

FÆRRE PÅ HELSERELATERTE YTELSE – FRISKERE BEFOLKNING?

Av Åshild Male Kalstø og Inger Cathrine Kann

Sammendrag

I denne artikkelen studerer vi den samlede utviklingen for mottak av helserelaterte ytelser i befolkningen mellom 18 og 66 år, fra 2001 til 2017. Ytelsene vi ser på er sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Fra 2004 til 2010 holdt andelen av befolkningen som mottok en helserelatert ytelse seg stabil på rundt 18 prosent. Etter 2010 har andelen gått ned, og ved utgangen av 2017 var det 16,9 prosent av befolkningen som mottok en helserelatert ytelse.

Når vi ser på de helserelaterte ytelsene hver for seg har det vært mer bevegelser. Andelen som mottar sykepenger har vært relativt stabil siden 2004, og lå ved utgangen av 2017 på 3,7 prosent av befolkningen i alderen 18–66 år. Andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger har hatt en nedadgående trend siden 2010 og lå på 4,1 prosent ved utgangen av 2017, mens andel med uføretrygd lå på 9,4 prosent. Andelen med uføretrygd gikk klart ned fra 2004 til 2008, med innføringen av tidsbegrenset uførestønad, og har siden ligget relativt stabilt.

Befolkningssammensetningen i Norge har endret seg mye siden 2001. Vi har fått stadig flere eldre. Siden helsen blir dårligere med alderen bidrar dette isolert sett til flere på helserelaterte ytelser. På tross av at vi har fått en eldre befolkning har altså likevel andelen på helserelaterte ytelser gått ned. Det kan tyde på bedre helse i befolkningen og/eller at det er blitt lettere å være i arbeidslivet med redusert helse sammenlignet med tidligere. Hadde vi hatt like stor andel mottakere av helserelaterte ytelser på hvert alderstrinn i 2017 som i 2001 hadde andelen mottakere i alt vært 1,1 prosentpoeng høyere enn det vi har i dag.

Blant de unge (18–29 år) mottok 7,0 prosent en helserelatert ytelse ved utgangen av 2017. Andelen unge som mottar sykepenger har gått ned, mens andelen som mottar arbeidsavklaringspenger økte frem til 2010, for så å falle. Andel unge som mottar uføretrygd har derimot økt betydelig siden 2010. Dette skyldes en økning i antall mottakere av uføretrygd blant 18-åringene, og at disse fortsetter å ha uføretrygd når de kommer i 20-årene.

Innledning

I denne artikkelen skal vi studere den samlede utviklingen for mottakere av helserelaterte ytelser¹ i perioden fra 2001 til 2017. Vi vil drøfte hvilke forhold som kan påvirke behovet for helserelaterte ytelser, som helseutviklingen i befolkningen, alderssammensetningen i befolkningen, innvandring og arbeidsledighet.

De tre trygdeytelsene sykepenger, arbeidsavklaringspenger² og uføretrygd står for rundt en tredjedel av stønadsbudsjettet til NAV. En stor andel av befolkningen er innom en helserelatert ytelse på et eller annet tidspunkt. I løpet av en femårsperiode har i underkant av halvparten av befolkningen i alderen 18–66 år mottatt en helserelatert ytelse. Det er viktig å se ytelsene i sammenheng, da utviklingen i sykefraværet har konsekvenser for hvor mange som senere mottar arbeidsavklaringspenger, og dette vil igjen påvirke antallet som blir uføretrygdet. Det viser seg for eksempel at når sykefraværet går ned, er det færre som bruker opp sykepengerrettighetene sine, og færre som går videre til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd (Kann m.fl.2013).

Felles for de tre helserelaterte ytelsene er at de skal sikre folk en inntekt i perioder da de ikke kan forsørge seg selv på grunn av arbeidsuførhet som skyldes sykdom, skade eller lyte. De tre ytelsene utgjør til sammen et potensielt «forløp» i trygdesystemet, hvor det mest typiske scenariet er at man først blir sykmeldt, så går over på arbeidsavklaringspenger etter ett år hvis man ikke er friskmeldt, for til slutt å gå over på uføretrygd hvis det viser seg at arbeidsevnen er varig nedsatt. Som for NAV-ytelser generelt har det siden 2010 vært en avtagende andel som er lenge på helserelaterte ytelser. Om lag 7 prosent mottar helserelaterte ytelser i mer enn 5 år, og om lag 10 prosent i mer enn 2 år (Kann og Sutterud 2017a).

Det er en del forskjeller mellom de tre ytelsene både i innretning og varighet, samt hvilke kriterier som må være oppfylt for at de kan innvilges. Sykepenger dekker bortfall av arbeidsinntekt i inntil ett år, og dekker 100 prosent av inntekten inntil 6 G³. Hovedregelen er at man må ha vært i arbeid de siste fire ukene før arbeidsuførheten oppstod. Arbeidsavklaringspenger er ikke begrenset til personer som har vært i arbeid, men kan også gis til personer som har problemer med å komme i arbeid. I overkant av 60 prosent kommer likevel fra sykepenger, det vil si at de har vært i arbeid. Utbetalingene utgjør 66 prosent av tidligere inntekt, opp til 6 G. Ytelsen skal sikre inntekt for de som er i aktiv behandling, deltar i arbeidsrettede tiltak eller får annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid. Det er et krav at arbeidsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte. Arbeidsavklaringspenger kan som hovedregel mottas i maksimalt tre år (4 år før 1. januar 2018). Uføretrygd er en varig ytelse og skal sikre inntekt for personer som har fått inntektsevnen *varig* nedsatt med minst 50 prosent. Den som får uføretrygd har rett til ytelsen livet ut. Her er også kompensasjonsgraden 66 prosent av tidligere inntekt inntil 6 G, men minsteytelsen er høyere enn for de som mottar arbeidsavklaringspenger.

Det er en rekke forhold som er med på å påvirke antall mottakere av helserelaterte ytelser. Befolkningens alderssammensetning er én faktor som har mye å si. Sannsynligheten for å motta en helserelatert ytelse øker med alder. Dette er naturlig, ettersom helsen generelt sett blir dårligere med økt alder. Jo eldre befolkningen er, desto flere vil altså motta en helserelatert ytelse. Samtidig vil også helseutviklingen i den eldre befolkningen spille en viktig rolle.

Situasjonen på arbeidsmarkedet er et annet forhold som påvirker mottak av helserelaterte ytelser. For det første er det vanskeligere å komme inn på arbeidsmarkedet i nedgangstider, særlig for personer med dårlig helse. Samtidig er det en del personer i arbeidslivet med svak helse som vil kunne få proble-

¹ Vi ser kun på utviklingen for personer som er registrert bosatt i Norge. En mindre andel av de uføretrygdene er bosatt i utlandet. Tallene i artikkelen er hentet fra utgangen av året og justert for dobbelttelling med mindre annet er oppgitt.

² Det som i artikkelen omtales som arbeidsavklaringspenger er før 2010 attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad.

³ 1 G utgjorde 93 634 kr i 2017.

mer med å skaffe seg ny jobb dersom de mister den gamle (Fevang og Røed 2006). Videre kan man også tenke seg at personer med helseproblemer som står i fare for å bli arbeidsledige vil «velge» den ytelsen som gir høyest kompensasjon. Sykepenger dekker 100 prosent av tapt inntekt, mens dagpenger dekker 62 prosent. Når ledigheten øker, blir det flere mottakere av både sykepenger og arbeidsavklaringspenger. Samtidig øker den gjennomsnittlige varigheten på begge ytelsene (Nossen 2014; Kann og Kristoffersen 2015). Bratsberg m.fl. (2013) finner at når personer som jobber fulltid mister jobben, øker sannsynligheten for å være uføretrygdet 6 år senere med 121 prosent for menn og 48 prosent for kvinner. De undersøker også den mer kortsiktige effekten på overgangen til midlertidige helserelaterte ytelser blant personer som mister jobben. Sannsynligheten for overgang til midlertidige helserelaterte ytelser øker med 9 prosentpoeng for menn og 12 prosentpoeng for kvinner.

Endringer i regelverk samt praktisering av dette er også med på å påvirke antall mottakere av helserelaterte ytelser. Et eksempel på dette, som vi skal se sei-

Sykepenger

Sykepenger erstatter arbeidsinntekt når du ikke kan jobbe på grunn av sykdom eller skade. For å ha rett til sykepenger må du som hovedregel oppfylle disse vilkårene:

- Du må være medlem av folketrygden.
- Grunnen til at du ikke kan jobbe må være din egen sykdom eller skade.
- Du må ha vært i jobb i minst fire uker umiddelbart før du ble sykmeldt.
- Du må tape pensjonsgivende inntekt på grunn av din egen sykdom eller skade.
- Inntektsgrunnlaget for sykepenger må utgjøre minst 50 prosent av grunnbeløpet i folketrygden (1/2 G). Denne inntektsgrensen gjelder bare etter arbeidsgiverperioden, vanligvis de første 16 dagene av sykefraværet.

For å få rett til sykepenger skal du så tidlig som mulig forsøke deg i aktivitet som har med arbeid å gjøre. Hovedregelen er at du har plikt til å være i slik aktivitet innen åtte uker.

Til arbeidstakere ytes det sykepenger med 100 prosent av sykepenges grunnlaget opp til 6 G (1 G utgjorde 93 634 kr i 2017)

ner i artikkel, er hvordan innføringen av aktivitetskravet for å motta sykepenger førte til en kraftig nedgang i sykefraværet.

Andelen som mottar helserelaterte ytelser synker

Fra 2003 og frem til 2010 holdt andelen av befolkningen i alderen 18–66 år⁴ som mottok en helserelatert ytelse seg stabil på rundt 18 prosent (figur 1b). Etter 2010 har andelen gått ned, og ved utgangen av

⁴ Med mindre annet er presisert refererer vi alltid til befolkningen i alderen 18–66 år når vi omtaler befolkningen i denne artikkelen.

Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger skal sikre deg inntekt i perioder da du på grunn av sykdom eller skade har behov for hjelp fra NAV for å komme i arbeid eller beholde arbeid. For å ha rett til arbeidsavklaringspenger må du som hovedregel oppfylle disse vilkårene:

- Du må være i alderen 18 til 67 år.
- Du må ha vært medlem av folketrygden i de siste tre årene før du ble syk.
- Du må bo og oppholde deg i Norge.
- Arbeidsevnen din må være redusert med minst 50 prosent.

Sykdom, skade eller lyte må være en vesentlig medvirkende årsak til at du har redusert arbeidsevne. Det må være en viss mulighet for at arbeidsevnen din kan bli bedre gjennom behandling, arbeidsrettede tiltak eller oppfølging fra NAV.

Hjelpen fra NAV kan bestå av arbeidsrettede tiltak, ytelser under medisinsk behandling eller annen oppfølging. Målet er at du skal klare å skaffe eller beholde arbeid i løpet av perioden med arbeidsavklaringspenger. Ytelsen gis som 66 prosent kompensasjon av tidligere inntekt opp til 6 G, og en minsteytelse på 2 G. Det er ikke et krav at du mottar sykepenger eller andre ytelser fra NAV for å kunne søke om arbeidsavklaringspenger. Du kan som hovedregel ikke få arbeidsavklaringspenger i mer enn 3 år.

Før 1.3.2010 mottok personer som var under medisinsk behandling rehabiliteringspenger, mens de som deltok i et arbeidsrettet tiltak mottok attføringspenger. Tidsbegrenset uførestønad kunne innvilges til personer som oppfylte vilkårene for uføretrygd, men der det ble vurdert at arbeidsevnen på lang sikt kunne bli bedre.

Uføretrygd

Uføretrygd kan innvilges til personer som har varig nedsatt inntektsevne på grunn av sykdom eller skade. For å ha rett til uføretrygd må du som hovedregel oppfylle disse vilkårene:

- Du må være i alderen 18 og 67 år.
- Du må ha vært medlem av folketrygden i de siste tre årene før du ble syk.
- Sykdom og/eller skade må være hovedårsaken til at inntektsevnen din er nedsatt.
- Hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak må være gjennomført.
- Inntektsevnen din må være varig nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom og/eller skade.

Mottar du arbeidsavklaringspenger på søknadstidspunktet er det tilstrekkelig at inntektsevnen din er varig nedsatt med minst 40 prosent. Skyldes uførheten en godkjent yrkesskade eller yrkessykdom, er det tilstrekkelig at inntektsevnen din er varig nedsatt med minst 30 prosent.

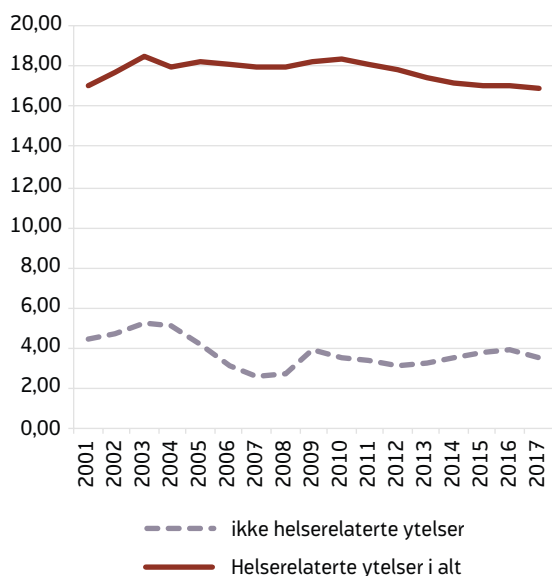
Uføretrygden er som hovedregel 66 prosent av tidligere inntekt med en minsteytelse på mellom 2,28 og 2,38 G. For de som innvilges rettigheter som ung ufør beregnes uføretrygden etter egne regler dersom det gir en høyere uføretrygd.

2017 var det 16,9 prosent av befolkningen som mottok en helserelatert ytelse. De fleste i aldersgruppen 18–66 år som mottar en ytelse fra NAV, mottar en helserelatert ytelse (figur 1a). Mottak av ikke-helserelaterte ytelser⁵ følger i stor grad konjunktorene, og ligger på et langt lavere nivå enn de helserelaterte ytelsene (figur 1a).

Når vi ser på de helserelaterte ytelsene hver for seg, har det vært mer bevegelser (figur 1b). Andelen av befolkningen som mottar sykepenger har vært relativt stabil siden 2004, og lå ved utgangen av 2017 på 3,7 prosent. Denne andelen ble kraftig redusert fra 2003 til 2004, hovedsakelig fordi det i juli 2004 ble innført et aktivitetskrav for å motta sykepenger. Aktivitetskravet innebærer at den sykmeldte må være delvis i jobb, når det er medisinsk forsvarlig, for å ha rett på sykepenger. Dette legger også press på arbeidsgiver, som må oppfylle kravet om tilrettelegging av arbeidet

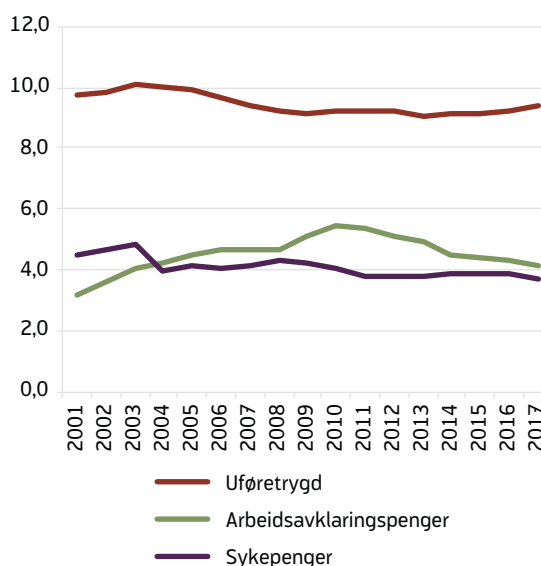
⁵ Ikke-helserelaterte ytelser er her dagpenger, sosialhjelp, overgangsstønad til enslige forsørgere og tiltakspenger, korrigert for dobbelttelling.

Figur 1a. Andel av befolkningen 18–66 år på helserelaterte ytelser i alt, og ikke- helserelaterte ytelser ved utgangen av året. 2001–2017. Prosent



Kilde: NAV

Figur 1b. Andel av befolkningen 18–66 år på sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd ved utgangen av året. 2001–2017. Prosent



slik at den sykmeldte kan utnytte sin restarbeidsevne. Flere undersøkelser tyder på at aktivitetskravet har bidratt til å redusere sykefraværet, både da det ble innført i 2004 og senere, da kravet ble skjerpet (Markussen 2010; Kann og Brage 2007; Kann m. fl. 2014; Hernæs m. fl. 2017).

Andelen av befolkningen i alderen 18–66 år som mottar arbeidsavklaringspenger lå på 4,1 prosent ved utgangen av 2017 (figur 1b). Andelen økte fra 2001 til 2010, men har siden hatt en nedadgående trend. Økningen fra 2008 til høsten 2010 skyldes særlig situasjonen på arbeidsmarkedet i forbindelse med finanskrisen, som førte til at flere kom inn på helserelaterte ytelser og færre avsluttet slike ytelser. Som nevnt, fører dårligere tider på arbeidsmarkedet til en økning i antall mottakere av helserelaterte ytelser, både ved at flere blir værende lengre på ytelsene og at flere starter å motta ytelsene i nedgangstider.

Siden høsten 2010 har andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger vært synkende. Det er flere grunner til det. I 2010 ble de tre tidligere ordningene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad slått sammen til arbeidsavklaringspenger. Det ble da en tydelig maksimal varighet på ytelsen, og en mer helhetlig oppfølging av mottakerne. Dette førte til færre mottakere ved at flere kom raskere i arbeid. Samtidig har mange av de tidligere mottakerne, særlig de som kom fra tidsbegrenset uførestønad, fått innvilget uføretrygd. For det andre har det vært bedre tider på arbeidsmarkedet, noe som har ført til at færre har startet å motta ytelsen (Kann m. fl. 2016).

Ved utgangen av 2017 var andelen av befolkningen i alderen 18–66 år som mottar uføretrygd 9,4 prosent, som er noe lavere enn i 2001 (figur 1b). Andelen økte fra 2001 til 2004, men gikk betydelig ned fra 2004 til 2008 med innføringen av tidsbegrenset uførestønad, og har siden ligget relativt stabilt. Perioden med tidsbegrenset uførestønad (2004–2010) har påvirket antall mottakere av både arbeidsavklaringspenger og uføretrygd helt frem til i dag. Det var over 70 000 personer som mottok tidsbegrenset uførestønad minst én måned fra ordningen ble innført i 2004 til den ble avvirket i 2010. Rundt 80 prosent av disse har senere fått innvil-

get varig uføretrygd (Ellingsen 2017). Tidspunktet for varig uføretrygd ble dermed utsatt for de fleste mottakerne av tidsbegrenset uførestønad. Dette medførte en økt tilgang til uføretrygd etter 2010. Andelen med uføretrygd har likevel vært relativt stabil på grunn av at flere har sluttet å motta uføretrygd som følge av at store fødselskull har fylt 67 år og blitt alderspensjonister (Ellingsen 2017).

Flere kombinerer trygd og arbeid

Mange som mottar en helserelatert ytelse kombinerer dette med arbeid. Oppmerksomheten om gradert sykmelding økte etter innføring av aktivitetskravet i 2004. Når man er gradert sykmeldt utnytter man restarbeidsevnen ved å være delvis i arbeid kombinert med å motta sykepenger. Nossen og Lysø (2018) har undersøkt hvordan graderingen av sykepengetilfellene har utviklet seg siden 2002. De finner at bruken av gradert sykemelding har økt markant de siste 15 årene. 50 prosent av sykepengetilfellene som startet i 2016 hadde gradert sykmelding på et eller annet tidspunkt i fraværperioden, en økning på 24 prosentpoeng fra 2002.

Vi har sammenlignet andelen i jobb eller høyere utdanning i januar 2011–2018⁶ for hver ett års aldersgruppe for de som mottar enten uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger, og sammenlignet med den delen av befolkningen som ikke mottar disse ytelsene (figur 2). Vi finner et relativt likt mønster de ulike årene, og viser i figur to hvordan dette ser ut i januar 2018. Andelen i høyere utdanning er høyest blant de yngste, og avtar med alderen. Dette motsvares av andel i arbeid som er lav blant de yngste, og øker med alderen. Andelen i arbeid øker fram til 50 års alder, der 29 prosent av de på arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd var i arbeid i januar 2018, mot 88 prosent i

.....
⁶ I jobb betyr at man er registrert med minst en time arbeid i Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret eller at man er registrert som selvstendig næringsdrivende og har inntekt over 50 000. Jobb og utdanning er gjensidig utelukkende, og utdanning «trumfer» jobb, dvs. at hvis man er i utdanning er man ikke i jobb, (selv om man oppfyller kriteriene for dette over). Utdanning er definert som at man er registrert ved utdanningsinstitusjon med høyere utdanning. Videregående skole er ikke med, fordi NAV ikke har tilgang til data om dette.

resten av befolkningen. Etter fylte 50 år fortsetter andelen i jobb å stige for de uten helse relatert ytelse frem til 61 år, mens den avtar for de med arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Etter 61 år avtar sysselsettingen i begge grupper. Det er først og fremst de som har en gradert uføretrygd som jobber ved siden av ytelsen. Rundt 80 prosent av de som mottar uføretrygd har full ytelse. Av disse var 5 prosent registrert med et arbeidsforhold ved utgangen av 2017. Blant de 20 prosentene som mottar en gradert uføretrygd var 73 prosent registrert med et arbeidsforhold (Ellingsen 2018).

Uførereformen ble innført 1. januar 2015 og skulle legge bedre til rette for å kombinere uføretrygd med arbeid. Bråthen & Nielsen (2016) finner at reformen ikke har påvirket sysselsettingsnivået blant uføre. Alne (2018) finner imidlertid at de som allerede var i jobb før reformen, jobber mer etter uførereformen. Når det gjelder arbeidsavklaringspenger spiller utdanningsnivå en tydelig rolle. Jo høyere utdanningsnivå, desto høyere er sannsynligheten for å kombinere arbeidsavklaringspengene med arbeid. Dette har sammenheng med at de med høyere utdanning (og alder) oftere har en arbeidstilknytning før de startet å motta arbeidsavklaringspenger sammenlignet med de yngre med mindre utdanning (Galaasen m.fl. 2017). Som

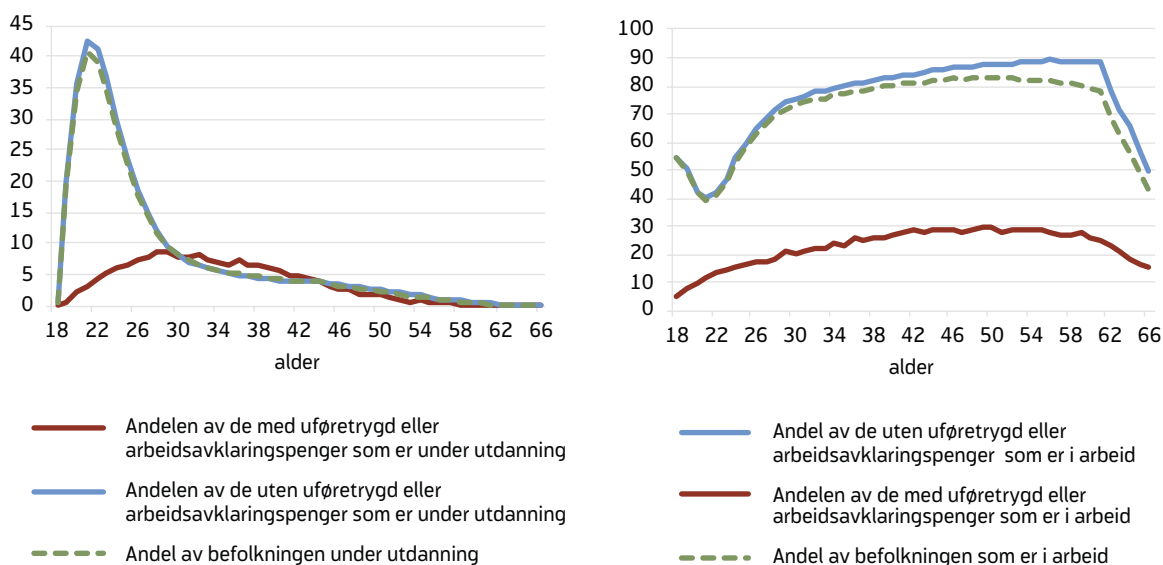
nevnt tidligere kommer 60 prosent av de som starter å motta arbeidsavklaringspenger fra sykepenger. Vi kan anta at det stort sett er disse som kombinerer arbeidsavklaringspengene med arbeid.

Når vi ser på høyere utdanning, skiller de med arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd seg tydelig fra den øvrige befolkningen, der nesten ingen unge med slike ytelser er i ordinær utdanning, mens nesten halvparten av befolkningen for øvrig er i høyere utdanning når de er 20–22 år gamle.

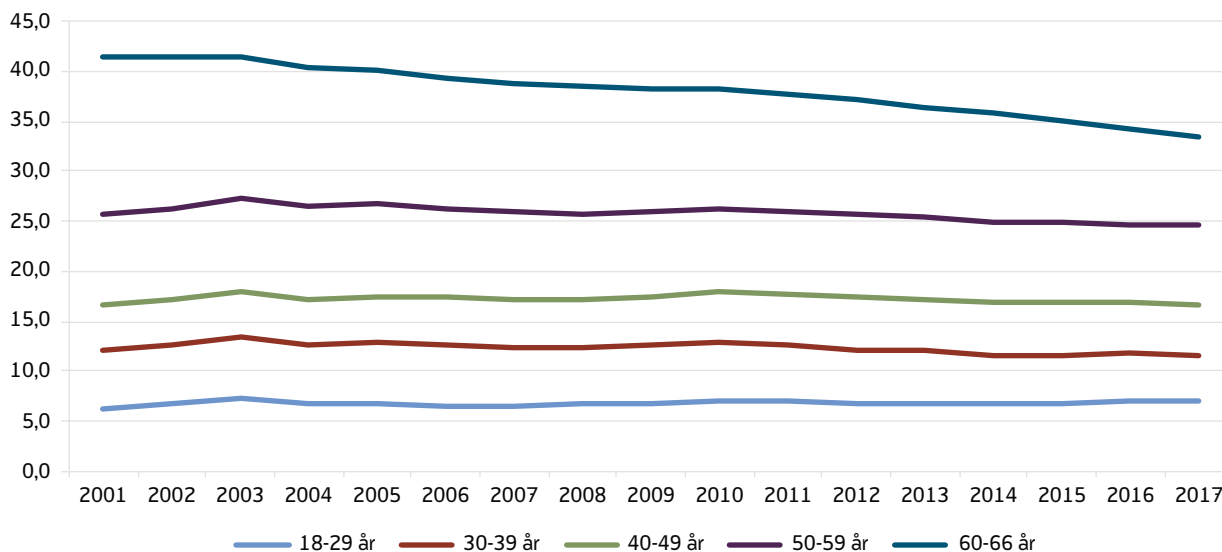
Flere eldre, men færre mottar helse relaterte ytelser

Sannsynligheten for å motta en helse relatert ytelse øker med alder (figur 3). Dette er naturlig, ettersom helsen til en gjennomsnittsperson blir dårligere med økt alder. Blant de i alderen 18–29 år mottok 7,0 prosent av befolkningen en helse relatert ytelse ved utgangen av 2017. I motsatt ende finner vi personer i alderen 60 til 66 år, hvor 33,5 prosent mottok en helse relatert ytelse på samme tidspunkt. Vi ser imidlertid at det er en økning i ratene for noen aldersgrupper og en nedgang for andre. For de under 30 år har det vært en økning i andelen som mottar en helse relatert ytelse siden 2001. Andelen har svingt noe, med topper i 2003 og 2010, og

Figur 2. Andel i arbeid og høyere utdanning av personer på arbeidsavklaringspenger og uføretrygd og andel i tilsvarende aktivitet i den øvrige befolkningen etter alder. Januar 2018. Prosent



Figur 3. Andel av befolkningen som mottar helserelaterte ytelser etter alder. 2001–2017. Prosent

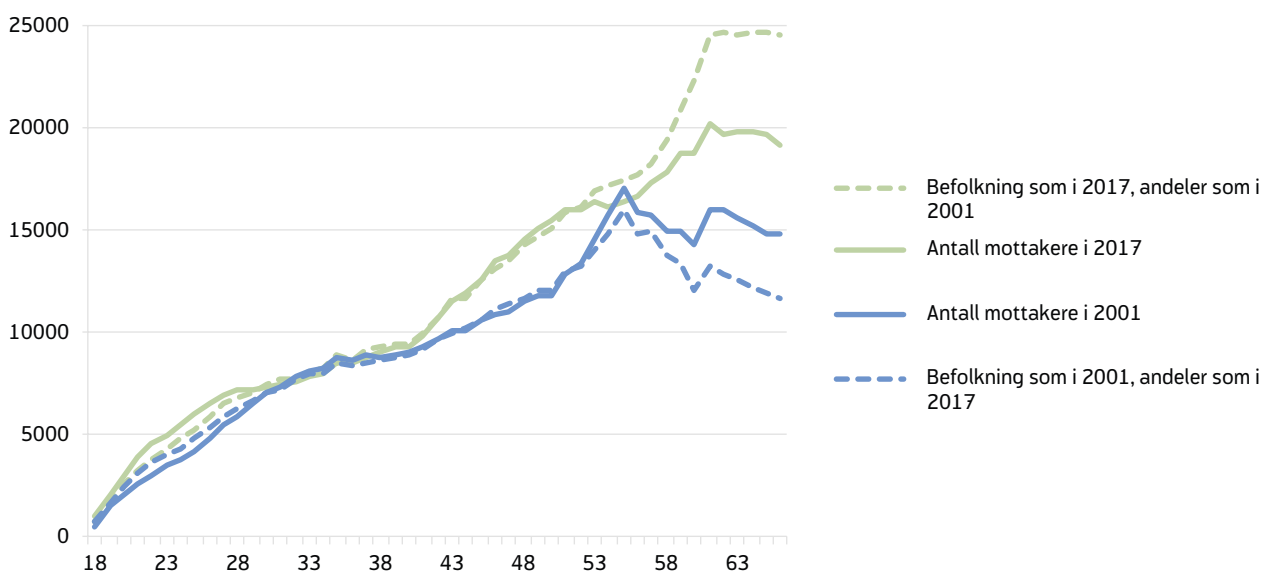


Kilde: NAV

var 10 prosent høyere i 2017 enn i 2001. Toppene i 2003 og 2010 har sammenheng med nedgangskonjunkturer på arbeidsmarkedet. Som nevnt tidligere har konjunkturrene stor betydning for hvor mange som mottar helserelaterte ytelser. Vi skal se nærmere på de unge i neste del av artikkelen.

Også i alderen 30–59 har andelen svingt noe i perioden. Også her ser vi toppen i 2003 og 2010, men trenden har vært nedadgående siden 2010. Personer i alderen 60–66 år har hatt den tydeligste endringen i andel mottakere av helserelaterte ytelser siden 2001, med en nedgang på 19 prosent.

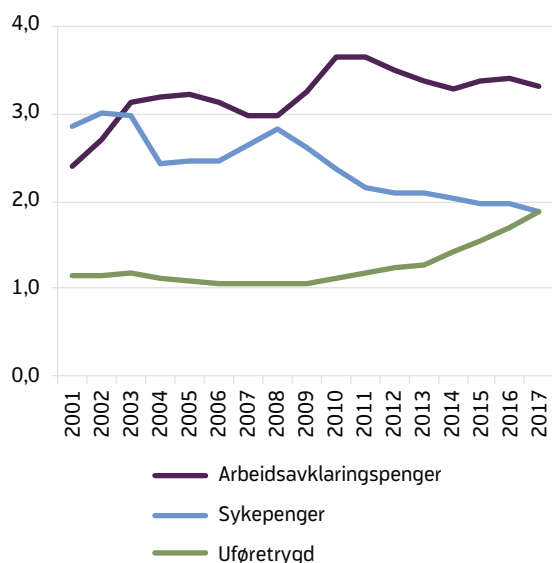
Figur 4. Antall mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen innen hvert alderstrinn i 2001 og 2017, og hypotetisk antall det ville ha vært i 2017 dersom befolkningen var som i 2001, samt dersom trygdeandelen var som i 2001.



Kilde: NAV

Sammenlignet med 2001 har vi fått flere eldre i befolkningen, noe som trekker opp antallet som mottar en helserelatert ytelse i 2017. På tross av eldre befolkning er det færre mottakere av helserelaterte ytelser i 2017 enn i 2001. Det må dermed trolig ha skjedd endringer i den eldre befolkning som gjør at de i dag i mindre grad mottar helserelaterte ytelser. Vi har beregnet hypotetisk antall mottakere av helserelaterte ytelser i 2017 ved å la andelen mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen («trygdeandel») innen hvert alderstrinn være på samme nivå som i 2001 (grønn, stiplet linje i figur 4). Videre har vi latt befolkningen (samme alders- og kjønnsammensetning) være som i 2001, men brukt «trygdeandel» innen hvert alderstrinn i 2017 (blå, stiplet linje i figur 4). Hadde andel av befolkningen innen hvert alderstrinn som mottok helserelaterte ytelser i 2017 vært som i 2001 ville det vært flere eldre og færre yngre mottakere enn det er i dag. Blant de som er 55 år og eldre ville vi hatt 40 000 eller 18 prosent flere på helserelaterte ytelser i 2017. For personer under 30 år ser vi motsatt tendens. Hadde en lik andel av de i alderen 18-29 år mottatt helserelaterte ytelser i 2017 som i 2001 ville vi hatt 6 100 eller 10 prosent færre på helserelaterte ytelser i denne aldersgruppen enn vi har i dag. For de øvrige alderstrinnene er det tilnærmet lik andel på helserelaterte ytelser i 2017 sammenlignet med 2001.

Figur 5. Andel mottakere av helserelaterte ytelser i befolkningen 18– 29 år. 2001–2017. Prosent

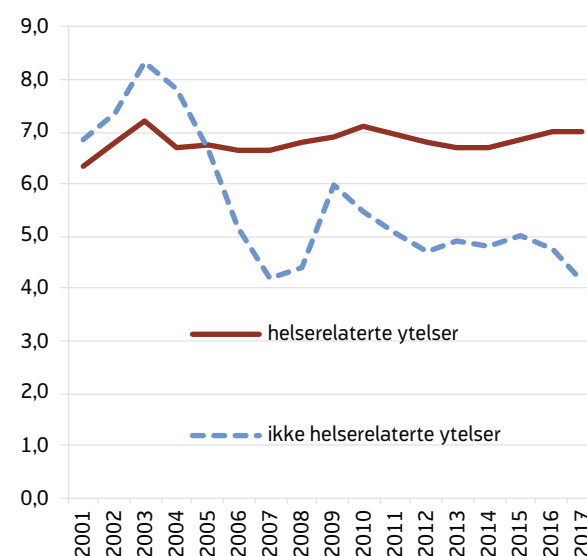


At en stadig lavere andel eldre mottar helserelaterte ytelser kan tyde på at de eldre har fått bedre helse og/eller at det er lettere å være i arbeidslivet med redusert helse i dag sammenlignet med tidligere. Hadde vi hatt like stor andel mottakere av helserelaterte ytelser på hvert alderstrinn i 2017 som i 2001 hadde andelen mottakere i alt hvert 1,1 prosentpoeng høyere enn det vi har i dag.

Unge på helserelaterte ytelser

Blant de mellom 18–29 år mottok 7,0 prosent en helserelatert ytelse ved utgangen av 2017. Andel unge på helserelaterte ytelser økte fra 2001 til 2010 og gikk deretter ned frem til 2014. Siden 2014 har andelen igjen økt noe (figur 6). Andelen unge som mottar sykepenger har gått ned i perioden, mens andelen som mottar arbeidsavklaringspenger økte frem til 2010, for så å falle (figur 5). Andelen unge som mottar uføretrygd har imidlertid økt betydelig siden 2010. Dette er trend som har pågått i lang tid. Helt siden 1970-tallet har tallet på unge personer som får uføretrygd før de fyller 24 år økt (Brage og Thune 2008 og 2015).

Figur 6. Andel mottakere av helserelaterte ytelser i alt, og ikke helserelaterte ytelser i befolkningen 18–29 år. 2001–2017. Prosent



Kilde: NAV

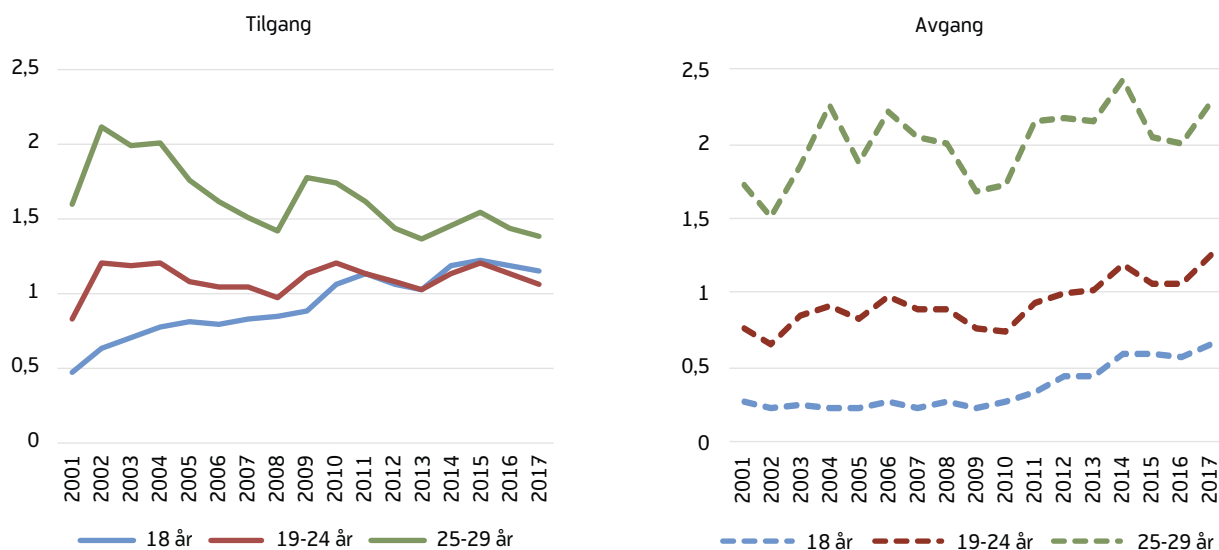
Det har skjedd et markant skifte blant personer mellom 18 og 29 år når det gjelder hvilke NAV-ytelser de mottar (figur 6). Det er blitt betydelig færre mottakere av ikke-helserelaterte ytelser (dagpenger, sosialhjelp, overgangsstønad, tiltakspenger), og flere mottakere av helserelaterte ytelser. Ikke-helserelaterte ytelser lå før 2005 over de helserelaterte, men falt mye i årene 2004–2007, og har siden ligget betydelig lavere. Dette skyldes blant annet at maksimal varighet på dagpenger ble redusert fra tre til to år, samt at regelverket for stønad til enslige forsørgere ble strammet inn (Kann og Sutterud 2017a). Unge uten arbeid og med helseutfordringer fikk da kanskje i større grad innvilget helserelaterte ytelser. Dette kan ha bidratt til en medikalisering av problemene de hadde med å skaffe seg arbeid, noe som kan forsinke retur til arbeidslivet (Schreiner 2016). Schreiner (2016) finner at det å få innvilget arbeidsavklaringspenger fremfor dagpenger eller sosialhjelp for unge (mellom 18–29 år) som befinner seg i gråsonen mellom arbeidsledighet og helseproblemer, gir svekket arbeidsmarkedstilknytning på sikt og økt risiko for overgang til uføretrygd.

Når vi ser på de ikke-helserelaterte ytelsene, har det vært en reduksjon fra over 7 prosent til ca. 4 prosent i andelen unge mellom 18 og 29 år (figur 6). Andelen på helserelaterte ytelser har ligget stabilt med en

økning på bare 0,2 prosentpoeng i samme periode. Det har dermed skjedd en dreining mot at flere av de unge mottar helserelaterte ytelser fremfor andre NAV-ytelser, samtidig som antallet som samlet sett får en NAV-yttelse har gått ned.

Konjunktorene på arbeidsmarkedet betyr spesielt mye for hvor mange unge som får innvilget en helserelatert ytelse, og hvor mange som slutter å motta slike ytelser. De unge er mer følsomme for konjunkturer enn andre grupper. I perioder hvor ledigheten er høy (2003/2004, 2009 og 2015) er det flere som kommer inn på en ytelse (tilgang) og færre som går raskt tilbake til arbeid (Kann og Kristoffersen 2015). Det kan reflektere at det er vanskeligere å komme inn på arbeidsmarkedet i nedgangskonjunkturer, særlig for personer med dårlig helse. Samtidig kan denne sammenhengen reflektere at det finnes en viss gråsonen mellom «ordinær» arbeidsledighet og «helserelatert arbeidsledighet». Det vil også være en del personer i arbeidslivet med svak helse, som kan ha særlige utfordringer med å skaffe seg ny jobb dersom de mister den gamle. For 25–29-åringene ser det ut til å være en nedadgående trend i andelen som starter å motta helserelaterte ytelser når man ser bort fra konjunkturtoppene, mens andelen har ligget mer stabilt for aldersgruppen 19-24 år og økt betydelig blant 18-åringene. (figur 7).

Figur 7. Tilgang (antall nye mottakere) og avgang (antall som slutter å motta) arbeidsavklaringspenger og uføretrygd som andel av befolkningen. 2001–2017. Prosent



Kilde: NAV

Avgang fra helserelaterte ytelser for unge er både avgang til arbeid og utdanning, samt at vi ikke gjenfinner dem i våre registre. Det er stadig flere som går ut av ordningene blant 18- til 29-åringene (figur 7). Dette bidrar også til at antall mottakere går ned.

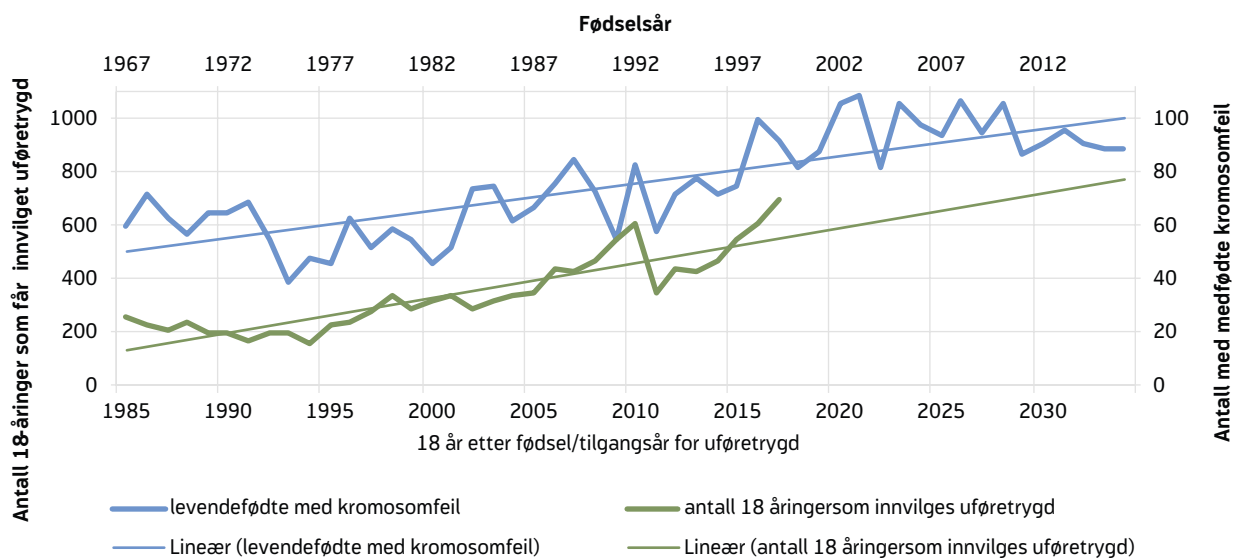
I motsatt retning trekker økningen i antall 18-åringer som får innvilget uføretrygd. Bragstad (2018) finner at andel uføretrygdde i befolkningen mellom 18 og 29 år ville vært på samme nivå i 2016 som i 2006 hvis vi ikke hadde hatt en vekst i antallet som blir uføretrygd som 18-åringer siden 2000. Det betyr at økningen i antall unge med uføretrygd som vi ser i figur 5 i stor grad må knyttes til økningen i antall mottakere av uføretrygd blant 18-åringene, og at disse fortsetter å ha uføretrygd når de kommer i 20-årene.

Flere 18-åringer får innvilget uføretrygd

De vanligste diagnosene blant 18-åringer som får innvilget uføretrygd er psykisk utviklingshemming, autisme, Asperger syndrom, og kromosomfeil (Brage & Thune 2015). Dette skyldes sannsynligvis både at flere tilfeller avdekkes på grunn av endrede og/eller bedre metoder for diagnostisering og økt forekomst av disse tilstandene. Det er imidlertid generelt lite kunnskap om forekomst av sykdommer i befolkningen over

tid. Et unntak er utviklingen i antall levendefødte med misdannelser. Statistikk fra norsk fødselsregister viser en sterk vekst i levendefødte barn med kromosomfeil og andre misdannelser. Det har fra 1967 til i dag vært endringer i hvordan diagnoser som alvorlig hjertefeil avdekkes hos nyfødte. Kromosomfeil er imidlertid en diagnose det er lett å stille, og som det har vært lite endringer i over tid. Vi har derfor sett på utviklingen i antall levendefødte med kromosomfeil fra 1967 til i dag, og sammenlignet med trenden i antall som blir uføretrygd som 18-åringer. Vi finner da at det er stor grad av samvariasjon mellom nye uføretrygdde 18-åringer og antall med kromosomfeil (figur 8). Selv om uføre med kromosomfeil utgjør et mindretall av de nye uføretrygdde 18-åringene, kan veksten og samvariasjonen være en indikasjon på at også forekomsten av andre medfødte misdannelser som med stor sannsynlighet vil gi uføretrygd øker. Økningen har trolig sammenheng med mors økende alder ved fødsel samt økt overlevelse blant disse barna. I tillegg til at det er en økning i andel 18-åringer som får uføretrygd grunnet medfødte kromosomfeil er det også en økning i diagnosene psykisk utviklingshemming samt psykiske lidelser utenom psykisk utviklingshemming, hvor autisme og Asperger syndrom er de to hyppigste forekommende diagnosene.

Figur 8. Antall nye mottakere av uføretrygd blant 18-åringene etter tilgangår, 2004–2017. Antall levendefødte barn med kromosomfeil etter fødselsår (1967–2017) og 18 år etter fødsel, 1985–2030.



Kilde: NAV og Folkehelseinstituttet (Tabell M1 Medfødte misdannelser (<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>))

I alderen mellom 20 og 24 år var den vanligste årsaken til uføretrygd frem til 1998 også psykisk utviklingshemming, men deretter har andre psykiske lidelser blitt vanligere. De som får innvilget uføretrygd i alderen 25–29 år har oftest andre sykdommer, først og fremst alvorlige psykiske lidelser som dype utviklingsforstyrrelser, atferds- og personlighetsforstyrrelser samt depresjons- og angstlidelser (Brage og Thune 2015). Det finnes ikke forskningsdata som kan si noe entydig om hvorvidt det er blitt flere unge med psykiske plager de siste tiårene. Det har imidlertid vært en vekst i forekomsten av selvrapporterte psykiske problemer blant unge, og da særlig blant jenter (Sletten og Bakken 2016).

Bedre og mer presis diagnostikk kan også ha ført til et økt antall unge uføretrygdede, ved at flere har fått kartlagt og avdekket behov for uføretrygd i ung alder. Endringer i forsørgelse av unge med nedsatt arbeidsevne kan også være en mulig forklaring på økningen i unge uføretrygdede, ved at det kan ha skjedd en forskyvning fra at familiene tidligere i større grad tok de økonomiske konsekvensene til at de i dag i større grad forsørges gjennom velferdsordninger. Videre kan endringer i arbeidslivet også ha ført til en økning. Mange typer ufaglært arbeid er forsvunnet og det stilles økende krav til kompetanse og ferdigheter

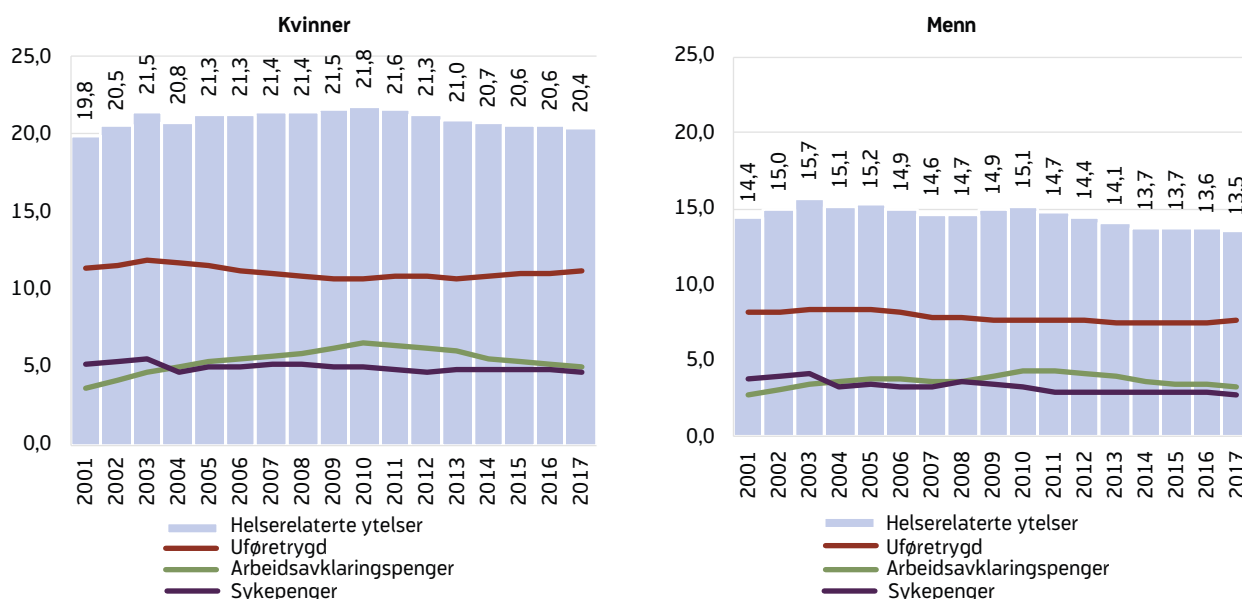
som kan være vanskelig å møte for personer med utviklingshemming eller dype utviklingsforstyrrelser (Berg og Thorbjørnsrud 2009; Brage og Thune 2015).

Flere kvinner enn menn på helserelaterte ytelser

Det er store kjønnsforskjeller i antall mottakere av helserelaterte ytelser, og forskjellene er økende. Det er langt flere kvinner enn menn som mottar helserelaterte ytelser, også uavhengig av aldersgruppe (unntaket er 18- og 19-åringer som mottar uføretrygd) (figur 9). Ved utgangen av 2017 mottok 20,4 prosent av den kvinnelige befolkningen i alderen 18–66 år en helserelatert ytelse, mens 13,5 prosent av mennene gjorde det samme.

Det er ikke gjort mye forskning på kjønnsforskjeller i mottak av helserelaterte ytelser samlet sett, men det er flere som har sett nærmere på kjønnsforskjellene i sykefraværet, og forklaringene er mange og sammensatte. Forklaringene man finner på kjønnsforskjeller i sykefraværet kan trolig overføres til kjønnsforskjellene i mottak av helserelaterte ytelser generelt. En del av kjønnsforskjellene i sykefraværet kan forklares av svangerskap (Helde og Nossen 2016). Helde og Nossen (2018) finner at gravides sykefravær samlet for-

Figur 9. Andel av befolkningen 18–66 år på helserelaterte ytelser ved utgangen av året. Kvinner og menn. 2001–2017. Prosent



Kilde: NAV

klarer 18 prosent av kjønnsforskjellen i 2014 for alle aldersgrupper. Det er mest vanlig at kvinner får barn når de er mellom 20 og 39 år. I denne aldersgruppen forklarer gravides sykefravær 38 prosent av kjønnsforskjellen. I alle aldersgrupper er sykefraværet lavest blant førstegangsfødende, og det stiger med antall barn de gravide har fra før.

Ulvestad (2018) har studert variasjon i sykefravær mellom arbeidsplasser og finner at omtrent 40 prosent av forskjellene mellom arbeidsplasser skyldes forhold ved arbeidsplassen selv, mens resten skyldes ulik sammensetning av ansatte. Videre indikerer resultatene at det høyere sykefraværet i kommunal sektor, sammenliknet med statlig og privat sektor, ikke skyldes at kommunale arbeidsplasser er mer «fraværsskapende», men i stedet at de har ansatte med høyere fraværstilbøyelighet. Inæring og yrker der sykefraværet er høyt er kvinner ofte i flertall blant de ansatte.

Ose m.fl. (2014) har hatt en gjennomgang av 500 forskningsartikler for å komme nærmere svaret på kjønnsforskjellene i sykefraværet. I følge dem er det flere grunner til at vi ikke har gode forklaringsmodeller for å forstå årsaken til at kvinner har høyere sykefravær enn menn. Det handler delvis om manglende forskning på typiske kvinnearbeidsplasser og kvinneyrker. Samt at det i større grad er behov for å forstå ulike mekanismer ut fra et flerfaglig perspektiv. Kunnskap om kvinners arbeidshelse og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet er nødvendig for å forstå hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Her finnes det ikke enkle forklaringsmodeller. Etter gjennomgangen av funnene i de ulike artiklene konkluderer Ose m.fl. (2014) med at ulik helse og ulik risiko for å utvikle sykdommer og plager sannsynligvis forklarer det meste av kjønnsforskjellene i sykefraværet. Det er generelt godt samsvar mellom risiko for ulike helsetilstander og det kvinner og menn er sykemeldt for. Kjønnsforskjeller i sykefraværet som ikke forklares av ulik helse mellom kvinner og menn, forklares med at kvinner og menn arbeider i ulike deler av arbeidsmarkedet. Kvinner jobber i større grad i yrker som gir fysisk og psykisk belastning enn menn. At kvinner og menn mestrer sykdom, smerte og dårlig arbeidsmiljø ulikt, bidrar også til å forklare at kvinner trenger lenger tid for å bli frisk etter sykdom.

Forklaringene på kjønnsforskjellene i sykefraværet er med andre ord mange og sammensatt. Selv om man kontrollerer for helse, arbeid og familieforhold står man fortsatt igjen med store uforklarte kjønnsforskjeller i sykefraværet (Østbye m. fl. 2018).

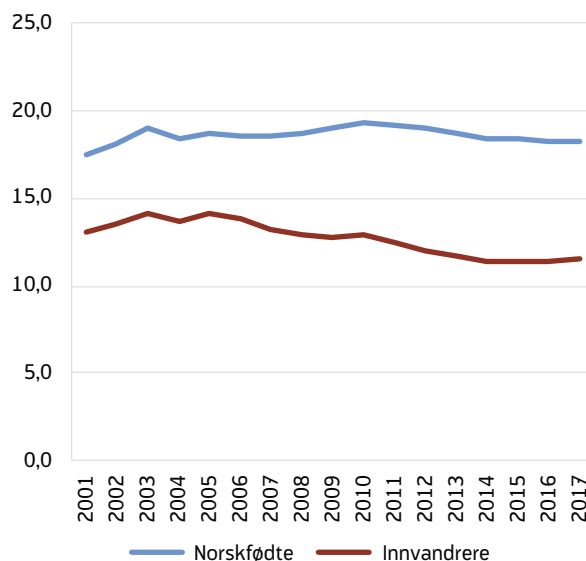
Innvandrere mottar i mindre grad helserelaterede ytelser

Når vi definerer innvandrere som personer født i utlandet, utgjør de 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 18–66 år i 2017. Innvandrere har en annen alderssammensetning enn de som er født i Norge, og har på grunn av kort botid og lavere arbeidsdeltagelse også i mindre grad rett til helserelaterede ytelser. De som har flyktningstatus har samme rettigheter til uføretrygd som de som er født i Norge. Flyktningene utgjør 31 prosent av innvandrerne, og 4 prosent av befolkningen (SSB 2018).

Samlet sett har de som ikke er født i Norge i langt mindre grad helserelaterede ytelser⁷ enn de som er født

⁷ Innvandrere mottar andre ytelser som sosialhjelp og dagpenger i større grad, så samlet sett blir andelen som mottar trygd omtrent likt for innvandrere og de som er født i Norge.

Figur 10. Andel av norskfødte og innvandrerbefolkningen 18–66 år på helserelaterede ytelser ved utgangen av året 2001–2017. Prosent



i Norge. Når innvandringen øker, bidrar dette isolert sett til at andelen av befolkningen som mottar helse-relaterte ytelser går ned (figur 10). Forskjellen mellom de norskfødte og innvandrerne varierer imidlertid med alder og kjønn (figur 11). Kun blant menn over 50 år er det en større andel innvandrere enn norskfødte som mottar helserelaterte ytelser. Blant kvinner er norskfødte overrepresentert på helserelaterte ytelser i alle aldersgrupper.

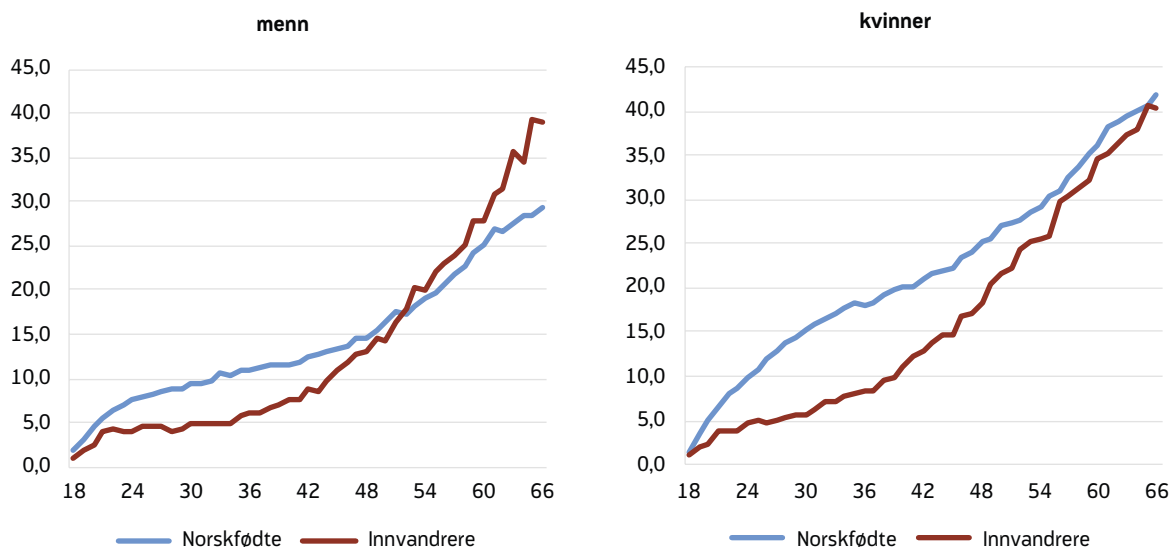
Bratsberg m.fl. (2017) analyserer utviklingen i sysselsetting og bruk av trygd for innvandrere til Norge. Resultatene viser at blant arbeidsinnvandrere fra gamle og nye EU-land er utviklingen i sysselsetting og trygdebruk ganske sammenfallende med det mønsteret man finner blant norskfødte. Flyktingenes sysselsettingsrate avviker derimot mye fra mønsteret til norskfødte. Den øker raskt i de første fem til syv årene i Norge. Deretter synker den i resten av tjuerårsperioden som observeres. Utviklingen i trygdetilbøyeligheten speiler forløpet til sysselsettingsratene. Den er høy i starten, for så å falle sterkt i løpet av de første fem årene i Norge. Deretter øker den i resten av perioden. Røed m.fl. (2016) finner det samme mønsteret i en analyse av sammenhengen mellom botid og timelønn for innvandrere fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. De finner også at innvandrerne

som kommer fra landene utenfor OECD jobber i relativt marginaliserte deler av det norske arbeidsmarkedet, det vil si hos arbeidsgivere som tilbyr sine ansatte usikre jobber og/eller lav lønn (Røed m.fl. 2016). Innvandrere i privat sektor har dobbelt så høy sannsynlighet for å være ansatt i en bedrift som i nær framtid blir nedlagt eller gjennomfører en kraftig nedbemanning sammenlignet med norske arbeidstakere (Bratsberg m.fl. 2018). Denne relativt marginaliserte tilknytningen til arbeidsmarkedet kan kanskje bidra til å forklare at innvandrernes sysselsetting er vesentlig mer konjunkturfølsom enn for andre grupper (Barth m.fl. 2004). I tillegg ser det ut til at det å bli arbeidsløs får større konsekvenser for innvandrerne. Bratsberg m.fl. (2018) viser at det å miste jobben har en betydelig sterkere negativ effekt på framtidig sysselsetting og inntekt for arbeidstakere fra denne gruppen enn for de norskfødte.

Viktige drivere i utviklingen

Det er som nevnt flere forhold som kan påvirke behovet for helserelaterte ytelser. Helseutviklingen i befolkningen, alderssammensetningen i befolkningen og innvandring er noe av det som i størst grad driver utviklingen.

Figur 11. Andel av norskfødte og innvandrer-befolkningen 18–66 år på helserelaterte ytelser i 2017. Prosent.



Kilde: NAV

Siden 2001 har det blitt stadig flere eldre, noe som isolert sett bidrar til en økning i antall mottakere av en helserelatert ytelse. I perioden vi studerer har vi likevel hatt en nedgang i antall mottakere av helserelaterte ytelser. Det er først og fremst blant de eldste vi har hatt en nedgang i andel mottakere av helserelaterte ytelser. Dette kan tyde på bedre helse i denne delen av befolkningen, samt at det er blitt enklere å kombinere svekket helse med å være i arbeid. Norge er blant landene som kommer best ut i Den europeiske helse rapporten fra Verdens helseorganisasjon (WHO) (European Health Report) i 2018. Forventet levealder i Norge har steget med nesten 25 år i løpet av de siste 100 årene, og antallet friske leveår øker for både kvinner og menn. Denne trenden kan forventes å fortsette.

Andel unge i alderen 18–29 år som mottar helserelaterte ytelser har ligget relativt stabilt siden 2010, men det har vært en markant økning i andel unge med uføretrygd. Økningen knyttes i stor grad til økningen i antall nye mottakere av uføretrygd blant 18-åringene, og at disse fortsetter å ha uføretrygd når de kommer i 20-årene. En del av økningen skyldes sannsynligvis at det stadig blir flere levendefødte barn med misdannelser og kromosomavvik. Det er også stadig flere som blir uføretrygdet som 18-åringer grunnet autisme og Aspergers syndrom.

Innvandrere har i mindre grad helserelaterte ytelser enn norskfødte. Dette varierer imidlertid med alder, botid og hvor de kommer fra. I perioden vi har sett på har økt innvandring ført til at en lavere andel av befolkningen mottar helserelaterte ytelser. Hvordan innvandringen blir fremover vil derfor være med på å påvirke andelen i befolkningen med helserelaterte ytelser.

Endringer i regelverk, samt praktisering av dette, er også med på å påvirke antall mottakere av helserelaterte ytelser. Vi har blant annet sett at strengere praktisering av aktivitetskravet på sykepengesøkninger førte til at færre brukte opp sykepengerektighetene sine, samt at færre startet å motta arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Fra 2018 er den maksimale varigheten på arbeidsavklaringspenger redusert fra fire til tre år, noe vi kan forvente at vil påvirke antall mottakere av hel-

serelaterte ytelser. Her vil vi trolig kunne se både en tendens til tidligere avklaring mot uføretrygd, men også mot arbeid. Alt i alt er det altså vanskelig å spå hvordan bruken av helserelaterte ytelser vil utvikle seg i årene som kommer. To forventede utviklingstrekk peker i retning av færre på helserelaterte ytelser. For det første bedres helsen i befolkningen. For det andre de økonomiske utsiktene. Norge er inne i en moderat oppgangskonjunktur, noe som på kort sikt forventes å redusere antall på helserelaterte ytelser. Dersom arbeidsmarkedet og økonomien går i feil retning, kan presset på de helserelaterte ytelsene igjen øke. Samtidig kan politiske prosesser og valg føre til endringer av hvem som har rett på de ulike helserelaterte ytelsene og hvor lenge de kan mottas. Det er stor oppslutning i Norge om å forfølge en aktiv arbeidslinje i velferdspolitikken, som etterstreber høyest mulig sysselsetting, også blant de som har nedsatt arbeidsevne. Samtidig er det viktig å understreke at for mange er helserelaterte ytelser en nødvendig kilde til livsopphold, og at disse ytelsene kan sies å være en av grunnpilarene i velferdsstaten.

Referanser

- Alne Ragnar (2018) «Uføretrygd og arbeid: Jobber de uføre mer etter reformen i 2015?». *Arbeid og Velferd*, 3/2018, 57-78.
- Barth, E., B. Bratsberg og O. Raaum (2004) “Identifying earnings assimilation of immigrants under changing macroeconomic conditions”. *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 106(1), 1–22.
- Berg, Helene og Trude Thorbjørnsrud (2009) «Hvorfor blir det flere unge uføre?». *Søkelys på arbeidslivet*, 3/2009, 389–399.
- Brage, Søren og Ola Thune (2015) «Ung uførhet og psykisk sykdom». *Arbeid og velferd*, 1/2015, 37–49.
- Brage, Søren og Ola Thune (2008) «Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977–2006». *Arbeid og velferd*, 3/2008, 28–36.
- Bragstad, Torunn (2018) «Vekst i uføretrygding blant unge». *Arbeid og velferd*, 2/2018, 69-87.

- Bratsberg, B., O. Raaum and K. Røed (2018) “Job Loss and Immigrant Labor Market Performance”. *Economica*, 85/2018, 124–151.
- Bratsberg, B., O. Raaum and K. Røed (2017) “Immigrant labor market integration across admission classes”. *Nordic Economic Policy Review*, 17–54.
- Bratsberg, Bernt, Elisabeth Fevang og Knut Røed (2013) “Job loss and disability insurance”. *Labour Economics*, 24, 137–150.
- Bråthen, Magne og Roy A. Nielsen (2016) *Utførereformen – konsekvenser for yrkesaktiviteten*. Fafo-rapport 2016/27. Oslo: Fafo.
- Helde, Ingunn og Jon Petter Nossen (2016) «Sykefravær blant gravide 2001–2014». *Arbeid og velferd*, 1/2016, 101-125.
- Ellingsen, Jostein (2018) *Utviklingen i uføretrygd per 31. mars 2018*, Statistikknotat. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet. Hentet 20.09.2018 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+ned-satt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Uforetrygd+-+Statistikknotater>.
- Ellingsen, Jostein (2017) *Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2017*, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikknotat. Hentet den 19.09.2018 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+ned-satt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Relatert+informasjon/uf%C3%B8retrygd%2811%29>.
- Fevang, Elisabeth og Knut Røed (2006) *Veien til uføretrygd i Norge*. Rapport 10/2006. Oslo: Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Galaasen, Anders Mølster (red.), Sverre Friis-Petersen, Anne Haugen, Sigrid Lande, Nina Lysø, Christine Selnes og Olena Tkachenko (2017) *Aktiv eller passiv med arbeidsavklaringspenger?*. NAV-rapport 1/2017. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Hernæs, Øystein, Simen Markussen and Knut Røed (2017) “Can Welfare Conditionality Combat High School Dropout?”. *Labour Economics*, vol. 48(C), 144-156.
- Kann, Inger Cathrine og Lars Sutterud (2017a) «Utenforskap og trygdeordningenes rolle: Sikkerhetsnett eller hvilepute?». *Arbeid og Velferd*, 3/2017, 59-79.
- Kann, Inger Cathrine og Lars Sutterud (2017b) «Stadig færre på trygd?». *Arbeid og Velferd*, 3/2017, 41-58.
- Kann, Inger-Cathrine Kann, Jun Yin og Per Kristoffersen (2016) «Fra arbeidsavklaringspenger til arbeid». *Arbeid og velferd*, 2/2016, 77-92.
- Kann, Inger Cathrine og Per Kristoffersen (2015) «Arbeidsavklaringspenger – helt forskjellig fra forløpene?». *Arbeid og velferd*, 3/2015, 105–122.
- Kann, Inger Cathrine, Ivar Andreas Åsland Lima og Per Kristoffersen (2014) «Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet». *Arbeid og velferd*, 3/2014, 14-33.
- Kann, Inger Cathrine, Ola Thune og Anders Mølster Galaasen (2013). «Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser?». *Arbeid og velferd*, 3/2013, 39-48.
- Kann, Inger Cathrine og Søren Brage (2007) «Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet». *Arbeid og velferd*, 3/2007, 36-41.
- Markussen, Simen (2010) «2004: Da sykefraværet falt som en stein». *Samfunnsøkonomen* 17:3, 18–23.
- Nossen, Jon Petter og Nina Lysø (2018) «Gradert sykmelding - økt gradering, stabil varighet». *Arbeid og velferd*, 2/2018, 101-125.
- Nossen, Jon Petter (2014) «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer». *Arbeid og velferd*, 2/2014, 75–88.
- Ose, Solveig Osborg, Lin Jiang og Brita Bungum (2014) *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse – En gjennomgang av forskning*. Sintef rapport. Trondheim: Sintef.

Røed, M. Schøne, P. & von Simson, K. (2016) «Økonomisk integrering –går det bedre med årene?», I Kolsrud, D., Røed, M., Schøne, P., & von Simson K. (red). *Bidrag og belønning: Om innvandrere i det norske arbeidsmarkedet*. ISF-rapport, 2016:4. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Schreiner, Ragnhild C. (2016) *Unemployed or disabled? The effects of medicalizing youths by granting temporary disability benefits*. Working paper online.

Sletten, Mira Aaboen og Anders Bakken (2016) *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. NOVA Notat 4/16. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, OsloMet.

SSB (2018) *Personer med flyktningbakgrunn*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet 20.09.2018 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger/aar>.

Ulvestad, Marte Eline Soukup (2018) *Sickness and disability benefits: The importance of workplaces, attitudes and nurture*. Doktorgradsavhandling, juni 2018. Oslo: Institutt for økonomi, Universitetet i Oslo.

Østbye, Kristian A., Arnstein Mykletun og Wendy Nilssen (2018) “Explaining the gender gap in sickness absence». *Occupational Medicine*, Volume 68, Issue 5.