

Uføretrygd

INNLEDNING

Uføretrygd er en av folketrygdens viktigste ordninger. Det er et velferdsgode som brukes av mange, og som koster staten og skattebetalerne mye penger. At man er sikret en inntekt man kan leve av hvis man blir langvarig syk, er et helt sentralt element i velferdsstaten. Samtidig er arbeid den viktigste kilden til verdiskaping og velferd, og det er derfor svært viktig at alle som kan arbeide, gjør det. Fordi uføretrygd er av så stor betydning for velferdssamfunnet, er det også en ordning som er mye debattert.

Dette notatet har som mål å belyse hvordan uføretrygden er utformet, hvor stort omfang den har, og hva som kan være årsakene til at et høyt og voksende antall personer er uføretrygdet. Notatet er først og fremst en sammenfatning av informasjon, empiri og forskningsresultater fra en rekke kilder. Notatet prøver ikke å lage et helhetlig reformforslag, men prøver å belyse en del problemstillinger for på den måten å legge til rette for en debatt om hvilke endringer som må til.

Notatet begynner med en beskrivelse av de to ordningene som det er mest naturlig å inkludere under samlebetegnelsen uføretrygd. Deretter beskrives, i hovedtrekk, omfanget av uførepensjon, både når det gjelder antall mottakere, utgifter for staten, og variasjonen i antall som er uføre.

Siste og største del av notatet ser på forskjellige årsaker til at antall trygdede i Norge har økt og er høyere enn i de fleste sammenlignbare land. Årsakene deles i tre kategorier. Den første kategorien av årsaker er endringer i samfunnet som helhet. Eksempler på slike er demografiske endringer, endringer i befolkningens helsetilstand og endringer i arbeidslivets karakter. At befolkningen har blitt eldre er en åpenbar grunn til at antallet uføretrygdede har økt. Likevel er det en rekke grunner til at slike grunner ikke er tilstrekkelige for å forklare det høye antall uføretrygdede.

Den andre typen årsaker er årsaker som kan tenkes å påvirke den uføretrygdedes valg. Det er ingen tvil om at en stor andel av de som er uføre, ikke har, eller ikke føler de har, noe valg. Å se på faktorer som påvirker individet er likevel interessant. En del uføre har en viss mulighet til å påvirke om de skal være uføre eller ikke, og i hvor stor grad de skal være uføre. Derfor er insentiver, holdninger til arbeid, holdninger til trygd og oppfatning av egen helsetilstand relevant.

Til sist ser notatet på forholdet mellom helse og arbeid, og legenes rolle i uføretrygden.

HVA ER UFØRETRYGD?

Uføretrygd som fellesbetegnelse på uførepensjon og arbeidsavklaringspenger.

Et vanlig begrep i debatten om uførhet er uføretrygd. Det finnes i dag ingen ordning som heter uføretrygd. Regjeringen har varslet at de vil omdøpe dagens uførepensjon til uføretrygd, men siden det er en videreføring av dagens uførepensjon vil vi fortsatt omtale den som uførepensjon. Vi vil her bruke uttrykket uføretrygd som et samlebegrep for uførepensjon og arbeidsavklaringspenger. Disse ytelsene har mye til felles og ligner på det som oftest menes når man bruker begrepet "uføretrygd". De har til felles at de krever en medisinsk diagnose som nedsetter arbeidsevnen, samtidig som nivået på ytelsene er sammenlignbart. Begge ordningene trer som regel i kraft etter at en person har vært sykemeldt i ett år. Selv om arbeidsavklaringspenger er ment som en midlertidig ytelse som skal vare i maksimalt fire år, er det mulig å utvide den etter at fireårsperioden er over. Hvor ofte ytelsen vil bli tilbudt etter fire år, gjenstår å se etter hvert som ordningen, som ble innført 1. mars 2010, har eksistert en stund. De som ikke har kommet tilbake i jobb etter fire år, vil uansett som oftest gå over på uførepensjon. Hovedforskjellen mellom arbeidsavklaringspenger og uførepensjon er at den førstnevnte legger opp til at mottakeren skal delta på tiltak for å komme i jobb.

På grunn av likhetene er det hensiktsmessig å analysere de to ytelsene i sammenheng.

Kriteriene for uførepensjon

Uførepensjon er den helserelaterte trygdeordningen som flest mottar, og den nest mest benyttede trygdeytelsen etter alderspensjon.

For å kunne motta uførepensjon må man tilfredsstille tre kriterier. For det første må man ha et varig funksjonstap som reduserer inntektsevnen. For det andre må dette funksjonstapet være forårsaket av en medisinsk lidelse som er "almennelig anerkjent i medisinsk praksis", og denne lidelsen må være hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen. Videre må inntektsevnen være nedsatt med minst 50 prosent.

Når man vurderer i hvor stor grad arbeids- eller inntektsevnen er redusert, skal man trekke inn blant annet alder, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter der man bor og arbeidsmuligheter i områder der det er rimelig å forvente at personen kan ta arbeid.

Det er ofte vanskelig å stadfeste sikkert om man kvalifiserer til uførepensjon. For det første er det mange diagnoser som ikke baserer seg på objektive funn, hvor legen må utvise skjønn basert på informasjon som pasienten selv gir om sin helsetilstand. Disse diagnosene kalles gjerne diffuse diagnoser og omfatter helseproblemer som lettere psykiske lidelser, rygglidelser eller muskelsmerter. Disse helseproblemene er ikke mindre reelle enn andre, mer etterprøvbare helseproblemer. Allikevel er de problematiske i forbindelse med uførepensjon, fordi graden av skjønn gjør det vanskeligere å fastslå i hvor stor grad inntektsevnen er nedsatt.

Den andre grunnen til at det er vanskelig å stadfeste sikkert om en person kvalifiserer til å få uførepensjon, er kravet om at inntektsevnen må være minst halvert. Dette krever at legen bruker skjønn, uansett hva slags helseproblem det er snakk om. Graden av skjønn blir større når det gjelder diffuse diagnoser, siden legen da i stor grad må basere seg på det pasienten selv sier.

Uførepensjon skiller seg derfor fra mange andre velferdsytelser, som for eksempel pensjon, fordi man ikke kan tildele ytelsen utelukkende basert på objektive kriterier. Legens rolle som portvokter, og mottakerens egen holdning blir derfor sentrale elementer. Som Stoltenberg II-regjeringen sier (St. Prop. 130 L 2010-2011 avsnitt 6.5.5):

Det er (...) ofte vanskelig å fastslå eksakt hvordan et helseproblem påvirker den enkeltes arbeidsevne, og regelverket gir et betydelig rom for skjønn. I denne situasjonen er det ikke overraskende at empiriske undersøkelser fra mange land klart dokumenterer at antallet mottakere av helserelaterte stønadsordninger påvirkes av hvor høye ytelsene er. Dette betyr ikke nødvendigvis at regelverket ikke følges, men det er et uttrykk for at beslutningene i en del tilfeller er skjønnsmessige og fattes under usikkerhet.

Hvor mye får man i uførepensjon?

Etter forslaget som Stoltenberg II-regjeringen la frem i juni 2011, skal uførepensjonen ligge på 66 prosent av inntekten man hadde før man ble uføretrygdet eller varig sykemeldt. Inntekten som brukes til beregningen, er gjennomsnittet av de tre beste av de fem siste årene. Kun inntekter opp til 6 G (omtrent 475 000 kr per 1. mai 2011) er en del av grunnlaget for uførepensjon. Uførepensjonen beskattes som vanlig arbeidsinntekt. Denne nye uførepensjonen skal etter planen erstatte dagens system i 2015.

Under dagens system beregnes uførepensjonen ut i fra pensjonspoeng, og utbetalingene ligger mellom 50 og 60 prosent av tidligere brutto arbeidsinntekt. Siden skatten på uførepensjonen med dagens system er lavere enn skatten på arbeidsinntekt, gir den nye uføreordningen omtrent de samme nettoytelsene som i dag.

Den største forskjellen på dagens ordning, og den som er foreslått av Stoltenberg II-regjeringen, er at man med den nye ordningen kun kan tjene 0,4 G (31 700 kr) før trygden blir kuttet, men at trygden da blir kuttet gradvis. For en person som mottar uførepensjon på 66 prosent av tidligere inntekt, betyr det at han eller hun bare beholder 34 prosent av inntekten før skatt når han tjener mer enn 0,4 G. Etter skatt blir det 22 kr av hver 100 kroner igjen. Dette betyr at incentivet til å arbeide blir lavt. Lavtlønnede får beholde enda mindre av arbeidsinntekten sin. Det kommer av at de i utgangspunktet får en høyere prosent av tidligere inntekt i trygd, og at avkortingene dermed blir tilsvarende høyere. For en person med tidligere inntekt på 3 G er uførepensjonen på 83 prosent. Etter skatt beholder da mottakeren kun 11 kroner for hver 100 kroner han eller hun tjener, noe som gir en effektiv marginalskatt på hele 89 prosent. Incentivene til å arbeide mer blir med andre ord veldig svake. Marginalskatten regnes å ha størst effekt på arbeidsinnsatsen til personer med lav lønn, og lavtlønnede er overrepresentert blant uføretrygdete. Det betyr at det ikke er realistisk at endringene i uføresystemet vil få mange tilbake i jobb.

Dessverre er det nødvendig å avkorte uførepensjonen når arbeidsinntekten øker, selv om dette gjør det mindre lønnsomt å jobbe. Alternativet ville enten vært at en person etter å ha blitt uføretrygdet, kunne jobbet nær 100 prosent og beholdt store deler av uførepensjonen, eller at uførepensjonen ble avkortet plutselig og at man dermed skapte en terskel hvor det ikke lønnte seg å jobbe mer. Prinsippet må være at en ufør som jobber 10 prosent regnes som 90 prosent ufør, og en som jobber 50 prosent regnes som 50 prosent ufør. Da vil nødvendigvis deler av arbeidsinntekten forsvinne i redusert uførepensjon.

Med dagens system kan man tjene opptil 1 G ved siden av uførepensjonen, uten at den blir redusert. Hvis man tjener mer enn 1 G, skal uføregraden vurderes på nytt, noe som kan føre til betydelig kutt i uførepensjonen man mottar. Det kan være veldig uheldig, fordi det skaper en barriere som gjør det vanskeligere å komme gradvis tilbake i jobb, siden det ikke lønner seg å tjene mer enn 1 G.

At endringene som nå er foreslått, fjerner denne terskeeffekten, er en klar forbedring i innretningen av uførepensjonen. Når det alltid er økonomisk lønnsomt å jobbe litt ekstra, blir det forhåpentligvis flere som gradvis kommer tilbake til arbeidslivet. I 2008 hadde nærmere 10 prosent av de helt uføre en arbeidsinntekt på over 0,5 G. Denne gruppen har med dagens ordning kraftige incentiver til å ikke øke sin arbeidsinntekt til over 1 G, fordi totalinntekten da går ned. Dette incentivet forsvinner med

endringene som er foreslått. Siden det nye systemet har mange fordeler i forhold til det nåværende er det uheldig at det etter planen først skal tre i kraft i 2015.

Selv om terskeeffekten i dagens ordning forsvinner, er det uheldig at det er mulig å tjene 0,4 G ved siden av uførepensjonen. Dette er fordi et fribeløp skaper et insentiv til å ha så høy uføregrad som mulig. Hvis man har en uføregrad på 100 %, men etter hvert begynner å jobbe 50 %, vil man tjene mer enn en person som har fått innvilget en uføregrad på 50 %. Dette er fordi personen som i utgangspunktet ble vurdert som 100 % ufør ikke vil få sin uføretrygd avkortet med 50 % når han jobber 50 %, fordi kun inntekten over fribeløpet 0,4 G vil bidra til avkorting.

At to personer som i praksis har samme arbeidsevne og samme tidligere arbeidsinntekt kommer forskjellig ut er urettferdig. Det er også problematisk fordi det undergraver bruken av gradert uføretrygd som virkemiddel for at personer som blir uføre skal beholde en viss tilknytning til arbeidslivet. All forskning tyder på at denne tilknytningen både er bra for helsen for de aller fleste, og at den er avgjørende for at man skal kunne komme tilbake i arbeid. Gradert uføretrygd er et virkemiddel som bruke si all for liten grad i dag. I 2010 var i overkant av 80 % av alle uføre 100 % uføre, på tross av at muligheten for gradert uføretrygd har eksistert i flere år og at det har lenge vært et mål å få flere over på det. Uføreutvalget foreslo at frigransen skulle settes til 0,2 G, fordi det ville blitt for administrativt krevende om små inntekter skulle føre til en avkorting av uføreytelsen. Et lavere fribeløp ville ført til en tilsvarende mindre favorisering av personer med høy uføregrad, og ville derfor vært bedre.

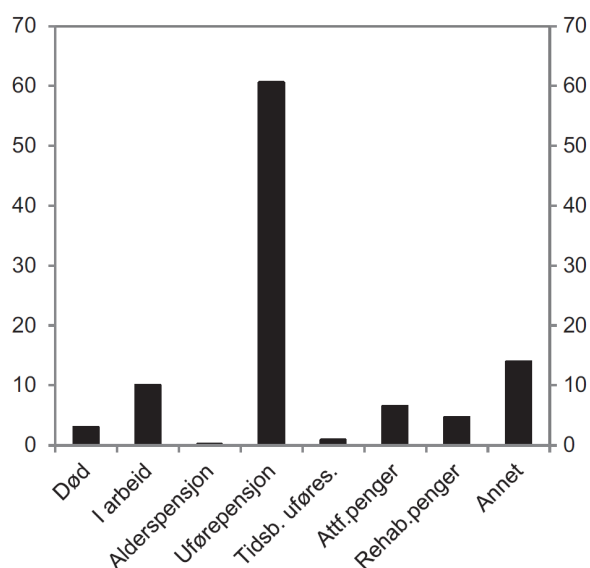
Forholdet mellom alderspensjon og uføretrygd er dårlig ivaretatt av forslaget til ny uføretrygd. Pensjonsreformen legger opp til at man selv kan velge når man vil ta ut alderspensjon mellom 62 og 67 år, og at nivået på alderspensjonen levealdersjusteres. Alderspensjonen til uførepensjonister skal delvis skjermes mot levealdersjusteringer. Hensikten med en fleksibel pensjonsalder er delvis at personer som nærmer seg pensjonsalderen selv kan bestemme når helsen tilsier at det er på tide å slutte å jobbe. Forslaget til ny uførepensjon vil føre til at det for personer mellom 62 og 67 år kan lønne seg å bli ufør heller enn å ta ut alderspensjonen tidlig. Dette undergraver pensjonsreformen.

Arbeidsavklaringspenger

En annen ordning, som ligner mye på uførepensjon, er arbeidsavklaringspenger (AAP). Denne ordningen ble innført 1. mars 2010 som en erstatning for rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Som med uførepensjonen, er kravet for å få arbeidsavklaringspenger at man på grunn av en medisinsk lidelse har fått sin arbeidsevne redusert med minst 50 prosent. Også nivået på ytelsen ligner på uførepensjon; man får 66 prosent av inntekt det siste året man var arbeidsfør, eller 66 prosent av gjennomsnittet av inntekten de siste tre år, dersom det gir et høyere beløp.

Forskjellen mellom arbeidsavklaringspenger og uførepensjon er at det for førstnevnte er et vilkår at man deltar aktivt i en prosess for å komme i arbeid. Denne prosessen kan bestå i alt fra å delta i å lage en aktivitetsplan, til gjennomføring av behandling eller arbeidsrettede tiltak. Mens uførepensjon er en ordning uten tidsbegrensning, er hovedregelen for arbeidsavklaringspenger at man ikke mottar ytelsen lenger enn fire år. Hvis man etter fire år ikke har kommet i arbeid, vil man i mange tilfeller gå over på uførepensjon. Arbeidsavklaringspenger kan beskrives som en tidsbegrenset uførepensjon med aktivitetskrav.

Arbeidsavklaringspenger er en såpass ny ordning at det ikke foreligger statistikk på hva som skjer med personer som har mottatt ytelsen. Slike tall finnes derimot for tidsbegrenset uførestønad, som var "forgjengeren" til AAP. De aller fleste som sluttet på tidsbegrenset uførestønad, gikk over til uførepensjon. Andelen som kom i arbeid var lav.

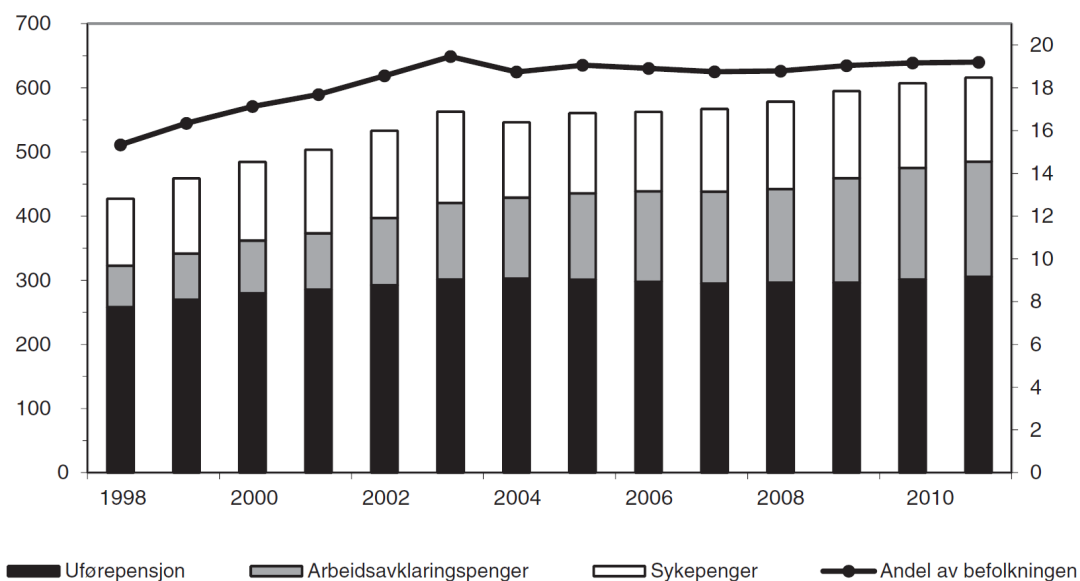


Figur 1: Status tre måneder etter avsluttet tidsbegrenset uførestønad. Avsluttet januar – november 2009, prosent. Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Prop. 130 L (2010 - 2011).

UTBREDELSE AV UFØRETRYGD

De samlede utgiftene til uførepensjon var i 2010 på 53,6 mrd. kroner, noe som utgjorde 17 prosent av folketrygdens totale utgifter. Utgiftene til uføreytelser har økt nominelt hvert år de siste 30 årene og har økt i faste kroner i 27 av de siste 30 årene. Litt i underkant av 60 prosent av veksten mellom 1980 og 2009 kommer av at antall mottakere har økt, mens resten forklares ved at ytelsene i snitt har økt.

Nesten én av 10 personer i yrkesaktiv alder (mellom 18 og 67 år) mottar uførepensjon. Totalt er det 301 000 personer som mottar uførepensjon, en økning på 89 prosent siden 1989, da antallet lå på 159 000. Denne veksten i antall uførepensjonister har vært langt høyere enn befolkningsveksten i alderen 18-67 år, som kun har vært på 28 prosent.



Figur 2: Antall mottakere (venstre akse) av helse relaterte trygdeytelser (Sykepenger, uførepensjon og Arbeidsavklaringspenger, og før 2011 attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad) og andel mottakere i prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år (høyre akse). Kilde: Statsbudsjettet 2012

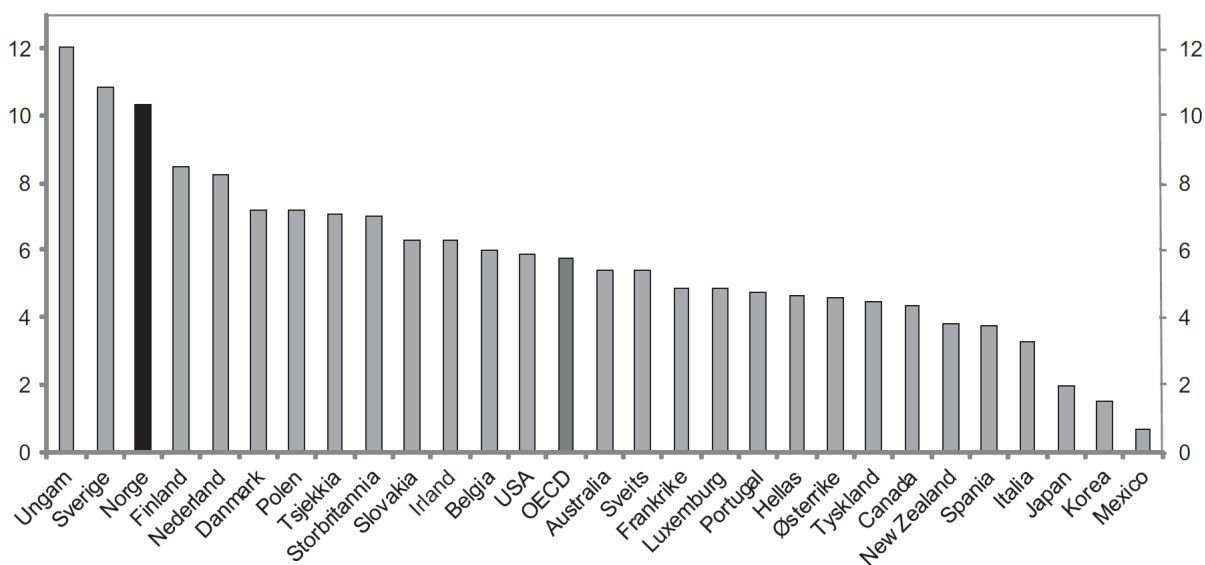
I juni 2011 var det i tillegg 177 900 personer som mottok arbeidsavklaringspenger.

De fleste som mottar uførepensjon, er 100 prosent uføre. Dette til tross for at det har vært et uttalt mål å få flere uføre over på gradert uførepensjon for å kunne utnytte restarbeidsevnen deres. Som beskrevet tidligere i notatet, kan man i dag tjene opptil 1 G og likevel regnes som 100 prosent ufør, mens man får uføregraden revurdert når inntekten går over 1 G. Dette kan bidra til en høy andel 100 prosent uføre på to måter. For det første ved at en del personer som jobber såpass mye at de i realiteten har en uføregrad på under 100 prosent regnes som helt uføre. For det annet ved at det ofte ikke lønner seg å ta arbeid som lønner litt over 1 G i året, siden man da vil få sin uføregrad revurdert. Dette er en vesentlig svakhet med dagens ordning, som Stoltenberg II-regjeringen har rettet opp i sitt forslag til ny uførepensjon. Det vil forhåpentligvis føre til at en større andel blir delvis uføre når den nye ordningen trer i kraft i 2015.

Uføregrad	Antall	Andel
100 %	241 030	81,9
80–99 %	8 505	2,9
51–79 %	15 449	5,3
50 %	28 052	9,5
Under 50 %	1 132	0,4
I alt	294 168	100,0

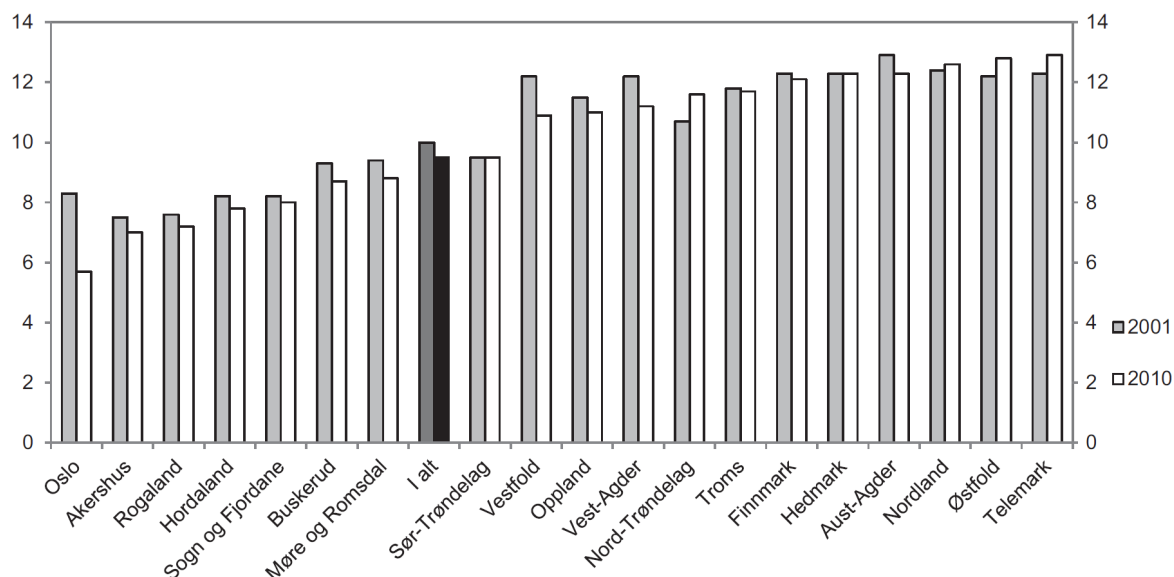
Tabell 1: Uføregrad blant uførepensjonister 30. juli 2010. Kilde: Prop. 130 L (2010 - 2011)

I OECD som helhet mottar i dag omtrent seks prosent av alle i yrkesaktiv alder permanente eller kvasi-permanente uføreytelser.¹ Dette er en betydelig lavere andel enn i Norge. Likevel regnes dette som foruroligende høyt. Man må imidlertid være forsiktig med internasjonale sammenligninger, siden det høye antallet uføretrygdede i Norge må ses i sammenheng med et lavere antall som står utenfor arbeidslivet av andre grunner.



Figur 3: Andel av befolkningen i alderen 20-64 år som mottar uføreytelser. Kilde: OECD Sickness, disability and work, og Prop. 130 L (2010 - 2011).

Det er stor geografisk variasjon i hvor stor andel av befolkningen som mottar uføretrygd. I 2010 var andelen av befolkningen som mottok uføretrygd over dobbelt så høy i Nordland, Østfold og Telemark som i Oslo. Deler av denne variasjonen kan sannsynligvis forklares med forskjellig alders- og yrkes-sammensetning. Allikevel er variasjonen påfallende.

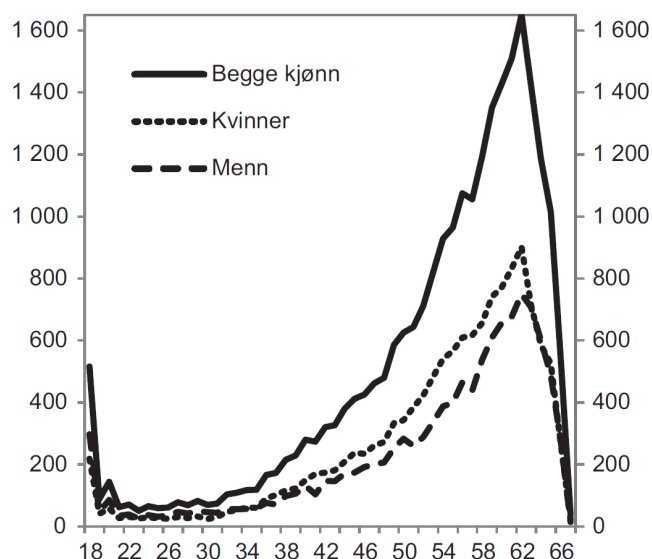


Figur 4: Mottakere av uføreytelser (uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad) som andel av befolkningen i fylket. Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Prop. 130 L (2010 - 2011)

Alders- og kjønnsforskjeller

Uførenivået er sterkt økende med alder. 43 prosent av alle nye mottakere av uføreytelser var i 2009 over 55 år. Aldersgruppen mellom 62 og 67 år utgjorde alene 17 prosent, mens de under 30 år utgjorde åtte prosent av nye mottakere. Hvis man ser på det totale antallet uførepensjonister, ikke bare nye tilfeller, er tendensen enda klarere. 80 prosent av uførepensjonister, er 50 år eller eldre.

Andelen av befolkningen som mottar uførepensjon, er klart høyest i de øverste aldersgruppene. Mens 0,8 prosent i gruppen 18-19 år er på uførepensjon, og andelen er under fem prosent for alle aldersgrupper under 45 år, øker uføregraden deretter med alderen og når 40 prosent for gruppen mellom 65 og 67 år.



Figur 5: Nye uførepensjonister etter kjønn og alder. Antall (2009). Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet, St. Prop. 130 L (2010 - 2011).

Det er flere kvinner enn menn som mottar uførepensjon. Ved utgangen av 2010 var kvinneandelen på 57 prosent. Andelen kvinner mellom 18 og 67 år som mottok uførepensjon, var på det tidspunktet 11 prosent, mens andelen menn lå på 8,1 prosent. Kvinner og menns uføreandel er relativt lik for de lavere aldersgruppene, men fra 40 år og oppover blir uføreandelen blant kvinner høyere enn blant menn. Spesielt i aldersgruppene over 50 år er kvinner overrepresentert blant de som mottar uførepensjon.

FORKLARINGER PÅ UTBREDELSEN AV UFØRETRYGD

Norge har stor utbredelse av uføretrygd sammenliknet med andre land. Vi har sett en sterk vekst de siste 20-30 årene, samtidig som den geografiske variasjonen både i utbredelse og vekst er stor. Det finnes svært mange mulige forklaringer på denne situasjonen. Her vil vi prøve å gå systematisk gjennom de faktorene som trekkes frem, enten i politikken eller i forskningen, og si noe om hvordan de virker. For hver faktor vil vi skille mellom påvirkning på nivået i Norge i forhold til i andre land, på veksten vi har sett de siste 20-30 år og på variasjonen i uføregrad, særlig den geografiske.

Naturlig utvikling

I debatten om uføretrygd møter man ofte påstander om at det er naturlig med en høy andel uføretrygd i Norge på grunn av høy yrkesdeltagelse, flere eldre arbeidstakere enn i andre land, brutalisering av arbeidslivet eller kanskje endringer i helsetilstanden. Men nyere forskning viser at dette ikke er fullgode forklaringer på utviklingen. Her vil vi se på disse naturlige forklaringene på uføresituasjonen i Norge.

Helse og levekår

Helse er åpenbart en viktig faktor bak bruk av helserelaterte velferdsordninger. Dersom den generelle helsetilstanden i befolkningen forverres, er det å vente at de helserelaterte ytelsene øker. Helsetilstanden kan være en forklaringsvariabel både på nivå, vekst og variasjon.

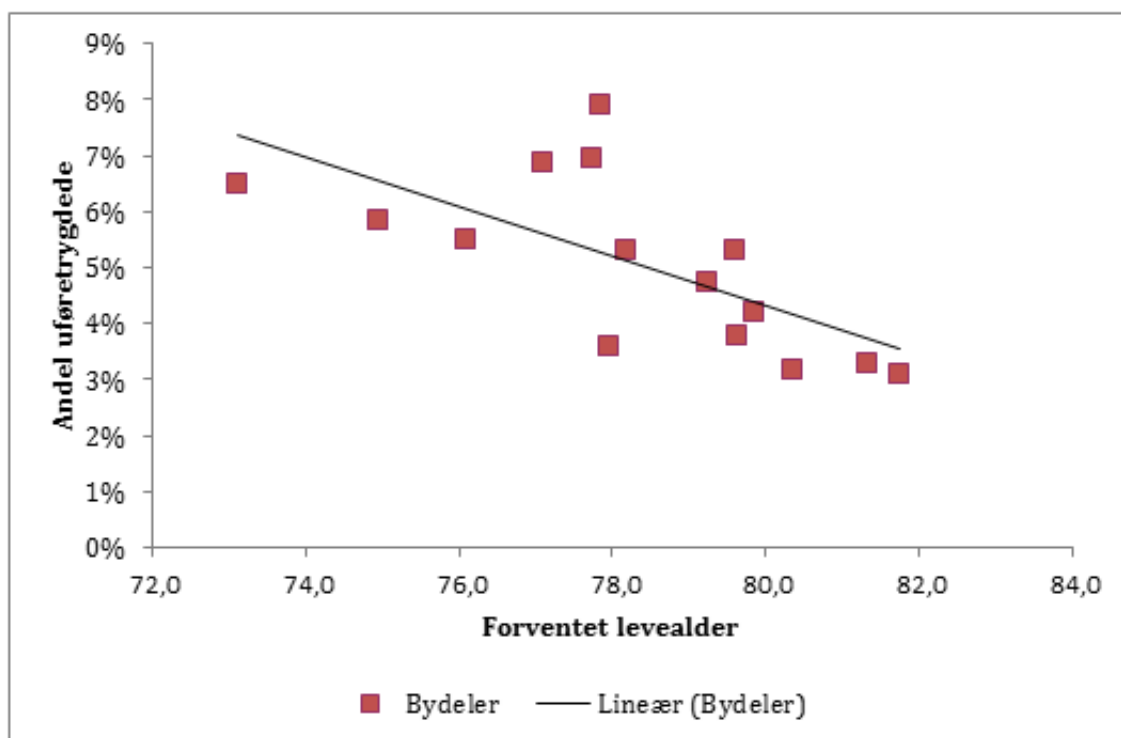
Norge har ikke dårligere helse, verre levekår eller en mer utfordrende demografi enn andre OECD-land. I OECD-rapporten Economic Policy Reforms: Going for Growth 2011 kan man lese om Norge at:

”Arbeidsløsheten er lav, men antallet på sykelønn og uføretrygd er godt over det nivået man skulle forvente basert på helseindikatorer, noe som reduserer arbeidsdeltagelsen.”²

Helsetilstanden er derfor, ifølge OECD, ingen god forklaring på hvorfor Norge har et høyere uførenivå enn andre land.

Endringer i helsetilstanden kan heller ikke forklare veksten i uføretrygd, ettersom helsen og levekårene i Norge ikke har blitt verre med årene. Tvert imot har fysisk helse og forventet levestandard økt i alle grupper i perioden, i følge Folkehelseinstituttets rapport Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge, mens den mentale helsetilstanden er stabil.³

Forskjeller i helse og levekår mellom ulike grupper kan være med på å forklare variasjonen i uføretrygd. I Oslo varierer forventet levealder mellom bydelene,⁴ en indikator på forskjeller i helse og levekår. Disse forskjellene kan gi forskjeller i utbredelsen av uføretrygd. Grafen under er basert på forventet levealder i de ulike bydelene i Oslo i 2002-2004, og andel uføretrygd per 1. januar 2005. Tallene er riktignok seks år gamle, men viser klart at forventet levealder og andel trygdede er korrelert.



Figur 6: Andel uføretrygdede og levealder. Kilde: SSB og Oslostatistikken

Forskjeller finner man også basert på andre forhold enn geografiske, for eksempel forskjeller mellom sosiale grupper, nabolag, arbeidsplasser, vennekretser eller familier. De kan ha mange årsaker, som arv, utdanning, byråkrati, kultur, normer, sosial påvirkning av livsstil eller bo- eller arbeidsmiljø. Medlemmer i en gruppe kan altså forventes å ha nokså like helse- og bakgrunnsprofiler, og dette kan være med å forklare variasjonen i sykemelding og uføretrygd mellom gruppene.

Demografi og utdanning

Det økende antallet eldre arbeidstakere brukes ofte som en forklaring på veksten i antallet uføretrygdede i Norge. Eldre arbeidstakere blir av naturlige grunner oftere syke enn yngre, og generelle mål på helsetilstanden i befolkningen fanger ikke nødvendigvis opp dette. Fordelingen mellom unge og eldre arbeidstakere kan brukes som forklaring både på nivå, vekst og variasjon i uføretrygd.

I Norge er en høy andel av de eldre arbeidstakerne (mellom 55 og 64 år) i arbeid. I følge Eurostat var i 2010 68,6 prosent i denne aldersgruppen i arbeid i Norge, mot et EU-snitt på 46,3 prosent. Det kan derfor bidra til å forklare det høye nivået på uføretrygd i Norge – flere i arbeidslivet gjør at også de marginale arbeidstakerne, altså de som har størst sjanse for å falle utenfor, blir flere. Men Island, Sveits og Japan har en høyere eller tilsvarende høy andel eldre i arbeid, uten å ha like mange uføre.⁵ Borsch-Supan (2007) undersøker om demografi og helse kan forklare de store forskjellene i bruken av uføretrygd i EU-landene og i USA, men finner at dette ikke kan forklare at noen land (som Sverige og Danmark) har langt høyere andel uføretrygdede enn andre. Norge er ikke med i undersøkelsen, men ettersom våre ordninger ligner mye på de svenske, er det grunn til å tro at alder heller ikke er hele forklaringen på den høye andelen uføretrygdede i Norge.

Kan endringer i demografien forklare veksten i uføreytelser? I Stoltenberg II-regjeringens forslag til ny uføreordning⁶ holdes dette frem som en viktig forklaring på veksten, særlig etter årtusenskiftet. Befolkningen har blitt eldre, og en eldre befolkning har større uføretilbøyelighet.

Dette er isolert sett riktig. Men en annen faktor man vet har en stor innvirkning på uføretilbøyeligheten, er utdanning. Desto høyere utdanningsnivå en person har, desto lavere er sannsynligheten for at personen blir ufør. Det er mye som tyder på at dette ikke bare er en seleksjonseffekt, altså at de friskeste også er de som tar mest utdanning, men at utdanning i seg selv forårsaker lavere uføretilbøyelighet.

Siden utdanningsnivået i befolkningen har økt betydelig i samme periode som alderen har gått opp, burde disse effektene delvis utligne hverandre. Bernt Bratsberg og Knut Røed (2011) har undersøkt om økningen i antall uføretrygdete kan forklares med endringene i demografi, når man tar i betraktning at både utdanningsnivået og alderen har økt. Deres konklusjon er at store deler av veksten i uførhet ikke kan forklares av demografiske endringer. De skriver:

Fra 1994 til 2006 økte andelen uføretrygdete i aldersgruppen 30–61 år med 29 prosent, mens andelen som mottar en tidsbegrenset eller en varig helse relatert trygdeytelse, økte med 41 prosent. I denne artikkelen har vi vist at svært lite av denne veksten – om noe – kan forklares av endret alders- og utdannings sammensetning i befolkningen samlet sett.

Bratsberg og Røed mener altså at endringene i alderssammensetning motvirkes av at flere tar høyere utdanning, og at den samlede virkningen er svært liten. Ifølge dem må vi se etter andre forklaringer på veksten.

Ifølge uføremeldingen fra 2007 kan demografi alene heller ikke forklare de geografiske forskjellene i grad av uføretrygd.⁷ Det kan likevel være én av flere faktorer som virker inn.

Utvidelse av kriteriene

En eventuell utvidelse av kriteriene for uføretrygd, som for eksempel gjør at flere lidelser dekkes eller at kravene til inntektsbortfall lempes, kan tenkes å gi vekst i antall uføretrygdete.

Slike utvidelser kan imidlertid ikke forklare veksten de siste årene. Reglene for tildeling av uførepensjon har ikke blitt liberalisert etter 1980, tvert imot ble de medisinske vilkårene for tildeling av uførepensjon strammet inn tidlig på 90-tallet.⁸

Dersom enkelte diagnoser er mer fremtredende i noen grupper enn i andre, kan det være med på å forklare variasjonen mellom ulike grupper. Det er vanskelig å se for seg at folk i noen deler av landet skulle være mer utsatt for enkelte lidelser enn andre. Men man kan ikke utelukke at det i enkelte grupper, som for eksempel forskjellige arbeidsplasser eller lokalmiljøer, er større utbredelse av problemer som dekkes av uføretrygd.

Brutalisering av arbeidslivet

Enkelte mener at arbeidslivet har blitt brutalisert de siste årene, med høyere krav til arbeidstakerne og med mer sykdom og uførhet som resultat. Dette kan i så fall være med på å forklare veksten i antall uføretrygdete.

I Civita-notatet Myten om det brutaliserte arbeidslivet går Lars Fr. H. Svendsen gjennom denne påstanden og viser at arbeidslivet ikke har blitt tøffere.⁹ Sykefraværet er heller ikke høyere i virksomheter som har tatt i bruk nye måter å organisere arbeidet på (Torp og Mastekaasa 2005).

Det kan likevel være at kravene til å komme inn i arbeidslivet har blitt tøffere. Langt flere stillinger krever i dag høy utdanning og formell kompetanse og stiller krav til fleksibilitet og kunnskap (se f. eks. Torp 2005). I så fall berører vi det spørsmålet som blant andre OECD stiller, nemlig om uføretrygd og sykemelding benyttes som et alternativ til arbeidsledighetstrygd i Norge.

Selv-seleksjon

Mekanismen som kalles selv-seleksjon kan være med på å forklare variasjonen i uføretrygd mellom geografiske eller sosiale grupper.

Det at man velger å bo i nærheten av, jobbe sammen med eller omgås andre som har en livsstil som ligner ens egen, er det som i statistikken kalles for selv-seleksjon. Dette kan det være vanskelig å skille fra andre faktorer.

Mekanismen kan enkelt forklares med at dersom det bor mange uføretrygdde i en kommune, kan det av flere grunner oppleves som et bedre sted også for andre uføretrygdde å bo. For eksempel kan boligprisene føre til selv-seleksjon. Boligprisene varierer mellom landets kommuner. Uføretrygdde har en lavere disponibel inntekt, og velger derfor i en del tilfeller å flytte til steder med lavere bokostnader. Dermed blir konsentrasjonen av for eksempel uføretrygdde større i enkelte kommuner.

Tilsvarende kan det være sosiale årsaker bak selv-seleksjonen. Uføretrygdde kan foretrekke å bo steder der det finnes et større antall andre uføretrygdde, ettersom de da slipper å møte mistenksomhet og fordommer de kan oppleve, dersom de er én av få uføretrygdde.

Effekten av at uføretrygdde flytter på seg er betydelig. Simen Markussen fra Frischsenteret skriver i DN 11. juli 2011 at geografiske forskjeller i uføreandel blir langt mindre, dersom man ser på fødested i stedet for bosted.

UFØRETRYGD OG EGEN INNFLYTELSE

Utgangspunktet for de offentlige velferdsgodene er at de skal være noe man får, dersom man har behov for det. Dermed er det også naturlig å tenke om dem på samme måte. Om man er syk, blir man hjemme og får sykelønn - om man er varig ute av stand til å arbeide, får man uførepensjon. Dette er synet blant andre arbeidsminister Hanne Bjurstrøm står for når hun sier at "[i]ngen velger trygd".¹⁰ I virkeligheten er det ikke alltid like enkelt. Det er vanskelig – nærmest umulig – å lage en presis definisjon av hvilke grupper som faktisk har behov for uføretrygd. Om en person har fått sin inntektsevne redusert med mer enn halvparten, avhenger av en subjektiv vurdering som igjen er avhengig av mange faktorer. Når den enkelte søker skal vurderes, vil det alltid være vanskelig for portvokteren (legen eller saksbehandleren) å avgjøre om personen faller innenfor definisjonen eller ikke. Derfor blir i realiteten den enkeltes beslutning om å søke velferdsgodene viktig. Uten en slik personlig innflytelse over uføretrygden, ville en diskusjon om motiver og insentiver vært irrelevant. Denne beslutningen er, som alle personlige beslutninger, basert både på følelser, rasjonelle betraktninger og påvirkning fra andre.

Ulike velferdsgoder preges i ulik grad av egeninnflytelse. Enkelte goder mottar man automatisk, som for eksempel barnetrygd. Her er det lite spillerom for den enkeltes innflytelse. I motsatt ende av skalaen finner man sykelønn for kortvarig sykefravær, hvor beslutningen er fullt ut individuell. De fleste ordninger, som for eksempel uføretrygd, befinner seg et sted i mellom: De innebærer både en individuell beslutning og en administrativ prosedyre for godkjenning.

Forskere har de siste årene forsøkt å komme opp med alternative forklaringer på det høye nivået, den høye veksten og den geografiske variasjonen i uføretrygd basert på mottagernes egen innflytelse. De leter etter ulike faktorer som kan ha innflytelse på tilbøyeligheten til å velge eller søke seg mot trygd. Forklaringene er ofte kontroversielle, nettopp fordi de tar utgangspunkt i at en del av de trygdde selv har innflytelse over sin situasjon. Dette er mange, både uføretrygdde og politikere, sterkt uenige i. De mener at det å være uføretrygd er en situasjon ingen frivillig vil søke seg mot. Allikevel har

forskerne funnet ut at en del av disse faktorene har en klar, empirisk innvirkning på uføretrygding, slik vi vil vise i dette kapittelet. Vi kan for eksempel nevne Mari Reges forskning på sosiale smitteeffekter og uføretrygd (Universitetet i Stavanger), Aksel Hatlands forskning på skjevheter mellom helsere-laterte ytelses og arbeidsledighetsytelses (NOVA) eller Benedicte Carlsen med fleres forskning på fastlegenes avveining av pasientens ønsker og de medisinske fakta (Rokkansenteret).

Det er utvilsomt tilfelle at en del personer av helsemessige årsaker ikke kan arbeide, uavhengig om de ønsker det eller ikke. Dette er gruppen som ordningen med uføretrygd primært eksisterer for, og sannsynligvis faller det store flertallet av de som er uføre, i denne kategorien. Disse kan ikke sies å velge uføretrygd.

Det finnes også personer som er i grenseland mellom arbeidsufør og arbeidsfør. Noen kan arbeide, men foretrekker å motta trygd. Andre, som mottar trygd, ønsker å arbeide hvis forholdene legges til rette for det. Disse gruppene har i større eller mindre grad innflytelse over sin egen situasjon. Det er viktig å belyse de komplekse årsakssammenhengene som fører til at så mange blir varig uføretrygdet, også de som går ut over de naturlige årsakene. Dersom noen eller mange "velger" trygd, eller eventuelt blir skjøvet over på trygd, selv om de ikke strengt tatt har behov for det, er det ikke minst svært uheldig for de uføretrygdede som ikke har noe valg eller innflytelse over sin egen situasjon.

Her vil vi gå gjennom de vanligste faktorene som kan påvirke dem som eventuelt har et valg, og hvorvidt det ser ut til å være empirisk belegg for å hevde at det er en årsakssammenheng.

Økonomiske insentiver

Hvor mye penger man taper på å være sykemeldt eller uføretrygdet, kan påvirke hvor mange som faktisk er sykemeldt eller uføretrygdet. I sin enkleste form betyr dette for eksempel at en ansatt vurderer inntektsreduksjonen som følger av å bli hjemme når han eller hun vurderer sykmelding. Jo høyere inntektsreduksjon, jo høyere sannsynlighet for å gå på jobb.

En rekke empiriske undersøkelser¹¹ antyder at økonomiske insentiver påvirker tilbøyeligheten til å søke velferdsgoder. Også i politikken er oppfatningen om at økonomiske insentiver spiller inn veletablert. I Fordelingsutvalgets rapport fra 2009 kan man i kapittelet om økonomiske insentiver lese:

Redusert helse eller arbeidsledighet er de viktigste årsakene til stønadsmottak. I tillegg kan økonomiske insentiver i det samlede skatte-, pensjons- og overføringssystemet være ett av flere elementer som påvirker den enkeltes motivasjon til å stå i arbeid.¹²

Når en bedrift nedbemanner, eller arbeidsmarkedet er dårlig, vil de økonomiske insentivene være sterkere for å søke trygd, enn om situasjonen var mer stabil. Men samtidig er det vist at nedbemanning påvirker mental helse negativt.¹³ Det er lett å tenke seg at et svakt arbeidsmarked, hvor man har problemer med å skaffe seg jobb, kan føre til det samme. Følelsen av ikke å være til nytte for samfunnet kan utløse depresjoner og andre lidelser.

Det kan derfor ofte være svært vanskelig å skille mellom helsetilstand og økonomiske insentiver som motiver for å søke offentlige ytelses.

Utbetalingene man får i dagens uførepensjon og arbeidsavklaringspenger er betydelig lavere enn lønnen arbeidstakeren får i arbeid. Dermed er det klare økonomiske insentiver til å komme tilbake i arbeid.

At de fleste som er uføre, ikke tjener økonomisk på det, betyr ikke at økonomiske insentiver er uten betydning i uføredebatten. Det finnes et stort unntak fra hovedregelen om at det lønner seg å jobbe fremfor å være ufør. I tillegg er det to måter insentiver kan spille inn på, og det gjelder de kortsiktige

insentivene i forbindelse med sykemelding, og insentivene for å gå tilbake i (deltids-) jobb når man mottar uføretrygd.

Barnetillegget og økonomiske insentiver

Unntaket fra hovedregelen om at man taper økonomisk på å være uføretrygdet, gjelder for personer som mottar uførepensjon og har barn. I tillegg til å få uførepensjon på to tredjedeler av tidligere inntekt, får de et barnetillegg på 0,4 G per barn. Dette gjelder så lenge den totale inntekten er under et fribeløp, som varierer avhengig av om mottakeren er enslig eller ikke og hvor mange barn personen har. Hvis den totale inntekten overstiger fribeløpet, blir barnetillegget avkortet. For arbeidsavklaringspenger gjelder andre, mindre sjenerøse regler for barnetillegg.

En konsekvens av reglene er at en person med en arbeidsinntekt på under 1,2 G (som tilsvarer en årslønn på 95 059 kr), som har ett barn, vil få en høyere uførepensjon enn arbeidsinntekt. 1,2 G er imidlertid en såpass lav lønn at dette gjelder svært få. Hvis personen som går på uføretrygd har flere barn, blir grensen for hvor lav arbeidsinntekten kan være før det lønner seg å være på uføretrygd, høyere. En enslig forsørger med tre barn må tjene over 3,6 G, eller 285 177 kr, før det lønner seg å arbeide fremfor å gå på trygd.

Medianinntekten etter skatt for enslige forsørgere med små barn (0-5 år) var i 2009 på 302 000 kr, ifølge SSB. Siden dette er inntekt etter skatt, og siden medianinntekten sannsynligvis har økt noe siden 2009, er det sannsynlig at godt under 50 prosent av alle enslige forsørgere har en arbeidsinntekt som gjør at de tjener økonomisk på å være uføre. Som Stoltenberg II-regjeringen sier, er det for personer med lav inntekt og flere barn at det kan lønne seg økonomisk å være ufør: "Uførepensjonister som tidligere har hatt lav inntekt, og som har flere barn, vil kunne få en trygdeytelse som er høyere enn tidligere inntekt eller den inntekten som mottakeren kan oppnå i arbeid".¹⁴

Begrunnelsen for å ha et barnetillegg er at lavere inntekt som følge av uførhet har spesielt store konsekvenser for personer med forsørgeransvar for barn. "Dagens behovsprøvde barnetillegg er målrettet mot barnefamilier med lav inntekt"¹⁵. Å bekjempe barnefattigdom er et godt mål. Hvis målet med barnetillegget er å forhindre at uføretrygdede med barn får dårligere råd når de blir uføretrygdet, er det merkelig å ha en ordning som innebærer at de får bedre råd enn mens de var i arbeid. Det ville vært naturlig om man satte den tidligere arbeidsinntekten som en øvre grense på trygden man kunne motta, der målet var å bekjempe en inntektsnedgang. Da ville man også unngått det skadelige insentivet til å bli værende ufør, som finnes i dagens ordning.

Hvis den tidligere arbeidsinntekten til uføretrygdede som mottar barnetillegg regnes som uakseptabelt lav, burde man også gi en økonomisk støtte til lavinntektsfamilier som ikke er uføretrygdet. Da ville man også fjernet den skadelige insentiv-effekten av dagens barnetillegg, samtidig som man reduserte antall barn som lever i fattigdom. Det er merkelig å bekjempe barnefattigdom med en ordning som ikke er basert på det økonomiske behovet, men på helsetilstanden til mottakeren.

Stoltenberg II-regjeringen sier selv:

Prinsipielt sett er departementet enig i at det er uheldig dersom den samlede uføretrygden overstiger den inntekten man alternativt kunne hatt som fullt arbeidsfør. Ved flere enn to barn, vil dette kunne skje i en del tilfeller med dagens regler.¹⁶

Utvalget som skulle se på en ny uføreordning, anbefalte å innføre et tak på hvor mye man kan motta i uførepensjon. Taket skulle være på 90 prosent av tidligere arbeidsinntekt. Dette har foreløpig blitt avvist, men det er varslet at man skal komme tilbake til problemstillingen rundt barnetillegget. Dette forslaget bør hentes frem igjen. Et tak på 90 prosent ville sørget for at alle alltid tjente på å arbeide. Hvis man er bekymret for effekten dette kan ha på barnefattigdom, kan man sette taket på 100

prosent av tidligere arbeidsinntekt. Bekjemping av barnefattigdom utover dette bør gjøres gjennom ordninger som baserer seg på det økonomiske behovet uavhengig av helsetilstand.

Sykemelding som vei inn i uførhet

Sykemelding er veien inn i uføretrygd for de aller fleste. I dag taper ikke arbeidstakeren noe økonomisk på å være sykmeldt i inntil ett år. Forskning har vist at langvarig sykefravær påvirker fremtidig lønnsutvikling negativt, og at denne effekten er varig.¹⁷ Dette innebærer at det er i arbeidstakerens interesse å komme seg raskt tilbake på jobb, selv om sykelønnen er på 100 prosent. Hvis arbeidstakere var klar over den mulige negative lønnsutviklingen og tok hensyn til det i sine avgjørelser, ville det bety at insentiv-problemet var betydelig mindre. Hvis derimot arbeidstakeren ikke er klar over eller undervurderer de negative økonomiske konsekvensene av fravær, styrker dette argumentene for å ha et system som oppmuntrer arbeidstakeren til å komme tilbake i arbeid.

I tillegg til at lønnsutviklingen påvirkes negativt, svekkes også tilknytningen til arbeidslivet ved langvarig fravær. Desto lenger man er borte, desto vanskeligere blir det å komme tilbake i arbeid, og arbeidstakere som er borte fra jobb lenger enn nødvendig, kan risikere å ende som uføre. Dermed kan det være i arbeidstakerens egeninteresse å endre sykelønnsordningen, slik at det er insentiver til å komme raskest mulig tilbake. Arbeidsdepartementets ekspertgruppe på sykefravær, nedsatt i november 2009, slo fast at økonomiske insentiver ville bidratt til et lavere sykefravær, men at dette ikke var aktuell politikk:

Sammenhengen mellom nivået i kompensasjonsgraden i sykelønnsordningene og forbruket av sykemelding er etter ekspertgruppens oppfatning godt dokumentert.¹⁸

Siden langvarig sykefravær kan være en årsak til at arbeidstakere får en svekket tilknytning til arbeidslivet og blir uføre, kan en mindre sjenerøs sykelønnsordning være et virkningsfullt tiltak for å redusere antall uføre på sikt.

Andre økonomiske insentiver

Når en person først er varig uføretrygdet, kan det være svake insentiver på kort sikt for å komme tilbake i jobb. En person som har vært utenfor arbeidsstyrken lenge, kan kanskje ikke forvente en like godt betalt jobb når han eller hun kommer tilbake. Dermed vil den eventuelle nye lønnen være lavere enn hva uføretrygden er basert på. Dette reduserer avstanden mellom nåværende uføretrygd og eventuell inntekt etter at man har trådt inn igjen i arbeidslivet. Hvis man regner forskjellen per time, ser man at det for mange uføretrygdede vil være en svært dårlig betalt overgang. Når man legger til at disse personene ofte ikke vet hvor mye de på sikt vil orke å jobbe, og risikerer å måtte gå en ny runde med NAV for ny uføretrygd, ser man at det er svake insentiver for å begynne å jobbe igjen.

Holdninger til arbeid

I mange teoretiske modeller tar forskerne også med holdningene til selve arbeidet, eventuelt hvor stor glede en arbeidstaker får av ekstra "fritid". Det er imidlertid vanskelig å måle hvor arbeidslyst en arbeidstaker har, og det er foreløpig ikke noe empirisk grunnlag for å si at vi er spesielt arbeidssky i Norge, eventuelt spesielt glad i fritid, at dette har endret seg de siste årene, eller at det varierer fra sted til sted.

Oppfatning av egen helsetilstand

Som diskutert tidligere, gir den individuelle oppfatning av "behov" rom for en stor gråsoner hvor det er vanskelig å gi et objektivt svar på om noen er frisk nok til å jobbe. Faktisk og opplevd sykdom eller uførhet vil ofte påvirkes av uheldige omstendigheter.

Noen vil si at vi har et annet forhold til hva det vil si å være "frisk" enn før. Våre forventninger om kroppslig og mental perfeksjon gjør at vi raskere opplever oss selv som syke, selv om det er snakk

om helt vanlige, menneskelige forhold. Forventningene til perfektjon, selvrealisering og lykke gjør også at mange føler seg utilstrekkelige, noe som forverrer sykdomsbildet.

Når høye forventninger møter menneskelige realiteter, og det samtidig finnes få muligheter til å oppleve mestingsfølelse for dem som allerede har falt ut av systemet, kan det være at terskelen inn i eller tilbake til arbeidslivet blir svært høy for noen.

Sosiale normer og interaksjonseffekter

En sosial norm er en generell oppfatning om hvordan man bør handle. Avvikende oppførsel straffes med sanksjoner som sosial eksklusjon, eller ved å fremkalle følelser som skyld eller skam. Sosiale normer kan derfor ofte motvirke økonomiske insentiver.

Det er liten tvil om at det eksisterer en norm som innebærer en motstand mot å leve av støtte fra andre, og at det er knyttet et sosialt stigma til slik atferd.¹⁹ En slik norm har både positive og negative sider. Den forhindrer overforbruk av velferdsgoder, men den kan også føre til negative holdninger til personer som ikke har noe annet valg enn å akseptere tilbudet om velferd.

En sosial norm som knytter et stigma til uføretrygd eller sykefravær, reduserer individets opplevde nytte av å motta slike goder.

Det er de siste årene kommet interessante forskningsresultater som ser på variasjonene i sykemelding og uføretrygd basert på sosiale normer i grupper. Det spesielle med slike gruppeeffekter er at de sjelden oppfører seg lineært og "normalt", men at personer i en gruppe påvirker hverandre, og at effektene dermed blir multiplisert og selvforsterkende.

Sannsynligheten for at enkeltpersoner i en gruppe konsumerer et velferdsgode øker, dersom mange andre i gruppen mottar godet, sier vi at det eksisterer sosiale interaksjonseffekter i gruppen. Økninger eller reduksjoner i velferdskonsum i ulike grupper kan derfor være selvforsterkende. Dette kalles også multiplikasjonseffekter av sosial interaksjon.²⁰

Effekten kan fungere på forskjellige måter. En triviell forklaring på interaksjonseffekter i sykefraværet kan for eksempel være at enkelte sykdommer er smittsomme, og at interaksjon derfor forårsaker økt fravær. Imidlertid har det også blitt vist at dette kun kan forklare en liten del av de observerte interaksjonseffektene på sykefravær.²¹

En mer interessant forklaring er at sosial interaksjon påvirker sosiale normer og stigma. Hypotesen er at sosiale normer ikke er eksogent gitt, men at styrken i sosiale normer påvirkes av hvor mange mennesker i gruppen som avviker fra normen. For eksempel kan styrken i det sosiale stigmaet knyttet til å motta et velferdsgode være avhengig av hvor mange andre som mottar godet.

Beslektet med reduksjon av sosialt stigma er gjengjeldende adferd. Det kan illustreres ved følgende eksempel: "Stadig flere arbeidstakere på en arbeidsplass melder sykdomsforfall. De som vanligvis møter opp hver dag, kan komme til å tro at de som "alltid" er syke, utnytter dem, da de ikke kan vite om de som ikke møter opp, er reelt syke eller ikke. Derfor begynner de selv å melde forfall oftere. Dette fører til en negativ fraværsspiral."²²

Informasjonsdeling i nettverk er en annen grunn til at vi kan se interaksjonseffekter. Dersom mange mennesker rundt deg har vært gjennom prosessen med å sende inn og få innvilget en søknad om ytelse, blir det enklere og billigere (i form av mindre frustrasjon og tidsbruk) for deg å gjøre det samme. Dette skyldes at informasjon deles eksplisitt, eller at noen etterligner andres oppførsel eller beslutninger.²³

Nok en mulighet er at interaksjonseffekter kan stamme fra det vi kan kalle utfyllende fritidseffekter. Dette betyr at en person får større nytte av å være borte fra jobb (sykemeldt eller uføretrygdet), dersom venner eller naboer også er borte fra jobb, og at man således kan nyte hverandres selskap.²⁴ Det er vist at oppførsel og valg påvirkes av sosiale interaksjonseffekter i en rekke sammenhenger. Dette gjelder for eksempel tenåringsgraviditet, utdanningsvalg, spareavgjørelser, kriminell oppførsel, produktivitet på arbeidsplassen og pensjonsbeslutninger.²⁵

Mengden empirisk forskning er også stor og økende for sosiale interaksjonseffekter på velferdssordninger spesielt. Når personer bestemmer seg for å søke på helserelaterte velferdsytelser, blir avgjørelsen ikke bare påvirket av individuelle faktorer som faktisk sykdom eller økonomiske insentiver, men også av beslutningene til de som omgir personen. De spesifikke grunnene ser ut til å variere med konteksten. I noen situasjoner er informasjonsdeling den viktigste kilden til slike effekter, mens i andre situasjoner er det sosiale normer, stigma og gjengjeldende atferd som er mest relevant. Sannsynligheten for å ende opp på trygd går også ofte i arv.

Vi kan ikke fullstendig utelukke muligheten for at det som ser ut som sosiale interaksjonseffekter, egentlig er resultatet av annen, ekstern innflytelse. Men i sum ser forskningsresultatene robuste ut. De tilnærmer seg problemene ved slik forskning på ulik måte, benytter seg av ulike instrumentelle variable og baserer seg på svært detaljerte datasett.

Uføretrygd som skjult arbeidsledighet

Norge har svært lav arbeidsledighet, men en høy andel uføretrygdede sammenlignet med andre OECD-land. OECD har flere ganger oppfordret Norge til å gjøre mer for å bekjempe de høye sykefraværs- og uføretallene.²⁶

OECD peker på at det er gunstigere å være sykemeldt enn å være arbeidsledig i Norge. Som arbeidsløs på dagpenger får man i snitt 62,4 prosent av tidligere inntekt før skatt, pluss eventuelle tillegg for barn. Dette er litt mindre enn det man får hvis man er på uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. Det er også betydelig mindre enn sykelønnen, som er på 100 prosent av tidligere lønn. Forskjellen mellom uføretrygd og dagpenger er liten. Denne forskjellen kan derfor antas å ikke ha noen særlig betydning. En mer relevant sammenligning er med sykelønn, siden det, i likhet med dagpenger, er en ytelse man kan få med en gang. Det at sykelønnen er såpass mye mer sjenerøs enn arbeidsledighetstrygd, kan føre til at personer velger å sykemelde seg heller enn å gå på dagpenger, og at disse etter hvert ender opp som uføre. For at dette skal skje, trenger man ikke å anta at folk "jukser" med en diagnose, det holder at et visst antall arbeidstakere har symptomer som plasserer dem i en gråson mellom å være arbeidsufør og å være helt funksjonsfriske.

Helserelaterte ytelser er også mer attraktive enn dagpenger, fordi det er færre krav til tiltak for motakeren.

For å ha rett til dagpenger, stilles det også krav om at man må være reell arbeidssøker, dvs. man må være arbeidsfør, stå tilmeldt Arbeids- og velferdsetaten og raskt kunne tiltre ethvert heltids- eller deltidsarbeid man er fysisk og psykisk skikket til å ta. Som hovedregel stilles det også krav til geografisk mobilitet. Det stilles videre krav til aktivitet, bl.a. jobbsøking og at meldekort sendes hver 14. dag. Manglende oppfyllelse av aktivitetskravene kan føre til tidsbegrenset bortfall av dagpenger. Dagpenger er en skattepliktig ytelse, og skattes som lønnsinntekt.²⁷

Dagpenger kan maksimalt utbetales i to år. Hvis en person fortsatt står uten arbeid, skal han eller hun, over på sosialstønad, som gir klart mindre penger. Dette gjør det også mer attraktivt å bli sykemeldt og deretter ufør, både for de som etter to år ikke har fått jobb, og for de som mister jobben og ikke anser det som sannsynlig at de kommer til å få en ny jobb innen to år.

Aksel Hatland, forsker ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), oppsummerte det på følgende måte i et foredrag ved Institutt for samfunnsforskning 10. september 2010: "Rettighetene til helserelaterte trygder er langt mer sjenerøse enn til arbeidsledighetstrygder, fordi personkretsen er videre, opptjeningstiden er kortere, stønadsnivået er høyere, varigheten er lengre og pliktene er svakere. Dette legger sterke føringer til å velge sykmelding framfor arbeidsledighet for de som kan velge. Ubalansen i regelverket er egnet til å sluse mange inn i helsetrygdene og få inn i arbeidsledighetstrygden."

I en doktoravhandling viser Morten Henningsen (2008) at mange søker sykepengen like før perioden med rett til arbeidsledighetstrygd går ut. Ifølge analysen kan det være at mange havner i en håpløs situasjon ved å gå lenge arbeidsledige, mens både selvtillit og helse blir redusert. Dette fører til en ond sirkel som ender i en sykemelding, som gir en langt større risiko for uføretrygd senere. Situasjonen kunne kanskje ha vært unngått hvis personen hadde kommet seg ut i jobb tidligere. Sammenhengen mellom arbeidsledighet, helsetilstand, sykemelding og uføretrygd er derfor kompleks.

Dersom en del av de uføretrygdene i Norge reelt sett er arbeidsledige, eller deres situasjon helt eller delvis skyldes at de har vært lenge uten arbeid, kan det være med på å forklare hvorfor flere er uføretrygdene i distrikter med et mindre variert eller svakere arbeidsmarked. I byer og større tettsteder er det sannsynligvis lettere å finne seg en alternativ jobb, dersom man ikke kan utføre sin nåværende jobb.

Misbruk

I et system basert på tillit til enkeltmennesket, vil det alltid være noen som misbruker tilliten til å skaffe seg goder urettmessig og uærlig. Ifølge en rapport fra Proba Samfunnsanalyse om misbruk av sykepengeordningen i folketrygden, er det gjort lite forskning på størrelsen på misbruket av trygdeytelser. I rapporten hevdes det at "[d]et er over 50 prosent sannsynlig at misbruket av sykepenger i folketrygden ligger på minst 6 prosent av utbetalingene", men usikkerheten er svært stor.²⁸ Det er heller ikke sikkert at misbruket av uføretrygd tilsvarende misbruk av sykelønnsordningen, blant annet fordi sykelønnsordningen vanligvis er økonomisk gunstigere enn uføretrygd og kravene til legegodkjenning er annerledes.

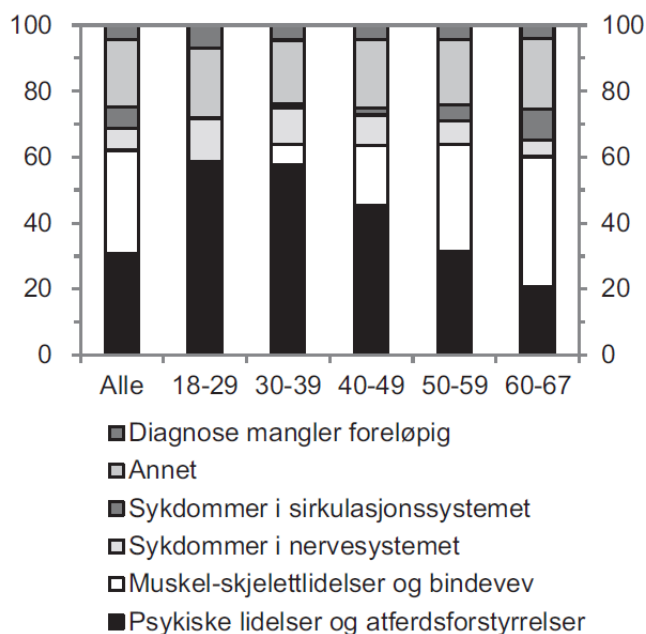
Vi kan i alle tilfeller slå fast at misbruk forekommer, og at det sannsynligvis har et betydelig omfang. Men med dagens forskning er det umulig å si om det bidrar til den høye andelen uføretrygdene i Norge, til veksten som har vært i senere tid, eller til variasjonene mellom ulike grupperinger.

PORTVOKTERNES ROLLE

Gitt beslutningen om å søke trygd, er det reglene og den administrative prosedyren som bestemmer om det skal gis ytelse. Reglene bestemmer hvem som potensielt kan motta ytelsen, og hva som skal til for å utløse den. Portvokterne avgjør deretter hvem som skal motta uføretrygd, og også sykelønn over lengre tidsrom, som gjerne er inngangsporten til uføretrygd. Portvokterens rolle påvirker derfor i stor grad hvilken innflytelse søkeren selv har.

De spesifikke kriteriene for hva som kvalifiserer til en ytelse, endrer seg over tid. Uføretrygd var for eksempel tidligere forbeholdt "objektivt" observerbare plager med en strengt definert diagnose. I dag dekker trygden også lettere psykiske lidelser og vanskeligere diagnostiserbare plager som muskelsmerter. Dette gjør det vanskeligere for portvokterne å avgjøre hvorvidt pasienten er kvalifisert til å motta ytelse, noe som gir større innflytelse til pasientens egen vurdering av helse og arbeidsevne. For psykiske lidelser er det veldig stor variasjon i praksisen blant leger. Dette sees tydelig for sykemeldinger. Regjeringens ekspertgruppe for sykelønn har dokumentert at de 10 prosent av legene som bruker gradert sykemelding mest, bruker det i nesten 70 prosent av tilfellene, mens de 10 prosent av legene som bruker det minst, aldri skriver ut gradert sykemelding for psykiske lidelser.

Anbefalingen fra helsemyndighetene er at denne pasientgruppen aktiviseres mest mulig, og at gradert sykemelding derfor skal være hovedregelen. Som ekspertutvalget sier: "Det er neppe utelukkende medisinske grunner til at 10 pst. av allmennlegene velger å gradere de lange fraværene for majoriteten (68,2 pst.) av pasientene med psykiske lidelser, mens 10 pst. aldri gjør det".²⁹ Siden sykkelønn er en vanlig vei inn til uførhet, er dette funnet høyst relevant for debatten om uføretrygd.



Figur 7: Mottakere av uførepensjon etter diagnose og alder. 2009. Prosent. Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og St.prp. nr. 130 L (2010 - 2011)

Det er noe mindre variasjon i bruken av gradert sykemelding når man ser på alle diagnoser, men også her er variasjonen stor. Det er naturlig å anta at det også er en betydelig variasjon mellom legers behandling av uføre.

Lengden på sykemeldinger for samme diagnose og samme jobb varierer også svært mye innad i det norske systemet. En analyse fra NAV viser at forskjellene i gjennomsnittlig lengde på sykemeldingen for samme diagnose kan variere så mye som 100 prosent fra ett sted i landet til et annet.³⁰ Den store variasjonen indikerer at leger i mange tilfeller ikke fungerer som portvoktere, og at en del som havner utenfor arbeidslivet, ville unngått det, dersom de tilfeldigvis hadde en annen lege.

Press fra pasienter

En undersøkelse fra Sverige viser at mange leger opplever press for å sykmelde personer eller å gi lengre sykemeldinger enn de ønsker. Det er god grunn til å anta at det samme gjelder for uføretrygd. Norge og Sverige har ganske like ordninger for sykemeldinger og uføretrygd, og sannsynligheten for at situasjonen er tilsvarende i Norge, er ganske stor. Program for Helseøkonomi i Bergen ga i 2003 ut et notat som støtter denne hypotesen. Hovedpoenget er at konkurransen mellom leger om å beholde pasienter på sin fastlegeliste, fører til at legene streber mer etter å oppfylle den enkelte pasientens ønsker. Forfatterne skriver:

Undersøkelsen tyder på at fastlegeordningen får konsekvenser for legenes skjønsmessige avgjørelser ved at de er mer ettergivende som portvakter i avgjørelser som tas i møte med listepasientene.³¹

I en undersøkelse hvor norske fastleger ble intervjuet om sin sykmeldingspraksis, kom det frem at fastleger anser pasienten som den som avgjør om han blir sykmeldt eller ikke.³² For korte sykmeldingsperioder mente fastlegene i undersøkelsen at sykemelding alltid ble gitt når pasienten ba om

det. Dette hang sammen med at det for korte sykmeldingsperioder ofte forelå klare symptomer, og det var derfor uproblematisk å gi sykemelding. For lengre sykemeldingsperioder oppga fastlegene at de prøvde å påvirke og gi råd til pasienten, men at alle som ønsket sykemelding, fikk det. Begrunnelsen var dels at flere leger ikke trodde pasienter ville be om sykemelding uten å trenge det, og dels at legene mente at de ikke hadde noe annet valg enn å stole på pasienter med ikke-etterprøvbare symptomer som ba om sykemelding. Dette indikerer at legens portvokterrolle ikke er spesielt godt egnet til å begrense bruken av helserelaterte velferdsytelser som sykelønn eller uføretrygd. Forfatterne av studien konkluderte med at porten er vidåpen.

I en studie fra Frisch-senteret³³ undersøkes effekten av mindre endringer gjort i sykelønssystemet i 2004. Fastleger ble bedt om å dokumentere og evaluere arbeidsevne i detalj, gradert sykemelding ble gjort til standardvalget, og det ble innført et krav om ekstra dokumentasjon ved lengre sykmeldingsperioder. Disse endringene hadde en stor effekt på sykefraværet. Lengden på sykefraværet gikk ned med 11,7 prosent. Denne nedgangen kan sannsynligvis forklares med endringene som ble gjort. Antall sykemeldinger gikk ned med 7,1 prosent. Denne nedgangen startet før reformen, og det er derfor uklart i hvilken grad reformen bidro. Denne erfaringen viser at portvokterrollen kan styrkes betraktelig gjennom strengere dokumentasjonskrav, bedre oppfølging og ved å endre hvilket valg som er standardvalget.

Forholdet mellom arbeid og helse

Kriteriet for å kunne motta uføretrygd, er at man har en helsetilstand som reduserer arbeidsevnen. Bak dette kravet ligger en tanke om sykdom som noe som er uavhengig av arbeidssituasjonen. Dette er i mange tilfeller feil. Arbeidssituasjonen kan påvirke helsetilstanden, for eksempel hvis arbeidet i seg selv er belastende eller helseskadelig. Dette er noe man prøver å ta hensyn til gjennom krav til helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen.

En annen måte helsetilstanden kan bli påvirket på, er at man kan bli sykere av å ikke arbeide. Det er godt dokumentert at arbeidsløshet og annet fravær fra arbeid øker sannsynligheten for at man får visse helseplager.

Hvis man blir sykemeldt på grunn av en helseplage, og fraværet fra jobb i seg selv svekker helsetilstanden, kan man risikere å bli ufør selv etter at den opprinnelige helseplagen er borte.

Det finnes også flere diagnoser som forverres av passivitet og av fravær fra arbeidslivet. Depresjoner, en del lette psykiske sykdommer og muskel- og skjelettlidelser er blant disse. Diagnosene er blant de vanligste årsakene til at man blir uføretrygdet i Norge i dag. At et stort antall mennesker blir uføretrygdet når det er nettopp arbeid som kan bedre helsetilstanden, og passivitet forverrer helsetilstanden, er et paradoks. Det er hverken bra for folkehelsen, for de diagnosene gjelder eller for samfunnet for øvrig. Avhengig av problem og diagnose er det slik at det å være borte fra arbeidet, både på kort og lang sikt, kan være mer til skade enn til gagn for den enkelte.

Om fravær fra jobb er helsefremmende eller helseskadelig, er selvsagt uten betydning hvis helseplagen uansett gjør det umulig å jobbe. Det er tilfellet for mange diagnoser, men langt fra alle. Dessuten er det ofte mulig å legge til rette på arbeidsplassen for at personer som har sykdommer, likevel kan jobbe.

OPPSUMMERING

Uføretrygd er en av våre største og viktigste velferdsordninger. Det er totalt over 450 000 mottakere av uførepensjon og arbeidsavklaringspenger. Ordningene er viktige, fordi de omfatter mange, men de er også viktige, fordi de innebærer store direkte kostnader for staten og har stor betydning for arbeidsdeltagelsen i befolkningen.

Fordi uføretrygd er så viktig, er det nødvendig å ha kunnskap og debatt om hva som forårsaker uførhet. Spesielt viktig er det å forklare hvorfor andelen arbeidstagere som er uføre i Norge, er betydelig høyere enn snittet i OECD, og hvorfor andelen uføre har økt de siste tiårene.

Noen av årsakene er det bred enighet om, mens andre er mer kontroversielle og usikre. Blant annet er det ikke tvil om at en aldrende befolkning har bidratt til en del av økningen i antall uføre. Hvor mye aldringen av befolkningen kan forklare, er derimot usikkert. Hvis man tar med andre endringer, som økt utdanning, minker betydningen av aldring. De fleste indikatorer på helsetilstanden i befolkningen tyder på at den har blitt bedre, og det er lite som tyder på at arbeidslivet har blitt mer brutalt og ekskluderende, snarere tvert i mot. Siden disse faktorene isolert sett burde peke mot et lavere uførenivå, er det naturlig å se på andre faktorer som påvirker uføregraden.

Sykelønn er veien til uførhet for de fleste. Norge har en mer sjenerøs sykelønnsordning og mer sykefravær enn de fleste sammenlignbare land. Dette kan påvirke antall uføre. At nivået på sykelønnsordningen kan bidra til det høye antallet som ender på uføretrygd er et sterkt argument for en lavere sykelønn. En annen mulig forklaring på at antall uføre er høyere enn i andre land, er at mange av de som i Norge er uføre, i andre land ville falt innenfor andre kategorier av personer utenfor arbeidslivet. Norges lave arbeidsløshet og høye andel uføre, kan skyldes at en del uføre i Norge reelt sett er arbeidsløse og ville blitt kategorisert som arbeidsløse, hvis ordningene var annerledes. Noen grupper tjener økonomisk på å være uføre, mens andre har mer subtile insentiver til ikke å komme tilbake i arbeid. Dette kan også påvirke antall uføre. Det største disinsentivet mot å komme tilbake i arbeid for uføretrygdete er barnetillegget. Barnetillegget gjør at en del uføretrygdete får høyere trygd enn de hadde i arbeidsinntekt. Dette er svært uheldig og vanskelig å forsvare når målet er å bekjempe barnefattigdom. Det burde settes et tak på hvor høy uføretrygd man kan motta, gjerne på 90 prosent av tidligere inntekt, som anbefalt av utvalget som utredet den nye uføreordningen. For å bekjempe barnefattigdom må man benytte ordninger som er basert på det økonomiske behovet til mottakerne, ikke på deres helsetilstand.

For å få flere fra uføretrygd til arbeid holder det ikke å bare bedre insentivene til arbeid. Uføretrygdete har som oftest vært borte fra arbeidslivet lenge, og trenger tilrettelegging for å få kontakt med det igjen. Et tiltak som bør vurderes, er å utvide aktiviseringstiltakene som tilbys de som er på arbeidsavklaringspenger til å også gjelde uførepensjonister. Samtidig må disse tiltakene gjøres mer effektive, ved at Nav får ressurser nok til å følge opp mottakerne på en god måte. Det er begrenset hvor mye man kan få til gjennom skoloring og tiltaksplasser alene. Hvis personer med sviktende helse skal kunne ha en plass i det norske arbeidslivet, må de også kunne jobbe i vanlige bedrifter med tilnærmet vanlige vilkår. Da må det være arbeidsplasser tilgjengelig for denne gruppen. Å redusere arbeidsgiveravgiften eller gi lønnstilskudd i en begrenset periode for ansatte som har vært uføre kan være et godt virkemiddel. Det vil gjøre det mer lønnsomt å ansatte uføretrygdete, og kan spare staten for penger hvis reduksjonen i arbeidsgiveravgiften eller lønnstilskuddet er mindre enn uføretrygden.

Leger og Nav har en sentral rolle når mennesker innvilges uføretrygd. Deres praksis, holdninger og hvilke krav de møter fra pasientene, er derfor viktig å forstå når man diskuterer uføretrygd. Det er dokumentert at det er stor variasjon i fastlegers praksis når det gjelder sykelønn, og det er naturlig å anta at det finnes en lignende variasjon i praksisen omkring uførhet. I Nederland er det egne trygdeleger som har som oppgave å fastslå om en person oppfyller kriteriene for helsebaserte trygdeytelser. Dette gir en mer konsistent praksis og sørger for at portvokterrollen ivaretas av fagpersoner med spisskompetanse på forholdet mellom helse og arbeid. En lignende ordning bør prøves ut i Norge. Skal uførhet diskuteres på en fornuftig måte, med sikte på å sørge for at flere kan bli i eller komme i jobb, er det helt nødvendig å se på alle faktorer som påvirker uførhet. Navs rolle, innretningen av uførepensjon og arbeidsavklaringspenger, økonomiske insentiver hos mottakeren, legenes ansvar og andre velferdsordninger i velferdsstaten, som for eksempel sykelønn, må alle være gjenstand for debatt.

FORFATTER:

Notatet er skrevet av stipendiat i Civita, Haakon Riekeles og tidligere prosjektmedarbeider Anne Siri Koksrud.

SLUTTNOTER

- 1 OECD, 2009, p.3
- 2 Forfatterens oversettelse fra engelsk
- 3 Bang Nes og Clench-Aas 2011
- 4 Dybendal og Skiri 2005
- 5 "Sickness, Disability and Work" OECD Background Paper <http://www.oecd.org/dataoecd/42/15/42699911.pdf>
- 6 St. Prop. 130 L 2011, kap. 4.2.4
- 7 NOU 2007:4
- 8 Bleksaune, Hellevik, og Pedersen 2010, s. 25
- 9 Svendsen 2010
- 10 Bjurstrøm 2011
- 11 blant annet Johansson og Palme (1996)
- 12 NOU 2009:10, kap. 13.7.3
- 13 Rege, Telle, og Votruba 2005
- 14 Prop. 130 L (2010 – 2011), 7.8.5
- 15 Prop. 130 L side 13
- 16 Prop. 130 L s. 109
- 17 Markussen 2009
- 18 Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet, "Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform", side 23 http://www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf
- 19 Besley og Coate 1992
- 20 Rege, Telle, og Votruba 2007, og Cooper og Rege
- 21 Dale-Olsen, Misje Nilsen, og Schøne 2011
- 22 Lindbeck, Nyberg, og Weibull 1999; Ekbladh 2005
- 23 Cohen-Cole og Zanella 2008
- 24 Dale-Olsen, Misje Nilsen, og Schøne 2011
- 25 for flere eksempler og referanser, se f. eks. *ibid*, s. 5; Rege, Telle, og Votruba 2007, s. 3
- 26 se f. eks. OECD 2011, s. 126
- 27 NOU 2011:7 avsnitt 6.4.5
- 28 Proba Samfunnsanalyse 2011
- 29 Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet: "Tiltak for reduksjon i sykefravær" avsnitt 3.8
- 30 Helde, Kristoffersen, og Lysø 2011
- 31 Carlsen og Norheim 2003, s. 17
- 32 <http://folk.uio.no/karineny/files/OpenGates.pdf>
- 33 <http://www.sv.uio.no/econ/forskning/publikasjoner/memorandum/pdf-filer/2009/Memo-19-2009.pdf>

LITTERATUR

- Bang Nes, Ragnhild, og Jocelyne Clench-Aas. 2011. Rapport 2011:2 Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger.
- Besley, Timothy, og Stephen Coate. 1992. Understanding welfare stigma: Taxpayer resentment and statistical discrimination. *Journal of Public Economics* 48 (2):165-183.
- Bjurstrøm, Hanne. 2011. Ingen kan velge trygd. *Aftenposten*, 27.01.2011.
- Bleksaune, Morten, Tale Hellevik, og Axel West Pedersen. 2010. Uførhet. In *De norske trygdene*, edited by A.-H. Bay, A. Hatland, T. Tellevik and C. Koren. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borsch-Supan, Axel. 2007. Work Disability, Health, and Incentive Effects. In *MEA Discussion Paper*
- Bratsberg, Bernt, og Knut Røed. 2011. Kan demografi forklare veksten i uførhet? *Søkelys på arbeidslivet* 28 (1-2):3-21.
- Carlsen, Benedicte, og Ole Frithjof Norheim. 2003. Hvordan påvirker fastlegeordningen legens skjønnsmessige avgjørelser? Notatserie i helseøkonomi Nr 17/03.
- Cohen-Cole, Ethan, og Giulio Zanella. 2008. Welfare Stigma or Information Sharing? Decomposing Social Interactions Effects in Social Benefit Use. Available from <http://ideas.repec.org/p/usi/wpaper/531.html>.

- Cooper, David J., og Mari Rege. forthcoming. Misery loves company: Social regret and social interaction effects in choices under risk and uncertainty. *Games and Economic Behavior* In Press, Corrected Proof.
- Dale-Olsen, Harald, Kjersti Misje Nilsen, og Pål Schøne. 2011. Imitation, Contagion, and Exertion – Do Colleagues' Sickness Absence Influence your Absence Behaviour? Oslo: Institute for Social Research.
- Dybendal, Kirsten Enger, og Halvard Skiri. Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydeler i Oslo. SSB 2005. Available from <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200506/03/index.html>.
- Ekbladh, Margareta. 2005. Group Specific Social Norms and Economic Incentives in A General Welfare System. Lund University.
- Engblom, Monika. 2011. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Doctoral Thesis, Inst för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Folkehelseinstituttet. 2010. Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge.
- Helde, Ingunn, Per Kristoffersen, og Nina Lysø. 2011. Kan næringsstruktur forklare fylkesvise forskjeller i sykefraværet? *Arbeid og velferd* 3-11.
- Henningsen, Morten S. 2008. An Empirical Study of Mobility in the Labour Market. Doktoravhandling.
- Johansson, Per, og Mårten Palme. 1996. Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *Journal of Public Economics* 59 (2):195-218.
- Lindbeck, Assar, Sten Nyberg, og Jorgen W. Weibull. 1999. Social Norms and Economic Incentives in the Welfare State. *The Quarterly Journal of Economics* 114 (1):1-35.
- Markussen 2009, The effects of sick-leave on Earnings. Memorandum 20/2009 <http://www.frisch.uio.no/pdf/The%20individual%20cost%20of%20sick%20leave.pdf>
- NOU 2007:4. Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre. Available from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2007/nou-2007-4.html?id=467193>.
- NOU 2009:10. Fordelingsutvalget. Available from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/nouer/2009/nou-2009-10.html?id=558836>.
- OECD. 2011. Economic Policy Reforms: Going for Growth 2011.
- Proba Samfunnsanalyse. 2011. Misbruk av sykepengeordningen i folketrygden. Available from <http://samfunnsanalyse.no/?p=611#more-611>.
- Rege, Mari, Kjetil Telle, og Mark Votruba. 2005. The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. Available from <http://ideas.repec.org/p/ssb/dispap/435.html>.
- . 2007. Social Interaction Effects in Disability Pension Participation. 496. Available from <http://ideas.repec.org/p/ssb/dispap/435.html>.
- St. Prop. 130 L: Endringer i folketrygdloven (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre). 2011. Available from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-130-l-2010--2011.html?id=644804>.
- Svendsen, Lars Fr H. 2010. Myten om det brutaliserte arbeidslivet. Available from <http://www.civita.no/civita-notatet/2010/brutalisert-arbeidsliv-1299>.
- Torp, Hege, ed. 2005. Nytt arbeidsliv. Edited by H. Torp, Nytt arbeidsliv. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torp, Hege, og Arne Mastekaasa. 2005. Sykefravær og nye former for arbeidsorganisering. In *Nytt arbeidsliv*, edited by H. Torp. Oslo: Gyldendal Akademisk.