishing.

OECD, 2024. *OECD Economic Surveys: Norway 2024*, Paris: OECD Publishing.

Oliv, S. et al., 2019. Important work demands for reducing sickness absence among workers with neck or upper back pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*.

Ose, S. O. et al., 2013. *Oppfølging av sykmeldte - fungerer dagens regime?: Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*, Trondheim: SINTEF.

Oslo Economics & Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, 2024. *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten. Evalueringsrapport III, 2024*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, OsloMet & Frischsenteret, 2025. *Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 2 – Tiltak*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2016. *Arbeids- og velferdsetatens arbeid med langtidsledige*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2021. *Bruk av dialogmøte 2 i sykefraværsoppfølgingen: En kvalitativ studie av hvordan NAV-veiledere vurderer behov for dialogmøte 2, gjennomført på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2022a. *Hvordan få flere i arbeid med aktiv eierstyring av arbeidsmarkedsbedrifter? Delrapport 1*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2022b. *Drivere for klager og anker til NAV Klageinstans og Trygderetten*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2024a. *Områdegjennomgang av arbeidsmarkedstiltak*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2024b. *Effektevaluering av arbeidsmarkedstiltaket Arbeidstrening*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2024c. *Overordnet evaluering av arbeidsmarkedstiltak*, Oslo: Oslo Economics.

Oslo Economics, 2024d. *Sykefravær og uførhet – hva kan bedriftene gjøre for å hindre frafall fra arbeid?*, Oslo: Oslo Economics.

Oxford Research & Norce, 2023. *Evaluering av utvikling og implementering av nye modeller for sykefraværsoppfølging - Nav Vest-Viken*, Kristiansand: Oxford Research.

Oxford Research, 2021. *Bruk av ordinært arbeidsliv i VTA-tiltaket*, Kristiansand: Oxford Research.

Oxford Research, 2022. *Kartlegging av arbeidet med KVP i NAV-kontorene*, Kristiansand: Oxford Research.

Oxford Research, 2023a. *Følgeevaluering av NAV Vestlands utviklingsprosjekt om sykefraværsoppfølging*, Kristiansand: Oxford Research.

Oxford Research, 2023b. *Kartlegging og evaluering av ordningen "Friskmelding til arbeidsformidling"*, Kristiansand: Oxford Research.

PAM, 2024. *Olika kollektivavtal*. [Internett] Available at: <https://www.pam.fi/sv/kollektivavtal/forhandlingar-om-anstallningsvillkor/olika-kollektivavtal/> [Funnet 27 November 2024].

Paul, K. I. & Moser, K., 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, pp. 264-282.

Paulsen, V., Thoresen, S. H. & Wendelborg, C., 2023. Outcomes in adulthood among former child welfare services recipients: findings from a Norwegian registry study covering two decades. *European Journal of Social Work*, pp. 411-427.

Pedersen, A. & Finseraas, H., 2013. Arbeidsbetingede stønader - liberale virkemidler i arbeidslinjas verktøykasse. *Søkelys på arbeidslivet*.

Pedersen, A. W., Grødem, A. S., Rasmussen, M. B. & Wagner, I., 2019. *Inntektssikring for befolkningen i yrkesaktiv alder – en sammenligning av syv nordeuropeiske land*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Pedersen, H. et al., 2011. *Arbeidsevneevalueringen i NAV: Brukerorientert prosess eller ren prosedyre*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Pedersen, J., Bjørner, J. B. & Andersen, L. L., 2022. Physical work demands and expected labor market affiliation (ELMA): Prospective cohort with register-follow-up among 46 169 employees. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 641-650.

Pedersen, J. et al., 2023. The linkage of depressive and anxiety disorders with the expected labor market affiliation (ELMA): a longitudinal multi-state study of Danish employees. *International Archives*

of *Occupational and Environmental Health*, Januar, pp. 93-104.

Pedersen, L.-M. L., 2021. Samarbeid som arbeid: Betydningen av tid. *Tidsskrift for velferdsforskning*, pp. 49-61.

Pedersen, P. et al., 2021. Associations between work environment, health status and sick leave among pregnant employees. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 149-158.

Pensjonpolitisk arbeidsgruppe, 2024. *Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Petersen, H., Hilt, B. & Kaasa, S., 1999. Sykefravær mens man står på venteliste. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, pp. 3137-3139.

Pettersson-Lidbom, P. & Thourise, P. S., 2013. Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment. *The Scandinavian Journal of Economics*, pp. 485-507.

Pichler, S. & Ziebarth, N. R., 2017. The pros and cons of sick pay schemes: Testing for contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behavior. *Journal of Public Economics*, Volum 156, pp. 14-33.

Pihl-Tingvad, S., Winter, V., Hansen, M. S. & Willems, J., 2024. Relationships matter: how workplace social capital affects absenteeism of public sector employees. *Public Management Review*, pp. 1033-1060.

Porter, S., Lexén, A. & Bejerholm, U., 2019. Employers' beliefs, knowledge and strategies used in providing support to employees with mental health problems. *Journal of Vocational Rehabilitation*, pp. 325-337.

Proba, 2011. *Arbeidsevnevurdering i NAV. Evalueringsrapport*, Oslo: Proba.

Proba, 2012. *Evaluering av arbeidsevnevurdering i NAV. Oppfølgingsundersøkelse 2012*, Oslo: Proba.

Proba, 2016. *Sluttevaluering av Hedmarksmodellen. Rapport 2016/12*, Oslo: Proba.

Proba, 2022. *Digital aktivitetsplan for NAV og brukerne*, Oslo: Proba.

Proba, 2024. *NAVs oppfølging av personer som mottar AAP*, Oslo: Proba samfunnsanalyse.

Ravn, R. & Nielsen, K., 2019. Employment effects of investments in public employment services for disadvantaged social assistance recipients. *European Journal of Social Security*, pp. 42-62.

Rehwald, K., Rosholm, M. & Rouland, B., 2018. Labour market effects of activating sick-listed workers. *Labour Economics*, pp. 15-32.

Reinertsen, S., 2015. *Arbeid, dagaktivitet, livskvalitet - PhD avhandling*. Trondheim: NTNU.

Reme, S. E. et al., 2015. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 3-15.

Reme, S. E. et al., 2019. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 33-41.

Reneflot, A. & Evensen, M., 2014. Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*, pp. 3-15.

Retsinformation, 2024. *Vejledning om satser m.v. 2024*. [Internett]
Available at:
https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/97_93
[Funnet 07 november 2024].

Riksrevisionen, 2023. *Subventionerade anställningar - att motverka fel i ett system med allvarliga risker*. Stockholm: Riksrevisionen .

Riksrevisjonen, 2024. *Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet*, Oslo: Dokument 3: 17 (2023-2024).

Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W. & Schwartz, J. E., 2011. Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality. *Social Science & Medicine*, pp. 840-854.

Rueda, S. et al., 2012. Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, pp. 541-556.

Ruh, P. & Staubli, S., 2019. Financial Incentives and Earnings of Disability Insurance Recipients: Evidence from a Notch Design. *American Economic Journal: Economic Policy*, pp. 269-300.

Sadeghi, T. et al., 2024. *Arbeidsavklaringspenger – en sammenstilling og oppsummering av kunnskap på området*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Saez, E., Slemrod, J. & Giertz, S. H., 2013. The Elasticity of Taxable Income with Respect to Marginal Tax

Rates: A Critical Review. *Journal of Economic Literature*, pp. 3-50.

Saha, S. et al., 2019. Structured physiotherapy including a work place intervention for patients with neck and/or back pain in primary care: an economic evaluation. *The European Journal of Health Economics*, pp. 317-327.

Salonen, L. et al., 2020. Combinations of Job Demands and Job Control and Future Trajectories of Sickness Absence and Disability Pension An 11-year Follow-up of Two Million Employees in Sweden. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, pp. 795-802.

Sandvik, H. & Hunskaar, S., 2010. Arbeidsstil hos fastleger og andre leger på legevakst. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Schreiner, R. C., 2019. *Unemployed or Disabled? Disability screening and labor market outcomes of youths (No. 05/2019)*, Oslo: Memorandum.

Sengers, J. H., Abma, F. I., Ståhl, C. & Brouwer, S., 2022. Work capacity assessments and efforts to achieve a job match for claimants in a social security setting: an international inventory. *Disability and Rehabilitation*, pp. 1898-1907.

Seppola-Edvardsen, T., Fleten, N. & Höper, A. C., 2024. *HelselArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltakelse? - Kvalitativ del. Følgeforskning på HelselArbeid – Bedriftstiltaket. En brukerorientert kvalitativ, etnografisk studie fra to arbeidsplasser*, Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Shutzberg, M., 2019. Unsolicited techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, pp. 10-17.

Siegrist, J., 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), pp. 27-41.

Skagseth, M. et al., 2021. Return-to-work self-efficacy after occupational rehabilitation for musculoskeletal and common mental health disorders: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*.

Skarpaas, L. S. et al., 2019. The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *BMJ Open*.

Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H., 2019. *Muskel- og skjelletsykdom i Norge: Rammer flest - koster mest. Vurdering av tiltak for å*

redusere samfunnskostnadene, Oslo: Menon Economics.

Socialdepartementet, 2010. *Socialforskringsbalk (2010:110)*. [Internett]
Available at: <https://lagen.nu/2010:110#K28P19S1>
[Funnet 21 Oktober 2024].

SOU 2020:6, 2020. *En begriplig og trygg sjukforsikring med plass for rehabilitering*, Stockholm: Statens offentliga utredningar.

SOU 2024:26, 2024. *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*, Stockholm: Socialdepartementet.

Stami, 2023. *Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenlikning*, Oslo: Stami.

STAMI, 2024. *Faktabok om arbeidsmiljø og -helse*, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Standal, M. I. et al., 2021. Workplace flexibility important for part-time sick leave selection-an exploratory cross-sectional study of long-term sick listed in Norway. *BMC Public Health*.

Standal, M. I. et al., 2024. *Tjenestereisen i helseaksen – en helhetlig undersøkelse av NAVs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer*, Oslo: NTNU Samfunnsforskning.

Statistikmyndigheten, 2024. *Medellöner i Sverige*. [Internett]
Available at: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige/>
[Funnet 7 November 2024].

Staubli, S., 2011. The impact of stricter criteria for disability insurance on labor force participation. *Journal of Public Economics*, pp. 1223-1235.

Steidelmüller, C., Meyer, S.-C. & Müller, G., 2020. Home-Based Telework and Presenteeism Across Europe. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, pp. 998-1005.

Sterud, T. et al., 2021. Adverse social behaviour at the workplace and subsequent physician certified sick leave: a three-wave prospective study of the general working population in Norway. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 576-582.

Strand, H. & Svalund, J., 2021. *Velferdsordninger til unge. Bruk av arbeidavklaringpenger og kvalifiseringsprogram blant unge utenfor arbeid og utdanning*, Oslo: Fafo.

Stray, K. N., 2023. *Fra handlingsrom til forhandlingsrom. Nav-veilederes samarbeid med arbeidsgivere om oppfølging av sykmeldte*

arbeidstakere. I: M. Magnussen & A. C. E. Nilsen, red. *Erfaringer med institusjonell etnografi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, pp. 45-65.

Stray, K. N. & Thomassen, O. J., 2023. Frontline discretion from a Bourdieu-inspired field perspective: an ethnographic case study of a Norwegian activation measure for sick-listed employees. *European Journal of Social Work*, pp. 110-1122.

Stray, K. N., Thomassen, O. J. & Vike, H., 2023. Assessing sick-listed clients' work ability: A moral mission?. *Critical Social Policy*, pp. 448-468.

Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering, 2021. *Jobafklaringsforløb - Informationsmateriale*. [Internett]
Available at: <https://bm.dk/satser/satser-for-2022/ressourceforloebesydelse>

Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering, 2024a. *Førtidspension (ny ordning)*. [Internett]
Available at: <https://star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-tidlig-pension-foertidspension-og-seniorpension/foertidspension-ny-ordning>
[Funnet 30 Oktober 2024].

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2024b. *Fleksjob*. [Internett]
Available at: <https://star.dk/indsatser/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/fleksjob>
[Funnet 07 november 2024].

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2024c. *Jobafklaringsforløb*. [Internett]
Available at: <https://star.dk/indsatser/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/jobafklaringsforloeb>
[Funnet 07 november 2024].

Ståhl, C., Gustavsson, I. N., Jonsdottir, I. H. & Akerstrom, M., 2022. Multilevel, risk group-oriented strategies to decrease sickness absence in the public sector: evaluation of interventions in two regions in Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 1415-1427.

Sundstrup, E. & Andersen, L. L., 2021. Joint association of physical and psychosocial working conditions with risk of long-term sickness absence: Prospective cohort study with register follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 132-140.

Sveinsdottir, V. et al., 2021. The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A Randomized Controlled Trial of IPS for Patients with Chronic Pain Conditions. *Pain Medicine*, pp. 1757-1766.

Sveinsdottir, V. et al., 2020. Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 50-59.

Sveriges A-kassor, 2024. *Sveriges A-kassor*. [Internett]
Available at: <https://www.sverigesakassor.se/sv/om-oss/unemployment-benefits>

Sæther, E. M., Bugge, C. & Otezia, F., 2024. *Samfunnsøkonomer: Prioritering til samfunnets beste*. [Internett]
Available at: <https://www.altinget.no/artikkel/samfunnsøkonomer-prioritering-til-samfunnets-beste>
[Funnet 5 desember 2024].

Sæther, M., 2021. *Det indre liv i NAV. Kommunikasjon om prioritering og arbeidsform på et NAV-kontor*, Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Söderberg, M. et al., 2021. Industry mobility and disability benefits in heavy manual jobs: A cohort study of Swedish construction workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 217-223.

Sørensen, J. K. et al., 2020. Leadership Quality and Risk of Long-term Sickness Absence Among 53,157 Employees of the Danish Workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, pp. 557-565.

Sørensen, J. K. et al., 2023. Psychosocial working conditions and sickness absence among younger employees in Denmark: a register-based cohort study using job exposure matrices. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 249-258.

Sørensen, K. et al., 2022. Leadership behaviours and health-related early exit from employment: a prospective cohort study of 55 364 employees. *European Journal of Public Health*, pp. 709-715.

Terum, L. I., Torsvik, G. & Øverbye, E., 2017. Når vilkår og aktivitetskrav brytes. Frontlinjearbeideres tilnærming til sanksjoner. *Søkelys på arbeidsliv*, pp. 147-166.

Tesli, M. S. et al., 2023. *Psyriske plager og lidelser hos voksne. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Thern, E., Matilla-Santander, N., Bodin, T. & Hemmingson, T., 2023. Precarious employment at a young age and labor-market marginalization during middle-adulthood: A register-linked cohort

study. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 201-210.

Thorsen, S. V. et al., 2021. Associations between physical and psychosocial work environment factors and sickness absence incidence depend on the lengths of the sickness absence episodes: a prospective study of 27 678 Danish employees. *Occupational & Environmental Medicine*, pp. 46-53.

Thorsen, S. V. et al., 2019. Perceived stress and sickness absence: a prospective study of 17,795 employees in Denmark. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 821-828.

Thun, S., Buvik, M., Øyum, L. & Ose, S., 2022. *Kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø. Hvordan forstår, prioriterer og arbeider norske virksomheter med psykososialt arbeidsmiljø*, Trondheim: SINTEF.

Tidsskrift for samfunnsforskning, 2019. symposium: Innvandring og sosial mobilitet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*.

Tingulstad, A., 2020. *E-konsultasjon som grunnlag for vurdering av arbeidsuførhet ved krav om sykepenger – systematisk litteratursøk*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Tingulstad, A. et al., 2021. *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Tveråmo, A., Johnsen, I. M. B. & Meland, E., 2019. Medikalisering av lav ervervsevne – et samfunnsperspektiv. *Utposten*, Issue 7.

Ulvestad, M. E. S. & Markussen, S., 2023. Born or bred? The roles of nature and nurture for intergenerational persistence in labour market outcomes. *Journal of Population Economics*, pp. 1005-1047.

Undem, K. et al., 2021. Sickness absence and mechanical and psychosocial work exposures across occupational groups in Norway. *Occupational & Environmental Medicine*.

Uni Research, 2018. *Forsøk med ny medisinsk vurdering (NMV) etter seks måneders sykmelding*, Bergen: Uni Research.

UWV, 2024a. *When do you qualify for a sickness benefit, and how do you report sick?*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/sickness-benefit/qualifying>
[Funnet 7 November 2024].

UWV, 2024b. *The return-to-work process if you are ill for a longer period of time*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/sickness-benefit/return-to-work-process>
[Funnet 30 Oktober 2024].

UWV, 2024c. *If your employee becomes ill*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/employers/sickness/if-your-employee-becomes-ill>
[Funnet 29 Oktober 2024].

UWV, 2024d. *The evaluation of your application*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/occupational-disability/wia-benefit/evaluation-of-your-application>
[Funnet 30 Oktober 2024].

UWV, 2024e. *The 2 types of WIA benefit: the WGA and the IVA benefit*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/occupational-disability/wia-benefit/wga-and-iva-benefit>
[Funnet 30 Oktober 2024].

UWV, 2024f. *What to expect if you become a self-insured employer for the WGA benefit*. [Internett]
Available at: <https://www.uwv.nl/en/employers/self-insured-employers/what-to-expect-if-you-become-a-self-insured-employer-for-the-wga-benefit>

UWV, 2024g. *The job search requirement*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/unemployment-benefit/jobsearch-requirement>
[Funnet 30 Oktober 2024].

UWV, 2024h. *About the unemployment benefit*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/individuals/unemployment-benefit/about>
[Funnet 30 Oktober 2024].

UWV, 2024i. *A step-by-step guide to employee sickness*. [Internett]
Available at:
<https://www.uwv.nl/en/employers/sickness/a-step-by-step-guide-to-employee-sickness>
[Funnet 30 Oktober 2024].

van de Ven, D. et al., 2022. Reach and effectiveness of a worksite health promotion program; a quasi-experimental study among workers in low socioeconomic position. *Safety and Health at Work*, p. 112.

- van Hoffen, M. F. A. et al., 2020. Psychosocial work characteristics and long-term sickness absence due to mental disorders. *Journal of Mental Health*, pp. 649-656.
- van Ooijen, R., Koning, P. W., Boot, C. R. I. & Brouwer, S., 2021. The contribution of employer characteristics to continued employment of employees with residual work capacity: evidence from register data in The Netherlands. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, pp. 435-445.
- van Ooijen, R., Koning, P. W. C., Boot, C. R. L. & Brouwer, S., 2024. Implemented disability-related policies and practices and sustained employment of partially disabled employees: evidence from linked survey and register data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- van Sonsbeek, J.-M. & Gradus, R. H. J. M., 2013. Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Oxford Economic Papers*, pp. 832-855.
- von Simson, K., 2019. *Kunnskapsoversikt: Effekter av arbeidsmarkedstiltak mv på arbeidstilbud og sysselsetting, norske erfaringer*, Oslo: Nav.
- von Simson, K., 2023. Hva virker for hvem? Oppsummering av forskning om effekter av arbeidsmarkedstiltak på sysselsetting. *Arbeid og velferd*, Issue 1.
- Waddell, G., Burton, K. & Aylward, M., 2007. Work and common health problems. *Journal of Insurance Medicine*, pp. 109-120.
- Wendelborg, C., Kittelsaa, A. & Wik, S. E., 2017. *Overgang skole arbeidsliv for elever med utviklingshemming*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Widding-Havneraas, T. et al., 2023a. Effect of ADHD medication on risk of injuries: a preference-based instrumental variable analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, pp. 1-10.
- Widding-Havneraas, T. et al., 2023b. Effect of Pharmacological Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Home*, pp. 433-442.
- Wijkander, M., Farrants, K. & Hanson, L. L. M., 2023. Exposure to work-related violence and/or threats of violence as a predictor of certified sickness absence due to mental disorders: a prospective cohort study of 16,339 Swedish men and women in paid work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, pp. 225-236.
- Wik, S. E., 2019. Unge med funksjonsnedsettelse i lange forløp på NAV. *Søkelys på arbeidslivet*, pp. 231-245.
- Wikström, J., 2024. *The Long-Run Effects of Stricter Eligibility Criteria in Short-Term Disability Insurance*. [Internett]
Available at:
https://www.dropbox.com/scl/fi/1jsk78bmhqe818rnxf29/STDI_and_RTW_wikstrom.pdf?rlkey=fdwhlylpaqv66ydx3e4hleet&e=1&st=4wfsjh62&dl=0
- Winding, T. N., Nielsen, M. L. & Grytnes, R., 2023. Perceived stress in adolescence and labour market participation in young adulthood - a prospective cohort study. *BMC Public Health*.
- Ziebarth, N. & Karlsson, M., 2010. A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs. *Journal of Public Economics*, 94(11-12), pp. 1108-1122.
- Øverland, S., Grasdal, A. L. & Reme, S. E., 2018. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*.
- Øyeflaten, I. L., Sveinsdottir, V., Shagseth, M. & Fyhn, T., 2024. *Sykmeldtes jobbforventninger som prediktor for retur til jobb – en kunnskapsoppsummering med overføringsverdi til NAV*, Bergen: NORCE.
- Aagestad, C. et al., 2014. Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave. A Prospective Study of the General Working Population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), pp. 787-793.
- Aakvik, A., Holmås, T. H. & Islam, K. M., 2010. Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine*, pp. 1590-1598.
- Aakvik, A., Holmås, T. H. & Kjerstad, E., 2012. *Hospital Capacity, Waiting Times and Sick Leave Duration - An Empirical Analysis of a Norwegian Health Policy Reform*, Bergen: Universitetet i Bergen: Institutt for økonomi.
- Aamland, A., 2015. *Medisinsk uforklarte plager og sykefravær - Allmennlegens rolle*, Bergen: Doktorgradsavhandling: Universitetet i Bergen.
- Aamland, A., Øyeflaten, I. & Maeland, S., 2019. Independent medical evaluation for sick-listed workers in Norway: A focus group study of the

experience of IME doctors. *Scandinavian Journal of Public Health*, pp. 70-77.

Aanesen, F. et al., 2020. Motivational Interviewing and Return to Work for People with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Mapping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, pp. 63-71.

Aarseth, G., 2019. *The language of work disability. A study of medical certificates written by Norwegian general practitioners*, Oslo: Universitetet i Oslo, doktorgradsavhandling.

Aarseth, G., Natvig, B., Engebretsen, E. & Lie, A. H. K., 2014. Legeerklæring ved arbeidsuførhet – skjema til besvær. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, pp. 58-61.

Aarseth, G., Natvig, B., Engebretsen, E. & Lie, A. K., 2019. Acting by persuasion- values and rhetoric in medical certificates of work incapacity: A qualitative document analysis. *Medical Humanitis*, pp. 60-66.

Aasdahl, L. et al., 2023. Effectiveness of 'motivational interviewing' on sick leave : a randomized controlled trial in a social insurance setting. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, pp. 477-486.

Åsheim, H., 2019. «Du vil ha behov for ytterligere arbeidstrening». En studie av begrunnelser i arbeidsavklaringsprosess.

Vedlegg A Statistikk

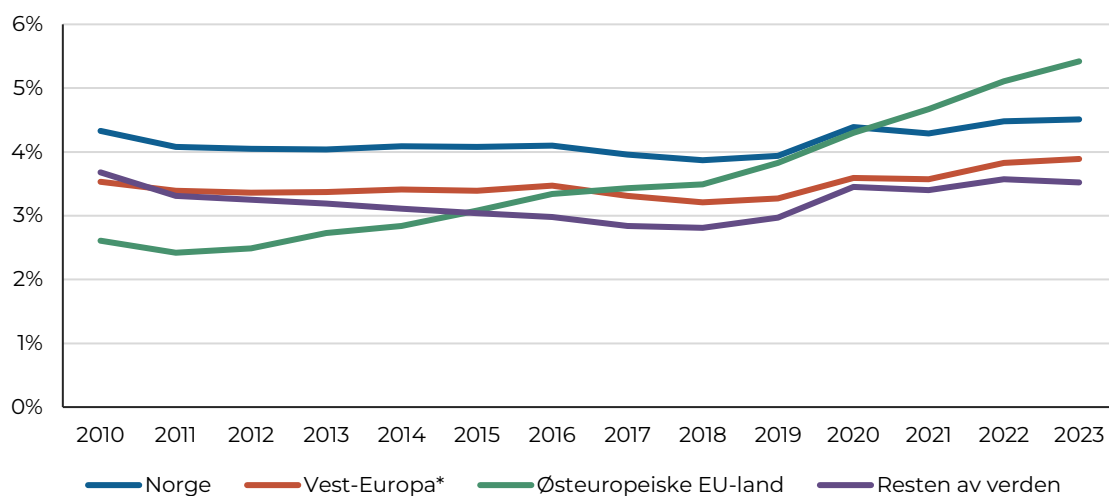
A.1 Diagnosekoder

Tabell 9-1: Gruppering av diagnoser ICPC-2

Gruppe	Koder
Slapphet/tretthet	A04
Sykdommer i fordøyelsesorganer	D
Hjerte/karsykdommer	K
Rygg, nakke, skulder- og armlidelser	L01-L03, L08-L12, L83-L86, L92
Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	L18
Andre muskel/skjelettlidelser	L med unntak av ovenstående
Sykdommer i nervesystemet	N
Psykiske plager/symptomer	P01-P29
Angst/depresjon	P74, P76
Andre psykiske sykdommer og lidelser	P med unntak av ovenstående
Influensa og luftveisinfeksjon	R80, R83, R991, R992
Andre sykdommer i luftveiene	R med unntak av ovenstående
Svangerskapssykdommer	W
Andre lidelser	A (ekskl. A04), B, F, H, S, T, U, X, Y, Z

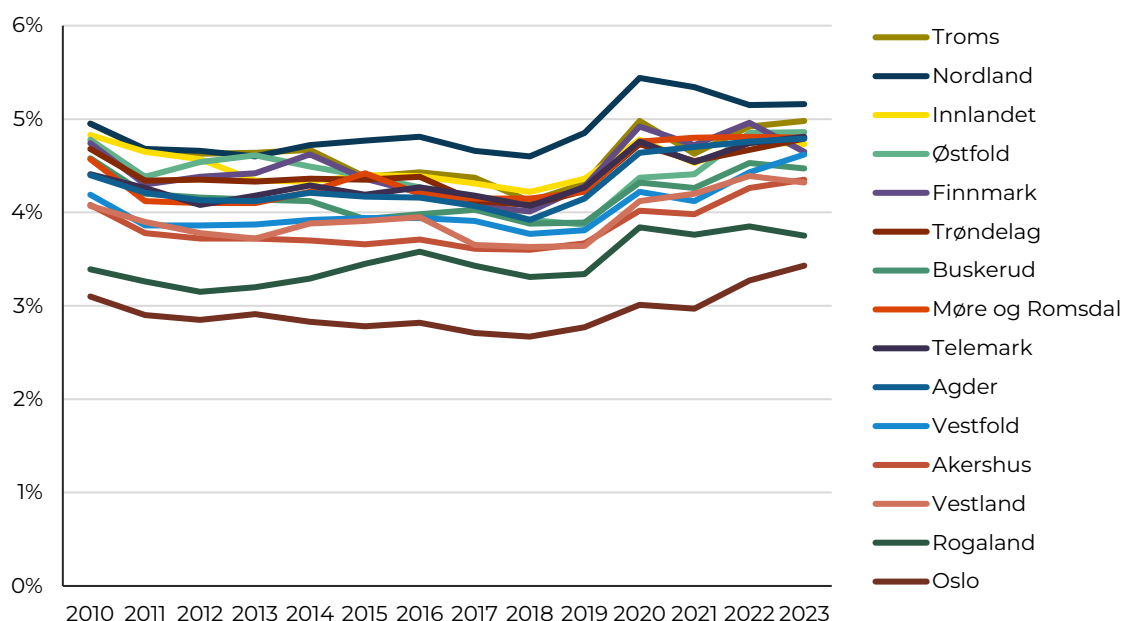
A.2 Figurer sykepenger

Figur 9-1: Andelen mottakere av sykepenger blant befolkningen 18–66 år med ulike landbakgrunner



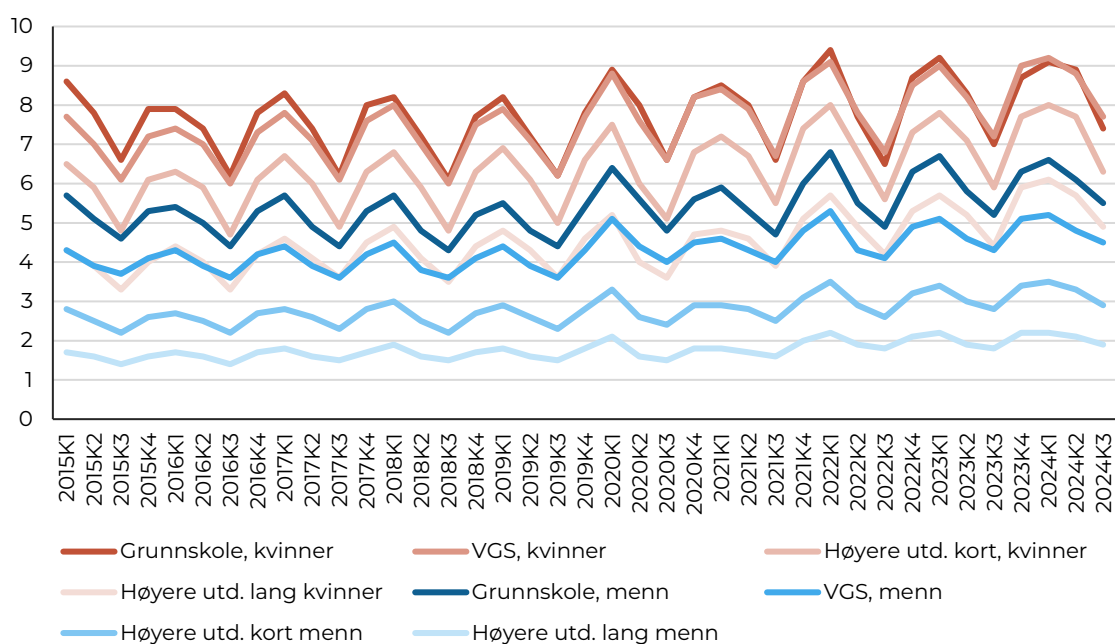
Note: *Vest-Europa består av Vest-Europa (u. Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand. Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 9-2: Andelen mottakere av sykepenger blant befolkningen 18–66 år i ulike fylker



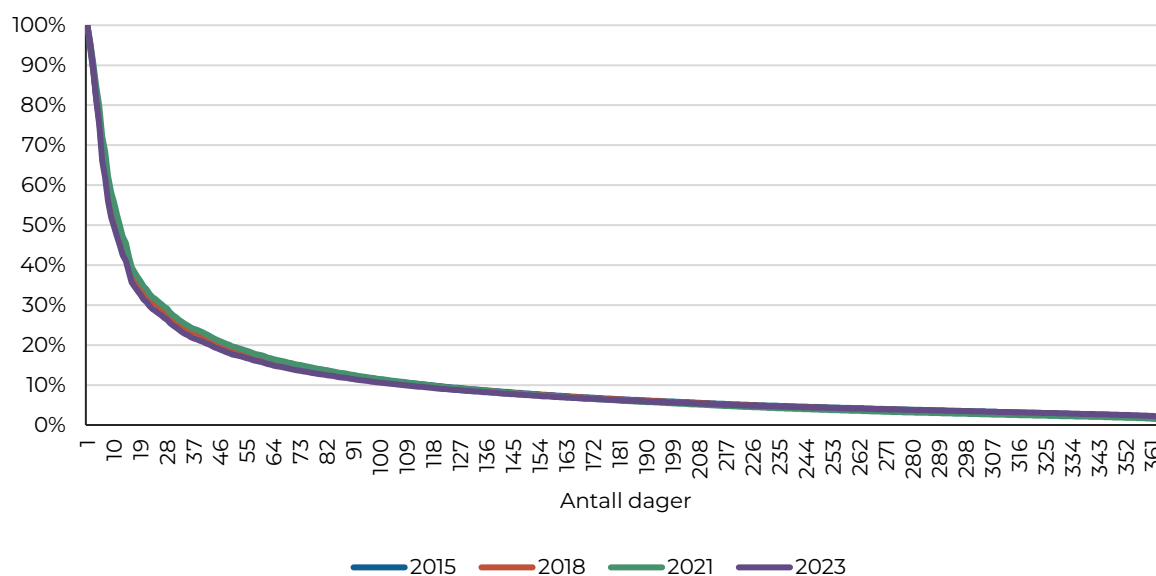
Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 9-3: Sykefraværsprosent (legemeldt), etter høyeste fullførte utdanning og kjønn



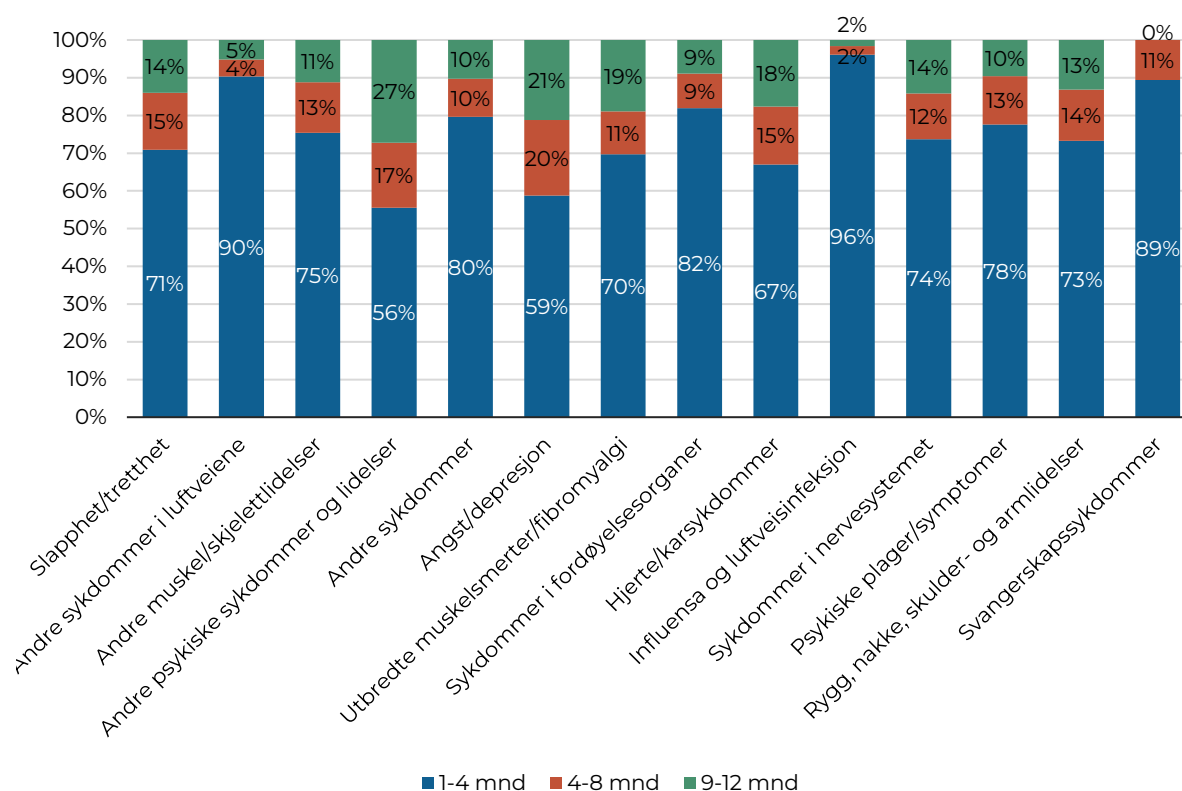
Note: Tall hentet fra SSB tabell 13333. Viser tall for høyeste fullførte utdanning. Høyere utdanning kort omfatter høyere utdanning t.o.m. 4 år. Høyere utdanning lang omfatter utdanninger på mer enn 4 år, samt forskerutdanning. Sykefraværsprosenten er antall sykefraværtdagsverk som prosentandel av avtalte dagsverk.

Figur 9-4: Varighet på sykefraværstilfeller, basert på startår



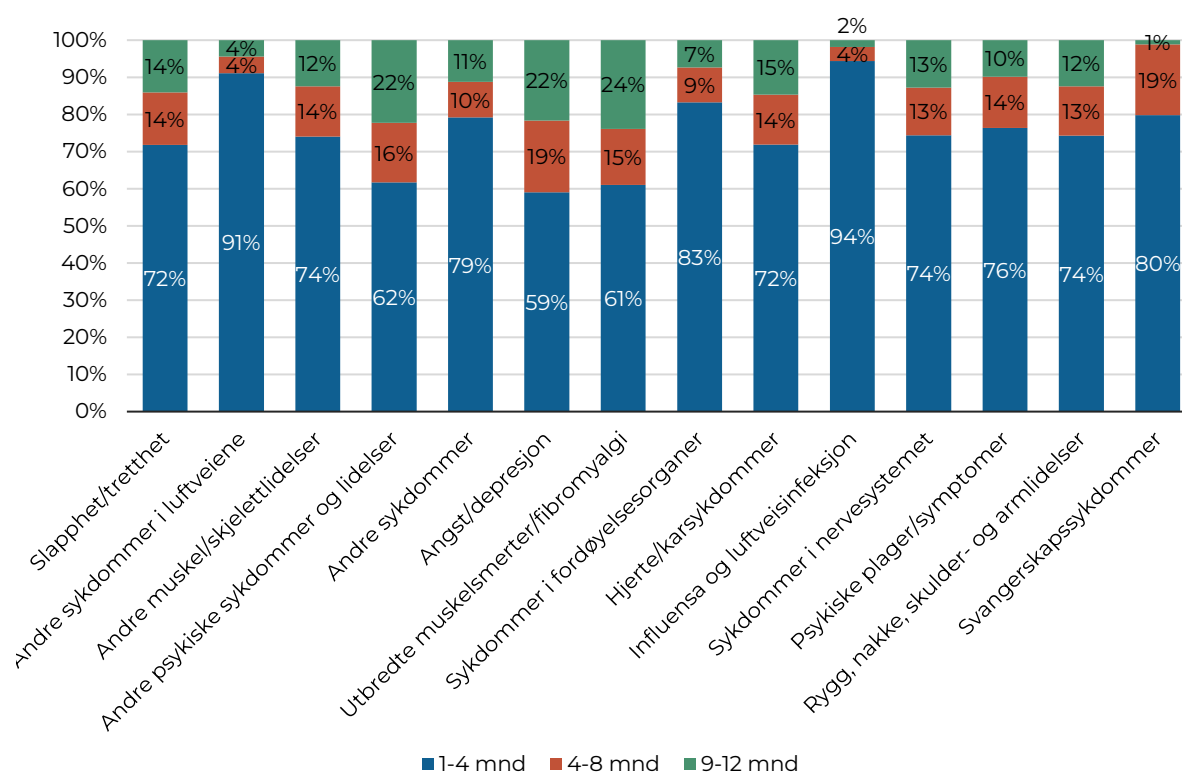
Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 9-5: Varighet på avsluttede sykepengeforløp i 2023, ulike diagnoser, menn



Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

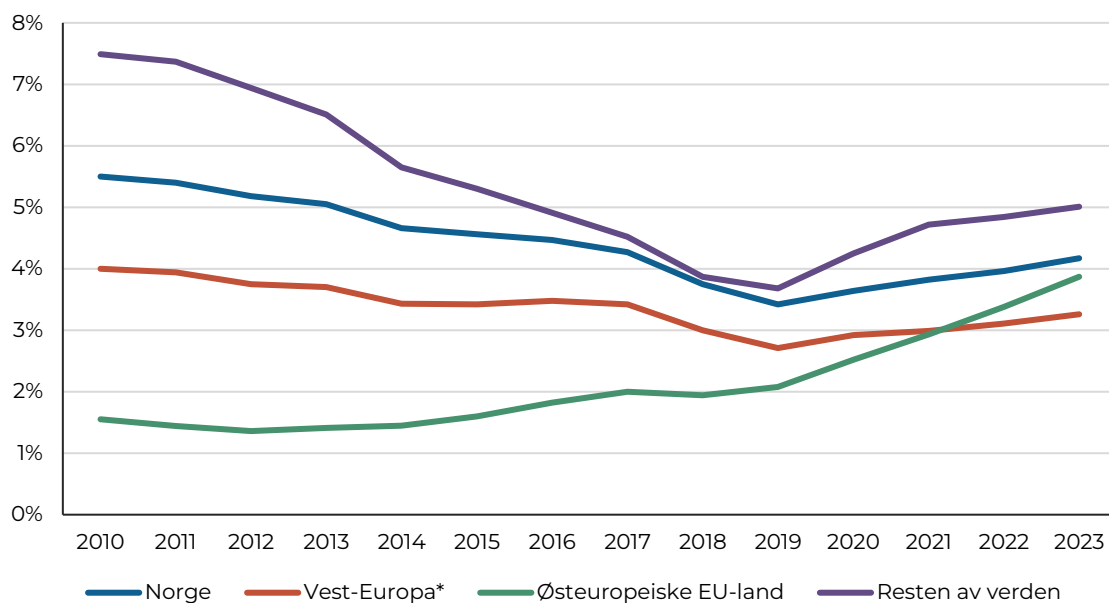
Figur 9-6: Varighet på avsluttede sykepengeforløp i 2023, ulike diagnoser, kvinner



Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

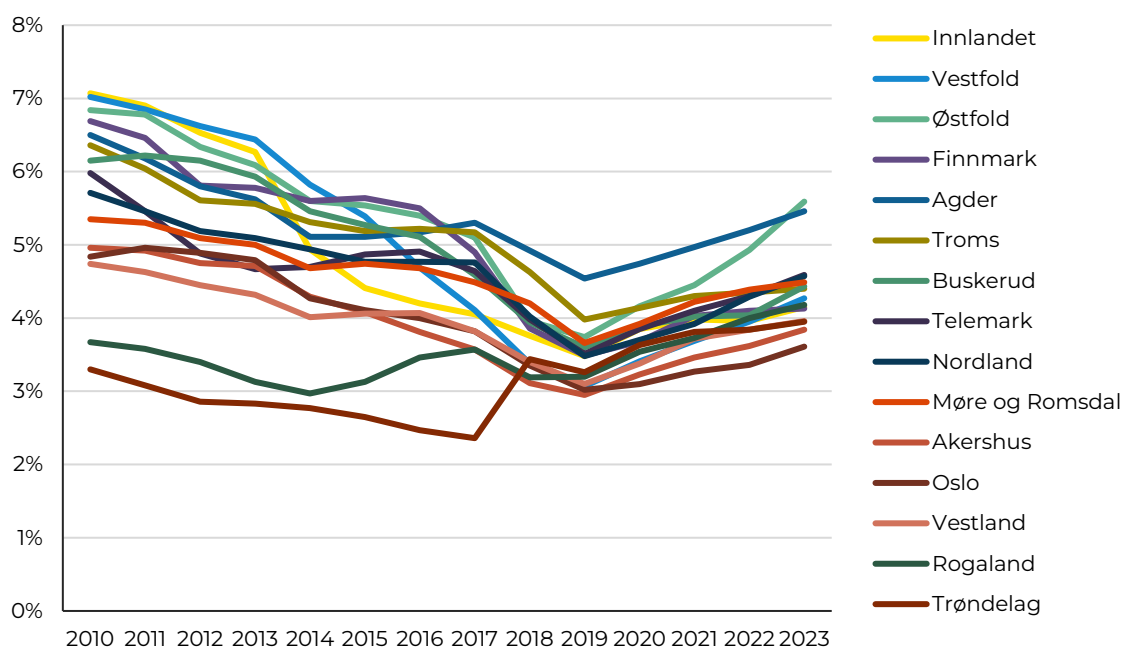
A.3 Figurer AAP

Figur 9-7: Andelen mottakere av AAP blant befolkningen 18–66 år, etter landbakgrunn



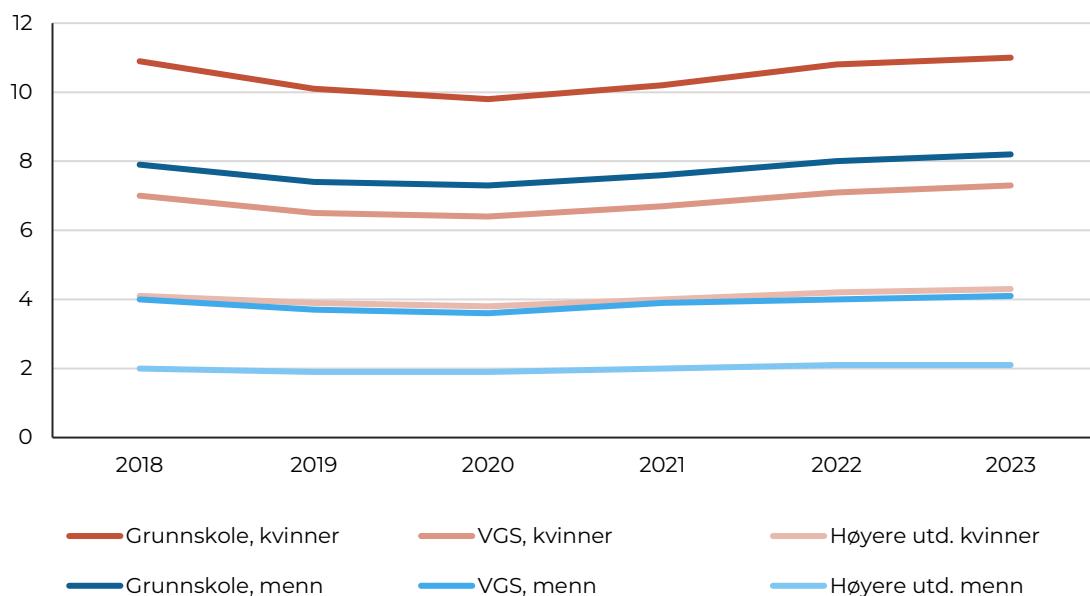
Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics. * Vest-Europa består av Vest-Europa (u. Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand

Figur 9-8: Andelen mottakere av AAP blant befolkningen 18–66 år, etter fylke



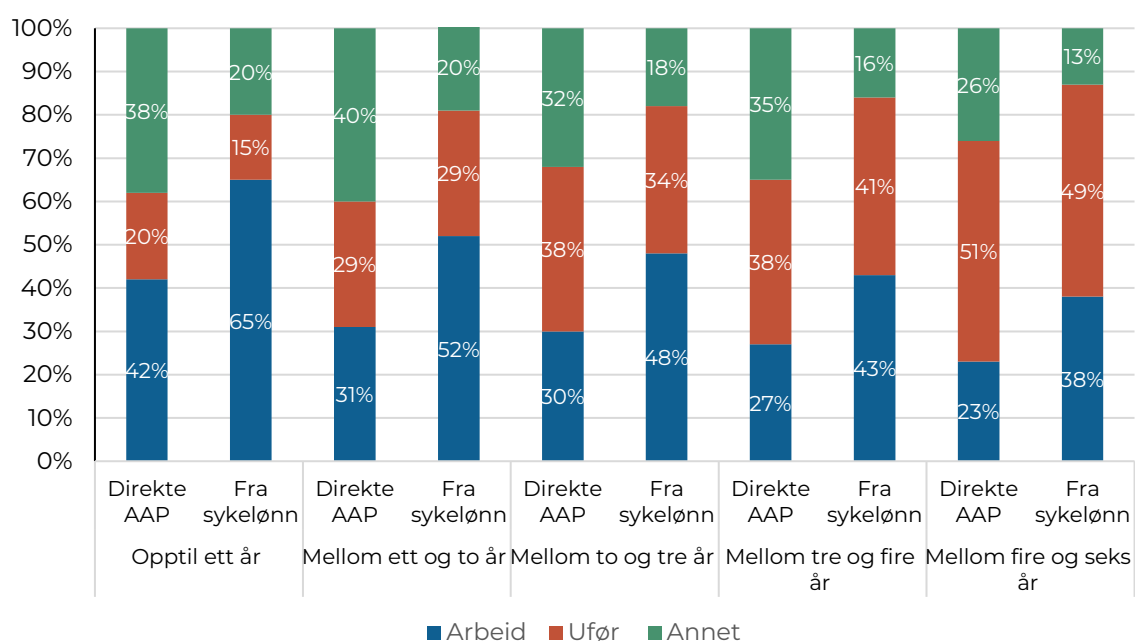
Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 9-9: Mottakere av AAP i løpet av ett år, som prosent av befolkningen 18–67 år, etter høyeste fullførte utdanning og kjønn



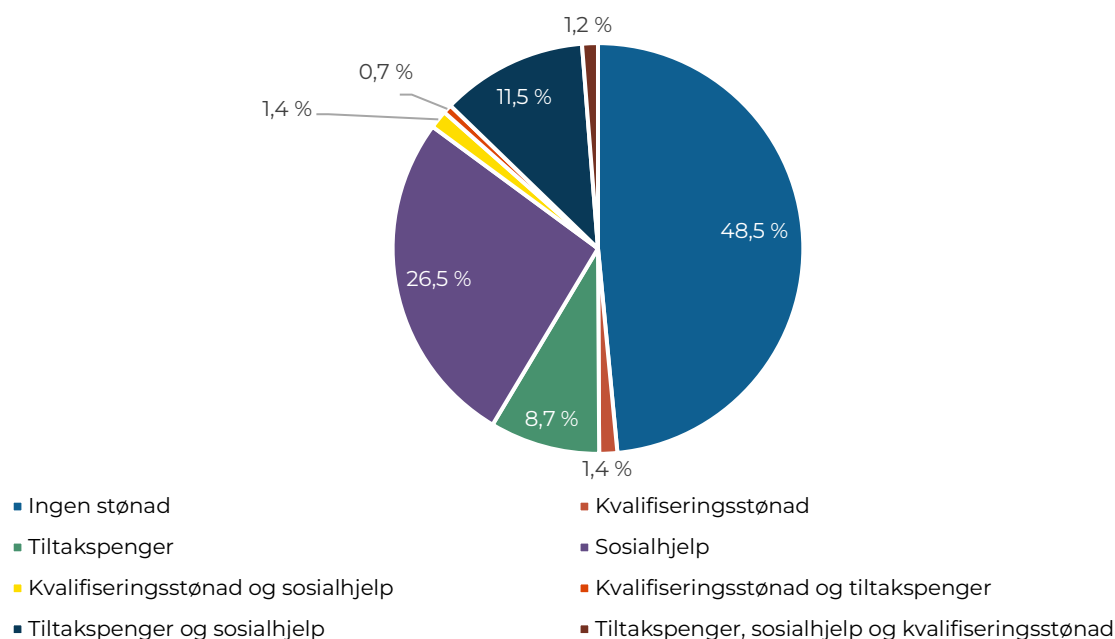
Note: Tall hentet fra SSB tabell 13064. Viser tall for høyeste fullførte utdanning. Tallene inkluderer alle som i løpet av det gitte året mottar AAP.

Figur 9-10: Overganger fra AAP, etter status i forkant av AAP (nye AAP-mottakere 2014)



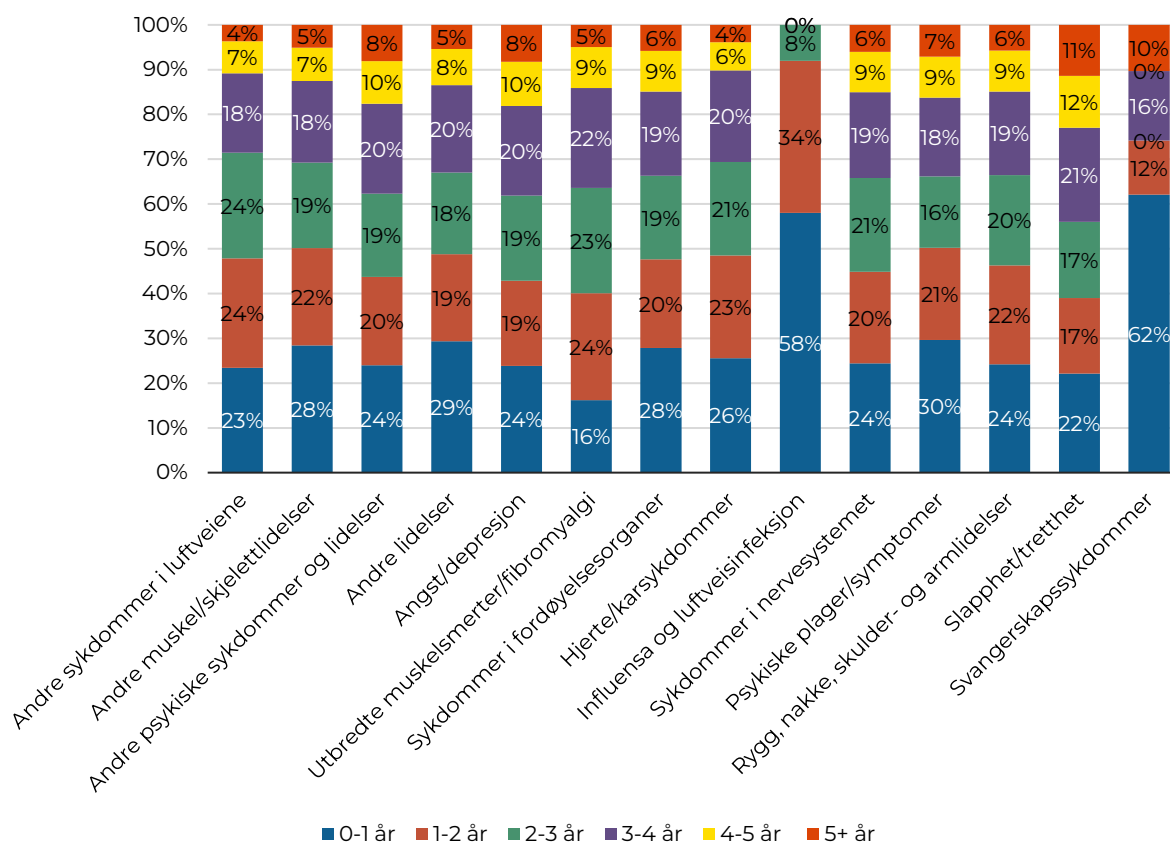
Note: Basert på data fra Microdata.no. Beregning og illustrasjon av Oslo Economics. Personer anses å komme fra sykelønn dersom de var registrert som mottakere av sykelønn i løpet av året før de begynte å motta AAP. Avgang fra AAP er målt basert på varigheten av forløpet deres. Statusen for om de er i «arbeid», er «ufør» eller «annet» er målt 16.11. i det året AAP-mottaket avsluttes. Uføre er her definert som de som ikke har et arbeidsforhold, slik at de som jobber i tillegg til å motta uføretrygd er i gruppen for arbeid. Arbeid inkluderer arbeidssøkere på Nav som ikke mottar ytelser. For de som er registrert som nye mottakere av AAP i 2014 med en varighet på under 366 dager vil status for overgang fra AAP være målt 16.11.2015.

Figur 9-11: Mottatte stønader før mottak av AAP, direkte på AAP og startår 2021



Note: Basert på data fra Microdata.no. Beregning og illustrasjon av Oslo Economics. Personer ble registrert som mottakere av en stønad dersom de har mottatt stønaden i minst en måned i ett av de tre årene (2018, 2019 og/eller 2020) før de begynte på AAP i 2021. Sosialhjelp er en forløpsvariabel og ble målt 31.12 i hvert enkelt år. Tiltakspenger og kvalifiseringsstønad er tverrsnittsvARIABLES som ble målt den siste dagen i hver måned av året. Utvalget er nye mottakere som begynte direkte på AAP i 2021.

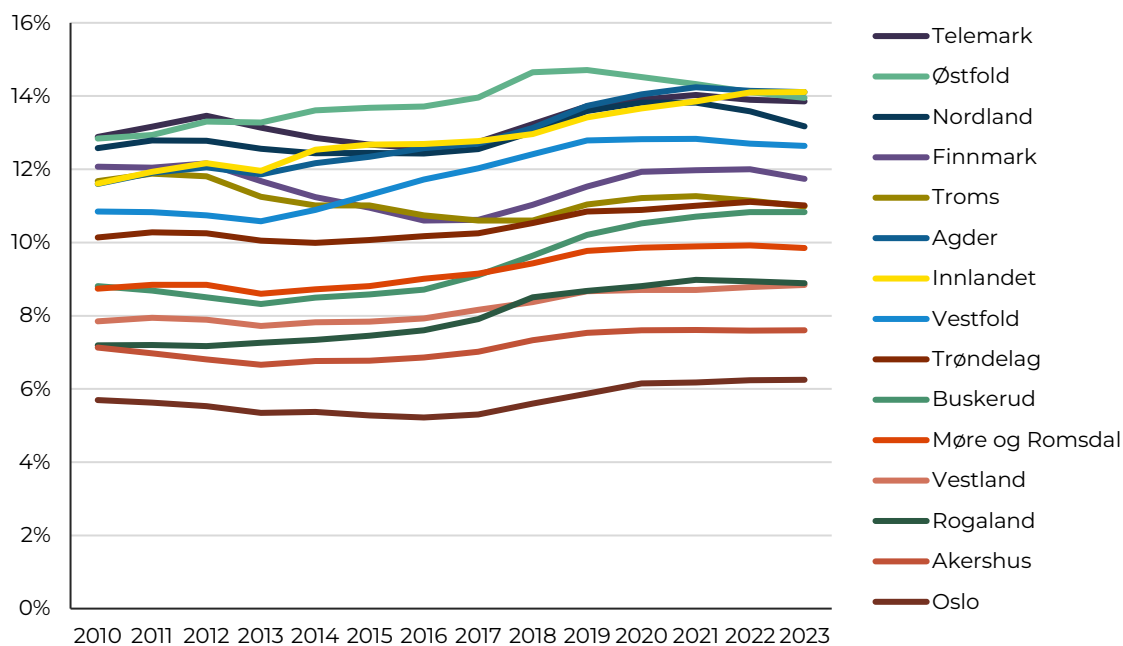
Figur 9-12: Varighet AAP-forløp som ble avsluttet i 2023, etter diagnosegruppe



Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

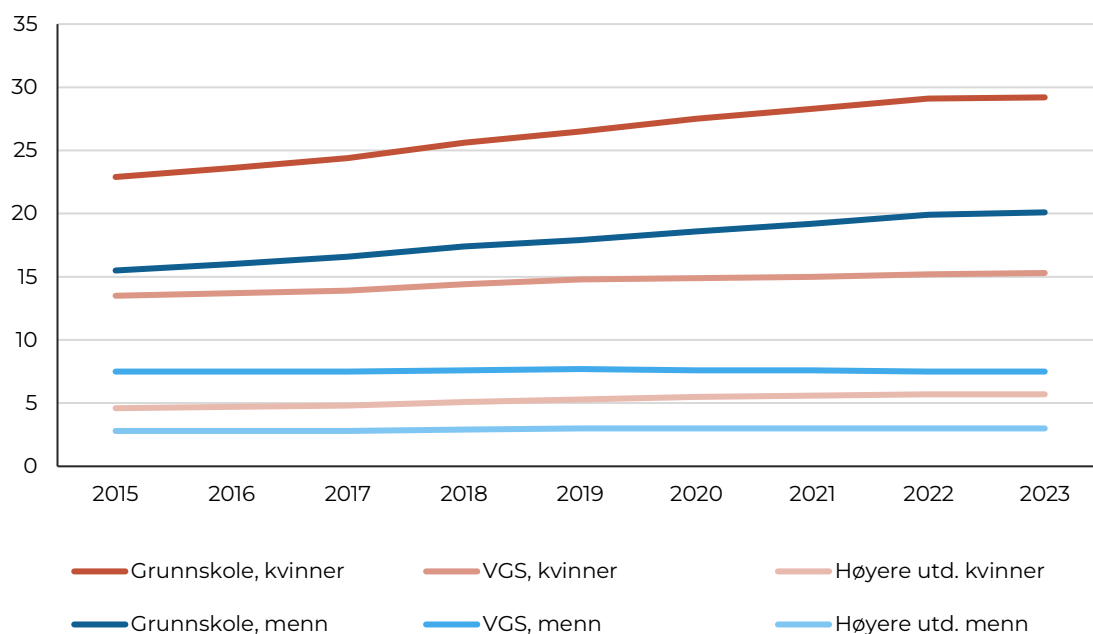
A.4 Figurer uføretrygd

Figur 9-13: Andelen mottakere av uføretrygd blant befolkningen 18–66 år i ulike fylker



Note: Figuren er basert på data fra Nav. Beregninger og illustrasjon av Oslo Economics.

Figur 9-14: Mottakere av uføretrygd i løpet av ett år, som prosent av befolkningen 18–67 år, etter høyeste fullførte utdanning og kjønn



Kilde: Tall hentet fra SSB tabell 11714. Viser tall for høyeste fullførte utdanning. Tallene inkluderer alle som i løpet av det gitte året mottar uføretrygd.

A.5 Oppsummeringstabeller

(neste side)

Tabell 9-2: Mottak av helserelaterte ytelser for ulike grupper

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
18-19 år	Kvinner	Norge	54253	1,54 %	-0,57 %	21,07 %	0,29 %	61,24 %	1,11 %	-1,12 %	-0,08 %	30,57 %	0,60 %
18-19 år	Menn	Norge	57200	1,62 %	-0,58 %	53,11 %	0,59 %	48,45 %	0,60 %	6,47 %	0,28 %	27,93 %	0,54 %
18-19 år	Kvinner	Vest-Europa*	1958	0,06 %	0,27 %	7,38 %	0,00 %	52,72 %	0,02 %	145,44 %	0,09 %	76,10 %	0,03 %
18-19 år	Menn	Vest-Europa*	1936	0,05 %	0,31 %		0,03 %	57,96 %	0,02 %	-1,83 %	0,03 %	35,89 %	0,03 %
18-19 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	1633	0,05 %	0,33 %	39,21 %	0,01 %	70,46 %	0,02 %	19,32 %	0,02 %	45,06 %	0,02 %
18-19 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	1671	0,05 %	0,18 %	166,61 %	0,03 %	131,06 %	0,02 %	-21,01 %	-0,01 %	34,95 %	0,02 %
18-19 år	Kvinner	Resten av verden	6009	0,17 %	0,95 %	4,95 %	0,01 %	38,71 %	0,04 %	18,53 %	0,10 %	24,00 %	0,04 %
18-19 år	Menn	Resten av verden	6726	0,19 %	0,45 %	28,18 %	0,02 %	115,57 %	0,06 %	22,03 %	0,12 %	40,37 %	0,06 %
20-24 år	Kvinner	Norge	134630	3,82 %	-4,76 %	19,90 %	1,58 %	19,53 %	2,55 %	1,67 %	-0,33 %	15,35 %	1,66 %
20-24 år	Menn	Norge	142635	4,05 %	-5,90 %	27,77 %	1,46 %	9,87 %	0,69 %	1,80 %	-0,56 %	9,95 %	0,71 %
20-24 år	Kvinner	Vest-Europa*	6327	0,18 %	0,81 %	44,34 %	0,12 %	-1,89 %	0,05 %	-13,02 %	0,00 %	5,31 %	0,06 %
20-24 år	Menn	Vest-Europa*	5975	0,17 %	0,63 %	19,92 %	0,05 %	31,83 %	0,12 %	12,95 %	0,12 %	22,74 %	0,09 %
20-24 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	4944	0,14 %	0,82 %	67,63 %	0,27 %	54,50 %	0,12 %	-23,21 %	-0,02 %	40,62 %	0,14 %
20-24 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	5702	0,16 %	1,10 %	20,48 %	0,14 %	11,42 %	0,07 %	-8,02 %	0,06 %	8,48 %	0,09 %
20-24 år	Kvinner	Resten av verden	16895	0,48 %	1,92 %	34,60 %	0,24 %	27,64 %	0,33 %	-13,59 %	-0,03 %	13,93 %	0,23 %

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
20-24 år	Menn	Resten av verden	17601	0,50 %	-0,11 %	55,39 %	0,29 %	40,75 %	0,34 %	-0,26 %	-0,02 %	25,27 %	0,25 %
25-29 år	Kvinner	Norge	138890	3,95 %	-0,95 %	23,44 %	5,93 %	25,79 %	4,61 %	17,28 %	5,99 %	22,48 %	5,33 %
25-29 år	Menn	Norge	147885	4,20 %	-1,04 %	19,82 %	2,09 %	25,02 %	3,24 %	11,87 %	4,15 %	18,32 %	3,02 %
25-29 år	Kvinner	Vest-Europa*	8356	0,24 %	-0,43 %	10,79 %	0,05 %	-13,32 %	-0,11 %	43,73 %	0,23 %	6,75 %	0,01 %
25-29 år	Menn	Vest-Europa*	8244	0,23 %	-0,38 %	12,62 %	0,03 %	11,62 %	0,03 %	2,05 %	-0,02 %	8,82 %	0,02 %
25-29 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	7794	0,22 %	-1,35 %	32,28 %	0,17 %	135,23 %	0,18 %	80,53 %	0,16 %	51,07 %	0,17 %
25-29 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	9063	0,26 %	-0,56 %	38,99 %	0,27 %	105,94 %	0,17 %	96,23 %	0,30 %	60,54 %	0,23 %
25-29 år	Kvinner	Resten av verden	24948	0,71 %	1,94 %	28,03 %	0,80 %	22,85 %	0,40 %	10,68 %	0,42 %	22,05 %	0,54 %
25-29 år	Menn	Resten av verden	23799	0,68 %	1,67 %	46,23 %	0,84 %	32,59 %	0,61 %	23,34 %	1,01 %	33,29 %	0,77 %
30-34 år	Kvinner	Norge	139166	3,95 %	11,88 %	25,13 %	12,26 %	20,44 %	5,92 %	22,60 %	16,52 %	22,94 %	10,15 %
30-34 år	Menn	Norge	147526	4,19 %	13,61 %	22,84 %	4,53 %	21,47 %	3,97 %	20,61 %	13,48 %	21,42 %	6,02 %
30-34 år	Kvinner	Vest-Europa*	10578	0,30 %	1,40 %	39,66 %	0,91 %	17,36 %	0,26 %	44,28 %	0,62 %	33,08 %	0,55 %
30-34 år	Menn	Vest-Europa*	11539	0,33 %	0,95 %	22,56 %	0,25 %	39,37 %	0,22 %	82,44 %	0,69 %	42,13 %	0,32 %
30-34 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	11451	0,33 %	-2,60 %	46,20 %	0,42 %	74,54 %	0,22 %	100,36 %	0,19 %	55,63 %	0,28 %
30-34 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	14016	0,40 %	-4,28 %	49,49 %	0,29 %	96,53 %	0,21 %	181,22 %	0,32 %	66,55 %	0,26 %

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
30-34 år	Kvinner	Resten av verden	33324	0,95 %	0,77 %	22,16 %	1,03 %	17,11 %	0,45 %	8,88 %	0,39 %	17,64 %	0,63 %
30-34 år	Menn	Resten av verden	29571	0,84 %	1,54 %	21,07 %	0,78 %	38,96 %	0,91 %	12,83 %	0,84 %	24,40 %	0,85 %
35-39 år	Kvinner	Norge	122801	3,49 %	5,89 %	21,40 %	8,14 %	21,41 %	4,89 %	15,51 %	13,69 %	19,01 %	7,72 %
35-39 år	Menn	Norge	128557	3,65 %	5,88 %	22,74 %	3,91 %	17,60 %	2,38 %	8,11 %	6,49 %	14,09 %	3,71 %
35-39 år	Kvinner	Vest-Europa*	9194	0,26 %	0,31 %	36,22 %	0,63 %	33,79 %	0,31 %	28,74 %	0,41 %	33,83 %	0,44 %
35-39 år	Menn	Vest-Europa*	11423	0,32 %	0,48 %	23,48 %	0,27 %	19,93 %	0,13 %	22,78 %	0,27 %	22,17 %	0,21 %
35-39 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	14328	0,41 %	1,27 %	45,98 %	1,34 %	59,22 %	0,60 %	33,59 %	0,25 %	48,92 %	0,78 %
35-39 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	20096	0,57 %	-1,37 %	54,58 %	1,25 %	80,38 %	0,56 %	80,30 %	0,24 %	62,75 %	0,73 %
35-39 år	Kvinner	Resten av verden	40911	1,16 %	6,80 %	11,51 %	1,74 %	24,59 %	1,75 %	-4,12 %	0,92 %	12,17 %	1,59 %
35-39 år	Menn	Resten av verden	34592	0,98 %	6,33 %	22,86 %	1,68 %	31,68 %	1,49 %	9,18 %	1,93 %	21,28 %	1,64 %
40-44 år	Kvinner	Norge	116902	3,32 %	-4,40 %	19,32 %	4,21 %	21,26 %	3,06 %	12,50 %	7,49 %	16,42 %	4,32 %
40-44 år	Menn	Norge	122187	3,47 %	-3,99 %	11,28 %	1,23 %	27,71 %	2,25 %	12,63 %	5,38 %	15,38 %	2,52 %
40-44 år	Kvinner	Vest-Europa*	8979	0,26 %	0,44 %	13,65 %	0,31 %	35,65 %	0,38 %	-10,98 %	-0,16 %	11,52 %	0,25 %
40-44 år	Menn	Vest-Europa*	11412	0,32 %	0,29 %	18,37 %	0,23 %	22,29 %	0,15 %	-9,37 %	-0,12 %	9,84 %	0,13 %
40-44 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	12648	0,36 %	2,88 %	30,07 %	1,28 %	52,52 %	0,88 %	42,28 %	0,63 %	39,36 %	0,97 %

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
40-44 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	21128	0,60 %	2,38 %	38,48 %	1,55 %	58,41 %	0,79 %	69,87 %	0,46 %	46,72 %	0,99 %
40-44 år	Kvinner	Resten av verden	38827	1,10 %	9,57 %	19,85 %	2,49 %	31,33 %	2,96 %	-11,61 %	1,84 %	11,78 %	2,58 %
40-44 år	Menn	Resten av verden	30934	0,88 %	8,31 %	1,54 %	1,30 %	25,97 %	1,81 %	-5,84 %	2,20 %	6,14 %	1,71 %
45-49 år	Kvinner	Norge	124783	3,54 %	-19,14 %	8,25 %	-2,18 %	19,61 %	0,70 %	7,41 %	-9,88 %	9,96 %	-2,35 %
45-49 år	Menn	Norge	128812	3,66 %	-19,85 %	7,29 %	-1,45 %	23,30 %	0,70 %	3,12 %	-9,52 %	7,52 %	-2,03 %
45-49 år	Kvinner	Vest-Europa*	8512	0,24 %	-0,01 %	22,20 %	0,35 %	17,08 %	0,18 %	-2,61 %	-0,12 %	9,70 %	0,18 %
45-49 år	Menn	Vest-Europa*	11345	0,32 %	0,29 %	19,40 %	0,28 %	5,02 %	0,06 %	-0,97 %	0,04 %	7,50 %	0,13 %
45-49 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	9663	0,27 %	3,08 %	33,82 %	1,24 %	40,58 %	0,84 %	32,53 %	0,81 %	36,16 %	0,97 %
45-49 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	17637	0,50 %	4,02 %	34,63 %	1,70 %	73,63 %	1,16 %	40,41 %	0,56 %	47,74 %	1,23 %
45-49 år	Kvinner	Resten av verden	32095	0,91 %	8,00 %	14,91 %	1,95 %	26,60 %	2,94 %	-8,58 %	3,51 %	7,08 %	2,71 %
45-49 år	Menn	Resten av verden	24058	0,68 %	4,82 %	15,90 %	1,25 %	21,55 %	1,49 %	-12,64 %	1,14 %	3,10 %	1,34 %
50-54 år	Kvinner	Norge	146544	4,16 %	-3,70 %	7,89 %	1,87 %	17,45 %	3,00 %	2,02 %	-1,01 %	5,73 %	1,83 %
50-54 år	Menn	Norge	151193	4,29 %	-4,05 %	7,50 %	1,07 %	11,93 %	1,07 %	-2,82 %	-6,47 %	1,59 %	-0,41 %
50-54 år	Kvinner	Vest-Europa*	8545	0,24 %	0,06 %	6,08 %	0,12 %	15,08 %	0,18 %	3,24 %	0,24 %	6,69 %	0,17 %
50-54 år	Menn	Vest-Europa*	11098	0,32 %	0,56 %	10,62 %	0,24 %	2,80 %	0,07 %	-9,16 %	-0,19 %	-0,84 %	0,08 %

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
50-54 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	6522	0,19 %	2,02 %	28,92 %	0,85 %	62,51 %	0,79 %	-9,97 %	0,47 %	26,15 %	0,75 %
50-54 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	12362	0,35 %	3,38 %	24,59 %	1,33 %	82,10 %	1,14 %	39,19 %	0,70 %	44,36 %	1,12 %
50-54 år	Kvinner	Resten av verden	25043	0,71 %	7,05 %	12,78 %	1,68 %	35,87 %	3,12 %	-14,37 %	4,19 %	1,65 %	2,84 %
50-54 år	Menn	Resten av verden	19372	0,55 %	3,31 %	6,98 %	0,71 %	39,48 %	1,85 %	-10,97 %	1,30 %	3,46 %	1,35 %
55-59 år	Kvinner	Norge	147156	4,18 %	7,81 %	9,37 %	5,11 %	27,71 %	5,87 %	1,52 %	16,50 %	6,14 %	7,69 %
55-59 år	Menn	Norge	151425	4,30 %	9,44 %	6,81 %	3,31 %	13,47 %	2,44 %	-1,11 %	8,04 %	2,30 %	3,83 %
55-59 år	Kvinner	Vest-Europa*	8250	0,23 %	1,06 %	6,79 %	0,35 %	25,71 %	0,41 %	9,77 %	1,79 %	12,07 %	0,66 %
55-59 år	Menn	Vest-Europa*	10158	0,29 %	1,49 %	13,97 %	0,48 %	17,24 %	0,31 %	2,11 %	1,05 %	8,18 %	0,51 %
55-59 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	4288	0,12 %	1,30 %	33,70 %	0,52 %	53,35 %	0,56 %	2,14 %	0,81 %	25,21 %	0,60 %
55-59 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	7850	0,22 %	2,02 %	22,00 %	0,84 %	55,36 %	0,93 %	22,57 %	0,70 %	34,66 %	0,85 %
55-59 år	Kvinner	Resten av verden	18691	0,53 %	5,47 %	7,31 %	1,07 %	35,29 %	2,28 %	-9,24 %	6,89 %	0,41 %	2,77 %
55-59 år	Menn	Resten av verden	16259	0,46 %	3,00 %	9,64 %	0,71 %	36,50 %	1,55 %	-10,02 %	2,44 %	0,16 %	1,44 %
60-66 år	Kvinner	Norge	188863	5,36 %	-0,12 %	4,11 %	1,37 %	36,83 %	5,03 %	-4,89 %	-20,87 %	-1,21 %	-1,28 %
60-66 år	Menn	Norge	189236	5,38 %	0,90 %	12,43 %	3,58 %	27,45 %	3,50 %	-6,36 %	-16,28 %	-0,98 %	-0,34 %
60-66 år	Kvinner	Vest-Europa*	8669	0,25 %	1,53 %	20,14 %	0,59 %	46,34 %	0,44 %	-2,99 %	1,87 %	5,51 %	0,77 %

Alder	Kjønn	Landbakgrunn	Antall i 2023	Andel av befolk.	Andel av bef. endring	Endring syke 19-23	Andel av endring	Endring AAP 19-23	Andel av endring	Endring uføre 19-23	Andel av endring	Endring helse 19-23	Andel av endring
60-66 år	Menn	Vest-Europa*	10448	0,30 %	1,79 %	8,40 %	0,46 %	29,87 %	0,50 %	-9,52 %	0,90 %	-0,49 %	0,57 %
60-66 år	Kvinner	Østeuropeiske EU-land	3434	0,10 %	1,07 %	33,78 %	0,39 %	88,31 %	0,51 %	-18,07 %	0,64 %	5,88 %	0,50 %
60-66 år	Menn	Østeuropeiske EU-land	6185	0,18 %	2,03 %	24,03 %	1,00 %	78,92 %	1,32 %	-1,35 %	1,24 %	29,69 %	1,19 %
60-66 år	Kvinner	Resten av verden	18099	0,51 %	6,36 %	8,74 %	0,88 %	35,63 %	1,51 %	-11,18 %	11,37 %	-5,64 %	3,22 %
60-66 år	Menn	Resten av verden	16785	0,48 %	5,91 %	8,34 %	0,94 %	34,36 %	1,69 %	-12,11 %	10,19 %	-5,60 %	3,10 %

Note: Tabellen er basert på data fra Nav, beregninger av Oslo Economics. Tabellen viser antall i befolkningen i en gitt gruppe i 2023, hvor stor andel disse utgjør av den totale befolkningen og hvor stor andel de utgjør av befolkningsendringen mellom 2019 og 2023. Videre viser den endring i andelen sykepengemottakere i gruppen mellom 2019 og 2023, og hvor stor andel av den totale endringen i sykepengemottakere i samme periode dette utgjør. Tilsvarende for AAP, uføretrygd, og helserelaterte ytelser totalt sett. *Vest-Europa (u. Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand

Tabell 9-3: Bidrag til vekst i ytelsesmottak i perioden 2019–2023 for ulike grupper

Kjennetegn	Sykepenger			AAP			Uføretrygd		
	Vekst mottak i gruppen	Andel av mottaksvekst	Andel av befolkningsvekst	Vekst mottak i gruppen	Andel av mottaksvekst	Andel av befolkningsvekst	Vekst mottak i gruppen	Andel av mottaksvekst	Andel av befolkningsvekst
Alder									
18-19 år	34,30 %	0,99 %	1,35 %	55,32 %	1,91 %	1,35 %	4,50 %	0,55 %	1,35 %
20-24 år	24,66 %	4,15 %	-5,49 %	15,30 %	4,26 %	-5,49 %	-0,01 %	-0,78 %	-5,49 %
25-29 år	23,30 %	10,19 %	-1,09 %	25,75 %	9,13 %	-1,09 %	15,44 %	12,24 %	-1,09 %
30-34 år	26,52 %	20,48 %	23,26 %	25,34 %	12,16 %	23,26 %	25,47 %	33,04 %	23,26 %
35-39 år	23,16 %	18,97 %	25,59 %	23,89 %	12,11 %	25,59 %	10,94 %	24,20 %	25,59 %
40-44 år	16,15 %	12,60 %	15,47 %	26,95 %	12,28 %	15,47 %	5,50 %	17,72 %	15,47 %

45-49 år	10,26 %	3,14 %	-18,79 %	25,96 %	8,07 %	-18,79 %	-0,04 %	-13,47 %	-18,79 %
50-54 år	8,63 %	7,87 %	8,63 %	23,75 %	11,22 %	8,63 %	-2,51 %	-0,77 %	8,63 %
55-59 år	8,52 %	12,40 %	31,60 %	27,43 %	14,36 %	31,60 %	-0,73 %	38,21 %	31,60 %
60-66 år	8,37 %	9,21 %	19,48 %	39,39 %	14,52 %	19,48 %	-5,82 %	-10,95 %	19,48 %
Kjønn									
Menn	16,79 %	39,58 %	44,97 %	26,72 %	40,62 %	44,97 %	0,79 %	33,47 %	44,97 %
Kvinner	15,35 %	60,42 %	55,03 %	25,82 %	59,38 %	55,03 %	1,38 %	66,53 %	55,03 %
Landbakgrunn									
Norge	14,59 %	58,90 %	-13,62 %	22,12 %	57,61 %	-13,62 %	2,11 %	33,00 %	-13,62 %
Vest-Europa*	18,76 %	5,77 %	11,85 %	20,44 %	3,74 %	11,85 %	5,15 %	7,76 %	11,85 %
Øst-Europa EU	41,61 %	14,89 %	17,71 %	85,75 %	11,09 %	17,71 %	37,40 %	8,52 %	17,71 %
Resten av verden	18,61 %	20,44 %	84,06 %	36,25 %	27,56 %	84,06 %	1,29 %	50,71 %	84,06 %
Diagnose			(Befolknings- endring)						
Andre lidelser	2,24 %	3,00 %	2,97 %	11,60 %	5,62 %	2,97 %			
Andre muskel/skjelettlidelser	2,40 %	5,17 %	2,97 %	21,41 %	9,51 %	2,97 %			
Andre psykiske sykdommer og lidelser	23,23 %	4,23 %	2,97 %	38,09 %	20,52 %	2,97 %			
Andre sykdommer i luftveiene	22,01 %	3,45 %	2,97 %	23,53 %	0,94 %	2,97 %			
Angst/depresjon	-4,36 %	-0,88 %	2,97 %	16,19 %	11,72 %	2,97 %			
Hjerte/karsykdommer	-7,12 %	-0,86 %	2,97 %	18,24 %	2,09 %	2,97 %			
Influenza og luftveisinfeksjon	47,03 %	1,09 %	2,97 %	6523,27 %	0,98 %	2,97 %			
Psykiske plager/symptomer	75,28 %	46,03 %	2,97 %	32,18 %	12,35 %	2,97 %			

Rygg, nakke, skulder- og armlidelser	7,40 %	9,77 %	2,97 %	25,56 %	12,93 %	2,97 %
Slapphet/tretthet	112,28 %	17,42 %	2,97 %	51,52 %	7,27 %	2,97 %
Svangerskapssykdommer	9,92 %	3,42 %	2,97 %	-10,01 %	-0,03 %	2,97 %
Sykdommer i fordøyelsesorganer	8,57 %	2,47 %	2,97 %	15,13 %	1,99 %	2,97 %
Sykdommer i nervesystemet	15,69 %	5,93 %	2,97 %	36,99 %	7,89 %	2,97 %
Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	-4,94 %	-0,23 %	2,97 %	40,29 %	6,22 %	2,97 %

Note: Tabellen er basert på data fra Nav, beregninger av Oslo Economics. Tabellen viser endringen i andelen av mottakere av en ytelse i en gitt gruppe mellom 2019 og 2023. Videre viser tabellen hvor stor andel av den totale mottaksendringen gruppen står for etter at det er kontrollert for befolkningsendringer, og hva denne befolkningseffekten er. *Vest-Europa (u. Norge), USA, Canada, Australia og New Zealand

Vedlegg B Ytelser i ulike land

Tabell 9-4: Arbeidsledighetstrygd

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Type stønader	Dagpenger	Dagpenger: Allmän grundförsäkring Inkomstbortfallsföräkring Aktivitetsstøtte	Dagpenger	Dagpenger
Medlemskap	Gjennom folketrygden	Grunnforsikring: Alle arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende som er registrert som arbeidssøkende, og over 20 år. Inntektsbortfallforsikring: Medlem i en a-kasse i minst 12 måneder. Alle arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende som er registrert som arbeidssøkende, og over 20 år	Frivillig medlemskap i a-kasse	
Vilkår	Må ha tapt arbeidsinntekt som arbeidstaker på grunn av arbeidsløshet. Vanlig arbeidstid må være redusert med minst 50 prosent. Inntekt over 1,5 G ıla. siste 12 måneder eller 3 G ıla. Siste 36 måneder	Grunnforsikring: I løpet av de siste 12 månedene må man ha jobbet minst 60 timer per måned i 6 måneder eller minst 40 timer per måned i 6 sammenhengende måneder. Inntektsbortfallforsikring: I løpet av de siste 12 månedene må man ha jobbet minst 60 timer per måned i 6 måneder eller minst 40 timer per måned i 6 sammenhengende måneder. Aktivitetsstøtte: Delta på arbeidsmarkeds tiltak. Sanksjoner om man ikke oppfyller aktivitetskrav og andre vilkår. Det er unntak.	Medlem i a-kasse i minst ett år og arbeidsinntekt på minst 263 232 DKK over de siste tre årene Må ha jobbet minst 1924 timer innen siste tre årene Registrert hos Jobcentret Aktivt jobbsøkende (Borger.dk, 2024a)	Du må ha jobbet minst 26 av de siste 36 ukene før du ble arbeidsledig (ikke nødvendigvis for den samme arbeidsgiveren). Du må ha jobbet minst 10 timer i uken i gjennomsnitt. Tap av arbeidstid må være ufrivillig. Tapt arbeidstid er minst 5 timer i uken. Du må være yngre enn pensjonsalder
Erstatningsnivå	62,4 % opp til 6G, pluss ferietillegg på 9,5 % av dagpengene	Kompensasjonen i grunnforsikringer er på maksimalt 510 svenske kroner per dag (Alfakassan, 2024). Kompensasjon ved inntektsforsikring fra a-kassen er på 80	Begrenset oppad til 90% av tidligere lønn, maksimalt 20 359 danske kroner per måned (HK, 2024b; 3F, 2024)	Tilpasses etter inntekt. 75 pst. av tidligere inntekt de første to månedene, deretter 70 pst. av tidligere inntekt.

		prosent av tidligere inntekt, begrenset oppad til 1 200 svenske kroner per dag de første 100 dagene. De neste 100 dagene er kompensasjonen fortsatt 80 prosent av tidligere inntekt, men begrenset til 1 000 svenske kroner per dag. Fra dag 201 til dag 300 er kompensasjonsgraden 70 prosent og maksimalt 1 000 svenske kroner per dag (Alfakassan, 2024). Nivået på aktivitetsstøtte avhenger av alderen din og om du oppfyller kravene for a-kasse. Er du 25 år eller eldre og oppfyller kravene for a-kasse, kan du få aktivitetsstøtte på minimum 510 svenske kroner per dag ved heltidsprogram. Hvis du ikke oppfyller kravene for a-kasse, får du 223 svenske kroner per dag ved heltidsprogram. Er du mellom 18 og 24 år, og oppfyller kravene for a-kasse, får du aktivitetsstøtte som tilsvarer dagpenger fra a-kassen, med maksimalt 100 dager på høyeste nivå. Etter det får du aktivitetsstøtte på laveste nivå, så lenge du er medlem i a-kassen. Dersom du ikke oppfyller kravene for a-kasse, får du utviklingsersättning, som er 199 svenske kroner per dag dersom du har videregåendeutdanning eller 57 svenske kroner per dag hvis du ikke har det. Utviklingsersättningen er skattefri (Försäkringskassan, 2024d).		Tak på 274,44 EUR per dag (European Commission, 2024a).
Maksimal varighet	Tidligere inntekt over 2C: 24 måneder, de med inntekt mellom 1,5G og 2C: 12 måneder	Grunnforsikring og inntektsbortfallforsikring: 300 erstatningsdager. 450 erstatningsdager for forsørgere med barn under 18 år. Aktivitetsstøtte: Ledige som oppfylte vilkårene for støtte fra a-kassene kan motta	Rett til dagpenger i 2 år innen en 3-års periode Forlengelse til inntil totalt tre år gjøres 1 til 2 slik at én times arbeid gir 2 ekstra timer dagpenger (Nordisk ministerråd & Nordisk råd, 2024)	Mellom 3 mnd. og 3 år avhengig av tidligere arbeidshistorikk. Hvis du har jobbet sammenhengende i minst 4 av de siste 5 årene før arbeidsledighet, vil du motta dagpenger utover 3

		aktivitetsstøtte så lenge de deltar på tiltak, men kompensasjonsgraden reduseres etter 300/450 erstatningsdager.		måneder. For hvert år du har jobbet, legges det til én måned, opptil 10 arbeidsår. Fra og med 10 år legges det til en halv måned med dagpenger for hvert ekstra arbeidsår, samt for hvert år du har jobbet etter 2016.
Aktivitetskrav	For å ha rett til dagpenger må medlemmet være reell arbeidssøker.	Generelt må man være meldt arbeidssøkende, aktivt søke ny jobb og være villig til å akseptere jobber som er tilbudt. Brudd sanksjoneres. Gjennom jobbgarantien må unge delta på arbeidsmarkedstiltak innen 3 mnd. som arbeidssøker på heltid.	Stå til rådighet for arbeidsmarkedet. Klar til å ta en jobb med en dags varsel A-kassene vurderer om man står til rådighet for arbeidsmarkedet, det er vanlig med krav til obligatorisk aktivering etter 6 måneder ledighet (3 måneder for de under 30) (Pedersen, et al., 2019).	Krav om å søke jobb, ta passende arbeid, samarbeide med stønadskontoret Etter 6 måneder. må den ledige akseptere hvilken som helst jobb uavhengig av arbeidsoppgaver og lønn (UWV, 2024g).
Karantene	3 dager	6 dager 45 dager hvis frivillig arbeidsløshet	1 dag hver fjerde måned (Borger.dk, 2024a)	
Utvikling	Ingen store endringer de siste tiårene. Maksimal varighet redusert fra 156 til 104 uker for de med inntekt over 2G i 2003, og til 52 uker i 2004 for de med inntekt under 2G. Det har vært en del frem og tilbake med feriepenger.	Siden 1990: strengere vilkår og mindre generøse ytelser 2006-2008 reformer, arbeidsvilkår økt, krav til å søke jobb på nasjonale jobbmarkedet redusert fra etter 100 dager til etter 1 dag, ventedager økt fra 5 til 7, mulighet for å øke varighet fra 300 til 600 dager tatt bort, introdusert fallende ytelse over tid Varige endringer innført under pandemien: før pandemien, initiativ for å øke inklusivitet i arbeidsledighetstrygd, innføring utsatt pga pandemi første til tilpasninger av det gamle systemet Pandemi utsatte planlagte reformer og krevde egne midlertidige reformer. None av disse ble permanente. i mars 2023: permanent innføring av lavere krav til arbeid,	Historisk har Danmark hatt høye utgifter til arbeidsledighetstrygd og lang varighet for ytelsen. I forbindelse med en stor reform i 2010, ble maksimal varighet redusert fra 4 år til 2 år. I 2012 ble rekvalifiseringskravet, for å på nytt få retten til dagpenger, doblet til 52 uker. I 2017, basert på innspill fra en ekspertgruppe, ble det innført et nytt system som blant annet skulle øke insentivene til å ta jobber med kort varighet eller lavere lønn enn tidligere arbeid. «Konto» for dagpengetimer ble innført slik at man har maksimalt 3848 timer, tilsvarende to år og timer med mottak av dagpenger reduserer saldo på konto, men timer arbeid øker saldoen med	

		høyere kompensasjon (ventedager redusert fra 6 til 2) Grunnforsikring fikk introdusert et minimum og taket ble hevet. Inntektssikringstaket hevet	en times arbeid gir to ekstra timer på konto (Andersen, 2019). Pandemien medførte midlertidige endringer, og en av disse ble permanente. Den permanente endringen innebar at maksimal utbetaling ble hevet med 3721 danske kroner de første tre månedene at en dagpengeperiode. Samtidig ble satsen redusert for nyutdannede under 30 år for ledighet utover tre måneder. Endringen hadde vært planlagt før pandemien, men innføringen ble utsatt på grunn av pandemien (Bengtsson, et al., 2024).	
Kilde	Folketrygdloven kapittel 4 og rundskriv til loven. (Sveriges A-kassor, 2024)		(Borger.dk, 2024a) (3F, 2024) (HK, 2024b) (Nordisk ministerråd & Nordisk råd, 2024) (Pedersen, et al., 2019) (Bengtsson, et al., 2024)	(UWV, 2024h)

Tabell 9-5: Sykepenger

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Varighet og finansieringsansvar	Ett år. Arbeidsgiverperiode dag 1–16. Staten betaler sykepenger fra dag 17. Det er vanlig at arbeidsgiver dekker inntektstapet over 6 G.	Ingen tidsbegrensning, men vilkåret blir strengere etter 90 og 180 dager og kompensasjonsgraden reduseres etter ett år (Rehabiliteringskedjan). Arbeidsgiverperioden er mellom dag 2 og dag 14. Staten betaler sykepenger fra dag 15 for ansatte, og fra dag to for arbeidsløse (Försäkringskassan, 2024e; Försäkringskassan, 2024f; NOU 2019: 7)	Arbeidsgiverperiode: 30 dager Maksimalt 22 uker innen 9-måneders periode. Perioden kan forlenges Overgang til jobafklaringsforløb hvis ikke utvidet sykepengeperiode (Borger.dk, 2024d).	Det er ikke begrensning på antall sykedager en ansatt kan ta per år. Arbeidsgiver har finansieringsansvar i to år. Perioden kan utvides om arbeidsgiver ikke gjør nok for å tilrettelegge og følge opp. (UWV, 2024c) Dersom arbeidstakeren ikke kan komme tilbake i arbeid, selv etter 2 år med sykdom, må arbeidsgiver fortsatt betale lønn, men de kan få refundert et beløp fra staten som

				tilsvarer yrkesufør-hetsytelsen (WIA) Staten har finansieringsansvar for sykmeldte uten et arbeidsforhold (European Commission, 2024b). Er man arbeidsledig og mottar arbeidsavklaringspenger har man i mange tilfeller krav på sykepenger etter 13 uker. Man er i hele sykdomsperioden forpliktet til å etter beste evne søke jobb. Ved endt sykefravær kan man gå over til andre ytelser igjen.
Erstatningsnivå	100 pst. av inntekt opp til 6 G (744168 kroner). Mange har tariffavtaler som dekker lønn ut over 6 G (Nav, 2024c; Altinn, 2024; NOU 2019: 7, 2019).	Fra og med 1.januar 2019 har karensdag blitt erstattet med karensavdrag. En karensdag (eller 20 pst. av ukentlig arbeidstid). Dersom arbeidstakeren blir sykmeldt innen fem dager etter tilbakekomst til arbeidet frafaller karensdagen. Høyrisikogrupper slipper karensdag Arbeidsgiver dekker 80 pst. av lønnen i arbeidsgiverperioden. Staten dekker i underkant av 80 prosent av lønn opp til 10 prisbasbeløp (573 000 SEK) det første året, deretter 75 prosent. Merk at det skjedde en økning fra 8 til 10 prisbasbeløp fra 2022 Ved alvorlig sykdom kan man ha rett til flere dager med sykepenger på normalnivå (80 prosent). Tariffavtaler supplerer sykepenger fra staten, men sykepenger fra staten avkortes forholdsmessig dersom samlet kompensasjonsgrad overstiger 90 prosent (Försäkringskassan, 2024g;	Sykepenger er begrenset oppad til 4695 danske kroner per uke (127 danske kroner per time) Arbeidsgiver kompenserer ofte mer enn dette, i henhold til arbeidskontrakten. Dette kalles sykelønn og sykelønn kan ofte være på 100 prosent kompensasjon. Etter arbeidsgiverperioden er det arbeidsgiver som får sykepengene fra kommunen, når de betaler ut sykelønn. Dersom man ikke får sykelønn, skal arbeidsgiver betale ut sykepengene i arbeidsgiverperioden og kommunen betale i den påfølgende perioden (Borger.dk, 2024d; Pedersen, et al., 2019)	Prosentandelen av lønnen som arbeidsgiver er forpliktet til å betale, er angitt i selskapets tariffavtale (CAO) eller i ansattes arbeidskontrakt. Denne prosentandelen må være minst 70%, men er vanligvis 100% av lønnen til den ansatte (UWV, 2024c). Hvis prosentandelen arbeidsgiver betaler til den sykemeldte arbeidstakeren faller under den nasjonale minstelønnen, er arbeidsgiveren forpliktet til å kompensere lønnen. Denne forpliktelsen gjelder kun i løpet av deres første sykdomsår (UWV, 2024c). Hvis du mottar sykepenger fra det offentlige er beløpet basert på tidligere inntekt, med et tak på 274,44 EUR per dag (European Commission, 2024b).

		Försäkringskassan, 2024h; NHO, 2024; Socialdepartementet, 2010). Etter ett år med sykefravær settes avkortingsgrensen til 85 prosent, i samsvar med at sykepenger fra staten reduseres. T Profilen på de tariffestede ordningene varierer, avhengig av bransje, lønnsnivå (over eller under 10 basbelopp) og hvor man er i sykepengeforløpet. Arbeidsledige kan motta inntil 80 prosent av tidligere lønn, men maksimalt 543 SEK per dag. Det er imidlertid et krav om at du er meldt som arbeidssøkende, at du er forsikret i Sverige og at du har arbeidet tidligere (Försäkringskassan, 2024f).		
Gradering	Kan graderes etter arbeidsevne mellom 20 og 80 pst. (Nav, 2024d).	Kan graderes etter arbeidsevne: 25, 50 eller 75 pst (NOU 2019: 7; Försäkringskassan, 2024e).	Kan graderes etter timer arbeidet slik at man får lønn for timer arbeidet og sykepenger og timer man ikke har arbeidet. Man må være minst 4 timer fraværende fra arbeid pga. sykdom per uke for å få sykepenger (Borger.dk, 2024d).	Ikke formelt system for gradert sykmelding. Planen som utarbeides av arbeidstaker og arbeidsgiver kan inneholde gradert arbeid (NOU 2019: 7).
Vilkår	Må ha vært i arbeid i fire uker umiddelbart før arbeidsuførheten oppsto. Arbeidsuførheten må oppstå som følge av funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Så tidlig som mulig, og senest innen åtte uker har arbeidstaker plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet, i henhold til folketrygd-	Om arbeidsgiver bedømmer at arbeidstaker ikke har rett til sykepenger kan arbeidstakeren søke om garanti fra Försäkringskassan (Försäkringskassan, 2024e). Ingen kvalifiseringsperiode men må ha forventet inntekt (SGI) på minst 13 700 SEK (Försäkringskassan, 2024h)	Arbeidet minst 240 timer innen de siste 6 kalendermåneder Sykefraværssamtale med arbeidsgiver innen 4 uker Sykefraværssamtale med kommunen innen 8 uker (Borger.dk, 2024d).	Ved sykdom må man melde inn sykdom innen 2 dager. Ansatte må ikke oppgi grunn til fravær, men må oppgi forventet retur og forventet ytelsesevne.

	loven § 8-8, med mindre medisinske grunner er klart til hinder for slik aktivitet.			
Krav til legeerklæring?	Krav til legeerklæring etter egenmeldingsperioden.	Normalt behøver arbeidstaker ingen legemelding de første 7 dagene. Legemelding etter 8 dager (Försäkringskassan, 2024e).	Kommunen kan innhente legeerklæring i forkant av oppfølgingssamtale (Borger.dk, 2024d).	Normalt behøver arbeidstaker ingen legeerklæring. Men etter 6 uker med sykefravær evalueres arbeidsevnen til arbeidstaker av tilknyttet bedriftslege eller bedriftshelsetjeneste
Oppfølging (arbeidsgiver eller offentlig oppfølging)	Sykmeldte som er arbeidstakere får oppfølging fra arbeidsgiver. Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, i henhold til arbeidsmiljøloven § 4-6, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Planen skal være klar senest når arbeidstakeren har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i 4 uker. Unntak fra denne plikten kan gis i situasjoner der en plan åpenbart er unødvendig, for eksempel hvis den sykmeldte venter på operasjon eller omfattende behandling. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, samt aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging. Arbeidsgiver har ansvar for at planen formidles til sykemelder så snart den er	Arbeidsgiver har en tilretteleggingsplikt, som skal være tilpasset medisinsk rehabilitering. Hvis det forventes å ta mer enn 60 kalender-dager før den ansatte er helt tilbake i arbeid, er arbeidsgiver forpliktet til å utarbeide en plan for tilbakeføring til arbeid – en rehabiliteringsplan – senest på kalenderdag 30. Dette dokumentet skal fungere som en handlingsplan for den ansattes tilbakeføring og beskrive hvilke tiltak som er planlagt og hvorfor. Planen skal så langt det er mulig utvikles i samråd med den sykmeldte. Dersom den sykmeldte ikke kan delta før dag 30, utsettes planleggingen (Försäkringskassan, 2024i).	Mulighetserklæring fylles ut av arbeidsgiver og sykmeldte i samarbeid innen 4 uker (hvis arbeidsgiver ønsker) Mulighetserklæring er en legeerklæring som skal fylles ut av arbeidsgiver og sykmeldte for å avklare hvilke oppgaver som kan gjøres på tross av sykdom Legen fyller ut del 2 av mulighetserklæringen og gir medisinsk faglig vurdering Kommunen skal kalle inn til oppfølgingssamtale innen 8 uker for å kartlegge behov for å komme tilbake til arbeid (Borger.dk, 2024d).	Etter at arbeidstaker har vært sykemeldt i fire uker, er arbeidsgiver forpliktet til å begynne på en plan for retur til arbeid. Arbeidsgiver må jobbe kontinuerlig med denne planen så lenge arbeidstakeren er ansatt. Arbeidsgivere har et ansvar for å rapportere ansattes sykefravær til tilknyttet bedriftslege eller bedriftshelsetjeneste. Endt sykefravær må også meldes innen 2 dager (merk at det ikke er 2 virkedager) Etter 6 uker vil den ansatte ha en samtale med tilknyttet bedriftslege eller bedriftshelsetjeneste, som resulterer i en evaluering av arbeidsevnen til den ansatte. Etter 8 uker med sykefravær skal arbeidsgiver og arbeidstaker sammen sette opp en handlingsplan, og fastsette vilkår for tilbakeføring.

	utarbeidet, og senest etter fire uker. Hvis arbeidstaker er helt borte fra arbeidet skal arbeidsgiver senest innen syv uker, med mindre det er åpenbart unødvendig, innkalle arbeidstaker til et dialogmøte om oppfølgingsplanen. For arbeidstakere som er delvis borte fra arbeidet avholdes et slikt møte hvis det anses som hensiktsmessig.	Etter at arbeidstakeren har vært sykemeldt $\frac{3}{4}$ av et år må arbeidsgiver melde inn arbeidstakeren som langtidssykemeldt til staten. Dette må skje innen 42 uker. Etter 52 uker må arbeidsgiver og arbeidstaker evaluere situasjonen og vurdere mulighet for tilbakeføring. Etter 88 uker med sykefravær vil arbeidstaker få et brev om søknad om statlig finansiert ufør ytelse. Nye evalueringer ved uke 91 og innsending av evaluering til staten ved uke 93 (UWV, 2024i). Er man arbeidsledig er man forpliktet til å rapportere til statlig forvaltning, UWV. Da vil man også bli fulgt opp av en lege og tilbake-til-arbeid veileder. Til oppsatte tidspunkt (UWV, 2024b)
Utvikling	2008: regjeringen implementerte slutt punkt for rettighet til sykepenger (reversert i 2016), strengere vurdering av arbeidsevne gjennom rehabiliteringskjeden Pandemi: midlertidige endringer som blir permanente. Rehabiliteringskjeden. Initiativ for reform fra 2018 Permanente endringer: utvidet mulighet til å utsette avklaring mot «normalt arbeid» som skjer etter 180 dager, avklaring kan gjøres mot gammel jobb heller enn «normal	Mindre debattert enn dagpenger DA (confederation of Danish Employers) (interesseorganisasjon for private arbeidsgivere) har vært opptatt av sykepengekostnader og hvordan dette påvirker arbeidstilbud I 2014 ble maksimal varighet redusert fra 52 til 22 uker, ingen endringer siden 2014 (Bengtsson, et al., 2024)

jobb» Inntektstak hevet fra 8 til 10 pb
fra 2022.

Tabell 9-6: Midlertidige og delvis uføreytelser

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Ytelser	Arbeidsavklaringspenger	Aktivitetsersättning	Ressourceforløbsytelse Fleksjobb	Delvis uførestønad (WGA)
Vilkår	Det er et vilkår for rett til arbeidsavklaringspenger at medlemmet i minst fem år umiddelbart før krav om ytelsen settes fram, har vært medlem i folketrygden. Det er et vilkår for rett til arbeidsavklaringspenger at medlemmet har fått arbeidsevnen nedsatt med minst halvparten. Sykdom, skade eller lyte må være en vesentlig medvirkende årsak til den nedsatte arbeidsevnen. Det er et vilkår for rett til AAP at medlemmet bidrar aktivt i prosessen med å komme i arbeid.	Ytelse for personer under 30år med nedsatt arbeidsevne, og som ikke vil kunne arbeide heltid i minst ett år. Man må sende inn en legeerklæring (Försäkringskassan, 2024c).	Overgang til jobbavklaringsforløb etter 22 uker med sykepenger. I jobbavklaringsforløb mottar man ressourceforløbsytelse på kontakthjelpsnivå (Borger.dk, 2024c). Fleksjobb er som utgangspunkt midlertidig og innvilges for fem år av gangen. Dersom man er over 40 år og har fullført én periode med fleksjobb kan man få innvilget varig fleksjobb. Vilkår for fleksjobb inkluderer at man har varig nedsatt arbeidsevne. Jobbsenteret i kommunen avgjør om fleksjobb skal innvilges, etter anbefaling fra et rehabiliteringsteam.	Ytelse for personer som kan arbeide i en viss grad, enten nå eller i fremtiden. Det forventes at du kommer tilbake til arbeid etter hvert, selv om det ikke er heltid. Ansatte under pensjonsalder som fortsatt ikke er i stand til å arbeide som før etter to år med sykelønn. Krever vurdering av lege ansatt av sosialforsikringen, kan også kreve vurdering av arbeidsevne (UWV, 2024d). Minimum 35% nedsatt arbeidsevne etter 2 år som meldt syk (Business.gov.nl, 2024). Tre stønader: inntektsavhengig, inntektssupplerende, oppfølgingsstønad (UWV, 2024e).
Maksimal varighet og finansieringsansvar	AAP finansieres av staten. AAP innvilges for ett år av gangen, i inntil tre år. Det er også mulig i enkelte tilfeller å forlenge AAP-perioden med to år.	Man kan få innvilget støtte for 1-3 år av gangen. Statlig finansieringsansvar. (Försäkringskassan, 2024c)	Maksimal varighet for ressursforløpsytelse er 2 år. Dersom man fortsatt har nedsatt arbeidsevne etter dette, kan man få innvilget et nytt jobbavklaringsforløp (Borger.dk, 2024c).	Ingen øvre grense, men nivået på utbetalingen og betingelsene varierer. Se neste rad.

			Fleksjobb innvilges for fem år av gangen. Etter man har fylt 40 år og fullført en periode med fleksjobb, kan man få innvilget varig fleksjobb.	
Erstatningsnivå	Grunnlaget for beregningen av AAP fastsettes ut fra medlemmets pensjonsgivende inntekt, i året før arbeidsevnen ble nedsatt med minst halvparten. Grunnlaget for beregningen skal likevel fastsettes ut fra gjennomsnittet av den pensjonsgivende inntekten i de tre siste kalenderårene før samme tidspunkt dersom dette gir et høyere grunnlag. Grunnlaget kan maks settes til 6 G. AAP gis med 66 prosent av grunnlaget. Minste årlige ytelse er 2,041 ganger grunnbeløpet. For medlem under 25 år er minste årlige ytelse 2/3 av 2,041 ganger grunnbeløpet.	Om du har hatt et arbeidsforhold og ikke har ytelsen fra tidligere kan du få 64,7 prosent av din tidligere gjennomsnittlige inntekt de siste årene. Maksimalt kan man få 23 171 SEK før skatt hver måned (Försäkringskassan, 2024c) Har man ikke hatt et arbeidsforhold eller svært lav inntekt har man rett på en minsteytelse. Denne stiger med alder, og begynner på 11 842 SEK før skatt i måneden og er maksimalt 13 036 SEK i måneden (før skatt). Må da ha bodd i Sverige hele livet. (Försäkringskassan, 2024c) Har man ytelsen fra før, men har behov for å endre gradering vil erstatningsnivå endres Kan få særegen bostøtte ved siden av ytelsen	Ressursforløpsytelse: 16 383 danske kroner per måned for forsørgere. 12 326 danske kroner per måned dersom man ikke er forsørger. (Retsinformation, 2024) Fleksjobb: personer med fleksjobb får lønn fra arbeidsgiveren og flekslønnstilskudd fra kommunen. Samlet inntekt fra disse kan maksimalt utgjøre et nivå tilsvarende som hvis personen jobbet fulltid på arbeidsplassen. Maksimalt flekslønnstilskudd er også begrenset til 19 952 danske kroner i måneden (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2024b).	Tak på 274,44 EUR per dag (European Commission, 2024b). FASE 1: Inntektsavhengig ytelse: kvalifiserer du fra WGA har du vanligvis på denne midlertidige ordningen først (kan vare fra 3 måneder til 2 år), og er basert på tidligere inntekt, med 75 % utbetaling de første 2 månedene og 70 % etterpå. FASE 2: Det fastsettes en restarbeidsevne. Når perioden med inntektsavhengig ytelse er over, overføres mottakeren til enten oppfølgingsstønad eller lønnssupplerende ytelse, avhengig av om man utnytter sin restarbeidsevne. Oppfølgingsstønad gis til personer som ikke bruker sin restarbeidsevne, og utgjør 70 prosent av den nederlandske minstelønnen, justert etter mottakerens uføregrad. Lønnssupplementet For personer som jobber minst 50 pst. av restarbeidsevnen er kompensasjonsgraden 70 pst. av tidligere inntekt (UWV, 2024e).
Gradering	Dersom et medlem har tapt en del av arbeidsevnen, reduseres AAP slik at ytelsen svarer til den delen av	Man kan på støtte på hel- eller deltid. Deltid kan være 75, 50 eller	Ressursforløpsytelsen er på kontakthjelpsnivå og kan ikke graderes. Man fullfører derimot	Viser til raden over. Mulig å gradere, avhengig av restarbeidsevne. Vil si at

	arbeidsevnen som er tapt. Det skal alltid vurderes om medlemmet har en arbeidsevne som ikke er utnyttet.	25 prosent (Försäkringskassan, 2024c) Etter minst ett år kan man ha «hvilende» ytelse, som vil si at man kan forsøke å komme i jobb, men gå tilbake på ytelsen om det ikke fungerer. Andelen av ytelsen som blir hvilende avhenger av hvor mye man jobber. Under tiden i arbeid får man 25 prosent av den erstatningen som er hvilende skattefritt. (Försäkringskassan, 2024c). Ytelsen kan maksimalt være hvilende i to år	ulike aktiviteter i løpet av jobbavklaringsforløpet og kan motta kompensasjon for disse. Tilsvarende kan man arbeide og få lønnsinntekt som reduserer nivået på ytelsen, se under (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2024c). Fleksjobb er i seg selv en gradert ordning.	man er mellom 35 og 100% ufør, og får støtte deretter.
Avkorting mot arbeidsinntekt	Beregningen av den reduserte ytelsen skal ta utgangspunkt i forholdet mellom en arbeidstid på 37,5 timer per uke og det antall timer medlemmet har vært i eller kunne ha vært i inntektsgivende arbeid.		Ytelsen reduseres med 30 prosent av arbeidsinntekten for inntekt opp til 16 323 danske kroner i måneden. Inntekt ut over dette avkortes med 55 prosent. Personer som er ansatt og mottar lønn når jobbavklaringsforløpet begynner vil få ressursforløpsytelsen avkortet for full lønn	70%
Kilde	Folketrygdloven kapittel 11. Forskrift om arbeidsavklaringspenger	(Försäkringskassan, 2024c)	(Borger.dk, 2024d) (Borger.dk, 2024c) (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2024c) (Retsinformation, 2024)	(UWV, 2024e)

Tabell 9-7: Varige uføreytelser

Norge	Sverige	Danmark	Nederland
-------	---------	---------	-----------

Ytelse	Uføretrygd	Sjukersättning	Førtidspensjon	Varig uføretrygd (IVA) ¹²
Inngangsvilkår/målgruppe	Det er et vilkår for rett til uføretrygd at vedkommende har vært medlem i folketrygden i de siste fem årene fram til uføretidspunktet. Det er et vilkår for rett til uføretrygd at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling for å bedre inntektsevnen. Det er et vilkår for rett til uføretrygd at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte. Det er et vilkår for rett til uføretrygd at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) er varig nedsatt med minst halvparten. (med minst 40 pst. for de som kommer fra AAP).	Personer over 30 år med arbeidsevne som er varig nedsatt med minst 25 prosent. uten utsikt til bedring. Personer under 30 år med arbeidsevne som er varig nedsatt med 100 prosent, uten utsikt til bedring	Personer under 40 år kan kun i særlige tilfeller få innvilget førtidspensjon. Personer over 40 år må ha varig nedsatt arbeidsevne i så stor grad at man hverken kan stå i vanlig jobb eller i fleksjobb. Kommunen vurderer om man får innvilget førtidspensjon og man må som regel ha fullført ressursforløpsytelse i forkant	Om du kvalifiserer for denne ytelsen forventes det ikke at man returnerer i arbeid hverken nå eller senere. Uføre med tidligere arbeidsinntekt. Arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 80 prosent
Erstatningsnivå	Uføretrygd utbetales som 66 prosent av beregningsgrunnlaget som maks kan være 6 G. Minste ytelse er 2,329 G for gifte/samboende og 2,529 G for enslige. Unge uføre (uføretidspunkt før 26 år) kan fra de fyller 20 år få minsteytelse på 2,709 G for gifte/samboende og 2,959 G for enslige dersom sykdommen mv. er alvorlig og klart dokumentert..	Om du har arbeidet tidligere kan du 64,7 prosent av din gjennomsnittlige inntekt de siste årene. Du kan maksimalt få 23 171 SEK før skatt per måned, og er garantert minst 13 275 SEK før skatt per måned. Er du imidlertid under 30år gjelder andre minstebeløp. Minstebeløpet for de under 30 øker med alderen, og strekker seg fra 11 842 SEK per måned til 13 036 Sek per måned (før skatt) (Försäkringskassan, 2024h)	Enslige kan få 20 370 danske kroner per måned. Gifte eller samboere kan få 17 315 danske kroner per måned. Nivået kan bli redusert dersom en i husstanden har inntekter over en viss størrelse, ved siden av førtidspensjonen.	75% av tidligere inntekt. Tak på 274,44 EUR per dag (European Commission, 2024e).
Gradering	Det skal fastsettes en uføregrad ved å sammenligne inntektsevne før og etter uførhet. Dersom personen har tapt hele inntektsevnen, skal uføregraden settes til 100 prosent. Dersom personen har tapt en del av inntektsevnen, skal uføregraden	Kan ytelse med 25,50 eller 75 prosent gradering. Etter minst ett år kan man ha «hvilende» ytelse, som vil si at man kan forsøke å komme i jobb, men gå tilbake på ytelsen om det ikke fungerer. Andelen av ytelsen	Ytelsen kan ikke graderes, men avkortes dersom man har inntekt. Avkortingsreglene avhenger av om man er enslig, gift/samboer med en pensjonist eller	Nei, men WGA er mulig

¹² Wajong er en ytelse for unge uføre, som ikke er i stand til å jobbe nå eller i fremtiden. Får maksimalt 75% av minimumslønn,

	svare til den delen av inntektsevnen som er tapt. Uførheten graderes i trinn på fem prosentpoeng. Det skal alltid vurderes om uføregraden skal settes lavere enn 100 prosent. . Inntekt før uførhet fastsettes til personens normale årsinntekt i full stilling før uføretidspunktet. uføretidspunktet til grunn. Inntekt før uførhet skal ikke settes lavere enn 3,3 G for personer som bor med ektefelle eller samboer, 3,5 G for enslige, eller 4,5 G for de som fyller vilkår som ung ufør.	som blir hvilende avhenger av hvor mye man jobber. Under tiden i arbeid får man 25 prosent av den erstatningen som er hvilende skattefritt (Försäkringskassan, 2024a). Ytelsen kan maksimalt være hvilende i to år.	gift/samboer med en som ikke er pensjonist. For enslige avkortes ytelsen med 30 prosent, for årlig inntekt over 86 900 danske kroner. Dersom årlig inntekt er over 901 700 danske kroner, får man ikke utbetalt førtidspensjon. For de som er gift/samboer med en pensjonist avkortes ytelsen med 15 prosent når samlet inntekt er over 138 000 danske kroner. Man får ikke ytelsen hvis samlet inntekt er over 1 523 200 danske kroner. For de som er gift/samboer med en som ikke er pensjonist, avkortes ytelsen med 30 prosent for samlet årlig inntekt over 138 000 danske kroner. Man mister utbetaling av ytelsen når samlet årlig inntekt er over 830 600 danske kroner (Borger.dk, 2024e)	
Varighet og finansiering	Varig ytelse finansiert av staten	Varig ytelse finansiert av staten	Varig ytelse finansiert av kommunen	Varig ytelse finansiert av staten
Kilde	Folketrygdloven kapittel 12.			

Vedlegg C Dokumentasjon av litteratursøk

Vedlegg C – Dokumentasjon av litteratursøk

Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden

Utført av: Tordis Korvald og Ingjerd Legreid Ødemark



Forskjellige typer litteratursøk

Universitetsbibliotekets ressursgruppe for litteratursøk

Forskerne ved OsloMet kan få støtte til forskjellige typer større litteratursøk fra bibliotekarene. Formålet med disse større litteratursøkene er ofte at resultatene skal danne grunnlag for forskjellige typer kunnskapsoppsummeringer, rapporter, søknader eller protokoller.

Det er viktig å være bevisst hvilken type litteratursøk som best ivaretar publikasjonens tiltenkte formål. En systematisk oversikt som ikke bygger på et systematisk litteratursøk, kan tenkes å trekke konklusjoner på et ufullstendig grunnlag. Ta gjerne en prat med en bibliotekar for å vurdere behovet i ditt tilfelle.

Systematiske litteratursøk - uttømmende

Målet med et systematisk litteratursøk er å identifisere så mye som mulig av den relevante litteraturen for et gitt forskningsspørsmål. Med ambisjonen om å være uttømmende blir det ofte flere tusen referanser som etterfølgende skal screenes av forskeren for relevans. Søkene egner seg for grundige systematiske oversikter, scoping reviews og kunnskapsoppsummeringer.

Eksempel på søkets omfang: Du går gjennom 5500 artikkelreferanser og ender med å inkludere 14.

Systematiske litteratursøk – forenklet

Målet med et forenklet systematisk litteratursøk er ikke å identifisere all relevant litteratur, men en høy andel av den relevante litteraturen. Samtidig er ønskelig å holde mengden av irrelevant litteratur på et minimum. Her er det viktig å være bevisst valgene av metodologiske snarveier for å påvirke resultatenes representativitet minst mulig. Søkene kan egne seg for forenklete oversiktsartikler og kunnskapsoppsummeringer, som eksempelvis: rapid review.

Eksempel på søkets omfang: Du går gjennom 2100 referanser og ender med å inkludere 12.

Innledende litteratursøk til protokoller, søknader eller lignende

Målet med et litteratursøk til protokoller, søknader eller lignende kan være å avklare om kunnskapsoppsummeringer på samme tema/forskningsspørsmål allerede er utarbeidet, kartlegge sentrale rapporter, identifisere høyt siterte publikasjoner, danne seg et inntrykk av mengden av forskningen publisert innen samme tema/forskningsspørsmål, blant annet.

Slike litteratursøk vil ofte generere færre resultater som må gjennomgå. De blir tidvis kalt «scoping-søk», men er ikke det samme som litteratursøk til en scoping review.

1. Spesifisering av oppdraget

Kontaktperson 1:	Axel West Pedersen
Fakultet/avdeling:	NOVA/ SVA
E-post:	axelpe@oslomet.no
Telefonnummer:	
Kontaktperson 2:	Anne Skevik Grødem
Fakultet/avdeling:	NOVA/ SVA
E-post:	anne.s.grodem@oslomet.no
Telefonnummer:	
Prosjektnavn:	Områdegjennomgang av helserelaterte ytelsene i folketrygden
Publikasjonstype:	Kunnskapsoppsummering til rapport
Tidsrom:	01.09. – 10.10.2024

Type søk/Søkeløp:	
Databaser:	Web of Science, Embase, PsycInfo, Applied social sciences index & abstracts(ASSIA), SocIndex, EconLit, Oria, Danmarks forskningsportal, SwePub, Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Google Scholar
Søkeelement 1:	Helserelaterte ytelser, som sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd o.l.
Søkeelement 2:	Yrkesdeltakelse, arbeidsliv, og ulike uttrykk for frafall, rehabilitering, ekskludering og inkludering i arbeidslivet, regelverk, insentiver, utdanning m.m.
Søkeelement 3:	Forhold i Norge, Skandinavia, samt Nederland
Tidsavgrensning:	2010-2024, med unntak av suppleringsøk i Google Scholar som har tidsavgrensning på 2015-2024.
Språk:	Ingen avgrensning
Studiedesign:	Ingen avgrensning
Kjente studier:	<i>[Noter referanser til relevante studier som er kjent fra før]</i>
Ønskede leveranser:	Komplett dokumentasjon i form av søkehistorikker, loggtekst, referansene samlet i EndNote-bibliotek

2. Utvikling av litteratursøket

Strategien for litteratursøket ble utviklet av to universitetsbibliotekarer i samarbeid med forskere i leverandørteamet. Samarbeidet har foregått i møter og e-postkorrespondanse der vi har sett på eksempler og konsekvenser av ulike valg. Forskerne har også vurdert konsekvensene av ulike valg ved å analysere trefflistene fra testsøk, før endelige avgjørelser har blitt tatt. Forskerne oversendte oss tidlig i prosessen et knippe sentrale artikler som ble brukt for å finne flere relevante søkeord. På bakgrunn av dette, og med innspill fra forskerne, ble det i samarbeid bygget opp en søkeordstabell. I innledende fase ble det gjort testsøk i Web of Science og SocIndex som forskerne ble presentert for. Etter testsøk ønsket forskerne at noen søkeord ble trukket fra og andre lagt til.

Ved utvikling av søkestrategier til ulike typer kunnskapsoppsummeringer etterstrebes alltid en god balanse mellom presisjon og sensitivitet. For dette prosjektet har balansen endt opp et sted mellom et uttømmende og et forenklet søk til systematiske oppsummeringer, som beskrevet i leveransedokumentets side 1. Prosjektets tematikk er både bred og tverrfaglig, noe som gjør det utfordrende å formulere veldig spissede søk. Denne bredden gjør også at det er vanskelig å sikre at trefflistene er uttømmende. Derfor vil det finnes relevante publikasjoner som ikke er identifisert i søkene, men også relativt mye av det vi kaller «støy», det vil si publikasjoner som treffer på søkekriteriene, men likevel er irrelevante. Se også avsnitt om begrensninger ved søket med søket.

2.1 Databaser

Gjennomgang av forskning og publikasjoner om helserelaterte trygdeytelser i Norge, Skandinavia og Nederland favner tematisk bredt. Det er utført søk i Web of Science for å fange de tverrfaglige publikasjonene. For å dekke ulike fagaspekt ved tematikken er Embase benyttet for å dekke den helsefaglige litteraturen, PsycInfo for publikasjoner om psykisk helse og arbeidsinkludering, mens EconLit er søkt i for å finne mer av det økonomiske perspektivet i tematikken. Både Applied social sciences index & abstracts (ASSIA) og SocIndex dekker ytterligere samfunnsvitenskapelige og sosialfaglige perspektiver. I tillegg har vi utført suppleringsøk i Oria, Danmarks forskningsportal, SwePub, Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Google Scholar. Både i Oria, BASE og Google Scholar har vi søkt med norske ord og uttrykk for å fange publikasjoner på norsk språk som gjerne ikke er indeksert i de internasjonale databasene.

2.2 Søkeelementer

Problemstillingen ble analysert og strategien endte opp med å inneholde disse tre elementene:

1. Helserelaterte ytelser, sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd.
2. Yrkesdeltakelse, arbeidsliv, og ulike uttrykk for frafall, rehabilitering, ekskludering og inkludering i arbeidslivet, regelverk, insentiver, utdanning m.m.
3. Norge, Skandinavia, Norden, Nederland

Hvert element er bygget opp med både emneord og tekstord som søkeord. Disse kombineres med OR. Deretter kombineres de ulike elementene med AND. Det betyr at ett eller flere ord innen alle disse elementene må forekomme i tittel, sammendrag, forfatterens nøkkelord eller emneord på en referanse, for at artikkelen skal bli inkludert i trefflisten. Kun i de databasene som har kontrollerte emneordslister, har vi benyttet slike, dvs i Embase, PsycInfo, og SocIndex. I EconLit og ASSIA er emneordslistene gjennomgått for aktuelle termer, men ikke benyttet direkte i søkene, feltene for emneord er likevel dekket av tekstordsøk.

2.3 Begrensninger ved litteratursøket

Søket er generelt formulert, slik at publikasjoner der for eksempel arbeidsavklaringspenger og konkrete tiltak opptrer, som for eksempel jobbtrening eller lønnstilskudd, men ingen av generelle søkeordene som for eksempel arbeid, forvaltning, lover, aktivering, insentiv er nevnt, vil publikasjonen ikke identifiseres av søket. På grunn av dette vil det kunne finnes publikasjoner som ikke identifiseres av søket. Som supplerende grep anbefales sjekk av referanselister, siteringssøk og manuelle gjennomganger relevante tidsskrift.

2.4 Resultater

Det har blitt utført dublettsjekk i EndNote med EndNotes automatiske funksjon for dublett fjerning med parametrene Title, Author, Year og Volume. Det finnes mange åpenbare dubletter etter denne prosessen på grunn av ulikheter i måten databasene setter opp informasjonen i de nevnte feltene, spesielt for feltene forfatternavn og årgang. Vi anbefaler at det gjøres manuell gjennomgang med sortering på for eksempel tittel for å fjerne flere dubletter før screeningprosessen settes i gang.

<i>Databaser</i>	<i>Antall treff</i>
<i>Web of Science, Core collection</i>	2512
<i>EMBASE via Ovid</i>	2720
<i>PsycINFO via Ovid</i>	864
<i>ASSIA via ProQuest</i>	411
<i>SocIndex via EBSCO</i>	149
<i>EconLit via EBSCO</i>	254
<i>Oria</i>	274
<i>SwePub</i>	204
<i>Danmarks Forskningsportal</i>	176
<i>Google Scholar</i>	100
<i>BASE</i>	123
<i>Total med dubletter</i>	7870
<i>Total uten dubletter</i>	6991

2.5 Referanser

Referansene leveres i et komprimert EndNote-bibliotek, som en enlx-fil. Merk at denne bør legges i ønsket mappe før den åpnes, for å unngå at den pakker seg ut i en tilfeldig nærmeste mappe ved åpning (Pedersen_Trygdeytelser_2024).

3. Søkehistorikk

Database: Web of Science, Core Collection (Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Arts & Humanities Citation Index, Emerging Sources Citation Index)

Dato: 01.10.2024

Avgrensninger: 2010-2024

Antall treff: 2512

Search		Results
1	TS=((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical)	5,236

	NEAR/1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*)))	
2	TS=(((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) NEAR/1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")	38,896
3	#2 OR #1	43,393
4	TS=(((work* OR job OR occupation*) NEAR/1 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation))	9,013,431
5	TS=((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch))	521,681
6	#5 AND #4 AND #3	3,255
7	#6 2010-01-01 – 2024-31-12	2,512

Database: Embase <1974 to 2024 September 30>

Dato: 01.10.2024

Avgrensninger: År 2010-2024

Antall treff: 2720

#	Searches	Results
1	medical leave/	9260
2	disability insurance/ or national health insurance/ or public health insurance/	20666
3	vocational rehabilitation/	9038

4	((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") and (Health or ((sick or disab* or medical) adj2 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))).tw,kw,kf.	6730
5	((((Sick* or "health related" or disab* or medical or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) adj2 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) or "vocational rehab*" or "occupational rehab*").tw,kw,kf.	43638
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	77273
7	return to work/	10823
8	absenteeism/	20741
9	work capacity/ or work disability/ or work resumption/ or work environment/ or work participation/	57498
10	employment/ or unemployment/	108023
11	NEET status/	58
12	return to work/	10823
13	supported employment/	698
14	employability/	1923
15	vocational rehabilitation/	9038
16	law/	99124
17	education/	504459
18	school dropout/	735
19	((((work* or job or occupation*) adj2 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* or re-entry or reentry or ability or capabilit* or capacit* or environment* or condition*)) or employment or employed or employabilit* or unemploy* or reemploy* or "re-employ*" or retraining or re-education or labour or labor or rtw or "return* to work" or "back to work" or retraining or re-education or "Individual placement and support" or NEET or "Not in Education, Employment, or Training" or "wage subsid*" or "salary subsid*" or incentive* or absenteeism or presenteeism or "vocational rehab*" or "occupational rehab*" or regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* or education or school or activation).tw,kw,kf.	5492860
20	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	5805027
21	(Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch).tw,kw,kf.	424378
22	6 and 20 and 21	3872
23	limit 22 to yr="2010 -Current"	2720

Database: APA PsycInfo <1806 to September 2024 Week 4>
Dato: 01.10.2024
Avgrensninger: År 2010-2024
Antall treff: 864

#	Searches	Results
1	Employee Health Insurance/	256
2	Employee Leave Benefits/	1682
3	Vocational Rehabilitation/	6515
4	((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") and (Health or ((sick or disab* or medical) adj2 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))).tw.	1244
5	((((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) adj2 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) or "vocational rehab*" or "occupational rehab*").tw.	13223
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	17834
7	employability/ or Unemployment/ or working conditions/ or Employee Absenteeism/	36477
8	disability evaluation/	785
9	Reemployment/ or return to work/ or work resumption/	2041
10	monetary incentives/	1982
11	supported employment/ or work adjustment training/	1920
12	Vocational Rehabilitation/	6515
13	Laws/ or enactments/	20413
14	education/ or school dropout/	49850
15	((((work* or job or occupation*) adj2 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* or re-entry or reentry or ability or capabilit* or capac* or environment* or condition*)) or employment or employed or employabilit* or unemploy* or reemploy* or "re-employ*" or retraining or re-education or labour or labor or rtw or "return* to work" or "back to work" or retraining or re-education or "Individual placement and support" or NEET or "Not in Education, Employment, or Training" or "wage subsid*" or "salary subsid*" or incentive* or absenteeism or presenteeism or "vocational rehab*" or "occupational rehab*" or regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* or education or school or activation).tw.	1414830
16	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	1437580
17	(Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch).tw.	90084
18	6 and 16 and 17	1200
19	limit 18 to yr="2010 -Current"	864

Database: Applied Social Sciences Index & Abstracts (ASSIA) via Proquest
Dato: 01.10.2024
Avgrensninger: 2010-2024
Antall treff: 411

#	Search	Results
1	noft(("social security" OR "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health OR ((sick OR disab* OR medical) NEAR/1 (person* OR leave OR listed OR worker* OR absence OR employee* OR individual*))))	1353
2	noft((((Sick* OR "health related" OR medical OR disab* OR impair* OR "work assessment" OR (work N/0 capa*) OR "work ability" OR rehab*) NEAR/1 (pay* OR grant* OR benefit* OR insurance* OR allowance* OR pension* OR compensation* OR leave OR listed OR absence)) OR "vocational rehabilitation" OR "occupational rehabilitation"))	4267
3	<u>[S1] OR [S2]</u>	5469
4	noft((((work* OR job OR occupation*) N1 (indclud* OR exclud* OR inclus* OR exclusion* OR integrat* OR participat* OR adjustment* OR resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* OR capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR (wage N/0 subsid*) OR (salary N/0 subsid*) OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehabilitation" OR "occupational rehabilitation" OR regulation* OR rules OR law OR act OR acts OR directive* OR legislation* OR enactment* OR education OR School OR activation))	529 089
5	<u>[S3] AND [S4]</u>	3395
6	<u>noft((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch))</u>	106 393
7	<u>[S5] AND [S6]</u>	629
8	<u>S5] AND [S6]</u> Limits applied	411

Database: SocINDEX via EBSCOhost

Dato: 01.10.2024

Avgrensninger: 2010-2024

Antall treff: 149

#	Query	Results
S1	DE "DISABILITY recipients" OR DE "WELFARE recipients"	855
S2	DE "VOCATIONAL rehabilitation" OR DE "OCCUPATIONAL rehabilitation"	901
S3	DE "SICK leave"	462
S4	TI ((((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))) OR AB ((((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))) OR KW ((((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))) OR SU ((((("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or	2,745

	disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*)))))	
S5	TI ((((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")) OR AB ((((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")) OR KW ((((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")) AND SU ((((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*"))	5,190
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	8,933
S7	(DE "EMPLOYMENT") OR (DE "SUPPORTED employment" OR DE "EMPLOYMENT of people with disabilities")	25,640
S8	DE "EMPLOYMENT of school dropouts"	50
S9	DE "YOUNG people not in education, employment, or training"	37
S10	DE "EMPLOYMENT of welfare recipients" OR DE "EMPLOYABILITY"	1,103
S11	DE "JOB absenteeism"	839
S12	DE "VOCATIONAL rehabilitation" OR DE "OCCUPATIONAL rehabilitation"	901
S13	DE "LAW"	10,561
S14	DE "SICK leave laws"	52
S15	DE "EDUCATION"	62,133
S16	DE "SCHOOL dropouts"	1,414
S17	TI ((((work* OR job OR occupation*) N1 (inclus* or exclusion or includ* or exclud* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation)) OR AB ((((work* OR job OR occupation*) N1 (inclus* or exclusion or includ* or exclud* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR	988,192

	capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation)) OR KW ((((work* OR job OR occupation*) N1 (inclus* or exclusion or includ* or exclud* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation)) OR SU ((((work* OR job OR occupation*) N1 (inclus* or exclusion or includ* or exclud* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation))	
S18	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	988,192
S19	S6 AND S18	5,693
S20	TI ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch)) OR AB ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch)) OR KW ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch)) OR GE ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch))	54,089
S21	S19 AND S20	340
S22	S19 AND S20 Limiters - Publication Date: 20100101-20241231 Search modes - Proximity	149

Database: EconLit via Ebscohost
Dato: 01.10.2024
Avgrensninger: 2010-2024
Antall treff: 254

#	Query	Results
S1	TI (("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))) OR AB (("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*))))) OR SU (("social security" or "Norwegian Labour and Welfare Service") AND (Health or ((sick or disab* or medical) N1 (person* or leave or listed or worker* or absence or employee* or individual*)))))	3,132
S2	TI (((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")) OR AB (((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*")) OR SU (((Sick* or "health related" or medical or disab* or impair* or "work assessment*" or "work capa*" or "work ability" or rehab*) N1 (pay* or grant* or benefit* or insurance* or allowance* or pension* or compensation* or leave or listed or absence)) OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*"))	2,857
S3	S1 OR S2	5,643
S4	TI ((((work* OR job OR occupation*) N1 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation))) OR AB ((((work* OR job OR occupation*) N1 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or	732,142

	act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation)) OR SU ((((work* OR job OR occupation*) N1 (includ* or exclud* or inclus* or exclusion* or integrat* or participat* or adjustment* or resumption* OR re-entry OR reentry OR ability OR capabilit* or capacit* OR environment* OR condition*)) OR employment OR employed OR employabilit* OR unemploy* OR reemploy* OR "re-employ*" OR retraining OR re-education OR labour OR labor OR rtw OR "return* to work" OR "back to work" OR retraining OR re-education OR "Individual placement and support" OR NEET OR "Not in Education, Employment, or Training" OR "wage subsid*" OR "salary subsid*" OR incentive* OR absenteeism OR presenteeism OR "vocational rehab*" OR "occupational rehab*" OR regulation* or rules or law or act or acts or directive* or legislation* or enactment* OR education or School OR activation))	
S5	TI ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch)) OR AB ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch)) OR SU ((Norway or Norwegian or Nordic or Scandinavia* or Denmark or Danish or Sweden or Swedish or Netherlands or Dutch))	42,802
S6	S3 AND S4 AND S5 Limiters - Publication Date: 20100101-20241231 Search modes - Proximity	254

Database: ORIA

Dato: 02.10.2024

Avgrensninger: 2010-2024

Antall treff: 274

Norske fagbibliotek, avansert søk, alle felt, inkluder materiale ditt bibliotek ikke har tilgang på.

(Uføretrygd OR Sykepengen OR sjukepengar OR sykelønn OR sjukeløn OR Arbeidsavklaringspenge OR ((helse relaterte) AND (ytelser OR trygdeytelser OR ytingar OR trygdeyttingar)) OR Sykefravær OR sjukefråver OR Sykemeld* OR sjukemeld* OR sjukmeld* OR ((Helse OR syk* OR sjuk) AND NAV))

AND

(Arbeid* OR Jobb OR Yrkesdeltakelse OR yrkesdeltaking OR sysselsetting* OR Yrkesrettet OR yrkesretta OR Restarbeidsevne OR Aktivering OR Regelverk OR Regler OR Regulering OR lov* OR Forvaltning OR Diagnose* OR Medikalisering OR Insentiv* OR Avkorting OR Minsteytelse OR minsteyting OR Opptjening OR Aktivitetskrav OR Omskolering OR Utdanning OR skole OR skule)

Database: Danmarks Forskningsportal

Dato: 02.10.2024

Avgrensninger: Ingen tidsavgrænsning, da databasen begynner på år 2011

Antall treff: 176

Basic Search

Title, Abstract, Keyword: Førtidspension* OR Fleksjob OR Sygedagpenge OR "løn under sykdom" OR "Beskæftigelses-rettet indsats" OR Ressourceforløp OR Jobafklaringsforløp OR Revalidering* OR Jobafklaringsydelse OR Sygefravær OR Sygemelding OR Sygemeldt

AND

Title, Abstract, Keyword: Arbejd* OR Job OR Erhvervsdeltagelse OR erhvervsbeskæftigelse OR Erhvervsrettet OR Resterhvervsevne OR Regler OR Regulering OR Lov* OR Forvaltning OR Diagnose OR Medikalisering OR Incentiver OR Incitament OR Afkortning OR Mindsteydelse OR Optjening OR Aktivitetskrav OR Omskolering OR Uddannelse OR Skole*

Database: SwePub
Dato: 02.10.2024
Avgrensninger: 2010-2024
Antall treff: 204

(Sjokersättning OR Aktivitetsersättning OR Sjukpenning OR Rehabiliteringsersättning OR Sjukfrånvaro OR Sjukskrivning OR Sjukskriven or Rehabilitering OR ((Hälsa OR Ohälsa) AND (Forsäkringskassan OR Sjukforsäkringen))) AND (Arbet* OR Jobb OR Sysselsättning OR aktivitetsförmåttredning OR Aktivering* OR Regelverk OR Regler OR Reglering OR Lag* OR förvaltning OR administration OR Diagnos OR Medikalisering OR Incitament OR Inkomstprövning OR Grundersättning OR Intjänande OR Aktivitetskrav OR Omskolning OR Utbildning OR skol*)

Database: Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
Dato: 02.10.2024
Avgrensninger: 2010-2024 Dokumenttyper: Book, book section, article contriubution, review, report, og doctoral thesis.
Antall treff: 123

Utført i advanced search, limt inn i ett i All fields.

(Uføretrygd OR sykepenger OR arbeidsavklaringspenger OR sykelønn OR "helserelaterte trygdeytelser" OR sykefravær) AND (avkorting OR arbeid OR yrke OR sysselsetting OR regelverk OR nav OR skole OR utdanning OR forvaltning OR aktivering OR diagnose OR insentiver OR medikalisering OR restarbeidsevne)

Database: Google scholar via Harzing's Publish or Perish
Dato: 02.010.2024
Avgrensninger: 2015-2024
Antall treff: De 100 første med Google scholars relevansrangering

uføretrygd|sykepenger|arbeidsavklaringspenger|sykelønn|"helserelaterte trygdeytelser"|sykefravær
avkorting|arbeid|yrke|sysselsetting|regelverk|nav|skole|utdanning|forvaltning|aktivering|diagnose|i
nsentiver|medikalisering|restarbeidsevne|oppfølging

Vedlegg D Beskrivelse av litteraturgjennomgang i kunnskapsoppsummeringen

Manuell gjennomgang av grålitteratur og kjent fagfellevurdert litteratur

For å benytte tiden effektivt startet arbeidet med en manuell gjennomgang av eksisterende forskning, inkludert både fagfellevurdert forskning og grålitteratur. Dette arbeidet baserte seg på følgende kilder:

- Forskningsartikler og rapporter vi allerede var kjent med som var relevante for oppdragets problemstillinger.
- Rapporter finansiert av og omtalt på nettsidene til Arbeids- og inkluderings-departementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Rapporter publisert på nettsidene til sentrale forsknings- og utredningsmiljø, med vekt på norske miljø.
- Rapporter og artikler foreslått av Prosjektgruppen for områdegjennomgangen..

Arbeidene kartlagt i denne fasen ble inkludert og beskrevet dersom de var relevante for å besvare problemstillingene i oppdraget.

Gjennomgang av studier fra det systematiske litteratursøket

Søkestrategien ble utviklet i samarbeid med universitetsbibliotekarer ved OsloMet. Vedlegg C, «Dokumentasjon av litteratursøk», dokumenterer prosessen med utarbeidelsen av søket og resultatene derfra.

Bibliotekarens søk returnerte 7 870 dokumenter, som ble redusert til 6991 etter sjekk med programmets automatiske funksjon for dublettfjerning. Vi gjennomgikk materialet og gjorde en grundig, manuell, dublettsjekk. Etter dette sto vi igjen med 4 835 treff.

Inklusjonskriteriene for søket er utfyllende beskrevet i dokumentasjonsrapporten fra OsloMet. De inkluderte studiene ble lastet opp i Rayyan og vurdert manuelt. Vi la følgende eksklusjonskriterier til grunn:

- Smalere definert forskning: Studier med svært spesifikt fokus ble utelukket. Dette inkluderte beskrivende studier av sykefravær, trygdemottak eller arbeidsmarkeds-deltakelse for personer med svært spesifikke diagnoser som kneskader, eksem eller schizofreni.
- Intervensjonsanalyser: Analyser av intervensjoner, som tiltak knyttet til arbeidsmiljø og ergonomi, ble kun inkludert dersom de var direkte relevante for helse og arbeid.
- Andre typer ytelser: Forskning som primært omhandlet andre typer ytelser, som sosialhjelp og ledighetstrygd, ble ekskludert.
- Pandemien: et lite antall studier så primært eller utelukkende på tilpasninger eller endringer som følge av COVID-19-pandemien, for eksempel hvordan oppfølgingsarbeidet ble endret som følge av krav om smittevern og sosial distansering. Disse ble ekskludert med mindre de presenterte åpenbart relevante innsikter.

I vurderingen av relevante artikler så vi først og mest systematisk på resultater publisert i 2019 eller senere. Dette ble gjort av flere hensyn:

- Mange endringer er gjennomført i forvaltning, rutiner og regelverk i løpet av perioden etter 2010. De eldre studiene vil i mange tilfeller beskrive utfordringer og barrierer som ikke lenger er gjeldende. Et fokus på nyere forskning, bidrar til at analysen er tilpasset de nåværende forhold og gir mer aktuelle og anvendelige innsikter.
- Sysselsettingsutvalgets rapporter oppsummerer i mye av den relevante forskningen publisert før 2019 (NOU 2019: 7; NOU 2021: 2). Mange av studiene Sysselsettingsutvalgets rapporter er også inkludert i vår delrapport.
- Fagfellevurdering og publisering av forskning er tidkrevende prosesser. Forskning publisert i et gitt år er gjerne skrevet ett til to år tidligere, og baserer seg på data innsamlet/registrert flere år før det igjen. Forskning publisert de første årene etter 2010 vil altså med relativt stor sannsynlighet beskrive tilstander som var gjeldende før 2010, som er satt som nedre tidsmessig avgrensning for denne område-gjennomgangen. Ved å fokusere på nyere studier, reduserer vi risikoen for at dataene er utdaterte og sikrer at funnene er mer relevante for dagens kontekst.

Likevel, det å ekskludere eldre forskning fullstendig ville gitt stor risiko for å overse relevante funn for dagens kontekst. Vi har derfor søkt etter og inkludert en rekke studier fra før 2019. For studier fra før 2019 ble det gjort

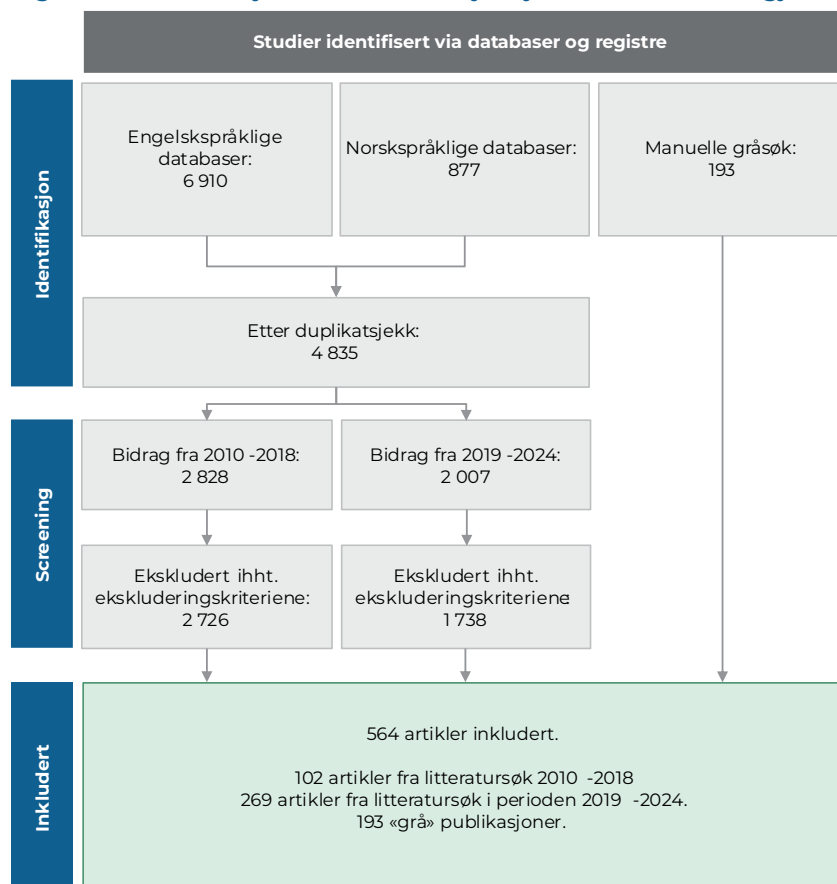
spissede søk i trefflistene for å identifisere relevante bidrag. I tillegg har vi inkludert studier som er kjent fra andre sammenhenger og gråliteratur, og gjennomført enkeltsøk for å sikre et så komplett grunnlag som mulig. Til sammen inneholder første delrapport 135 referanser til forskning fra før 2019 og 372 referanser til perioden fra og med 2019.

Vi kategoriserte de inkluderte studier etter temaene

- Regelverk (kapittel 4)
- Navs forvaltning (kapittel 5)
- Helse og helsetjenestene (kapittel 6)
- Arbeidsmiljø, arbeidsmarked og oppvekst (kapittel 7)

Nedenfor er et PRISMA flytskjema for gjennomgangen av litteratur fra det systematiske litteratursøket.

Figur 9-15: Illustrasjon av PRISMA flytskjema for litteraturgjennomgangen



Note: Illustrasjon av Oslo Economics

Beskrivelse av kvalitetsvurderinger

På grunn av temaets bredde og den mangeartede forskningsmetodikken fungerte det ikke å kode kvalitet på en sammenliknbar måte for alle studier. Måten kvalitetsvurderingen ble gjort på, varierte derfor mellom temaene og del av arbeidsprosessen. Nedenfor beskriver vi hvordan vi har gjennomført kvalitetsvurdering av ulike studier.

I gjennomgangen av relevant litteratur som vi allerede kjente til, som ble foreslått av prosjektgruppen og gråmateriale fra forskningsmiljøer og offentlige etater – fulgte vi en tradisjonell tilnærming, der relevans og kvalitet ble vurdert løpende under arbeidet, basert på faglig skjønn. For hver studie har vi gjort en vurdering relevans og metodisk egnethet for å belyse de definerte hypotesene, som også innebar en vurdering av om det har vært åpenbare svakheter ved studiene som har betydning for tolkningen. Vi inkluderte studier og rapporter som vi anså som solide og relevante for å belyse de konkrete hypotesene, samtidig som vi påpekte svakheter der det var grunnlag for det.

Kapittel 4 oppsummerer forskning på hvilken innvirkning enkeltelementer i regelverket, som ytelsesnivå, varighet og arbeidsgivers medfinansieringsansvar, har på overganger inn i, mellom og ut av helserelaterte trygdeordninger. Her ble det lagt vekt på studier som gjennom eksperimentelle eller kvasieksperimentelle metoder identifiserer slike effekter. I gjennomgangen av resultatene fra det systematiske litteratursøket, fant vi at disse studiene var metodisk sammenliknbare nok til at det var relevant å etablere en strukturert prosess for kvalitetsvurdering med forårsaksdefinerte kriterier. Inkluderte studier fra det systematiske litteratursøket under dette temaet ble kodet etter kvalitetskriteriene:

1. Har arbeidet klart formulert(e) forskningsspørsmål/problemstilling(er)?
2. Er den metodiske tilnærmingen velegnet for å svare på forskningsspørsmål-/problemstilling(er)?
3. Er forskningsspørsmål/problemstilling(er) besvart?
4. Foreligger det (andre) åpenbare metodiske svakheter ved arbeidet?

Tabellen under gir en oversikt over artiklene som har vært gjenstand for denne kvalitetsvurderingen, samt kodingen på de fire nevnte kvalitetskriteriene. Enkelte av studiene ble ikke vurdert som relevante for vårt arbeid og disse er ikke kodet. Tema er kodet som følger: S: Sykefravær, A: AAP, U: Uføretrygd. Tallet 1 i tabellen betyr ja, 0 betyr nei.

Kapittel 5 handler om Navs forvaltning. Om dette temaet er det begrenset tilgang på fagfellevurdert forskning, selv om mye har skjedd de senere årene. I dette kapitlet har vi derfor brukt mye «grålitteratur», særlig i omtalen av bestemte prosjekter eller forsøks-ordninger. Kvaliteten på studiene som er brukt her, varierer, og gitt den begrensede tilgangen på sterke studier, har vi sitert studier vi mener er svake hvis disse er de eneste som finnes. I slike tilfeller har vi imidlertid lagt inn forbehold om at konklusjonene er basert på et lite antall kvalitative intervjuer, en survey med lav svarprosent, eller liknende. Vi har også gitt størst plass til det vi mener er gode studier.

Kapittel 6 og 7 trekker på ulike faglige tradisjoner og bruker et bredt spekter av metoder, og inkluderer studier som i liten grad er metodisk sammenliknbare. Samtidig er både helse/-helsetjenester og arbeid/arbeidsmiljø svært brede forskningsfelt, slik at den største utfordringen var å avgrense gjennomgangen til studier som var relevante for problem-stillingene i områdegjennomgangen om helserelaterte ytelser. Vi har avgrenset gjennomgangen til studier som er publisert i fagfellevurderte kanaler – og altså er kvalitets-vurdert av redaktører og fagfeller – og studier fra de fremste forskningsmiljøene i Norge. I tillegg har vi brukt eget faglig skjønn, og forkastet studier der metoden etter vår egen vurdering enten er for svak eller ikke egnet til formålet. Dette gjelder likevel et lite antall studier, det er god tilgang på solide studier på disse områdene.

Tabell 9-8: Resultater fra kvalitetsvurdering av studier som ble inkludert fra det systematiske litteratursøket, under tema for kapittel 4

Om- talt	Tittel	Forfattere	År	Tidsskrift	Har arbeidet klart formulert(e) forsknings- spørsmål- /problem- stilling(er)?	Er den metodiske tilnærmingen velegnet for å svare på forsknings- spørsmål- /problem- stilling(er)?	Er forsknings- spørsmål/- problem- stilling(er) besvart?	Foreligger det (andre) åpenbare metodiske svakheter ved arbeidet?	Tema	Fagfelle- vurdert
0	Labour market exit routes in high- and low-educated older workers before and after social insurance and retirement policy reforms in Sweden	Almroth, M. and Falkstedt, D. and Hemmingsson, T. and Albin, M. and Badarin, K. and Selander, J. and Gustavsson, P. and Bodin, T. and Thern, E. and Pan, K. Y. and Kjellberg, K.	2024	Ageing & Society					U	ja
1	Disability Benefits. Consumption Insurance. and Household Labor Supply	Autor, D. and Kostol, A. and Mogstad, M. and Setzler, B.	2019	American Economic Review	1	1	1	0	U	ja
0	The added worker effect: evidence from a disability insurance reform	Bernasconi, M. and Kantarci, T. and van Soest, A. and van Sonsbeek, J. M.	2024	Review of Economics of the Household	1	1	1	0	A	ja
1	The shifting roles of employers: at the intersection of employment and social work. A case study from Norway	Breimo, Janne Paulsen and Anvik, Cecilie Høj and Olsen, Terje	2021	Social Work & Social Sciences Review	1	1	1	0	S	ja

0	Intergenerational Spillovers in Disability Insurance	Dahl, G. B. and Gielen, A. C.	2021	American Economic Journal-Applied Economics	1	1	1	0	U	ja
1	A Burden Too Big to Bear? The Effect of Experience-Rated Disability Insurance Premiums on Firm Bankruptcies and Employment	de Groot, Nynke and Koning, Pierre	2022	Scandinavian Journal of Economics	1	1	1	0	U	ja
1	Incentive Effects of Cash Benefits among Young People. A Natural Experiment from Norway	Drange, Ida and Jakobsson, Niklas	2019	Journal of Social Policy	1	1	1	1	A	ja
1	Forward-looking moral hazard in social insurance	Eliason, M. and Johansson, P. and Nilsson, M.	2019	Labour Economics	1	1	1	0	S	ja
1	Skipping the doctor: evidence from a case with extended self-certification of paid sick leave	Ferman, B. and Torsvik, G. and Vaage, K.	2023	Journal of Population Economics	1	1	1	1	S	ja
0	Helserelaterte ytelser og skjult arbeidsledighet - en diskusjon om mulige sammenhenger	Fevang, Elisabeth	2020	Søkelys på arbeidslivet	1	1	1	0	A	ja
0	Earnings responses to disability insurance stringency	Garcia-Mandicó, S. and Garci-a-Gómez, P. and Gielen, A. C. and O'Donnell, O.	2020	Labour Economics	1	1	1	0	U	ja
1	Application and Award Responses to Stricter Screening in Disability Insurance	Godard, M. and Koning, P. and Lindeboom, M.	2024	Journal of Human Resources	1	1	1	0	U	ja

1	A cofinancing model for disability insurance and local government employers	Hagen, Johannes and Malmberg, Hannes	2022	Social Policy and Administration	1	1	1	0	U	ja
0	Policies for young adults with reduced work capacity. Labour market impact in Sweden and Norway	Hall, C. and Hardoy, I. and von Simson, K.	2024	Journal of Population Economics	1	1	1	1	A	ja
1	Long-term sickness absence among young and middle-aged workers in Norway: the impact of a population-level intervention	Hanvold, T. N. and Kristensen, P. and Corbett, K. and Hasting, R. L. and Mehlum, I. S.	2020	Bmc Public Health	1	1	0	0	S	ja
1	Impact of the Norwegian Agreement for a More Inclusive Working Life on diagnosis-specific sickness absence in young adults: a difference-in-difference analysis	Hasting, R. L. and Merkus, S. L. and Hanvold, T. N. and Kristensen, P. and Gran, J. M. and Mehlum, I. S.	2022	Bmc Public Health	1	1	0	0	S	ja
1	Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland	Hemmings, Philip and Prinz, Christopher	2020	OECD Economics Department Working Papers	1	1	1	1	S	nei
1	An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study	Hoff, R. and Maltzahn, N. and Hasting, R. L. and Merkus, S. L. and Udem, K. and Kristensen, P. and Mehlum, I. S. and Gran, J. M.	2022	Bmj Open	1	1	0	0	S	ja
0	The effect of paid vacation on health: evidence from Sweden	Hofmarcher, T.	2021	Journal of Population Economics	1	1	1	0	S	ja

0	Are benefit reductions an effective activation strategy? The case of the lowest benefit recipients in Denmark	Hussain, M. Azhar and Ejrnæs, Morten and Larsen, Jørgen E. L. M.	2021	Journal of Social Policy	1	0	0	0	U	ja
0	Too sick to work, too healthy to qualify: a cross-country analysis of the effect of changes to disability benefits	Jensen, N. K. and Bronnum-Hansen, H. and Andersen, I. and Thielen, K. and McAllister, A. and Burstöm, B. and Barr, B. and Whitehead, M. and Diderichsen, F.	2019	Journal of Epidemiology and Community Health	1	1	0	1	A	ja
0	Interactions in Public Policies: Spousal Responses and Program Spillovers of Welfare Reforms	Johnsen, J. V. and Vaage, K. and Willén, A.	2022	Economic Journal	1	1	1	0	U	ja
1	The Effects of Social Insurance Benefits on Leaving Employment at Older Ages in the Netherlands	Kalwij, Adriaan and Kapteyn, Arie	2023	NBER Working Paper	1	1	1	0	U	nei
1	The heterogeneous impact of stricter criteria for disability insurance	Kantarci, T. and van Sonsbeek, J. M. and Zhang, Y.	2023	Health Economics	1	1	1	1	AU	ja
1	Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs	Kausto, J. and Verbeek, J. H. and Ruotsalainen, J. H. and Halonen, J. I. and Virta, L. J. and Kankaanpää, E.	2019	Cochrane Database of Systematic Reviews	1	1	0	0	S	ja
1	Do disability benefits hinder work resumption after recovery?	Koning, P. and Muller, P. and Prudon, R.	2022	Journal of Health Economics	1	1	1	0	A	ja

1	Graded return-to-work as a stepping stone to full work resumption	Kools, L. and Koning, P.	2019	Journal of Health Economics	1	1	1	0	S	ja
1	Labor Supply Responses to Learning the Tax and Benefit Schedule	Kostol, A. R. and Myhre, A. S.	2021	American Economic Review	1	1	1	0	U	ja
1	Forskningsrapport: Informasjon og økonomiske insentiv i ny uføretrygd	Kostøl, AR and Myhre, AS	2020	Rapport	1	1	1	0	U	nei
1	Graded Work, the Activation of Sick-Listed Workers and Employer Participation in Continental Europe	Leoni, T.	2022	Social Policy and Society	1	1	1	0	S	ja
0	Insentivvirkninger av arbeidsinntektsjusteringen ved uføretrygd	Marienburg, Eivind Helland	2019	Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett					U	ja
0	Disability pension among persons with chronic disease: Differential impact of a Danish policy reform	Mathisen, J. and Jensen, N. K. and Bjorner, J. B. and Bronnum-Hansen, H. and Christensen, U. and Thielen, K. and Gadeberg, A. K. and Andersen, I.	2021	European Journal of Public Health	1	1	0	1	U	ja
1	Hvordan påvirker en kortere maksimal varighet på aap overgang til arbeid og uføretrygd	Myhre, A	2021	Arbeid og velferd	1	1	1	0	A	nei
1	Kortere makstid på AAP ga flere i arbeid og raskere uføretrygd	Myhre, A and Kann, IC	2022	Arbeid og velferd	1	1	1	0	A	nei

0	Labour supply and survivor insurance in the Netherlands	Rabate, S. and Treguier, J.	2024	Labour Economics	1	1	1	0	U	ja
0	Work-disability in low back pain patients with or without surgery, and the role of social insurance regulation changes in Sweden	Rahman, S. and Mittendorfer-Rutz, E. and Dorner, T. E. and Pazarlis, K. and Ropponen, A. and Svedberg, P. and Wang, M. and Helgesson, M.	2019	European Journal of Public Health					A	ja
0	Role of social benefits for future long-term sickness absence, disability pension and unemployment among individuals on sickness absence due to mental diagnoses: a competing risk approach	Ropponen, A. and Narusyte, J. and Wang, M. and Kärkkäinen, S. and Mather, L. and Blom, V. and Bergstöm, G. and Svedberg, P.	2022	International Archives of Occupational and Environmental Health					U	ja
1*	Arbeidsavklaringspenger - en sammenstilling og oppsummering av kunnskap på området <i>*Rapporten er omtalt i kapittel 5, men litteratur fra rapporten er omtalt i kapittel 4.</i>	Sadeghi, Talieh and Bakkeli, Vidar and Bråthen, Magne and Hansen, Helle Cathrine and Gjersøe, Heidi Moen and Köhler-Olsen, Julia Franziska and Ødemark, Ingjerd Legreid and Thørrisen, Mikkel Magnus and Karlsen, Elisabeth	2024	Rapport	1	1	1	0	A	nei
1	Workplace flexibility important for part-time sick leave selection-an exploratory cross-sectional study of long-term sick listed in Norway	Standal, M. I. and Hjemdal, O. and Aasdahl, L. and Foldal, V. S. and Johnsen, R. and Fors, E. A. and Hagen, R.	2021	Bmc Public Health	1	1	1	0	S	ja

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo