

Helserelaterte ytelser og skjult arbeidsledighet – en diskusjon om mulige sammenhenger

Health-related benefits and hidden unemployment

Elisabeth Fevang

Seniorforsker, Frischsenteret

elisabeth.fevang@frisch.uio.no

Sammendrag

Norge har høy sysselsetting og lav ledighet. Samtidig er det en høy andel av befolkningen som mottar helserelaterte ytelser, noe som til en viss grad skjuler et ledighetsproblem. Basert på tidligere forskning diskuteres i denne artikkelen mulige forklaringer på den høye andelen med helserelaterte ytelser, samt mulige tiltak som kan redusere bruk av slike ytelser. For eksempel har reglene for å få dagpenger blitt innskrenket de siste tiårene, noe som har ført til en vridning fra ledighet til helserelaterte ytelser. En måte å redusere medikalisering og overforbruk av uføretrygd er å slakke på kravene til å få innvilget dagpenger.

Nøkkelord

uføretrygd, dagpenger, sykeforsikring, økonomiske insentiv, helse

Abstract

Norway has high employment rates and low unemployment rates. However, we have high take-up rates of health-related benefits, which to a large extent, hide an unemployment problem. Based on previous research, I will discuss possible explanations behind the high rates of health-related benefits and possible strategies to reduce these rates. For example, the rules for being eligible to unemployment benefits have become stricter, which may have contributed to more substitution away from unemployment insurance to health-related benefits. A way to reduce medicalization and overuse of disability insurance may be to lessen the criteria for being entitled to unemployment insurance.

Keywords

disability insurance, unemployment insurance, sickness insurance, economic incentives, health

Innledning

Norge er et land med høy sysselsettingsrate og lav arbeidsledighet. Samtidig er det en høy andel av befolkningen som mottar helserelaterte ytelser. I denne artikkelen vil jeg diskutere ulike forklaringer på den høye andelen på helserelaterte ytelser og hvorfor denne andelen er høyere nå enn den var for noen tiår tilbake.¹

1. Dette arbeidet er en del av Frisch-prosjekt nr 1178 «Egalitarianism under pressure? New perspectives on inequality and social cohesion», 4134 «Disentangling absence patterns» og 1191 «The decline in employment and the rise of its social gradient» finansiert av Norges Forskningsråd. Artikkelen baserer seg på kappen (innledning) av min avhandling, se Fevang (2019). Takk til anonym konsulent for gode kommentarer.

Med basis i relevant faglitteratur vil jeg fokusere på to mulige årsaker til at andelen på helserelaterte ytelser er høy i Norge. Den første forklaringen er at økonomiske insentiver – både for ansatte og arbeidsgivere – er utformet slik at det kan lønne seg å være på helserelaterte ytelser lenger enn nødvendig. Den andre forklaringen er endringer i arbeidsmarkedet, med økt fokus på effektivitet og produktivitet, som kan ha ført til færre jobbmuligheter for personer med dårlig helse og/eller mindre gode evner. Dette brukes videre til å underbygge en tese om at vi har et skjult ledighetsproblem i Norge, hvor bruk av helserelaterte ytelser er (delvis) forårsaket av mangel på arbeid. Det kan også være slik at endringen i incentivstrukturen vi har hatt i Norge, hvor reglene for å få dagpenger stadig har blitt skjerpet, har ført til en unødvendig medikalisering av enkelte. Spesielt blant unge kan dette være et problem, da mange unge ikke har yrkeserfaring og av den grunn ikke har fått opparbeidet seg rett til dagpenger. I artikkelen vil jeg også diskutere ulike tiltak som kan iverksettes for å redusere bruk av helserelaterte ytelser.

Ytelser til livsopphold i Norge

Livsoppholdsytelsene skal sikre inntekt hvis egen inntektsevne svikter på grunn av helseproblemer eller arbeidsledighet. Ytelsene deles ofte inn i arbeidsmarkedsrelaterte og helserelaterte ytelser. Helsereelaterte ytelser omfatter sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, mens dagpenger, tiltakspenger og sosialhjelp kan kategoriseres som arbeidsmarkedsrelaterte ytelser (se f.eks. Kann & Sutterud 2017). Utbetaling av sykepenger og dagpenger forutsetter at man har vært i jobb, mens de andre ytelsene kan utbetales også om man ikke har yrkeserfaring. Nedenfor følger en kort oppsummering av vilkårene for de ulike ytelsene.

Ved arbeidsledighet kan man søke om dagpenger forutsatt at arbeidstiden er redusert med minst 50 prosent og tidligere arbeidsinntekt var minst 1,5 G siste kalenderår eller minst 3 G de siste tre kalenderårene.² Kompensasjonsnivået er 62,4 prosent. 1. januar 2003 ble dagpengeperioden forkortet fra 3 til 2 år for alle med tidligere inntekt over 2 G og fra 1½ til 1 år for arbeidsledige med tidligere inntekt mellom 1,5 og 2 G. De som ikke har rett på dagpenger og som deltar på arbeidsmarkedsstiltak, har krav på tiltakspenger. Utbetalingen er en fast sats per dag, per 1.1. 2020 er satsen 398 kroner per dag.

Alle arbeidstakere som har vært ansatt i minst fire uker har krav på sykepenger i inntil ett år. Kompensasjonsgraden er 100 prosent opptil 6 G. Alle offentlige ansatte får full sykelønn, også for inntekter over 6 G. Andelen av privat ansatte som blir tilbudt full sykelønn har økt siden årtusenskiftet, og i 2012 var det omtrent 60 prosent som var omfattet av utvidet sykelønnskompensasjon (se Dale-Olsen 2018). Vilkåret for å få sykepenger er at inntektsevnen er nedsatt med minst 20 prosent. Sykepenger kan graderes fra 20 til 100 prosent. De første 16 dagene av sykefraværet betales av arbeidsgiver, mens for lengre sykefravær dekker Folketrygden sykepenger fra dag 17 og utover. Sykefravær som varer lengre enn tre dager (eller åtte dager for bedrifter med utvidet egenmeldingsordning), må dokumenteres med legeerklæring. Jf. Arbeidsmiljøloven kan ikke en ansatt sies opp på grunn av sykdom i løpet av sykepengeperioden. Etter utløp av sykepengeperioden kan imidlertid sykdom være grunnlag for oppsigelse.

Personer som ikke har blitt friske i løpet av ett år på sykepenger, kan søke om arbeidsavklaringspenger (AAP), forutsatt at deres arbeidsevne er nedsatt av helsemessige grunner med

2. G tilsvarer Folketrygdens grunnbeløp, som benyttes ved fastsettelse av pensjonspoeng og beregning av pensjoner fra Folketrygden. Per 1. mai 2019 er grunnbeløpet 99 858 kr, dette beløpet justeres hvert år.

minst 50 prosent. AAP kan også utbetales til personer uten yrkeserfaring. Ved arbeidsevnevurdering skal det, jf Folketrygdloven §11-5, «blant annet tas hensyn til helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter på steder der det er rimelig at medlemmet tar arbeid». I løpet av en periode på AAP kan en bli tilbudt – og være forpliktet til å delta i – medisinsk behandling, arbeidsrettede tiltak, utdanning, kurs eller andre aktiviteter som skal hjelpe dem (tilbake) i jobb. Kompensasjonsgraden er 66 prosent av tidligere inntekt under 6 G. Minimumsutbetaling er 2 G, mens maksimal utbetaling er 66 prosent av 6 G. AAP ble innført 1. mars 2010, og denne ytelsen erstattet tidsbegrenset uførestønad, rehabiliterings- og attføringspenger. 1. januar 2018 ble maksimal varighet senket fra fire til tre år. Det er mulig å søke om forlengelse i inntil to år.

Hvis arbeidsevnen er varig redusert med minst halvparten, kan man søke om uføretrygd, hvor utbetalingen vil være omtrent det samme som ved AAP. Uføretrygden kan graderes fra 50 til 100 prosent. Mange av de som får innvilget uføretrygd har vært gjennom lange perioder med ulike stønader. Dette gjelder spesielt for de yngste uføre. Fevang og Røed (2006) viser at allerede ti år før start på uføretrygd mottar 45 prosent en eller annen ytelse (inkludert sosialhjelp). Blant de som var under 40 år ved innvilgelse av uføretrygd, var dette tilfellet for hele 67 prosent.

Om man ikke kan forsørge seg selv gjennom arbeidsinntekt, trygd eller annen type inntekt, kan man søke om økonomisk sosialhjelp. Sosialhjelp kan utbetales alene eller i tillegg til en annen ytelse. Ytelsen er behovsprøvd og utbetalingen er vanligvis lavere enn en trygdeytelse.

Definisjon av helse og funksjonshemming

Helse og funksjonshemming henger nært sammen med sykefravær og uførhet, samtidig trenger ikke dårlig helse og/eller det å ha en funksjonshemming være ensbetydende med at man ikke kan jobbe. Videre vil det være ulike oppfatninger av hva helse og funksjonshemming er. I dette avsnittet vil jeg forsøke å klargjøre begrepene og hvordan disse kan henge sammen med uttak av sykefravær og andre helserelevante ytelser. Den offisielle definisjonen på helse ble lansert av Verdens Helseorganisasjon i 1946 og lyder slik: «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter.» Definisjonen er holistisk siden den inkluderer både fysiske, mentale og sosiale aspekter og ikke kun fravær av sykdom. Samtidig har denne definisjonen blitt kritisert for å være for ambisiøs og utifra den definisjonen vil majoriteten av befolkningen ha dårlig helse (Huber, Knottnerus, van der Horst, Kromhout, Lorig, Loureiro, van der Meer, Schnabel, Smith, van Weel & Smid 2011).

I engelsk terminologi skiller man ofte mellom tre ulike begreper for å beskrive nedsatt helse (eventuelt «sykdom»). Disse begrepene er «disease», «illness» og «sickness» (se f.eks. Boyd 2000). Vi har ingen fullgode norske oversettelser av disse termene og de engelske begrepene brukes derfor for å skille mellom ulike perspektiver på sykdom, se Hofmann & Wilkinson (2016). En norsk oversettelse av «disease» er sykdom. Det refererer til en patologisk prosess som blir diagnostisert av lege eller en annen medisinsk ekspert. Eksempler på «disease» er kreft, diabetes og Multippel Sklerose (MS). «Illness» er den subjektive følelsen av å være syk eller uvel. Eksempler er utmattelse («fatigue»), feber, smerter, stress og forvirring. «Sickness» er den sosiale rollen en person tar, f.eks å være fraværende fra jobb. Det er ingen perfekt overlapp mellom de ulike begrepene (se f.eks. Wikman, Marklund & Aleksanderson 2005). Sykdom er ofte årsaken til ulike plager, men plager kan også forekomme uten at legen kan påvise noe patologisk. Videre kan en gitt diagnose utløse symptomer som

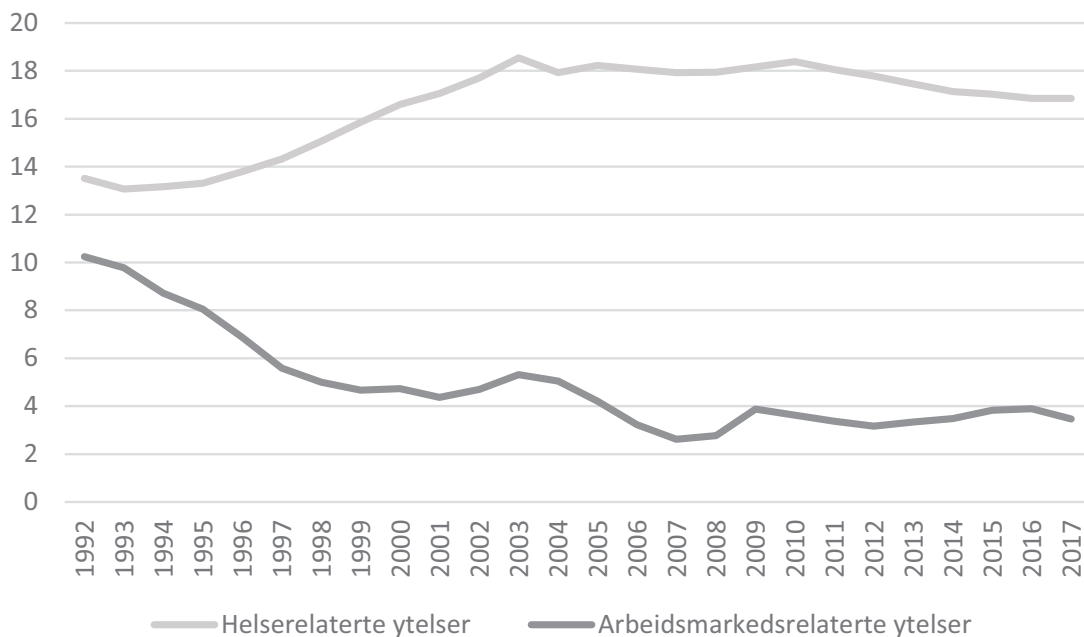
varierer betydelig mellom individer og over tid for hver enkelt person. Det er også mulig å ha en sykdom uten å føle seg syk.

Når det gjelder funksjonshemming har det tradisjonelt blitt relatert til den medisinske modellen (se WHO 2011). Denne modellen beskriver hvordan en diagnose begrenser funksjonsevnen, og ifølge denne modellen spiller leger og annet helsepersonell en avgjørende rolle når det gjelder å helbrede eller begrense symptomer, og funksjonshemming blir sett på som en egenskap ved individet. I løpet av de siste tiårene har den medisinske modellen blitt utfordret av den sosiale modellen. Innenfor den sosiale modellen knytter man funksjonshemming til samfunnsskapt barrierer og noe som oppstår fordi samfunnet ikke er godt nok tilrettelagt for alle. Eksempler på barrierer er samfunnets syn på annerledeshet, f.eks. at funksjonshemmede ikke kan utføre visse arbeidsoppgaver.

For å få innvilget helserelaterte ytelser må helseproblemene forårsake redusert arbeidskapasitet. Arbeidsevne er relatert til funksjonshemming, men en person som har en eller annen funksjonsnedsettelse, må ikke nødvendigvis ha redusert arbeidsevne. Dette vil bl.a. avhenge av type jobber som er tilgjengelig. F.eks., vil en gitt funksjonsnedsettelse (f.eks. nedsatt hørsel) innebære en klar begrensning når det gjelder enkelte jobber, mens det vil ha liten eller ingen påvirkning på arbeidskapasiteten i andre typer jobber.

Forklaringer bak den høye andelen med helserelaterte ytelser

Sammenliknet med andre land har Norge en høy andel som mottar helserelaterte ytelser, og en lav andel arbeidsledige, se f.eks. NOU 2019:7.



Figur 1. Andel trygdemottakere i prosent av befolkningen 18–66 år per 31.12 1992–2017.

Note: Justert for dobbelttelling. Tilsvarende figur 3 i Kann og Sutterud (2017).

Helserelaterte ytelser inkluderer legemeldt sykefravær, arbeidsavklaringspenger (tidligere rehabiliterings- og attføringspenger og tidsbegrenset uforetønad) og uføretrygd. Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser omfatter dagpenger, tiltakspenger, overgangsønad og sosialhjelp.

Andel trygdemottakere i alderen 18-66 år har ligget relativt stabilt på 20–24 prosent de siste tiårene, og ved utgangen av 2017 var det 20,3 prosent som mottok en trygdeytelse fra NAV (Kann & Sutterud 2017). Sammensetningen av type ytelser har imidlertid endret seg; figur 1 viser at det fra begynnelsen av 1990-tallet til rett etter årtusenskiftet skjedde en vridning fra arbeidsmarkedsrelaterte ytelser til helserelaterte ytelser.

Det er trolig mange årsaker til at det er en høy andel på helserelaterte ytelser i Norge og at denne andelen er høyere nå enn den var for noen tiår tilbake. Årsakene jeg vil diskutere er økonomiske insentiver og endringer i arbeidsmarkedet. Jeg vil også gå inn på andre mulige forklaringer, slik som endringer i helse, en høyere andel av eldre arbeidstakere og mindre grad av familieforsørging.

Økonomiske insentiver

En rekke studier viser at ansatte responderer på økonomiske insentiver i sykelønnsordningen, ved at de har høyere sykefravær om det er mindre kostbart å være syk (se f.eks. Johansson & Palme 2005; Ziebarth & Karlsson 2014; D'Amuri 2017). Allikevel, selv om man får 100 prosent lønn ved sykefravær i Norge, kan man tape på å være borte fra jobb siden sykefravær kan innebære at man får dårligere lønnsutvikling, f.eks ved at man går glipp av opprykksmuligheter og bonus (Hansen 2000; Ichino & Moretti 2009; Markussen 2012).

Fevang, Markussen og Røed (2014) viser at også arbeidsgiver (ikke bare ansatte) kan tilpasse seg sykelønnsordningen, og deres mangel på økonomiske motiver kan være en viktig forklaring på det høye sykefraværet i Norge da arbeidsgiver kun betaler for de første 16 dagene av sykefraværet. Dette systemet kan skape en sykepengefelle hvor arbeidsgiver gjør lite for at en fraværende arbeidstaker kommer tilbake i jobb, siden det kan innebære en risiko for en ny periode med sykemelding hvor arbeidsgiveren igjen må finansiere de første 16 dagene av sykefraværet. Det kan også være at arbeidstakeren (i samråd med fastlegen) tar hensyn til dette systemet når de bestemmer lengden på sykefraværet. Mange arbeidstakere vil kunne vurdere hvordan helsetilstanden påvirker egen arbeidskapasitet, som igjen kan ha innvirkning på hans/hennes kollegaer og evt kunder/pasienter/studenter. Om f. eks. en syk arbeidstaker kan bli erstattet av en (frisk) vikar, kan det tenkes at lengden på sykefraværet settes slik at man er sikker på at arbeidstakeren er helt frisk når han/hun kommer tilbake på jobb.

En sykemeldt arbeidstaker vil ha et sterkt insentiv til å komme tilbake i jobb innen sykemeldingsperioden har utløpt, både fordi andre trygdeordninger som f.eks AAP gir langt lavere kompensasjon og fordi fortsatt fravær fra jobb kan føre til at en blir oppsagt. En periode uten arbeid kan innebære reduserte framtidige jobbmuligheter og/eller dårligere betalte jobber, noe som betyr at de langsiktige økonomiske tapene ved fravær vil være høyere enn det som går fram av kompensasjonsnivået på trygdene. Samtidig, for de som allerede er uten jobb, kan aktuelle jobber gi relativt liten avkastning fremfor å forbli trygdet (se f.eks Nordberg 2005; Hernæs, Markussen & Røed 2016).

Som nevnt over er det mange studier som viser at kompensasjonsnivået påvirker sykefraværet. Det samme gjelder ytelsesnivået for arbeidsledige (se f.eks. Røed & Zhang 2005). Når det gjelder mer langvarige helserelaterte ytelser er forskningen mer begrenset, noe som skyldes at det har vært lite endringer i utbetalingene av ytelsene. I Norge ble det imidlertid gjennomført en vesentlig endring i reglene for utregning av de tidligere ytelsene rehabiliterings- og attføringspenger i januar 2002. For noen personer med visse inntekthistorier og individuelle kjennetegn innebar dette at ytelsene ble redusert mens andre fikk økte ytelser. Ved å bruke denne tilfeldige variasjon i endring av ytelsene, estimerer Fevang, Hardoy og Røed (2017) den kausale effekten av størrelsen på kompensasjonsnivået. Funnene deres

tilsier at også enkelte personer på arbeidsavklaringspenger påvirkes av ytelsesnivået, men at de påvirkes i mindre grad enn personer på dagpenger. Endringer i kompensasjonsnivået på ulike trygder påvirker ikke bare sannsynligheten for overgang til jobb, det påvirker også sannsynligheten for overgang til andre trygdeytelser og for å gå ut av arbeidsstyrken uten trygd. Videre vil arbeidsmarkedsmuligheter også spille inn.

Noe høyere AAP-ytelser for enkelte grupper i kombinasjon med innstramninger i dagpengeordningen kan være en forklaring på hvorfor det har vært en vridning fra arbeidsmarkedsrelaterte ytelser til helserelaterte ytelser. Noen personer, slik som unge uten jobb-erfaring, har ikke krav på dagpenger. Dette betyr at AAP og evt sosialhjelp vil være eneste alternative inntektskilde for denne gruppen.

Hvorvidt denne vridningen fra arbeidsmarkedsrelaterte til helserelaterte ytelser er bekymringsverdig, i den forstand at den vil redusere samlet arbeidstilbud, er ikke helt opplagt. Både mottakere av AAP og dagpenger blir underlagt krav om en eller annen form for aktivitet som skal bidra til at de kommer (tilbake) i arbeid. Dagpengemottakere må aktivt søke etter jobber og delta i eventuelle tiltak. AAP-mottakere må delta i avtalte aktiviteter, f.eks. kurs, utdanning, arbeidsmarkedstiltak og medisinsk behandling. Trygdemottakere er en heterogen gruppe, med forskjellige behov og helsetilstand. Mange vil, pga sin helsetilstand, ha behov for et lengre eller kortere avbrekk fra arbeidslivet, noe som er mulig for mottakere av AAP. For andre vil det ikke være gunstig. Å bli diagnostisert av lege, som alle AAP-mottakere er, kan bety at både saksbehandlere i NAV, potensielle arbeidsgivere og AAP-mottakeren selv fokuserer unødvendig mye på diagnosen og problemer det kan medføre i stedet for de faktiske ressursene personen har.

I noen tilfeller vil det være opp til den enkelte saksbehandler i NAV hvorvidt en person blir tildelt AAP, dagpenger eller sosialhjelp. Schreiner (2019) undersøker hvorvidt ulik praksis rundt tildeling av ytelser påvirker senere yrkesdeltakelse for unge (18–30 år) som står utenfor arbeidsmarkedet. Hun finner at det å få innvilget AAP fremfor dagpenger eller sosialhjelp, gir svakere arbeidsmarkedstilknytning på sikt og øker risikoen for å bli uføretrygdet. Hvorvidt dette resultatet er overførbart til eldre aldersgrupper er ikke klart. Mange unge har ikke opparbeidet seg dagpengerrettigheter siden de ikke har vært i jobb. Det er dermed grunn til å tro at risikoen for at helserelaterte ytelser brukes som substitutt for ledighetstrygd med negative konsekvenser for sjansen til å komme i jobb, er spesielt stor i denne gruppen.

Også sykepenger (ikke bare AAP) kan bli brukt som et substitutt for dagpenger. Dette kan, f.eks. være tilfelle i forbindelse med nedbemanningsprosesser. Arbeidsgiver og arbeidstaker kan ha felles interesse av at arbeidstakeren blir sykemeldt fremfor arbeidsledig, siden kompensasjonsnivået er høyere og arbeidsgiver ikke har finansieringsansvar for langtidssykefravær.

Til slutt vil jeg nevne at sjenerøse trygdeordninger med dertil høy andel på trygd ikke trenger å være ensbetydende med lav sysselsetting. Et særtrekk ved de nordiske landene sammenliknet med andre europeiske land er at en høy andel er selvforsørget gjennom arbeidsinntekter og/eller trygdeinntekter, noe som igjen betyr lav grad av fattigdom (Pedersen, Grødem & Wagner 2019).

Endringer i arbeidslivet

En annen mulig forklaring på den høye andelen som mottar helserelaterte ytelser i Norge, er endringer i arbeidslivet, som f.eks. endrede kompetansekrav og økt fokus på produktivitet/effektivitet.

Teknologiske endringer har ført til økte kompetansekrav i arbeidslivet. De siste tiårene har endringene medført høyere etterspørsel etter arbeidskraft som både krever høy kompetanse

og gode sosiale evner (se f.eks. Deming 2017). Det har blitt økt konkurranse i mange sektorer, med økt fokus på effektivitet, produktivitet og omorganiseringer. Dette gjelder også innenfor offentlig sektor, hvor «ostehøvelprinsippet» gjør seg gjeldende, ved at budsjettene til offentlige instanser hvert år blir redusert med 0,5-0,8 prosent. Et mer turbulent arbeidsmarked kan øke risikoen for å utvikle helseproblemer samtidig som det kan bety at det blir vanskeligere å være i jobb med et gitt helseproblem. På den annen side har det også skjedd endringer som har gjort arbeidslivet enklere for noen, f.eks. mindre manuelt arbeid og mer fleksible arbeidstidsordninger.

En rekke studier viser at omorganiseringer, i form av nedbemanninger, øker risikoen for sykefravær og senere utføretrygding (se Rege, Telle & Votruba 2009; Huttunen, Møen & Salvanes 2011; Bratsberg, Fevang & Røed 2013). Denne økte risikoen skyldes dels at nedbemanninger i seg selv kan ha negativ innvirkning på helse på grunn av økt arbeidspress på de som blir igjen og/eller økt jobbusikkerhet (Ferrie 2001; Browning & Heinesen 2012; Black, Devereux & Salvanes 2015; Michaud, Crimmins & Hurd 2016). Samtidig trenger ikke en økning i bruk av helserelaterte ytelser tilsi en helseendring. Som tidligere beskrevet er det mange som jobber til tross for at de har en eller annen form for funksjonsnedsettelse. Dette indikerer at blant sysselsatte personer er det noen potensielle uføre. Et gitt helseproblem vil sannsynligvis begrense tilbud av nye jobber, og siden arbeidsevne blir vurdert i forhold til potensielle jobbmuligheter, kan det å miste jobben øke risikoen for å bli uføretrygdet.

Resultater fra Fevang (2019) tyder på at arbeidslivet har blitt mindre inkluderende over tid. Spesielt gjelder dette personer fra lavinntektsfamilier, som har fått stadig større problemer med å få innpass i arbeidslivet, noe som også er konsistent med funn fra Markussen og Røed (2019). Fevang (2019) har også informasjon om kognitive evner (målt for menn ved sesjon) og enkelte helseindikatorer. Disse målene er sterkt korrelert med sosial bakgrunn. Indikatorene er imidlertid upresise mål på helse, noe som betyr at studien ikke fullt ut er i stand til å skille betydningen av helse fra betydningen av sosial bakgrunn. Resultatene kan imidlertid tyde på at enkelte dimensjoner av helse har blitt mer viktig for sysselsettingen mens andre har blitt mindre viktige. Undervekt har blitt en sterkere prediktor for lav inntekt og ikke-sysselsetting, mens det er ganske stabil betydning av høyde og fedme. Da undervekt er korrelert med dårlig psykisk helse, kan det indikere at det har blitt stadig vanskeligere for personer med psykiske problemer å ha en stabil arbeidsmarkedstilknytning.³

Om presset på produktivitet og effektivitet har økt, er det rimelig å forvente at både arbeidsgivere og arbeidstakere utnytter trygdeordningene i større grad enn tidligere. Ansatte som, i kortere eller lengre perioder, ikke er i stand til å fungere optimalt, kan bli oppfordret til å sykemelde seg eller søke om uføretrygd. Siden det er Folketrygden som betaler for langtidssykefravær og andre trygdeytelser, har arbeidsgivere lite insentiver til å forebygge at ansatte faller ut av jobb.

3. Både undervekt, overvekt og fedme er forbundet med økt dødelighet. Det er imidlertid uklart om undervekt i seg selv er skadelig eller om undervekt er et resultat av sykdom og røyking (se f.eks. Aune mfl. 2016; Roh mfl. 2014). Basert på data fra Sveits finner Roh mfl. (2016) at høyere dødelighet blant undervektige skyldes økt risiko for ulykker og selvmord. Ved å bruke intervjudata fra England finner Kelly, Lilley og Leonardie-Bee (2010) at undervektige har et høyere alkoholforbruk, er oftere røykere og fysisk inaktive. I tillegg viser studien at både undervekt og overvekt/fedme er korrelert med høyere sannsynlighet for luftveissykdommer og dårligere psykisk helse.

Andre forklaringer

Det kan også være andre viktige forklaringer bak den høye andelen på helserelevante ytelser i Norge. For det første kan alderssammensetningen spille inn siden eldre har en høyere risiko for både sykefravær og andre helserelevante trygdeytelser. Kann og Sutterud (2013) viste at en økende andel eldre i yrkesaktiv alder var en medvirkende årsak til økning i helserelevante ytelser. For det andre har andelen som blir forsørget av familien sunket (Terum & Hatland 2014), hvilket kan bety at enkelte som før ville ha levd av inntekten til ektefelle eller andre familiemedlemmer, for kortere eller lengre perioder, nå lever på trygd.

En tredje forklaring kan være endringer i helse. Hvorvidt helsetilstanden i befolkningen har endret seg over tid er ikke opplagt. Forventet levealder blir ofte brukt som en indikator for helsetilstanden i befolkningen. I Norge har forventet levealder stadig økt, også de siste tiårene (se figur 1, FHI, 2018). Bakgrunn for denne positive utviklingen er bl.a. knyttet til endring i livsstil, som f.eks. nedgang i røyking i befolkningen. En annen viktig faktor bak redusert dødelighet er medisinske framskritt. Spedbarnsdødeligheten har blitt redusert fra 14 per 1 000 levendefødte på slutten av 1960-tallet til ca 2 per 1 000 levendefødte i dag (se <https://www.ssb.no/statbank/table/05378/tableViewLayout1/>). Bedre behandling ved fødselen har også vist seg å ha gunstige effekter på lengre sikt for barn, se f.eks. Bharadwaj, Løken og Neilson (2013). Samtidig er det grunn til å forvente at noen av de som tidligere ikke ville ha overlevd som spedbarn, har alvorlige helseproblemer. Brage og Thune (2015) viser at de som ble innvilget uføretrygd i alderen 18–25 år, er dominert av personer med psykisk utviklingshemming og medfødte misdannelser, og noe av økningen i uføretrygd i denne alderen kan tilskrives at det er en økende andel som vokser opp med dette grunnet bedre overlevelsesmuligheter. Eksempelvis har alder ved død for personer med Downs syndrom økt fra 16 år i 1969 til 53 år i 2009 (Larsen 2014). Generelt er det ikke opplagt hvordan medisinske framskritt vil påvirke folks helse. Noen vil komme seg raskere og leve bedre med en gitt diagnose, men økt overlevelse kan også bety at en økende andel vil leve med ulike kroniske tilstander.

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør hoveddelen av diagnosene blant de uføre. Blant de unge, hvor uføreratene har økt mest, har over halvparten en psykisk diagnose. Ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet (se <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>) har det ikke samtidig vært noen generell økning i andelen med psykiske plager i befolkningen, men forfatterne finner en økt andel av unge jenter som oppgir å ha psykiske plager.

En utvidelse av sykdomsbegrepet kan også være en medvirkende årsak til økning i mottaket av helserelevante ytelser. Et eksempel på utvidelse av sykdomsbegrepet er ADHD hvor diagnostisering og behandling startet i USA på 1960-tallet. Siden begynnelsen på 1990-tallet ble diagnosen utbredt også i andre land, og mange vestlige land har siden hatt en sterk økning i andelen med ADHD (Conrad & Bergey 2014). Vi har også hatt en økning i Norge og i dag er det 3,0 prosent av gutter og 1,2 prosent av jenter i alderen 6–17 år som får medisinsk behandling for ADHD (<https://www.fhi.no/publ/2016/adhd-i-norge/>). Diagnosen blir satt tidlig, ofte før 12-årsalderen, men som regel vil man fortsette å ha diagnosen som voksen. Derfor vil vi forvente en stadig øking i andelen voksne med denne diagnosen.

Tiltak for å redusere bruk av helserelevante ytelser

I dette avsnittet vil jeg diskutere ulike strategier for å redusere mottaket av helserelevante trygdeytelser blant befolkningen i yrkesaktiv alder. Jeg vil fokusere på årsaker som er godt dokumentert i økonomisk litteratur; endringer i kompensasjonsnivå, større finansieringsansvar for arbeidsgivere og aktivitetskrav.

Innstramning i ytelser

For å redusere sykefraværet har sykelønna har blitt kuttet i mange vestlige land. I Norge har vi hatt 100 prosent kompensasjonsrate siden 1978. Selv om funn fra andre land viser at redusert sykelønn minsker sykefraværet, er det også noen studier som viser at ulike grupper kan tilpasse seg ulikt. Ziebarth (2013) utnytter en reform av sykefraværskompensasjonen i Tyskland, hvor kompensasjon for korttidsfravær (fravær kortere enn seks uker) ble redusert fra 100 til 80 prosent, mens sykelønn ved langtidsfravær ble kuttet fra 80 til 70 prosent. Han finner at reformen førte til en reduksjon i korttidsfravær, men ingen endring i langtidsfravær. Mangelen på effekt kan skyldes at det allerede var en streng kontroll av langtidsfraværende arbeidstakere i Tyskland. Som tidligere nevnt får ikke alle arbeidstakere i Norge sykefraværskompensasjon ved lønn over 6 G. Dale-Olsen (2014) bruker dette til å undersøke hvorvidt høytlønte responderer på økonomiske insentiver. Han finner at høyere kompensasjonsnivå fører til økt sykefravær blant mannlige ansatte, mens det ikke har innvirkning på sykefraværet til kvinnelig ansatte.

Kutt i sykelønn er et tema som ofte diskuteres i media og av ulike politikere. Det kan være store besparelser forbundet med dette ved at offentlige utgifter reduseres og en reduksjon i fravær kan også ha gunstige langtidskonsekvenser for ansatte ved at tilknytningen til arbeidslivet økes, og risiko for senere uføretrygding og varig utstøtning reduseres. På den annen side kan besparelsene være begrensede. Om ansatte går på jobb selv om helsetilstanden skulle tilsi noe annet, kan det føre til lengre sykdomsperioder (og større offentlige utgifter) senere. Det kan også føre til større spredning av influensa og andre smittsomme sykdommer (Pichler & Ziebarth 2011). Muligens vil effekten av kutt bli dempet ved at enkelte arbeidsgivere vil tilby inntektskompensasjon til sine ansatte. At arbeidsgivere gir kompensasjon utover det som blir tilbudt av Folketrygden, ser vi også i dag, ved at mange bedrifter tilbyr ansatte full lønn ved inntekt over 6G (se Dale-Olsen 2018).⁴ Resultatet kan dermed bli økte forskjeller i arbeidslivet, hvor enkelte arbeidstakere får full lønn under hele sykepengeperioden mens andre får reduserte ytelser.

Forskning tilsier at innstramning i andre ytelser, som f.eks. AAP, også vil føre til færre mottakere av trygdeytelsen. Noen av de som slutter mottaket av ytelsen kommer i jobb, mens andre havner på andre trygdeordninger og sosialhjelp, eller forsvinner ut av arbeidsstyrken uten noen alternativ inntekt. Dette er også resultatet av innstramningene i vilkårene for å få AAP som ble innført 1. januar 2018 (se Kann & Dokken 2019). De viktigste endringene var at maksimal varighet har blitt redusert fra fire til tre år og at vilkårene for å få forlengelse av stønadperioden ble kraftig skjerpet.

Innskrenking av dagpengerettighetene har antakelig vært en viktig årsak til en vridning fra ledighet til helserelevante ytelser. Mange unge som står uten jobb har ikke krav på dagpenger da de tidligere har hatt liten eller ingen kontakt med arbeidslivet. Noen kan ha krav på sosialhjelp, for andre vil AAP være det eneste inntektsalternativet. Dette kan føre til et unødvendig sterkt fokus på sykdom og altså en dreining vekk fra muligheter og evner. En måte å redusere medikalisering og overforbruk av helserelevante ytelser kan dermed være å slakke på kravene for å få innvilget dagpenger.

Alt i alt er det vanskelige avveininger å ta ved utforming av trygdesystemet. Systemet bør være innrettet slik at det lønner seg å jobbe, samtidig som det skal sikre en anstendig inntekt hvis man, over kortere eller lengre tid, ikke er i stand til å jobbe. Trygdesystemet er en viktig del av vårt velferdssamfunn. Selv om innstramminger i trygdesystemet kan føre til at enkelte

4. Full lønnskompensasjon ble også gitt til mange arbeidstakere før den universelle sykepengeordningen ble innført i 1978.

vil komme fortere i arbeid, vil det også føre til lavere inntekter og økt fattigdom blant enkelte grupper. For mange vil det være vanskelig å få jobb, enten fordi de har dårlig helse og/eller fordi de mangler kompetanse. Innstramminger eller frykt for at velferdssystemet ikke vil strekke til vil trolig også føre til at flere etterspør private forsikringsordninger. Dette vil igjen medføre større ulikhet ved at de minst ressurssterke ikke vil ha råd til å forsikre seg, og/eller at de ikke vil bli innvilget forsikring på grunn av allerede eksisterende helseproblemer eller høy risiko for sykdom.

Økt betalingsansvar for arbeidsgiver

En sykelønnsordning hvor arbeidsgivere finansierer den første delen av sykefraværet og det offentlige resten er vanlig i mange land, ikke bare Norge. Bedriftene har sterke insentiver til å forebygge korttidsfravær, men når fraværet varer lengre enn 16 dager har arbeidsgiveren lite insentiver for å legge til rette for at fraværende skal komme raskt tilbake i jobb, siden et eventuelt nytt fravær vil bety at arbeidsgiver igjen er ansvarlig for å dekke sykelønnsutbetaling i 16 dager.

I Nederland har man innført reformer som innebærer høyere finansieringsansvar for arbeidsgiver ved sykefravær og uføretrygd. Dette har ført til redusert sykefravær og lavere innstrømming til uføretrygd (Koning & Lindebom 2015), men disse tiltakene har også sin pris. Koning og Lindebom (2015) mistenker at reformene har ført til at flere personer med helseproblemer står på bar bakke (uten inntekt fra hverken jobb eller trygd) siden arbeidsgivere vil være skeptiske til å ansette personer med potensielt høyt sykefravær. Et stort medfinansieringsansvar for arbeidsgivere vil bety at de har et stort insentiv til å forebygge sykefravær. Samtidig vil det redusere insentivene til å ansette folk med helseproblemer. Vi bør derfor søke etter løsninger som tar hensyn til begge deler. En løsning er å delvis forskyve arbeidsgivers finansieringsansvar fra korttidsfravær til langtidsfravær. Det kan gjøres ved at perioden der arbeidsgivere betaler sykelønna reduseres, mens arbeidsgiver betaler en viss andel av langtidsfraværet.

Aktivitetskrav

Juli 2004 ble det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen i Norge (Ot.prp 48 2003-2004). Regelendringene kan oppsummeres på følgende måte: Legene skal i større grad vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at en person må være borte fra jobb. Dersom legen mener det er nødvendig, skal legen vurdere om gradert sykemelding skal benyttes framfor aktiv sykemelding.⁵ Ved fulltidssykemelding utover åtte uker skal legen sende en «utvidet legerklæring» som skal dokumentere at det er medisinske grunner som hindrer aktivitet. Leger som unnlater å følge bestemmelsene, kan miste retten til å skrive ut sykemeldinger. Disse regelendringene førte til et fall i sykefraværet på over 23 prosent, se Markussen (2010).

Ifølge de nye reglene ble også arbeidsgivere pålagt å arrangere et dialogmøte innen de første sju ukene av sykefraværet. Formålet med møtet er å legge til rette for en rask retur til jobb, f.eks. ved hjelp av gradert sykefravær. Hvis den sykemeldte ikke har kommet tilbake innen 26 uker, skal NAV arrangere et nytt dialogmøte med den sykemeldte, arbeidsgiveren og

5. Aktiv sykemelding ble innført i 1993 og avviklet 1. juli 2011. Ved aktiv sykemelding utbetalte NAV full lønn. En forutsetning for ordningen var at arbeidsgiver skulle finne nye arbeidsoppgaver til den sykemeldte, gi opplæring i nye arbeidsoppgaver eller gi arbeidstrening. Årsaken til at ordningen ble avskaffet var at mange arbeidsgivere spekulerte i den ved at mange sykemeldte, i praksis, gjorde de samme oppgavene som tidligere.

fastlegen. Hvordan dette dialogmøtet har blitt fulgt opp varierer mellom ulike kommuner, og Markussen, Røed og Schreiner (2017) bruker dette som et instrument til å evaluere reformen. De finner at dialogmøtet reduserer lengden på sykefraværet. Markussen (2012) evaluerer effekten av mer bruk av gradert sykefravær i stedet for full sykemelding ved å utnytte at fastleger i varierende grad skriver ut gradert sykemelding. Deres funn tilsier at gradering av sykefraværet fører til kortere sykefravær og at færre går over på andre NAV-ytelser. Regelendringene fra 2004 ser altså ut til å ha vært svært effektive når det gjelder å redusere sykefraværet. En innvending mot dette er at sykefraværet i forkant av denne regelverksendringen hadde økt kraftig som et resultat av et stadig større omfang av aktiv sykemelding. Regelverksendringene førte til en begrenset mulighet for bruk av aktiv sykemelding, noe som i seg selv kan ha ført til redusert sykefravær.

At både gradering av sykefravær og dialogmøter reduserer sykefraværet kan tilsi at vi bør bruke disse virkemidlene i enda større grad enn det vi gjør nå. Samtidig er det ikke sikkert at mer involvering av legene er veien å gå. Legen spiller selvfølgelig en nøkkelrolle når det gjelder medisinsk behandling, men det er ikke alltid legen vet hvordan ulike helsepelager kan påvirke arbeidskapasiteten. I mange tilfeller vil arbeidsgiveren være mer avgjørende, spesielt når det gjelder hva som kan gjøres for å tilrettelegge arbeidet for å gjøre det enklere for en med helseplager å være i jobb. En effektiv måte å få bukt med sykefraværet kan være at arbeidsgiver har en tettere oppfølging av sykemeldte.

Et eksempel på mindre innblanding av fastlegene og samtidig økt oppfølging fra arbeidsgiver er en reform som ble introdusert i Mandal i 2008. Prosjektet ble kalt «Tillitsprosjektet». De kommunalt ansatte kunne sykemelde seg selv i opptil et år samtidig som lederne i kommunen ble pålagt en tett oppfølging av de sykemeldte. Annen forskning (Hartman mfl. 2013) har vist at utvidet rett til egenmelding øker sykefraværet, noe som kan forklares med økt misbruk om man ikke trenger å gå til lege. Dette kan tyde på at legen spiller en viktig rolle som portvokter. Samtidig kan det å selv kunne sykemelde (og friskmelde) seg innebære mer fleksibilitet og at man i større grad vil gå tilbake i jobb når helsa tilsier det. En legemelding vil være mer rigid. Til tross for at det kan være vanskelig å spå hvordan helsetilstanden vil være en uke eller to fram i tid, vil legemeldinger ofte vare ut uken, ut måneden og/eller et visst antall uker. Den sykemeldte kan velge å komme tilbake før legemeldingen har gått ut, men vil trolig følge legens råd. Utvidet rett til egenmelding kan da redusere sykefraværet ved at sykemeldte i større grad kommer tilbake i jobb eller prøver seg med gradert sykemelding når de føler seg friske nok til det. Utvidet rett til egenmelding kan også ses på som et tegn på økt tillit til de ansatte, noe som i seg selv kan gjøre at ansatte vil yte mer ved blant annet å unngå unødig sykefravær.⁶ Det at arbeidsgiver følger tett opp den sykemeldte, kan oppleves som økt kontroll, men det vil også kunne oppleves som noe positivt da arbeidsgiver viser at han/hun bryr seg om den ansatte. Ved å sammenlikne utvikling i langtidsfravær (sykefravær over 16 dager) i Mandal med andre liknende kommuner, finner Torsvik & Vaage (2015) at reformen har redusert sykefraværet med mer enn 20 prosent. Hvorvidt denne sykefraværssnedgangen skyldes utvidet rett til egenmelding eller økt oppfølging, eller om det er kombinasjonen av tiltakene som er avgjørende, kan de imidlertid ikke fastslå. I perioden 2013–2016 ble det også gjort forsøk med egenmelding i 365 dager i 12 virksomheter i andre deler av landet, men dette viste ingen innvirkning på sykefraværet (se Proba 2016).

6. I lab eksperimenter finner Falk og Kosfeld (2006) at majoriteten av agentene reduserer innsatsen hvis de blir kontrollert sammenliknet med en situasjon hvor prinsipalen stoler på agentene. Årsaken er at de fleste ønsker å gjøre en god innsats og agentene opplever kontroll som et signal om mistillit og en begrensning av egne valg, som igjen har negativ effekt på motivasjonen. Opportunistiske agenter yter mer (minimumsnivå) om de blir kontrollert.

I Nederland har økt oppfølging av sykmeldte stått sentralt for å få ned sykefraværet og redusere overgang til uføretrygd. Ifølge en protokoll («The Gatekeeper protocol») som ble innført i 2002, skal arbeidsgiver følge opp den sykmeldte tidlig i sykefraværet. Innen de første åtte ukene av sykefraværet skal arbeidsgiver og ansatte sette opp en plan for at den ansatte skal kunne komme tilbake i jobb. Denne skal inneholde en vurdering av funksjonsnedsettelse, og mulige behov for medisinsk behandling i tillegg til dato for når man kan komme tilbake til jobb. Hvis den sykmeldte ikke er i stand til å komme tilbake som planlagt, må arbeidsgiver lage en ny vurdering for å forklare hvorfor ikke den opprinnelige planen ble fulgt.

I Nederland har de også forsøkt å redusere uføreratene ved å øke strømmen ut av uføretrygd, f.eks. ved reeksaminering av behov for uføretrygd. Disse reformene har hatt mer usikre effekter (Sonsbeek & Gradus 2012), noe som antakelig skyldes at jobbmulighetene er svært begrenset for personer som har vært ute av arbeidslivet en lang stund.

Når det gjelder aktivitetskrav er det ikke nødvendigvis slik at ethvert krav som blir stilt til trygdemottakere er hensiktsmessig, og i noen grad kan krav gå på bekostning av inntektssikring. Et slikt eksempel er meldekortsordningen, som i forbindelse med innføring av AAP i 2010 ble utvidet til å gjelde alle AAP-mottakere. Før den nye stønaden ble etablert var det kun personer som mottok attføringspenger som var pliktige til å sende inn meldekort. I meldekortet, som skal leveres inn hver 14. dag, gis informasjon om arbeid og avtalt aktivitet (f.eks. deltakelse i tiltak, medisinsk behandling) eller fravær fra aktivitet. Om meldekortet ikke blir sendt eller skjemaet er mangelfullt, kan det føre til opphør eller reduksjon av ytelsen. Ifølge Proba (2015) fungerer ordningen bra for de som er i arbeid eller tiltak. Samtidig rapporterer både ansatte i NAV og brukere at ordningen praktiseres for strengt siden det ofte er de sykeste som ikke leverer inn eller leverer for sent. Meldekortsordningen kritiseres også for at den ikke er tilpasset den enkelte bruker og mange fyller ut meldekortet feil.

Konklusjon

I Norge er sysselsettingsraten høy og arbeidsledigheten lav. Samtidig er det en høy andel av befolkningen som mottar helserelaterte ytelser, som i en viss grad skjuler et ledighetsproblem. Det er imidlertid ikke mulig å gi et eksakt svar på hvor stor andel av mottaket av helserelaterte ytelser som er skjult ledighet, da sykdom og ledighet kan gli inn i hverandre. Et mer turbulent arbeidsmarked, med økt fokus på produktivitet og effektivitet, kan øke risikoen for å utvikle helseproblemer samtidig som det kan bety at det blir vanskeligere å være i jobb med et gitt helseproblem.

I løpet av de siste tiårene har det vært stadige innstramminger i dagpengerettighetene, noe som har bidratt til at flere mottar helserelaterte ytelser. En måte å unngå medikalisering og overforbruk av helserelaterte ytelser er å slakke på kriteriene for å få dagpenger.

Erfaringer fra Nederland viser at arbeidsgivere kan spille en nøkkelrolle når det gjelder å redusere sykefravær og tilstrømningen til uføretrygd. I Nederland er arbeidsgivere ansvarlige for å finansiere både sykkelønn og uføretrygd, dermed gjør også arbeidsgiverne en stor innsats for å forebygge sykefravær og tilpasse arbeidet om en ansatt har helseproblemer. En ulempe ved dette systemet er at arbeidsgiver vil være mer skeptisk til å ansette personer med helseproblemer. Allikevel har vi noe å lære av Nederland. Det nåværende systemet for finansiering av sykkelønn, hvor arbeidsgiver betaler for de første 16 dagene og Folketrygden de resterende dagene, bidrar til at arbeidsgivere gjør for lite for å forebygge langtidssykefravær. En bedre løsning vil være at finansieringsansvaret mellom arbeidsgiver og Folketrygden er mer likt fordelt gjennom hele sykepengeperioden, ved at bedriftene betaler en mindre andel

av korttidsfraværet og en høyere andel av langtidsfraværet. Noen tiltak, slik som gradering av sykefravær og dialogmøter, ser ut til å redusere sykefraværet. Disse tiltakene har primært fokusert på fastlegens rolle, men det kan tenkes at det vil være mer effektivt å oppmuntre til økt oppfølging fra arbeidsgiverne. Ved å gjøre arbeidsgivere ansvarlig for en større del av langtidsfraværet, vil det i større grad lønne seg å forebygge at ansatte blir værende borte fra jobb.

Referanser

- Aune, D., Sen, A., Prasad, A., Norat, T., Janszky, I., Tonstad, S., Romundstad, P. & Vatten, L. J. (2016). BMI and all cause mortality: Systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ* 2016; 353: i2156. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2156>
- Bharadwaj, P., Løken, K. V. & Neilson, C. (2013). Early life health interventions and academic achievement. *American Economic Review*, 103, 1862–1891. <https://doi.org/10.1257/aer.103.5.1862>
- Black, S. E., Devereux, P. J. & Salvanes, K. G. (2015). Losing heart? The effect of job displacement on health. *ILR Review*, 68, 833–861. <https://doi.org/10.1177/0019793915586381>
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: Exploring some elusive concepts. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 26, 9–17. <http://dx.doi.org/10.1136/mh.26.1.9>
- Brage, S. & Thune, O. (2015). Ung Uførhet og Psykisk Sykdom. *Arbeid og velferd*, (1), 37–49.
- Bratsberg, B., Fevang, E., & Røed, K. (2013) Job loss and disability insurance. *Labour Economics*, 24, 137–150. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2013.08.004>
- Browning, M. & Heinesen, E. (2012). Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *Journal of Health Economics*, 31, 599–616. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.001>
- Conrad, P. & Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 122, 31–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- D'Amuri, F. (2017). Monitoring and disincentives in containing paid sick leave. *Labour Economics*, 49, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.09.004>
- Dale-Olsen, H. (2018). Sykefravær og inntektskompensasjon ved sykefravær? *Søkelys på arbeidslivet*, 35, 77–95. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2018-01-02-05>
- Dale-Olsen, H. (2014). Sickness Absence, Sick Leave Pay, and Pay Schemes. *Labour*, 28, 40–63. <https://doi.org/10.1111/labr.12022>
- Deming, D. (2017). The growing importance of social skills in the labor market. *Quarterly Journal of Economics*, 132, 1593–164.
- Falk, A. & Kosfeld, M. (2006). The hidden costs of control. *American Economic Review*, 96, 1611–1630.
- Ferrie, J. E. (2001). Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 71–76. <https://doi.org/10.1177/014107680109400206>
- Fevang, E. (2019). *Economic Incentives, Employment and Health*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/19670>
- Fevang, E., Hardoy, I. & Røed, K. (2017). Temporary disability and economic incentives. *Economic Journal*, 127, 1410–1432. <https://doi.org/10.1111/eoj.12345>
- Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K. (2014). The sick pay trap. *Journal of Labor Economics*, 32, 305–336. <http://dx.doi.org/10.1086/673400>

- Fevang, E. & Røed, K. (2006). *Veien til uføretrygd i Norge*. Frisch Rapport 10 (2006). Oslo: Frischsenteret.
- Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K. (2013). Sykepengefeillen. *Samfunnsøkonomen*, 9, 19–20.
- Godøy, A. & Dale-Olsen, H. (2018). Spillovers from Gatekeeping – Peer effects in absenteeism. *Journal of Public Economics*, 167, 190–204. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.08.015>
- Hansen, J. (2000). The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden. *Journal of Population Economics*, 13, 45–55.
- Hartman, L., Hesselius, P., & Johansson, P. (2013) Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment. *Labour Economics*, 20, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2012.10.003>
- Hernæs, Ø., Markussen, S. & Røed, K. (2016). *Kompensasjongrader i inntektssikringsystemet for personer med svak tilknytning til arbeidsmarkedet*. Frisch Rapport 1 (2016). Oslo: Frischsenteret.
- Hofmann, B. & Wilkinson, S. (2016) Mange betegnelser for sykdom. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 136, 1125–6.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M. Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huttunen, K., Møen, J., & Salvanes, K.G. (2011). How destructive is creative destruction? Effects of job loss on mobility, withdrawal and income. *Journal of the European Economic Association*, 9, 840–870. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4774.2011.01027.x>
- Ichino, A. & Moretti, E. (2009). Biological gender differences, absenteeism and the earnings gap. *American Economic Journal: Applied Economics*, 1, 183–218.
- Johansson, P. & Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*, 89, 1879–1890.
- Kann, I. C. & Dokken, T. (2019). Flere har avsluttet arbeidsavklaringspenger etter regelverksendingene i 2018. De fleste til uføretrygd eller jobb. *Arbeid og velferd*, 3.
- Kann, I. C. & Sutterud, L. (2017). Stadig færre på trygd? *Arbeid og velferd*, (3), 31–58.
- Kelly, S. J, Lilley, J. M & J. Leonardie-Bee (2010). Associations of morbidity in the underweight. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64, 475–482. <https://doi.org/10.138/ejcn.2010.13>
- Koning, P. & Lindebom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. *Journal of Economic Perspectives*, 29, 151–172.
- Markussen, S. & Røed, K. (2019). Economic mobility under pressure. *Journal of the European Economic Association*, jvz044. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvz044>
- Markussen, S., Røed, K. & Schreiner, R. (2017). Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work? *Economic Journal*, 128, 1276–1303. <https://doi.org/10.1111/ecoj.12468>
- Markussen, S. (2012). The individual cost of sick leave. *Journal of Population Economics*, 25, 1287–1306. <https://doi.org/10.1007/s00148-011-0390-8>
- Markussen, S. (2010). 2004: Da sykefraværet falt som en stein. *Samfunnsøkonomen*, 3, 18–23.
- Michaud, P.-C., Crimmins, E. & Hurd, M. (2016). The effect of job loss on health: Evidence from biomarkers. *Labor Economics*, 41, 194–203. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.05.014>
- Nordberg, M. (2007). The total tax on labour income. *Memorandum*, 5. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.
- NOU 2019:7 (2019). *Arbeid og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*. Oslo: Arbeids- og Sosialdepartementet.
- Pedersen, A. W., Grødem, A. S., & Wagner, I. (2019). *Trygdepolitikk og trygdemottak i åtte nord-europeiske land*. Rapport 2019:14. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

- Pichler, S. & Ziebarth, N. (2017). The pros and cons of sick pay schemes: Testing for contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behavior. *Journal of Public Economics*, 156, 14–33. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2017.07.003>
- Proba Samfunnsanalyse (2015). *Klage- og påvirkningsmuligheter for søkere og mottakere av AAP*. Rapport nr. 2015–03. Oslo.
- Proba Samfunnsanalyse (2016). Egenmelding 365 – evaluering av et forsøksprosjekt. Rapport nr. 2016–14. Oslo.
- Rege, M., Telle, K. & Votruba, M. (2009). the effect of plant downsizing on disability pension utilization. *Journal of the European Economic Association*, 7, 754–785. <https://doi.org/10.1162/JEEA.2009.7.4.754>
- Roh, L., Braun, J., Chiolero, A., Bopp, M., Rohrmann S. & Faeh, D. (2014). Mortality risk associated with underweight: A census-linked cohort of 31,578 individuals with up to ears of follow-up. *BMC Public Health*, 14:371. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-371>
- Røed, K. & Zhang, T. (2005). Unemployment duration and economic incentives – A quasi random-assignment approach. *European Economic Review*, 49, 1799–1825. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2004.04.001>
- Schreiner, R. C. (2019): Unemployed or disabled? Disability screening and labor market outcomes of youths. *Memorandum*, 5. Oslo: Department of Economics, University of Oslo.
- Terum, L. I. & Hatland, A. (2014). Sysselsetting og trygd under arbeidslinja? *Søkelys på Arbeidslivet*, 31, 3–22.
- Torsvik, G. & Vaage, K. (2015). Gatekeeping versus monitoring: Evidence from a case with extended self-reporting of sickness absence. CES-ifo Working Paper, no.5113. Hentet fra <https://ssrn.com/abstract=2548964>
- Van Sonsbeek, J. M. & Gradus, R. H. J. M. (2013). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Oxford Economic Papers*, 65, 832–855.
- WHO (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. New York, USA: WHO.
- WHO (2011). *World Report on Disability 2011*. New York, USA: WHO.
- Wikman, A., Marklund, S. & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease and sickness absence: An empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 450–454.
- Ziebarth, N. (2013). Long-term absenteeism and moral hazard – Evidence from a natural experiment. *Labor Economics*, 24, 277–292. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2013.09.004>
- Ziebarth, N. & Karlsson, M. (2014). The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *Journal of Applied Econometrics*, 29, 208–230. <https://doi.org/10.1002/jae.2317>