
Unge på arbeids- og helserelevante ordninger

AV TORUNN BRAGSTAD OG SØREN BRAGE

SAMMENDRAG

Antall unge mottakere av rehabiliteringspenger og unge yrkeshemmede (personer med nedsatt arbeidsevne) økte med rundt 30 prosent i perioden 1996 – 2008. Tallene gjelder aldersgruppen 18-29 år. En betydelig del av denne gruppen var både inntatt rehabiliteringspenger og hadde status som yrkeshemmede på et annet tidspunkt. Det var også en tydelig tendens til at gruppen ble stønadsmottakere i stadig yngre alder.

Det har vært en sterk økning i psykiske lidelser, særlig angst og depresjon, som medisinsk årsak til rehabilitering og attføring i ung alder. I 2008 hadde to av tre unge mottakere av rehabiliteringspenger en psykisk lidelse, en økning fra mindre enn halvparten i 1996. Få i denne gruppen gikk tilbake til arbeid. Det gjelder spesielt de med alvorlig psykisk lidelse, der kun 11 prosent var i arbeid tre år etter at de ble registrert med ytelsen. Blant unge mottakere av rehabiliteringspenger med muskel- og skjelettlidelser var 41 prosent i arbeid etter tre år. Blant unge yrkeshemmede var diagnoseregistreringen tiltagende mangelfull i perioden.

Unge yrkeshemmede og unge mottakere av rehabiliteringspenger hadde betydelig lavere utdanningsnivå enn aldersgruppen som helhet. Kun 24 prosent av stønadsmottakerne i aldersgruppen 20-24 år hadde gjennomført videregående skole. Tilsvarende tall for alle 20-24 åringer var 65 prosent.

Kombinasjonen av psykiske helseproblemer, lav utdanning og liten arbeidslivserfaring var utbredt blant de unge med rehabiliteringspenger og de unge yrkeshemmede, og bidro til at kun en liten andel var i lønnet arbeid etter tre år – mellom 23-28 prosent. Mellom 6-12 prosent hadde fått en uføreytelse, og flertallet, over 40 prosent, hadde fortsatt rehabiliteringspenger eller var yrkeshemmede.

Arbeidsavklaringspenger har nå erstattet både attføringspenger og rehabiliteringspenger. De unge mottakerne av denne ytelsen representerer en stor utfordring for NAV, fordi de er mange og har en kombinasjon av psykiske lidelser, lav utdanning og liten arbeidslivserfaring.

INNLEDNING

Det er fra mange hold satt fokus på en del unges problemer med frafall fra utdanning og påfølgende lav tilknytning til arbeidsmarkedet, og at de i økende grad søker seg til helserelevante tilbud og ytelser (OECD 2006; 2008). Gjennom siste halvdel av 1990-tallet og fram til utgangen av 2009 har det vært en spesielt kraftig vekst både i antall og andelen unge under 30 år som mottar en uføreytelse. For de yngste under 25 år gjelder dette også når vi ser bort fra at mange unge fikk en tidsbegrenset uførestønad (Bragstad 2009). Veksten skyldes i hovedsak en sterk økning i antall unge uføre med alvorlige, psykiske lidelser (Brage og Thune 2008; 2009).

Fra midten av 1990-tallet og fram til 2004 var det en generell økning i bruken av helserelevante ytelser. I en analyse av sykefraværet de siste 20 år viste Nossen og Thune (2009) at veksten var størst i aldersgruppen 30-49 år, men de fant også vekst i aldersgruppen 16-29 år.

Statistikk fra NAV viser at utviklingen for unge med rehabiliteringspenger og unge yrkeshemmede også i hovedsak fulgte det samme mønsteret som resten av befolkningen.

Kunnskapen om unge på midlertidige ytelser og helserelevante tiltak er imidlertid begrenset. I en analyse fra NAV¹ har vi sett nærmere på unge i alderen 18-29 år som mottok rehabiliteringspenger eller var yrkeshemmede i perioden 1996-2008. Det er disse to gruppene, sammen med mottakere av tidsbegrenset uførestønad, som fra 1. mars 2010 er definert som personer med nedsatt arbeidsevne i statistikken fra NAV. Arbeidsavklaringspenger (AAP) erstattet samtidig rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Resultatene fra vår analyse kan derfor gi viktig bakgrunnskunnskap om unge med arbeidsavklaringspenger eller nedsatt arbeidsevne.

¹ Brage og Bragstad (2011).

Rehabiliteringspenger

Rehabiliteringspenger var en livsoppholdsytelse for personer som hadde brukt opp retten til sykepenger, men fremdeles hadde nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom eller skade, og var under aktiv behandling. Personer uten sykepengerrettigheter, men som hadde vært arbeidsuføre i minst ett år, kunne også ha rett til rehabiliteringspenger hvis de var under behandling. Nedre aldersgrense for rehabiliteringspenger var generelt 18 år. Ytelsen utgjorde 66 % av tidligere inntekt, men med en minstepensjon på nivå med folketrygdens minstepensjon.

Fra 1.7.1993 ble det innført en tidsbegrensning av ytelsen på 52 uker, men med mulighet til unntak i enkelttilfeller. Både antall mottakere og den gjennomsnittlige varigheten av ytelsen ble kraftig redusert etter denne regelendringen, men unntaksbestemmelsene ble brukt i økende omfang. En ny innskjerping av regelverket, med en innstramning av unntaksbestemmelsen til maksimalt to år, ble innført i 2004.

Fra 1.3.2010 er rehabiliteringspenger erstattet av arbeidsavklaringspenger.

Yrkeshemmede

Yrkeshemmede var personer som ble vurdert i forhold til eller deltok i arbeidsrettede tiltak fordi de av helsemessige årsaker hadde fått arbeidsevnen varig nedsatt, eller yrkesmulighetene vesentlig innskrenket. De fleste oppfylte de medisinske årsaksvilkårene (at arbeidsevnen var nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom eller skade), og hadde da krav på attføringspenger og -tiltak. Men også mottakere av sykepenger eller uføreytelser kunne delta på arbeidsrettede tiltak, og ble dermed definert som yrkeshemmede. Kategorien omfattet i tillegg personer med sosiale tilpasningsproblemer. De fleste yrkeshemmede mottok attføringspenger, men en del mottok andre ytelser, slik som sykepenger, uførepensjon, individstønad eller de mottok lønn.

Fra 1.1.2009 ble benevnelsen *yrkeshemmede* erstattet med *personer med nedsatt arbeidsevne*.

De viktigste attføringstiltakene for unge er *opp-læring, arbeidspraksis, arbeid med bistand, lønns-tilskudd, og tiltak i arbeidsmarkedsbedrift*. *Varig tilrettelagt arbeid* (VTA) er i hovedsak arbeidsplasser i skjermet sektor for personer som har eller er i ferd med å få varig uførepensjon.

Attføringspenger

Attføringspenger var en livsoppholdsytelse. Nedre aldersgrense for å få attføringspenger var 19 år. Gitt at kravene var oppfylt, hadde man rett til attføringspenger både under kartleggingsperioder, ved gjennomføring av tiltak og i perioder med venting på tiltak. Ytelsen utgjorde 66 % av tidligere inntekt, men med en minstepensjon på nivå med folketrygdens minstepensjon.

Fra 1.3.2010 er attføringspenger erstattet av arbeidsavklaringspenger.

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er hentet fra NAVs registre og basert på alle personer i fødselskullene 1965-1990 som var registrert med enten rehabiliteringspenger fra og med 1.1.1994, eller som yrkeshemmede fra og med 1.1.1996, og til og med utgangen av 2008. Hovedfokus for analysen var personer som til enhver tid var i aldersgruppen 18 til 29 år. Vi inkluderte alle perioder med rehabiliteringspenger og alle perioder som yrkeshemmet. I noen analyser ble påfølgende perioder med opphold på under tre måneder slått sammen. Diagnose, uføregrad og vilkår for innvilgelse av ytelsen var registrert for tilfeller med rehabiliteringspenger. Yrkeshemmede var registrert med tiltak, type ytelse og diagnose. For hvert registrerte tilfelle koblet vi på informasjon om individets pensjonsgivende inntekt, arbeidstakerforhold, arbeidssøkerstatus, uføreytelser, sykepenger, overgangsstonad, utdanning og grunn- og hjelpestønad på starttidspunktet, samt demografiske variable fra folkeregisteret.

Opplysninger om yrkeshemmede ble hentet fra NAVs register over arbeidssøkere. En stor andel av de yrkeshemmede hadde attføringspenger. Andre oppfylte ikke nødvendigvis de medisinske vilkårene for attføringspenger, men hadde likevel behov for spesiell oppfølging og tilpassede tiltak. For å skille mellom disse gruppene merket vi forløpene med hvorvidt det mottas attføringspenger eller ei.

I registeret over rehabiliteringspenger er data for 2001 noe mangelfulle. Dette skyldes at registeret ble lagt om fra 2002. I enkelte figurer kompenseres dette ved glatting.

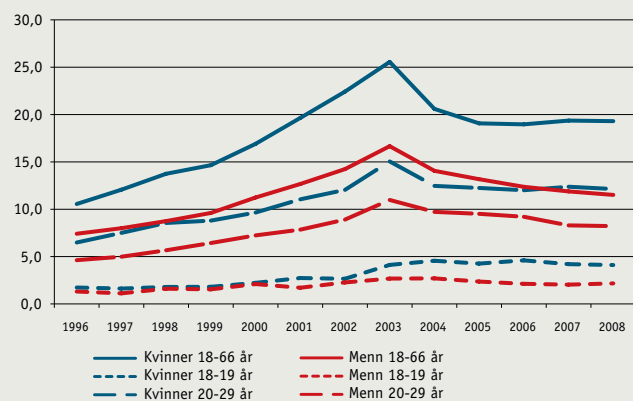
I denne artikkelen presenterer vi de viktigste resultatene fra analysearbeidet. Vi ser nærmere på utviklingen over tid og gir en beskrivelse av kjennetegn ved de unge med nedsatt arbeidsevne. Et karakteristisk trekk ved gruppen er den kraftige økningen i antallet med diagnosene angst og depresjon. Mange mottar ytelser over lang tid, og vi viser hva som karakteriserer dem som etter rundt tre år med rehabiliteringspenger eller som yrkeshemmede er i arbeid, eller alternativt mottar en uføreytelse.

I artikkelen bruker vi begrepene «yrkeshemmede» og «mottakere av rehabiliteringspenger» istedenfor «personer med nedsatt arbeidsevne», siden det er perioden 1994-2008 som blir analysert.

FLERE UNGE PÅ YTELSER OG TILTAK

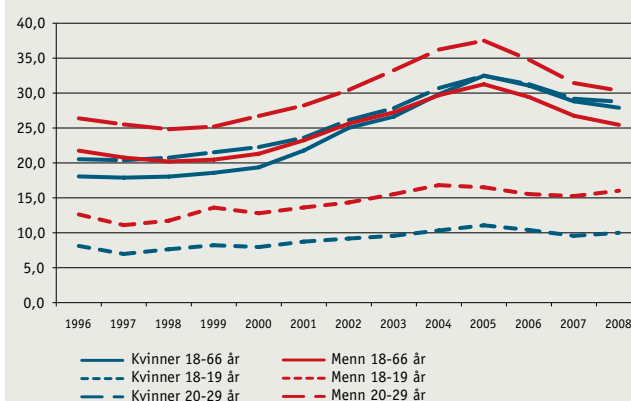
I perioden 1996-2008 var det en kraftig vekst i antall unge personer på midlertidige helserelaterte ytelser og tiltak. Ved utgangen av 1996 var i underkant av 20 000 personer i alderen 18-29 år enten registrert med rehabiliterings-

Figur 1.
Mottakere av rehabiliteringspenger i desember 1996-2008 per 1 000 i befolkningen. Kvinner og menn i alderen 18-66 år, og aldersgruppene 18-19 og 20-29 år.



KILDE: NAV

Figur 2.
Yrkeshemmede målt som gjennomsnitt over året 1996-2008 per 1 000 i befolkningen. Kvinner og menn i alderen 18-66 år, og aldersgruppene 18-19 og 20-29 år.



KILDE: NAV

penger² eller som yrkeshemmede.³ Fram til 2004 steg antallet til rundt 28 000. Etter 2004 har det vært en nedgang, men ved utgangen av 2008 var det likevel nær 5 800 flere unge med rehabiliteringspenger eller registrert som yrkeshemmede enn 12 år tidligere. Siden det i befolkningen var en nedgang i antall unge mellom 18 og 29 år fra 1996 til 2008, økte andelen av ungdomsgruppen med midlertidige helse relaterte ytelser eller tiltak i 12-årsperioden fra 2,6 til 3,5 prosent. Denne sterke veksten var imidlertid ikke noe spesielt ungdomsfenomen.

Antall mottakere av rehabiliteringspenger per 1 000 i hele aldersgruppen 18-66 år økte fram til år 2003, men hadde deretter en nedgang (figur 1). De unge i alderen 18-29 år fulgte den samme utviklingen fram til 2003. Deretter var det en tendens til at nedgangen var svakere blant de unge, spesielt blant kvinner. Kvinner mottok rehabiliteringspenger i større grad enn menn, og hadde totalt sett noe sterkere vekst i den første delen av perioden, fram til 2003.

Mens veksten i mottakere av rehabiliteringspenger var sterk gjennom hele siste del av 1990-tallet, var det først mot slutten av tiåret at antallet yrkeshemmede begynte å stige (figur 2). Fra 1998 til toppåret i 2005 økte antallet med 75 prosent, og noe mer for kvinner enn for menn.

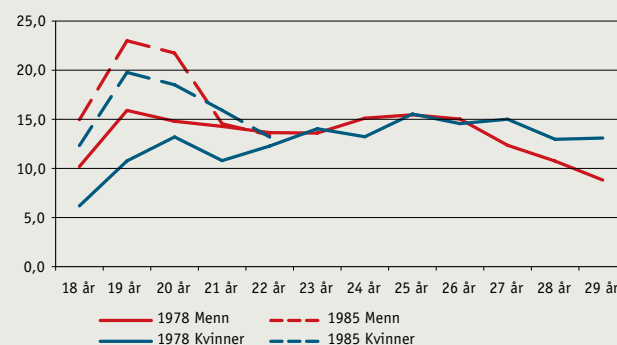
Til forskjell fra rehabiliteringspenger, som forekom hyppigere i befolkningen over 30 år, var de yrkeshemmede i større grad dominert av unge. Men heller ikke blant

yrkeshemmede avvek veksten blant de unge i nevneverdig grad fra veksten sammenlignet med alle i perioden 1994-2008. Forskjellen mellom unge menn og kvinner var relativt konstant i den sterke vekstperioden med relativt flere menn enn kvinner på alle alderstrinn, men forskjellen ble mindre etter 2005.

Mange hadde både status som yrkeshemmet og mottok rehabiliteringspenger

I analyseperioden var gjennomsnittlig rundt én prosent av unge mellom 18 og 29 år mottakere av rehabiliteringspenger, og rundt 2,5 prosent var registrert som yrkeshemmede. Over tid var det imidlertid betydelig overlapp

Figur 3.
Første tilfelle som yrkeshemmet eller med rehabiliteringspenger etter fylte 18 år per 1 000 i populasjonen. 1978-fødselskullet og 1985-fødselskullet etter kjønn.



KILDE: NAV

² Noen av de som var registrert med rehabiliteringspenger var også registrert som yrkeshemmede. Her er disse regnet som mottakere av rehabiliteringspenger.

³ Av de yrkeshemmede mottok mer enn av 10 prosent en uføreytelse, og var i varig tilrettelagt arbeid. Fra 1996 til 2008 økte denne gruppen fra ca 1 800 til ca 2 300 personer.

Tabell 1.

Antall personer født i 1978 som var registrert som yrkeshemmede eller mottok rehabiliteringspenger i løpet av 12-årsperioden fra de de var 18 til de var 29 år.

	Antall			Per 1 000 i årskullet *)		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Personer med ett tilfelle						
– av rehabiliteringspenger	510	765	1 275	18,0	27,9	22,9
– som yrkeshemmet	1 498	1 105	2 603	53,0	40,3	46,8
Personer med flere tilfeller						
– av bare rehabiliteringspenger	55	72	127	1,9	2,6	2,3
– bare som yrkeshemmet	437	231	668	15,5	8,4	12,0
– av både rehab. og yrkeshemmet	2 010	1 998	4 008	71,1	72,9	72,0
I alt	4 510	4 171	8 681	159,5	152,3	155,9

*) Størrelsen på årskullet ble beregnet som gjennomsnitt over perioden

KILDE: NAV

mellom disse gruppene. Vårt materiale inneholdt ett årskull, personer født i 1978, der vi hadde komplette data over rehabiliteringspenger og status som yrkeshemmet for alle årene de var mellom 18 og 29 år. For dette årskullet fant vi at nær 16 prosent hadde én eller flere perioder med rehabiliteringspenger eller var registrert som yrkeshemmet i løpet av de tolv årene (tabell 1). Nesten halvparten av disse, det vil si syv prosent av hele årskullet, hadde hatt både rehabiliteringspenger og status som yrkeshemmet. Mens sammensatte forløp var like vanlig hos kvinner og menn, hadde menn i større grad enn kvinner bare vært yrkeshemmet, mens kvinner i større grad enn menn bare hadde mottatt rehabiliteringspenger. Dette viser at det, over tid, er svært vanlig at unge personer er brukere av flere ytelser og tiltak.

Andre analyser av årskull viste at de unge ble stadig tidligere fanget opp av stønadsapparatet. Figur 3 illustrerer aldersfordelingen for det første tilfellet etter fylte 18 år for kullene født i 1978 og 1985. Siden årskullene varierer mye i størrelse, er antallet sett relativt til hvor mange personer som er på alderstrinnet. Av årskullet født i 1978, startet 1,6 prosent av 19-årige menn og 1,1 prosent av 19-årige kvinner et forløp som yrkeshemmet eller mottaker av rehabiliteringspenger. Deretter var det stadig vekst i disse andelene fram til 1985-årskullet der tilsvarende tall var henholdsvis 2,3 og 2,0 prosent. Den første registreringen for de aller yngste var i hovedsak som yrkeshemmet.

Lang varighet som yrkeshemmet

Vekst i antall personer som mottok rehabiliteringspenger eller var registrert som yrkeshemmet ved utgangen av året, kan skyldes økt tilgang av nye personer, økt varighet for de som allerede er registrert, eller en kombinasjon av disse forholdene.

Figur 4 viser det årlige antallet nye tilfeller for yrkeshemmede 18-29 år fordelt på viktigste aktivitet. De fleste forløp som yrkeshemmet inkluderer faser med kartlegging og venting på tiltak. Tilfellene ble kategorisert etter det tiltaket som hadde lengst varighet. De som ikke deltok i tiltak fram til de fylte 30 år er kategorisert under «Kartlegging og ventefaser».

Veksten i første del av perioden skyldes en økning i antall personer på langvarige opplæringstiltak. I 2004 innskjerpet man kravene til å få attføringspenger under utdanning, og det er tydelig at dette fikk en umiddelbar effekt på antall nye tilfeller innenfor denne gruppen⁴. Blant nye registrerte yrkeshemmede finner vi også dem som etter ulike runder med kartlegging enten ble funnet for syke til å delta i et tiltak, eller for friske til å oppfylle kravene til attføring. Fra 2004 ser vi en vekst i denne gruppen. Det er naturlig å sette denne økningen i sammenheng med den økte vektleggingen på at yrkesrettet attføring skulle være forsøkt så tidlig som mulig i et sykdomsforløp og senest ved innvilgelse av en uføreytelse. Samtidig ble også ansvaret for vedtak om medisinske vilkår for attføringspenger overført fra trygde-etaten til Aetat. Dette ser ut til å ha medført både at flere ble registrert som yrkeshemmede (og tilsvarende færre med rehabiliteringspenger), og at de ble det tidligere i forløpet.

Etter 2003 ble arbeid med bistand et vanligere tiltak og det var også vekst i generelle avklarings- og kvalifiseringstiltak i arbeidsmarkedsbedrifter. Antallet som startet

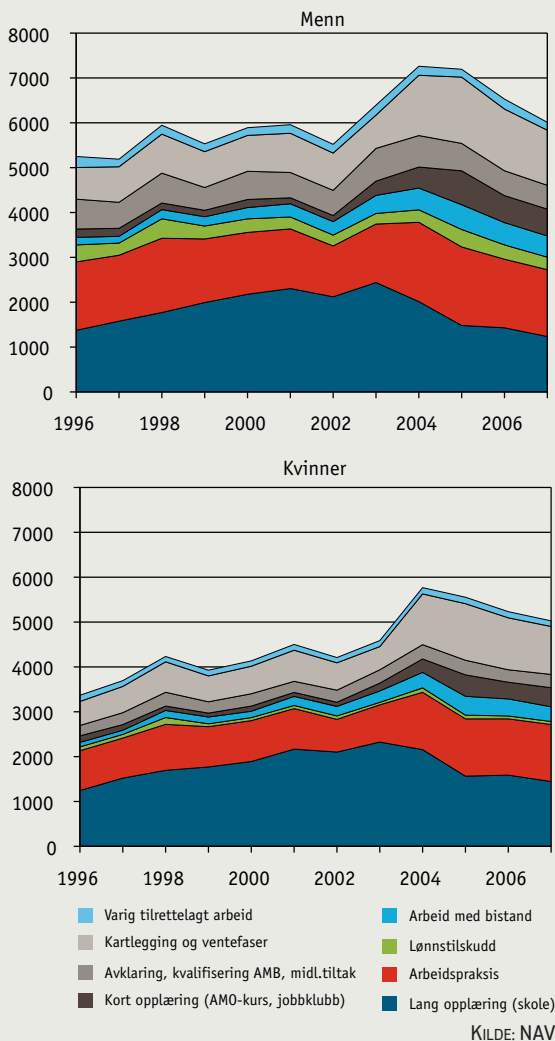
⁴ Aldersgrensen for ordinær utdanning som attføringstiltak ble fra 1.1.2004 hevet fra 22 til 26 år. Samtidig innskjerpet man kravene til funksjonsnedsettelse for dem som fikk unntak fra aldersgrensen. I tillegg ble tiden man kunne motta en ytelse i forbindelse med utdanning redusert til tre år. Det ble imidlertid også gitt mulighet for unntak fra tre-årsregelen. Lovendringen gjaldt nye tilfeller etter 1.1.2004.

et forløp med varig tilrettelagt arbeid i kombinasjon med en uføreytelse, gikk ned i løpet av perioden.

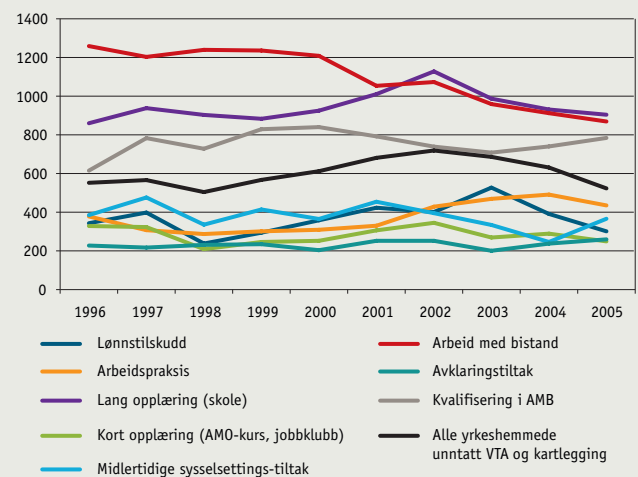
Den økte bestanden av unge yrkeshemmede skyldtes i hovedsak økt tilstrømning av nye tilfeller. Det var mindre endringer i total varighet. Varigheten av forløp påvirkes både av administrative rutiner og innretningen av tiltakene. Den samlede varigheten for yrkeshemmede varierte dermed med hvilken type tiltak de deltok i (figur 5).

Medianen angir antall dager for det tilfellet som er midt i varighetsfordelingen. Halvparten av tilfellene varer kortere, og halvparten lenger enn dette tallet. For yrkeshemmede på langvarige opplæringstiltak økte medianen fram til 2003, og ble deretter kortere etter innstramningen i 2004. Personer i arbeid med bistand var også registrert svært lenge som yrkeshemmede, men varigheten avtok i takt med økt antall innenfor denne ordningen etter år 2000. Kvalifiseringstiltak i arbeidsmarkeds-

Figur 4. Nye tilfeller av yrkeshemmede 18-29 år etter viktigste aktivitet og startår.



Figur 5. Yrkeshemmede 18-29 år i tiltak etter viktigste tiltak og startår. Median varighet i antall dager



KILDE: NAV

bedrifter (AMB) var også relativt langvarige. For andre tiltakstyper var halvparten av tilfellene avsluttet i løpet av det første året. Personer som kun var i kartlegging og/eller ventet på tiltak, var gjennomsnittlig registrert tre til fem måneder (ikke vist i figuren). Kvinner var generelt registrert lenger enn menn. Dette skyldes i hovedsak at de i større grad var på lange utdanningstiltak.

For mottakere av rehabiliteringspenger var også den viktigste årsaken til veksten en økning i nye tilfeller (ikke vist i figur). Varigheten på rehabiliteringspenger økte imidlertid også noe i perioden 1996-2008. Varigheten var generelt noe lenger for kvinner enn menn, men økningen var sterkere blant menn, fra rundt 300 til 370 dager som medianverdi. For kvinner var økningen fra rundt 400 til 410 dager.

Den gjennomsnittlige varigheten på rehabiliteringspenger var betydelig kortere enn tiden som yrkeshemmet. Halvparten av unge mottakere av rehabiliteringspenger hadde avsluttet ytelsen etter ett år, mens tilsvarende varighet for status som yrkeshemmet var rundt halvannet år. Imidlertid gikk mange fra å motta rehabiliteringspenger til å være registrert som yrkeshemmet, og noen gikk også tilbake igjen. Den samlede lengden på et forløp kunne da bli mye lenger.

Over tre fjerdedeler av de yrkeshemmede mottok attføringspenger en gang i løpet av registreringsperioden. Siden de aller fleste med lang opplæring mottok attføringspenger, varierte antallet i takt med utviklingen i antall personer på slike tiltak. Etter 2004 ble andelen med attføringspenger lavere på grunn av en sterk økning i antall personer på kartleggingstiltak. Disse mottok ofte andre helse relaterte ytelser.

Mulige forklaringer på økningen

Det var en økning i bruken av midlertidige helserelaterte ytelser blant unge i perioden 1996-2008. Fordi utviklingen stort sett var den samme for alle aldersgrupper er det sannsynlig at mye av forklaringen ligger i generelle utviklingstrekk i arbeidsmarkedet og regelendringer. Økningen i antall mottakere av rehabiliteringspenger frem til utgangen av 2003, og nedgangen etterpå, gjenspeilet den kraftige økningen i sykepengemottakere i dette tidsrommet og den etterfølgende nedgangen i 2004 (Nossen og Thune 2009). Nedgangen ble ytterligere forsterket av flere innstramninger i regelverket for rehabiliteringspenger der strengere fortolkning av unntaksbestemmelser og begrensninger i muligheten for å ha rehabiliteringspenger i vente på attføring ble innført i 2004. Disse innstramningene ser altså ut til å ha hatt effekt.

Økningen i antall yrkeshemmede fortsatte helt fram til 2005, hvoretter det ble en nedgang. En slik tidsforskyving kan også settes i sammenheng med utviklingen i antall sykepengemottakere fordi det vanligvis tar lang tid før attføringstiltak settes i verk. Økningen i 2004 ble ytterligere forsterket av at personer som tidligere fikk rehabiliteringspenger i påvente av attføring ble overført til attføringspenger fra dette året.

Det var et tydelig utviklingstrekk i perioden at ytelser og tiltak ble gitt til stadig yngre personer. Dette kan være et tegn på at NAV grep inn i situasjonen for unge personer som hadde vanskeligheter med å komme inn på arbeidsmarkedet. Selv om det kan være gunstig, ligger det muligens også negative konsekvenser i at stadig yngre personer blir passive brukere av NAVs ytelser og tjenester.

TO AV TRE HAR EN PSYKISK LIDELSE

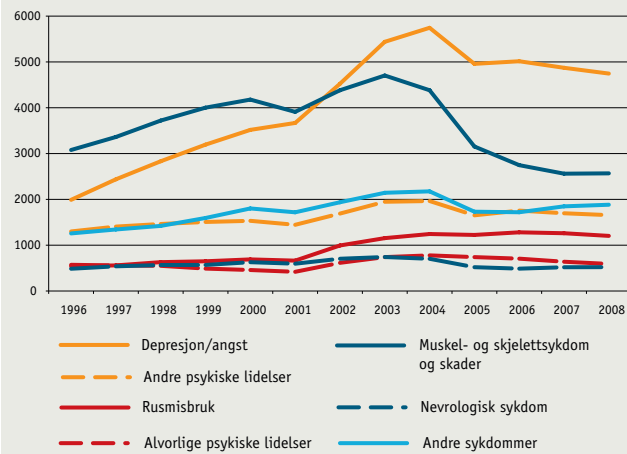
Diagnoser

Registeret over mottakere av rehabiliteringspenger inneholder en medisinsk diagnosekode (ICPC-2) for hvert enkelt tilfelle, satt av pasientens lege. De enkelte diagnosene ble i analysene gruppert i angst/depresjon, alvorlig psykisk lidelse (som inkluderer organisk psykisk lidelse, schizofreni og paranoia), rusmisbruk, annen psykisk lidelse (personlighets-, atferds- og utviklingsforstyrrelser), muskel- og skjelettlidelser samt alle andre sykdommer.

Kvaliteten på diagnosene for yrkeshemmede er mangelfull. Dels mangler mange tilfeller en diagnose, dels er diagnosene ikke oppdaterte. I registeret over yrkeshemmede er diagnosen i de fleste tilfeller satt av pasientens lege. Grupperingen er mindre detaljert enn for rehabiliteringspenger.

Figur 6.

Antall personer 18-29 år med rehabiliteringspenger etter diagnosegruppe 1996-2008. Per 31.12.



KILDE: NAV

Sterk økning i angst og depresjon som årsak til rehabiliteringspenger

Ved utgangen av 2008 var psykiske lidelser den medisinske årsaken for 65 prosent av alle unge mottakere av rehabiliteringspenger. Av disse var angst og depresjon den største gruppen (37 prosent av alle). Muskel- og skjelettlidelse var årsak i 13 prosent av tilfellene. Økningen vedrørende angst og depresjon var den viktigste årsaken til veksten i antall unge mottakere av rehabiliteringspenger i perioden 1995-2004 (figur 6). Etter 2004 har antall personer med angst eller depresjon som årsak til rehabiliteringspenger sunket i absolutte tall, men andelen har fortsatt å øke. Det var også en sterk økning av rusmisbruk som medisinsk årsak, men her var andelen i utgangspunktet betydelig lavere. Alvorlig psykisk lidelse og andre psykiske lidelser var nokså uforandret. Muskel- og skjelettsykdommer viste en nedgang i perioden, særlig etter 2004.

I 1996-2008 var økningen av antall personer med angst og depresjon sterkest blant kvinner, mens den prosentvise veksten var like stor for begge kjønn. Veksten i rusmisbruk var imidlertid klart sterkere blant menn. Blant 25-29-årige menn var rusmisbruk ved utgangen av 2008 den medisinske årsaken til rehabiliteringspenger i nesten 15 prosent av tilfellene. Andelen med muskel/skjelettlidelser økte med alderen og var størst blant kvinner.

Lengst varighet med rehabiliteringspenger hadde personer med alvorlige psykiske lidelser (500-600 dager). For angst og depresjon var median varighet kortere, rundt 400 dager. Den var enda kortere, 250 dager, for personer med muskel- og skjelettlidelse.

Tabell 2.

Overgang til arbeid og uføreytelse etter tre år for mottakere av rehabiliteringspenger i alderen 18-29 år 1997-2006, fordelt etter diagnose. Fordeling i prosent.

Diagnosegruppe	I arbeid		Uføreytelse		Annet	
	Antall	%	%	%		
Angst/depresjon	13 863	25,1	7,8	67,1		
Alvorlig psykisk lidelse	1 554	11,0	26,1	62,9		
Rusmisbruk	2 839	18,1	3,8	78,1		
Andre psykiske lidelser	5 986	19,4	11,2	69,4		
Muskel/skjelettlidelse	13 955	40,9	3,8	55,2		
Andre diagnoser	12 569	33,7	7,9	58,4		
Totalt	50 766	30,1	7,5	62,5		

KILDE: NAV

Personer med angst og depresjon skilte seg fra gjennomsnittet for rehabiliteringspengemottakerne ved å ha mindre arbeidserfaring. Blant unge personer med rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse hadde henholdsvis 19 prosent og 23 prosent sykepengerrettigheter ved starten på en periode med rehabiliteringspenger. Personer med muskel- og skjelettlidelser var eldre og hadde mer erfaring fra yrkeslivet. 85 prosent var registrert som arbeidstakere siste tre år før starten på tilfellet, mot 65 prosent i hele gruppen, og de hadde sykepengerrettigheter i 80 prosent av tilfellene.

Analysepopulasjonen ble fulgt opp på et tidspunkt gjennomsnittlig tre år etter start med rehabiliteringspenger eller som yrkeshemmet, og vi registrerte eventuell overgang til et arbeidsforhold uten helse relaterte trygde-

ytelser, eller til uføreytelser. Personer med angst eller depresjon hadde lavere overgang til arbeid enn gjennomsnittet (tabell 2). De med alvorlig psykisk lidelse (organisk psykisk lidelse og schizofreni) hadde enda lavere overgang til arbeid og høyere overgang til uføreytelser. Personer med rusmisbruk hadde lav overgang både til arbeid og til uføreytelser. Personer med muskel- og skjelettlidelser, særlig menn, hadde høy overgang til arbeid og lav overgang til uføreytelse.

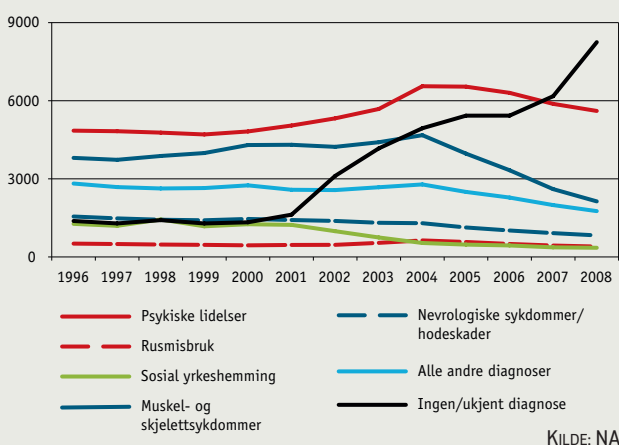
Psykiske lidelser stadig vanligere blant yrkeshemmede

Psykiske lidelser var i hele perioden den viktigste medisinske årsaken til yrkeshemming, og denne dominansen økte kraftig etter 2001 (figur 7). I 2008 omfattet de nærmere halvparten av alle tilfeller med kjent diagnose. Rusmisbruk var medisinsk årsak i et forholdsvis begrenset og konstant antall tilfeller, og sosial yrkeshemming, en kategori som tidligere var brukt ofte, var på vei ut som årsak til yrkeshemming. Muskel- og skjelettlidelser og nerverlidelser hadde en nedgang som årsak til yrkeshemming. Der var store likheter i utviklingen mellom menn og kvinner, men menn hadde i hele perioden flere tilfeller med rusmisbruk og sosial yrkeshemming som medisinsk diagnose.

Som det framgår av figuren, økte antall yrkeshemmede uten registrert medisinsk diagnose kraftig i perioden, spesielt blant de yngste, der over halvparten manglet diagnose i 2008. Dette skyldes at det etter 2001 ikke lenger var obligatorisk å registrere diagnose for yrkeshemmede for statistikkformål. Vi må derfor ta forbehold om utviklingen etter 2001.

Figur 7.

Antall yrkeshemmede 18-29 år i 1996-2008 etter diagnosegruppe. Per 31.12



KILDE: NAV

Blant unge yrkeshemmede hadde personer med psykiske lidelser lavere tilbøyelighet til å være i arbeid etter tre år enn andre yrkeshemmede. De hadde også noe høyere overgang til uføreytelse. Personer med rusdiagnose hadde lavere tilbøyelighet til å ha et arbeidsforhold, og i likhet med personer som mottok rehabiliteringspenger hadde de samtidig svært lav overgang til uføreytelse. Unge personer med muskel- og skjelettlidelser hadde høyere tilbøyelighet til å være i arbeid enn personer med psykiske lidelser, og færre hadde uføreytelse etter tre år. Dette var noe mer uttalt for menn.

Omfanget av psykiske lidelser understreker behovet for tett oppfølging

Psykiske lidelser var helt dominerende som medisinsk årsak til midlertidig helse relatert ytelse blant unge. Dette er en utvikling som er observert også for sykepenger og uføreytelser. Ved uføreytelser blant unge personer har det blitt vist at alvorlige psykiske lidelser, slik som psykotiske tilstander, autisme og psykisk utviklingshemming har hatt størst betydning (Brage og Thune 2008; 2009), mens diagnosebildet ved sykefravær har vært dominert av

depresjon og angsttilstander, samt lettere psykiske diagnoser. Diagnosemønsteret ved rehabiliteringspenger og blant yrkeshemmede ligner mest på sykepenger.

Depresjon og angst benevnes ofte «lettere psykiske tilstander». Dette betyr ikke at disse sykdommene er lette, da plagene kan være svært invalidiserende og samtidig krevende å behandle, men de er oftest mindre gjennomgripende enn psykotiske og autistiske tilstander som regnes som alvorlige.

Rusmisbruk var i økende grad angitt som årsak til rehabilitering og yrkeshemming i perioden, og viste en relativt sterk vekst, spesielt for mottakere av rehabiliteringspenger. Ved angivelse av diagnose på legeerklæringer angående rehabilitering og attføring, oppgis ofte bare én diagnose. Det er vanlig at rusmisbruk og psykiske lidelser opptrer samtidig, og det er mulig at de psykiske lidelsene da blir foretrukket som medisinsk årsak. Dette kan ha bidratt til å undervurdere rusmisbruk som årsak.

Som en konsekvens av den sterke økningen av psykiske lidelser blant unge på rehabiliteringspenger og unge yrkeshemmede bør det legges enda sterkere vekt på tilrettelegging og tett oppfølging under tiltaksperioden.

Tabell 3.

Utdanningsnivå (høyeste fullført utdanning) 31.12. 2008 i Norges befolkning, blant mottakere av rehabiliteringspenger og blant yrkeshemmede i alderen 20-29 år etter kjønn og alder. Andeler i prosent.

	20-24 år			25-29 år		
	Befolkning	Rehab	YH	Befolkning	Rehab	YH
Begge kjønn antall	293 268	2 767	7 438	300 731	3 534	8 834
Grunnskole	29,1	74,6	75,2	19,2	52,3	50,7
Videregående skole	49,8	22,9	21,0	33,5	33,8	37,8
Universitets- og høyskole	15,4	1,2	1,6	36,0	10,4	8,9
Uoppgitt/ingen fullført utdanning	5,7	1,3	2,2	11,3	3,5	2,6
Menn antall	149 780	1 130	4 046	152 719	1 528	4 333
Grunnskole	34,3	80,6	79,8	22,6	61,1	57,3
Videregående skole	50,0	17,2	16,7	38,4	30,9	34,8
Universitets- og høyskole	10,6	0,5	0,9	28,3	4,2	5,7
Uoppgitt/ingen fullført utdanning	5,1	1,7	2,6	10,7	3,8	2,2
Kvinner antall	143 488	1 637	3 392	148 012	2 006	4 501
Grunnskole	23,7	70,4	69,7	15,7	45,6	44,4
Videregående skole	49,6	26,8	26,2	28,3	36,0	40,6
Universitets- og høyskole	20,4	1,7	2,5	44,0	15,2	12,0
Uoppgitt/ingen fullført utdanning	6,3	1,1	1,7	11,9	3,2	3,0

KILDE: SSB/NAV

Tabell 4.

Overgang til arbeid eller trygdeytelser etter ca tre år for mottakere av rehabiliteringspenger og for yrkeshemmede i alderen 18-29 år med tilgang i årene 1997-2006. Etter alder. Fordeling i prosent.

	I arbeid		Arbeids- ledig	Ufø- rettelser*	Rehab- penger	Yrkes- hemmet	Varig tilret- telagt arbeid	Overg- stønad	Død/ utvandret	Annet
	Antall	%								
Rehabilitering										
18-19	5 987	13,2	2,9	10,3	15,2	36,7	5,0	1,9	1,7	13,1
20-24	23 610	22,6	3,7	9,1	13,0	32,9	2,1	1,9	1,6	13,2
25-29	32 784	24,9	3,5	11,9	12,8	30,8	1,1	1,3	1,5	12,3
Yrkeshemmede										
18-19	11 630	22,4	6,4	5,8	6,4	32,0	7,2	2,4	0,9	16,5
20-24	33 784	28,3	5,9	5,6	7,1	32,1	4,5	1,6	1,1	13,8
25-29	40 141	28,0	5,2	7,6	7,6	34,5	3,0	1,2	1,0	11,4

* Uføreytelser inkluderer både varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad

KILDE: NAV

LAVT UTDANNINGSNIVÅ BLANT UNGE YRKESHEMMEDE OG MOTTAKERE AV REHABILITERING

Unge yrkeshemmede og mottakere av rehabiliteringspenger hadde betydelig lavere utdanningsnivå enn aldersgruppen som helhet (tabell 3). Blant 20-24 åringer med rehabiliteringspenger hadde kun 24 prosent fullført videregående skole, mens i befolkningen som helhet hadde 65 prosent av 20-24-åringene fullført videregående. Blant 25-29 åringer var tilsvarende tall 44 prosent og 70 prosent. Kun 1 prosent av personer 20-24 år med rehabiliteringspenger hadde fullført universitets- og høyskoleutdanning, mens 15 prosent av normalbefolkningen hadde gjort det. Utdanningsnivået var generelt noe høyere blant kvinner. Denne kjønnsforskjellen finner vi også igjen i befolkningen.

Utdanningsbakgrunnen for unge yrkeshemmede var svært lik den for mottakere av rehabiliteringspenger. Kun 23 prosent av personer i alderen 20-24 år hadde fullført videregående skole og 46 prosent av 25-29 åringer.

Personer med høyere utdanningsnivå var i større grad i arbeid og de var i mindre utstrekning mottakere av uføreytelser tre år etter start med rehabiliteringspenger eller status som yrkeshemmede.

Vår analyse gir ikke svar på det viktige spørsmålet om utdanning er en «beskyttende» faktor som i seg selv gir større arbeidsdeltakelse på et seinere tidspunkt, eller om det er andre bakenforliggende faktorer (for eksempel helsevikt) som resulterer både i tidlige utdanningsavbrudd og i lav arbeidstilknytning. For politikktutforming er dette

viktig. Vil økt satsing på utdanning som attføringstiltak gi høyere arbeidstilknytning, eller er det andre, mer grunnleggende faktorer som man bør rette sine tiltak mot?

KOMMER DE I JOBB ETTER REHABILITERING OG TILTAK?

Med en kombinasjon av helseproblemer og lav utdanning var de unge vi studerte i denne analysen i utgangspunktet dårligere rustet i forhold til arbeidsmarkedet enn sine jevnaldrende. Vi har fulgt dem over en treårsperiode etter at de startet med rehabiliteringspenger eller ble registrert som yrkeshemmede. For å skille mellom ungdom i ulike livsfaser, så vi på de tre aldersgruppene 18-19 år, 20-24 år og 25-29 år. Innen hver aldersgruppe valgte vi det første tilfellet for hver person, og registrerte hvilken tilstand vedkommende var i gjennomsnittlig tre år etter starttidspunktet.

Rundt 23 prosent av mottakerne av rehabiliteringspenger i alderen 18-29 år var i arbeid etter tre år (tabell 4). 11 prosent hadde fått uføreytelse. Blant yrkeshemmede 18-29 åringer var 28 prosent i arbeid, og 7 prosent hadde fått uføreytelse. Siden mange hadde forløp med både rehabiliteringspenger og status som yrkeshemmet, og oftest i den rekkefølgen, er det ikke uventet at de høyeste tallene for deltakelse på arbeidsmarkedet etter tre år ble funnet blant dem som var registrert som yrkeshemmet.

For å gi en indikasjon på forskjellen mellom normalbefolkningen og gruppene på rehabiliteringspenger og

yrkeshemmede, kan det vises til at arbeidsstyrkedeltakelsen for 20-24-åringer og 25-29-åringer var henholdsvis 74 og 86 prosent i 2009 i følge Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 4. kvartal 2010. Tallene er imidlertid ikke helt sammenlignbare med tallene for overgang til arbeid som vist over⁵.

Hvem kommer i arbeid?

Overgang til arbeid og uføreytelser ble analysert ved hjelp av logistisk regresjon. Resultatene viste hvordan hvert kjennetegn ved individene samvarierte med sannsynligheten for å være i arbeid eller ha en uføreytelse etter gjennomsnittlig tre år, gitt at alle andre spesifiserte kjennetegn holdes konstante. Vi inkluderte informasjon om alder, tidligere arbeidsmarkedsdeltakelse, utdanning, diagnose og andre helserelaterte variable, tidligere trygdehistorie, sivilstatus og antall barn, fødeland og bosted i analysen. Kjennetegnene ble registrert ved starten på tilfellet.

Gjennomgående for alle aldersgrupper fant vi naturlig nok at jo høyere utdanningsnivå og jo sterkere tilknytning til arbeidsmarkedet man hadde før man ble registrert med rehabiliteringspenger eller som yrkeshemmet, jo større var sannsynligheten for å være i arbeid på et senere tidspunkt uavhengig av helse og andre forhold. Alt annet likt hadde personer med muskel/skjelettlidelser høyere sannsynlighet enn de som hadde psykiske lidelser. Dette bekrefter mønsteret som framkom i tabell 2. Mottakere av rehabiliteringspenger med en gradert ytelse var i større grad i arbeid enn de som hadde full ytelse. Kvinner hadde lavere sannsynlighet for overgang til arbeid enn menn.

De fleste yrkeshemmede gjennomgår tiltak som skal bedre mulighetene på arbeidsmarkedet. Siden det ikke er tilfeldig hva slags tiltak den enkelte blir tilbudt, er det heller ikke tilfeldig hvilke tiltak som framstår som mest vellykkede i en analyse der vi ikke har tatt hensyn til denne seleksjonsprosessen. Personer på lønnstilskudd var oftest i regulært arbeid på oppfølgingstidspunktet, mens de som var i «arbeid med bistand» i minst grad var det. Vi fant imidlertid at sannsynligheten for å være i arbeid etter tre år var relativt lav for dem som deltok i utdannings-tiltak. I utgangspunktet ville man anta at dette er en gruppe med gode forutsetninger for å delta i arbeidsmarkedet. Men utdanningsforløpene var ofte lange, og resultatet kan skyldes at oppfølgingstiden var for kort.

Hva med dem som ikke kommer i arbeid?

Etter tre år mottok rundt 10 prosent av rehabiliteringspengemottakerne og mellom 5 og 7 prosent av de yrkeshemmede en uføreytelse. Mellom 40 og 50 prosent var fremdeles registrert med rehabiliteringspenger eller som yrkeshemmede, og var dermed i en uavklart situasjon. En mindre gruppe var de som deltar i varig tilrettelagt arbeid. De er definert som yrkeshemmede, men mottar som regel en uføreytelse.

Generelt ser det ut til at kjennetegn som ga høy sannsynlighet for å være i arbeid etter tre år, også ga lav sannsynlighet for å få en uføreytelse. Dette gjaldt også kjønn. Kvinner på 20-29 år hadde signifikant høyere sannsynlighet for å få en uføreytelse enn menn. Et unntak var personer med rusmisbruk som diagnose. Disse hadde lav sannsynlighet både for å komme i arbeid og for å få uføreytelse. Personer under utdanning hadde også lav sannsynlighet for å få en uføreytelse i løpet av oppfølgingsperioden. Dette understreker det langvarige perspektivet nettopp for denne gruppen.

Hvordan går det på lengre sikt?

Mellom 40 og 50 prosent av personene i de undersøkte gruppene hadde fortsatt rehabiliteringspenger eller var registrerte som yrkeshemmede etter tre år. Dette viser at det tar lang tid å få avklart situasjonen for unge med ned-satt arbeidsevne og helseproblemer. For å få et bilde av situasjonen noe lenger fram i tid, fulgte vi noen grupper over en lengre tidsperiode. Dette var personer som var registrert med en ytelse eller som yrkeshemmede tidlig i observasjonsperioden. Vi må derfor ta forbehold om at dette utvalget ikke nødvendigvis er representativt for gruppen i dag. Oppfølgingstiden var avhengig av alder ved start på tilfellet. 18-19-åringene ble fulgt opp ved første årsskifte etter fylte 30 år, 20-24-åringene etter fylte 32 år, og 25-29-åringene etter fylte 37 år. Det ga en gjennomsnittlig oppfølgingstid på rundt elleve år for de som var under 20 år og rundt ni år for de som var 20 år og over.

Etter gjennomsnittlig nærmere ti år, var situasjonen avklart for en mye større andel av de unge. Rundt to tredjedeler var enten i arbeid eller mottakere av en uføreytelse. Tallene tyder også på at avklaringen om arbeid skjer raskere enn avklaringen i forhold til uføreytelser. Andelen i arbeid etter tre år utgjorde over 60 prosent av andelen etter 12 år. For dem med uføreytelser var andelen mellom 25 og 30 prosent. Grunnlagsdata tyder på at andelen på uføreytelser fortsatte å øke for hvert år som gikk, mens andelen i arbeid flatet ut etter seks til sju år. Man kan derfor spørre seg om det er for sent å få til en overgang til arbeid når det har gått 6-7 år.

⁵ Kriteriet for å regnes som sysselsatt i AKU er at man «utførte inntektsgivende arbeid av minst én times varighet i referanseuka», eller hadde et slikt arbeid, men var midlertidig fraværende pga. sykdom, ferie, lønnet permisjon e.l. AKU-tallene inkluderer også personer på tiltak lønnet av arbeidsgiver, uføre i arbeidsforhold og de som er inne til førstegangstjeneste i det militære.

Tabell 5.

Mottakere av rehabiliteringspenger og yrkeshemmede. Andel med overgang til arbeid og uføreytelser etter tre år. Oppfølging 8-12 år etter start på tilfellet for et mindre utvalg. Eksklusive personer med uføreytelser i varig tilrettelagt arbeid.

	I arbeid		Med uføreytelse	
	Tre år etter	8-12 år etter	Tre år etter	8-12 år etter
Med rehabiliteringspenger				
18-19 år	13,2	25	10,3	44
20-24 år	22,6	36	9,1	30
25-29 år	24,9	34	11,9	36
Yrkeshemmede				
18-19 år	22,4	37	5,8	29
20-24 år	28,3	44	5,6	21
25-29 år	28,0	45	7,6	25

KILDE: NAV

HVA SKJER ETTER INNFORINGEN AV ARBEIDSAVKLARINGSPENGER?

Fra 1. mars 2010 ble de tre ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad slått sammen til en ny ytelse - arbeidsavklaringspenger. Nedsatt arbeidsevne er en forutsetning for ytelsen, og i tillegg skal årsaken til nedsettelsen være sykdom eller skade.

Ut fra analysen av de unge på rehabilitering og unge yrkeshemmede (i hovedsak på attføringspenger) i 1996-2008, kan sammenslåingen til én ytelse virke svært hensiktsmessig. Mange unge hadde lange forløp som inkluderte både tidvis rehabiliteringspenger og tidvis status som yrkeshemmet. De hadde også lignende individuelle kjennetegn med psykiske helseproblemer, lav utdanning og lite arbeidserfaring. Én forskjell var imidlertid at overgang til arbeid, også på lang sikt, var betydelig høyere for yrkeshemmede sammenlignet med dem som mottok rehabiliteringspenger.

Innføringen av arbeidsevnevurdering og AAP hadde som et av sine formål at oppfølgingen skulle bli enklere og mer effektiv. Det helhetlige perspektivet er svært viktig da unge mottakere ofte har begrensninger både av helsemessige årsaker og fordi de mangler arbeidslivserfaring. AAP kan medføre en bedre målretting og øke muligheten til samtidig både å styrke individuell arbeidsevne og kompetanse, og å tilby arbeidsrettede tiltak.

Samtidig innebærer overgangen til arbeidsavklaringspenger en betydelig risiko for økt antall unge personer på helse relaterte ytelser. Både rehabiliterings- og attførings-

penger hadde klare, og delvis strenge kriterier for å få ytelse. Vilårene skulle i prinsippet også prøves hver gang man skulle gå fra rehabiliteringspenger til attføringspenger eller omvendt. I den nye ytelsen ligger det en mulighet for at kriteriene fortolkes mindre strengt og at porten til ytelsen blir videre enn den var tidligere. En viktig endring er at mens rehabiliteringspenger tidligere ikke kunne gis før vedkommende hadde vært syk i minst ett år, er det ingen slik begrensning for AAP. Gjennom siste halvdel av 1990-tallet og særlig på 2000-tallet har det blant de unge vært en relativt stor og økende andel som har fått rehabiliteringspenger uten at de var registrert med sykepengerrettigheter. Unge med helseproblemer, men uten arbeidsmarkedstilknytning, vil derfor kunne fanges opp raskere av det nye helse relaterte inntektssikrings-systemet, og dette kan gi økt tilstrømning til AAP.

Med to ytelser var det også tettere kontroller av riktigheten av vedtak. Disse kontrollene er nå delvis fjernet når det kun foreligger én og mer langvarig ytelse. Dette vil også øke muligheten for at de personer som kommer inn på ordningen vil bli værende over meget lang tid.

En ytterligere usikkerhet når det gjelder arbeidsavklaringspenger, gjelder de kompetansekrav som blir stilt til NAVs veiledere. Selv om sammenhengen mellom arbeidsevne og medisinsk diagnose ikke er entydig, er det et vilkår for å få AAP at arbeidsevnen er nedsatt med minst halvparten, og at den medisinske tilstanden er en vesentlig årsak til dette. I valg av behandling og yrkesrettede tiltak er det viktig å ha kunnskap om den medisinske lidelsen som er utgangspunktet for den nedsatte arbeids-

evnen. De unge som er berettiget til AAP har i stor grad psykiske lidelser kombinert med lav utdanning og lite arbeidslivserfaring. Ingenting tyder på at de helsemessige begrensningene i denne gruppen vil avta i de nærmeste årene. Den arbeids- og yrkesrettede veiledningen av personer med psykiske lidelser stiller spesielle krav til faglig kompetanse. For å kunne studere den systematiske sammenhengen mellom tiltak og medisinsk tilstand med henblikk på evaluering, er det derfor viktig at diagnose registreres for statistikkformål.

Den nye arbeidsevneometoden som NAV nå bruker for å vurdere behovene for tiltak og for arbeidsavklaringspenger, må i meget stor utstrekning ta inn vurdering av psykisk funksjonsevne og psykisk helse som avgjørende elementer. Ellers risikerer NAVs veiledere å overse viktige bakgrunnsfaktorer blant flertallet unge mottakere av arbeidsavklaringspenger.

REFERANSER

Brage S, Bragstad T (2011): *Unge på arbeids- og helsere-laterte ordninger*. NAV-Rapport 1/2011. Oslo, Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Brage S, Thune O (2008): «Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977-2006» *Arbeid og velferd* 3/2008. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Brage S, Thune O (2009): «Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25-39 år» *Arbeid og velferd* 1/2009. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Bragstad T (2009). *Tidsbegrenset uførestønad – evaluering fire år etter innføring*. NAV-Rapport 3/2009. Oslo, Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Nossen JP, Thune O (2009). «Utviklingen i sykefraværet de siste 20 år». *Arbeid og velferd* 3/2009. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

OECD (2006). *Sickness, Disability and Work (Vol. 1): Norway, Poland and Switzerland*. Paris; OECD.

OECD (2008). *Jobs for Youth. Norway*. Paris; OECD.