

Helse og arbeid

1. INTRODUKSJON

En persons helsetilstand er noe av det som påvirker livskvaliteten mest. Når levestandarden i et samfunn måles, inkluderes nesten alltid indikatorer på befolkningens helse.

Norges arbeidskraft er vår desidert største kilde til velstand. Hvis vi skal opprettholde eller øke vår velstand i fremtiden, er vi avhengig av at en så stor andel av befolkningen som mulig jobber. Å øke arbeidsdeltakelsen i befolkningen er derfor et viktig politisk mål. For å øke arbeidsdeltakelsen er det nødvendig å få flere som i dag mottar helserelaterte ytelser i arbeid.

Helse og arbeid er hver for seg to svært viktige temaer. Det er også temaer som i stor grad påvirker hverandre. Helseproblemer er i dag den desidert største årsaken til at folk ikke er i arbeid. Vi har et stort tiltaksapparat for å få flere i arbeid. Dersom disse tiltakene gir resultater, har dette stor økonomisk betydning. Det er beregnet at en reduksjon i antall uføre på ti prosent gir en langsiktig innsparing på rundt 20 milliarder kroner.¹

Spesielt innsats overfor utsatt ungdom er økonomisk lønnsomt. Et tiltak som lykkes i å få kun hundre ungdom som ellers ville risikert å bli uføretrygdet i arbeid, gir en årlig gevinst på 40 millioner kroner.²

Et viktig spørsmål er om arbeid innebærer en helserisiko. Det er en vanlig påstand at arbeidslivet brutaliseres. Det er det lite belegg for. Levekårsundersøkelser viser at folk i stor grad er fornøyd med jobben sin. Skader og ulykker på jobb har blitt drastisk redusert de siste tiårene, og er i hovedsak kun et problem i et fåtall bransjer. I tillegg har Norge blant Europas korteste arbeidstider, noe som med all sannsynlighet reduserer eventuelle helsebelastninger ved å jobbe.

Mens det finnes lite belegg for at vanlig arbeid er skadelig, finnes det mye forskning som tyder på at arbeid kan være helsefremmende. Menn som mister jobben i nedbemanninger har betydelig økt dødelighet. Tidlig pensjon er forbundet med tidlig død.³ Generelt har folk som står utenfor arbeidslivet dårligere helse enn de som er i arbeid, og det finnes

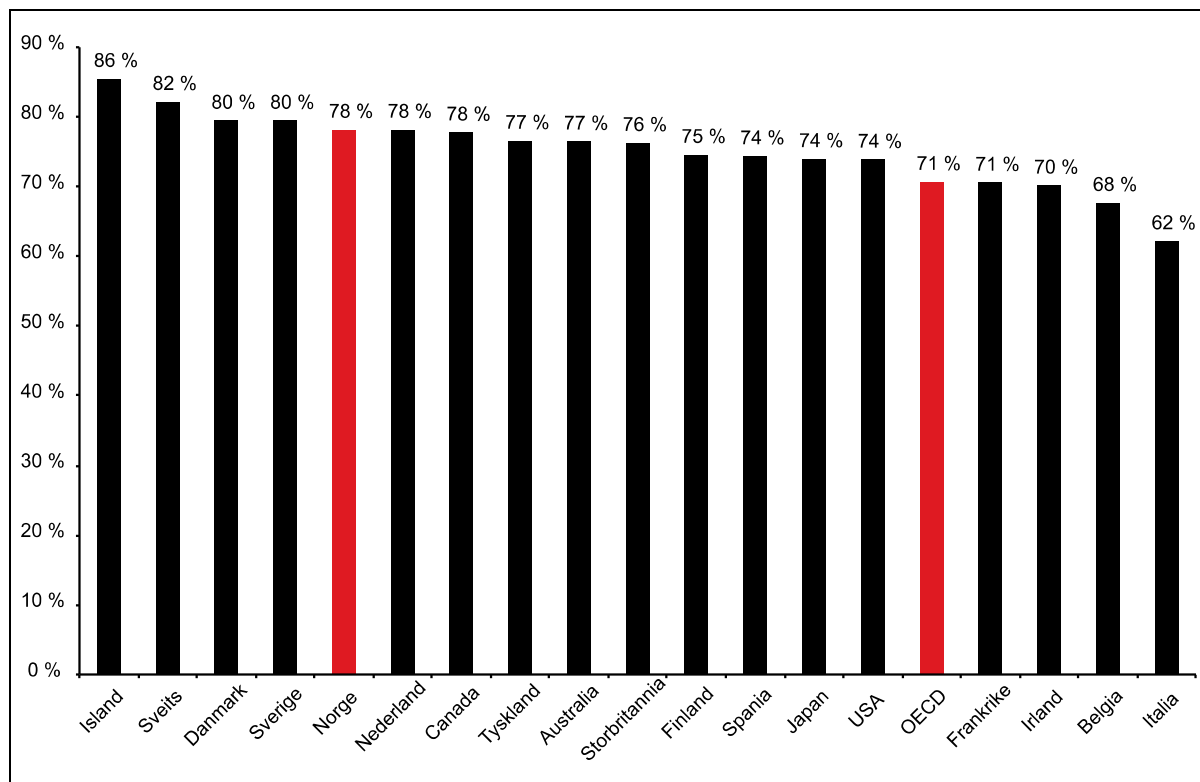
indikasjoner på at denne forskjellen til dels er forårsaket av at det er helseskadelig å stå utenfor arbeidslivet.

For personer med psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser er det forskning som tyder på at arbeid kan være helsefremmende. Dette er viktig, da disse typene diagnoser er de som er vanligst blant mottakere av helserelaterte ytelser som uføretrygd.

Norge har et omfattende system for aktivisering av personer utenfor arbeidsmarkedet, og er blant OECD-landene som satser mest på arbeidsintegrerende tiltak.⁴ I Norge er en stor del av disse tiltakene rettet mot aktiviteter i skjermede bedrifter. Forskning på arbeidsintegrerende tiltak viser imidlertid at tiltak rettet mot ordinært arbeid har størst suksess i å få folk i arbeid. Tiltak som integrerer behandling av sykdom og arbeid i ordinære bedrifter har vist seg å være spesielt vellykkede. Denne typen tiltak bør det satses mer på i Norge.

2. FORHOLDET MELLOM HELSE OG ARBEID I NORGE I DAG

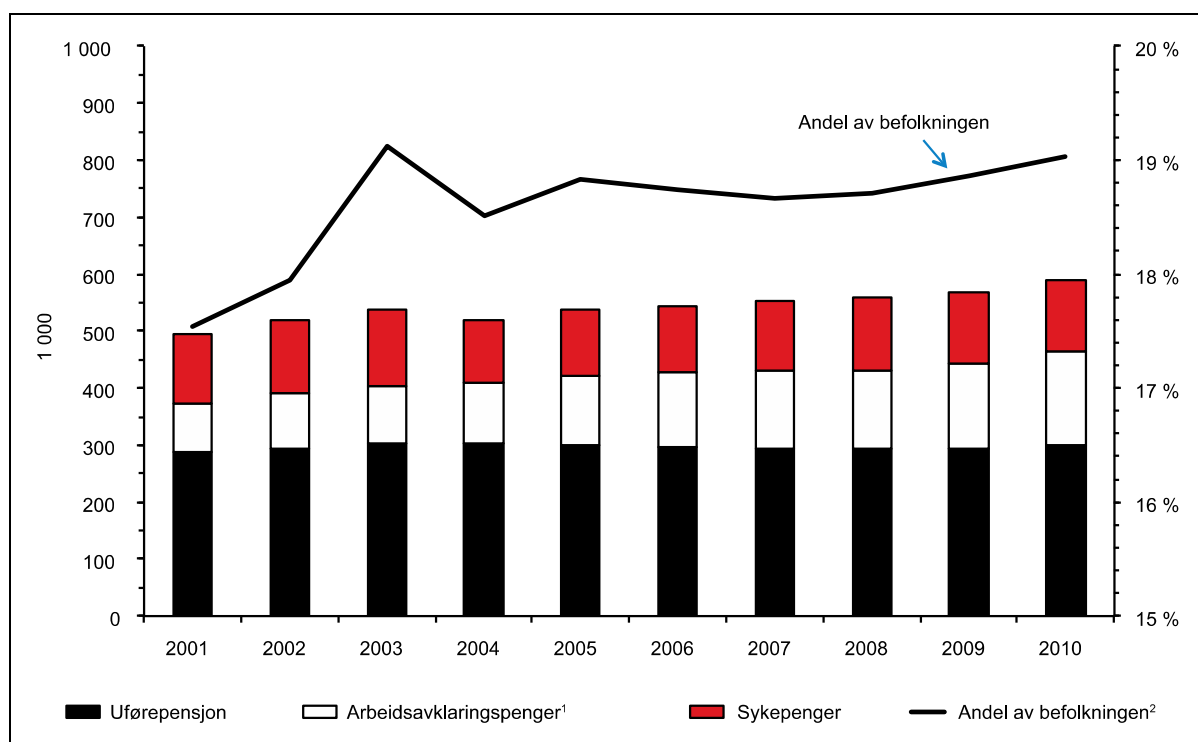
Norge er et land med høy arbeidsdeltagelse. 78 prosent av alle personer mellom 15 og 64 år var i 2010 i arbeid eller utdanning. Dette er høyere enn de fleste sammenlignbare land. Snittet i OECD er på 71 prosent. Nivået er omtrent likt som i våre naboland: Sysselsettingen er 80 prosent i Danmark og Sverige, og hele 86 prosent på Island.



Figur 1: Yrkesdeltakelse for personer i alderen 15 til 64 år i OECD i 2010. Kilde OECD og NOU 2012-6.

At deltakelsen er høyere i våre naboland viser at det er mulig å få flere i arbeid i Norge også. Selv en moderat økning i arbeidsdeltakelsen ville innebære en stor gevinst for samfunnet.

Av de som ikke er i arbeid, er størsteparten mottakere av en helserelatert velferdsytelse. Det er personer som er sykemeldte, uførepensjonister, eller mottar Arbeidsavklaringspenger. Antallet på disse ytelsene har vært svakt økende de siste ti årene, både i antall, og i andel av befolkningen.



Figur 2: Antall mottakere av helserelaterte ytelser. Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Ikke alle som mottar helserelaterte ytelser gjør det først og fremst på grunn av helseproblemer. Som beskrevet i Civita-notatet "Uføretrygd", er det sannsynlig at en del av dem som mottar uføretrygd i Norge i andre land ville blitt regnet som langtidsarbeidsløse.⁵ Hatland og Øverby (2011) påpeker at det er mer attraktivt og mindre risikofyllt å motta en helserelatert ytelse enn arbeidsledighetstrygd eller sosialhjelp, og at dette kan være en viktig forklaring på at antallet som mottar helserelaterte ytelser er høyere enn i de fleste sammenlignbare land.⁶ Likevel er det sannsynlig at helseproblemer er hovedårsaken til at de fleste som mottar helserelaterte ytelser i dag står utenfor arbeidslivet. Det er heller ikke åpenbart om det er Norge som overvurderer andelen av de utenfor arbeidslivet som er det på grunn av helseproblemer, eller om det er andre land som undervurderer. Derfor er det viktig å se på forholdet mellom arbeid og helse.

Det har lenge vært et mål at personer som av helsegrunner ikke kan jobbe 100 prosent, får graderte ytelser og dermed beholder en viss tilknytning til arbeidslivet. Dette har bare vært delvis vellykket. For uførepensjon er 80 prosent helt uføre. Se tabell 1.

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: Fordeling av uføre på uføregrad. Kilde: Prop. 130 L (2011)

3. ER DET USUNT Å JOBBE?

Tanken bak velferdsytelser som uføretrygd og sykelønn er å kompensere personer for midlertidig eller varig tap av inntektsevne forårsaket av sykdom. Bak dette ligger det et syn på sykdom som noe som er separat fra arbeid og trygd. I hvilken grad sykdommen forårsakes, forverres eller forbedres av arbeid er ikke et hovedfokus i trygdeordningen. Uføretrygd og sykelønn er først og fremst en forsikringsordning som kommer på plass etter at sykdommen og det påfølgende tap av inntektsevne er på plass. Dette bildet nyanseres litt av at det har vært en økende fokus på aktiviseringstiltak i sykelønnsordningen, og at det nå er vanlig å gå på Arbeidsavklaringspenger, en ordning med en rekke aktiviseringstiltak, i opptil fire år før man eventuelt blir varig uføretrygdet.

Arbeidets og trygdens effekt på individets helse bør være en naturlig del av vurderingen. Hvis en person har en delvis nedsatt inntektsevne på grunn av en sykdom, og den sykdommen forverres av å være på jobb, er det et godt argument for å gi full uføretrygd heller enn gradert uføretrygd. Hvis en lavere arbeidsmengde eller fullstendig fravær fra jobb øker en arbeidstagers sannsynlighet for å bli frisk, er det en relevant vurdering.

Tilsvarende, hvis en person blir sykere av å ikke jobbe, blir det desto viktigere å sørge for at den personen får benyttet all arbeidsevne han har, og ikke blir satt på en unødvendig og helseskadelig trygd. Interessene til den som mottar trygd bør være det som veier tyngst i utformingen av trygdesystemet. Personen har en vel så sterk interesse i å bli så frisk som mulig, som i best mulig inntektsforsikring ved sykdom. Et trygdesystem som utelukkende ser på det siste og ikke det første kan derfor ende opp med å være skadelig for dem systemet er

ment å hjelpe. Det er derfor relevant å se på eksempler på helseskadelig og helsefremmende arbeid.

Helseskadelig arbeid: brutalisering av arbeidslivet

En hypotese som ofte fremmes for å forklare den økende andelen som mottar uføretrygd og andre helserelaterte ytelser, er at arbeidslivet har blitt brutalisert. Dette finnes det lite støtte for:

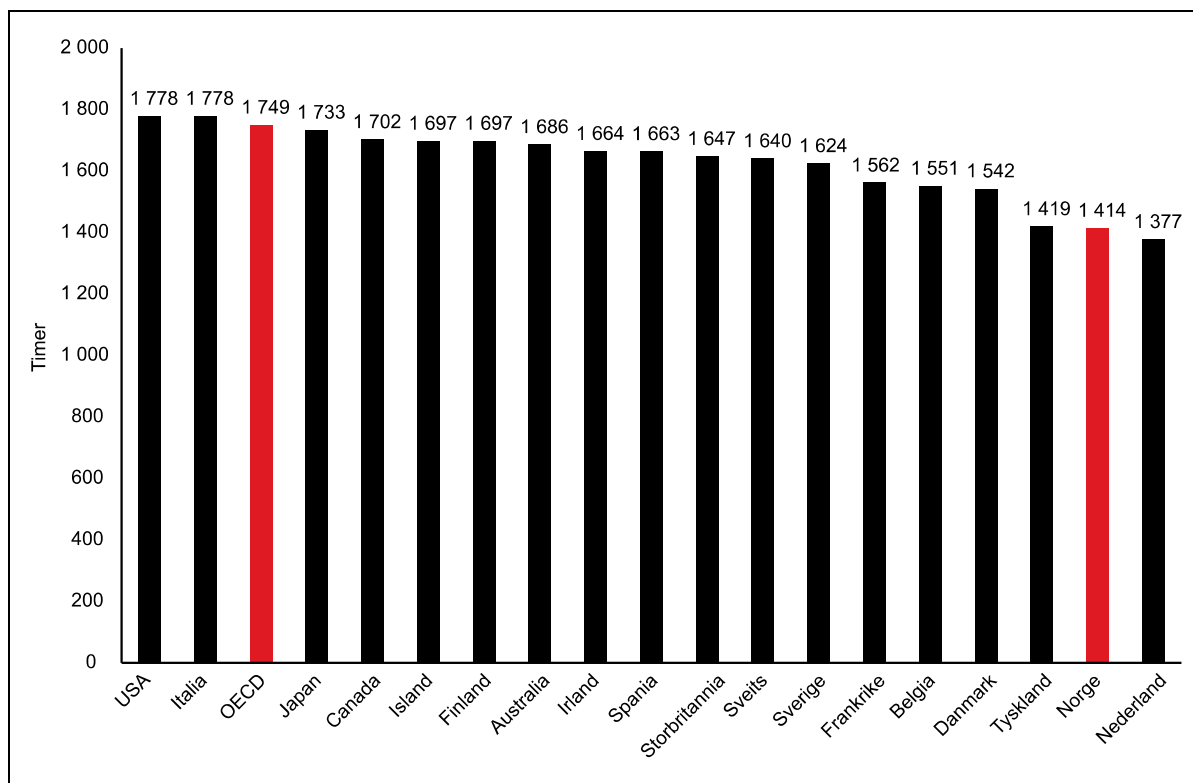
Selv om visse utviklingstrekk kan tilsa at kravene i arbeidslivet øker, og at dette kan gjøre det vanskeligere å stå i arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne, er det neppe grunnlag for å si at arbeidsmiljøet generelt er i ferd med å "brutaliseres".⁷

Levekårsundersøkelser viser at andelen arbeidstakere som er utsatt for negative arbeidsmiljøbelastninger har sunket betydelig de siste 20 årene.⁸ I tillegg oppgir ni av 10 at de er fornøyd med jobben sin.⁹ Misnøyen med egen arbeidssituasjon er størst blant dem med høyest utdanning og høyest inntekt, altså den gruppen med lavest risiko for å havne på uføretrygd.¹⁰ For arbeidstakere med lavere lønn er det derimot stor sannsynlighet for at trivselen er høy.

Et vanlig argument er at arbeidslivet har blitt mer ekskluderende for personer med svake kvalifikasjoner, særlig på grunn av teknologiske endringer som favoriserer personer med høy kompetanse. Bratsberg, Hægeland og Raaum har sett på data fra Canada, USA og Norge, og finner ingen indikasjon på at dette er tilfelle:

Vi finner ingen indikasjoner på at kompetanse har fått økt betydning, eller at arbeidslivet stiller tøffere krav i den forstand at personer med kort utdanning og svake kvalifikasjoner faller utenfor i større grad enn før.¹¹

En annen faktor som taler mot hypotesen om at det norske arbeidslivet er brutalisert og ekskluderende, er den relativt lave totale arbeidstiden. Norge har blant de aller korteste antall arbeidstimer i året per ansatt i den vestlige verden. Mens snittet i OECD lå på 1749 timer, jobbet vi bare 1414 timer i snitt i Norge. Det er nesten 20 prosent mindre arbeidstid per sysselsatt. Kun Nederland har kortere arbeidstid.



Figur 3: Gjennomsnittlig antall arbeidstimer per år i OECD

Det finnes arbeidsforhold som klart har en negativ innvirkning på helsen. Blant yrkesaktive som oppgir å være plaget av nedsatt hørsel, sier for eksempel en tredjedel at dette helt eller delvis skyldes jobben.¹² Et annet eksempel er at det er beregnet at om lag tre prosent av alle krefttilfeller blant menn og under 0,1 prosent blant kvinner kan tilskrives kreftfremkallende stoffer på arbeidsplassen. En rekke andre helseproblemer forårsakes av dårlige arbeidsforhold. Dødsfall på arbeidsplasser er noe som fortsatt forekommer, med i underkant av 50 tilfeller per år. Disse problemene må tas alvorlig, og rettes tiltak mot. Alvorlige skade som følge av arbeid er i hovedsak konsentrert i et fåtall bransjer, og er ikke representativt for arbeidslivet som helhet. Derfor bør tiltakene og oppmerksomheten i hovedsak rettes mot disse bransjene, heller enn mot arbeid generelt.

Helseskadelig arbeidsledighet

Det er godt dokumentert i forskningslitteraturen at personer som er arbeidsledige har dårligere helse, enn personer i arbeid. Denne effekten er større desto lengre arbeidsledigheten varer. Årsakssammenhengen mellom dårlig helse og arbeidsledighet er derimot usikker. En forklaring er at sannsynligheten for å bli arbeidsledig er større for personer med dårlig helse. Flere studier støtter dette som en del av forklaringen.¹³ En annen effekt er at

personer med dårlig helse er arbeidsledige lengre når de først mister jobben, enn personer med bedre helse. Det er også empirisk belegg for at denne effekten bidrar.¹⁴

I tillegg til disse to effektene er det også mulig at det å være utenfor arbeidsmarkedet i seg selv er negativt for helsen. Forskning har vist at ufrivillig arbeidsledighet har en klar negativ effekt på livskvalitet, og det er sannsynlig at dette også påvirker helsen negativt.¹⁵ En studie finner en sammenheng mellom selv kortvarig arbeidsledighet og dårligere helse hos menn, men ingen effekt hos kvinner.¹⁶ Andre studier finner derimot at når seleksjonseffektene (effekter som skyldes utvalget og ikke kausalårsaker) er medregnet, er det ikke mulig å finne noen negativ helseeffekt av arbeid.¹⁷

Studier som kun ser på ekstra dødelighet blant personer som mister jobben, finner til dels store effekter. En studie estimerer at dødeligheten er 50 til 100 prosent høyere det første året etter å ha blitt arbeidsledig for noen grupper mannlige arbeidstakere, en effekt som fortsatt synes 20 år senere, hvor den årlige ekstra dødeligheten er på 10 til 15 prosent.¹⁸ En annen studie, basert på nedbemanninger i Sverige, finner en økt dødelighetsrisiko på 44 prosent i løpet av de første fire årene.¹⁹ Forskning fra Storbritannia har funnet en sammenheng mellom å bli pensjonert og å senere bli diagnostisert med en kronisk sykdom, og finner også en høyere risiko for hjerte- og karsykdommer og kreft blant pensjonister enn blant sammenlignbare grupper.²⁰ En studie fra Østerrike, som løser seleksjonsproblemet ved å se på en tidligpensjonsordning som kun var tilgjengelig i deler av landet, fant at menn som ble tidligpensjonert fikk en 13 prosent høyere sannsynlighet for å dø før fylte 67 år.²¹

Selv om det er noe tvil om virkningen av seleksjonseffekter, er det stor grunn til å ta seriøst den helserisikoen å ikke arbeide innebærer, og den helsefremmende effekten tilknytting til arbeidslivet dermed har.

4. HVEM KAN JOBBE?

De vanligste diagnosene blant uføretrygdede er psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Det er derfor relevant å se i hvilken grad disse sykdommene forårsakes, forverres eller lindres av henholdsvis arbeid og trygd.

Personer som lider av tunge psykiske lidelser, vil sannsynligvis i de fleste tilfeller ha betydelig problemer med å ha en fast jobb. Det er derfor relativt uproblematisk å anta at personer med denne typen diagnoser har en inntektsevne som er redusert, og kan ha behov for velferdsytelser.

Forskning på om jobb har en positiv eller negativ effekt på personer med tunge psykiske lidelser viser at det vanligvis ikke har noen klar effekt på helsetilstanden, hverken i positiv

eller negativ retning.²² Det finnes derimot noen bevis på at arbeid har en positiv effekt på livskvaliteten til personer med tyngre psykiske lidelser.²³ Typen arbeid påvirker effekten på psykiske syke. Overgang fra arbeidsledighet til fast arbeid har en større positiv effekt på psykisk velvære enn overgang til midlertidig arbeid.²⁴

Kun 10 til 20 prosent av alle med tunge psykiske lidelser er i arbeid,²⁵ mens mellom 30 prosent og 50 prosent har evnen til å arbeide.²⁶ At mange med tunge psykiske lidelser har evnen til å arbeide, men er på uføretrygd, viser ikke nødvendigvis at de egentlig ikke burde vært på trygd. Det er mulig å kunne arbeide samtidig som inntektsevnen er redusert med minst halvparten.

For lettere psykiske lidelser viser forskning at disse er relativt vanlige i befolkningen, og at de fleste som er rammet ikke har behov for sykefravær eller andre helserelaterte ytelser.²⁷ Lettere psykiske sykdommer er derimot en risikofaktor for å bli arbeidsløs eller på en annen måte falle ut av arbeidslivet, noe som igjen kan føre til en forverring i den psykiske helsen.²⁸ Å bli værende i arbeidslivet er derfor viktig for denne pasientgruppen.

Sosiale nettverk har en gunstig innvirkning på psykisk helse, og i den grad arbeid er en kilde til dette, kan arbeid bidra positivt.²⁹ Også yrkesstolthet og en følelse av sammenheng har positive effekter på psykisk helse.^{30,31}

Forskning på muskel- og skjelettlidelser viser at de er vanlige for store deler av befolkningen. Mange har smerter i rygg eller nakke. Samtidig er diagnosene ofte diffuse og vanskelige å fastsette objektivt. Av alle med denne typen lidelser er flertallet likevel i arbeid, og det er vanskelig å fastslå at de som ikke er i arbeid nødvendigvis har mer alvorlige symptomer enn de som er i arbeid.³² Aktivitetsbaserte behandlingsopplegg, og rask tilbakevending til arbeid er både helsefremmende og bedrer livskvaliteten for de aller fleste med muskel- og skjelettlidelser.³³

Hovedkonklusjonen er at for de lidelsene som er vanligst blant mottakere av helserelaterte ytelser, så er arbeid mer helsefremmende enn det er en helseisiko. Det betyr at passivisering og trygd for svært mange kan bidra til en svekket helse, mens tiltak som gjør det lettere å bli værende i arbeid bidrar til en bedre helse. Dette er noe det bør være et gjennomgående fokus på i velferdsstaten. For å bevisstgjøre leger, Nav og pasienter på sammenhengen mellom arbeid og helse, bør det utvikles diagnosespesifikke anbefalinger om hvilken effekt arbeid kan ha på den aktuelle sykdommen og om hvilke oppfølgingstiltak som er hensiktsmessige for å bli værende eller komme i arbeid.

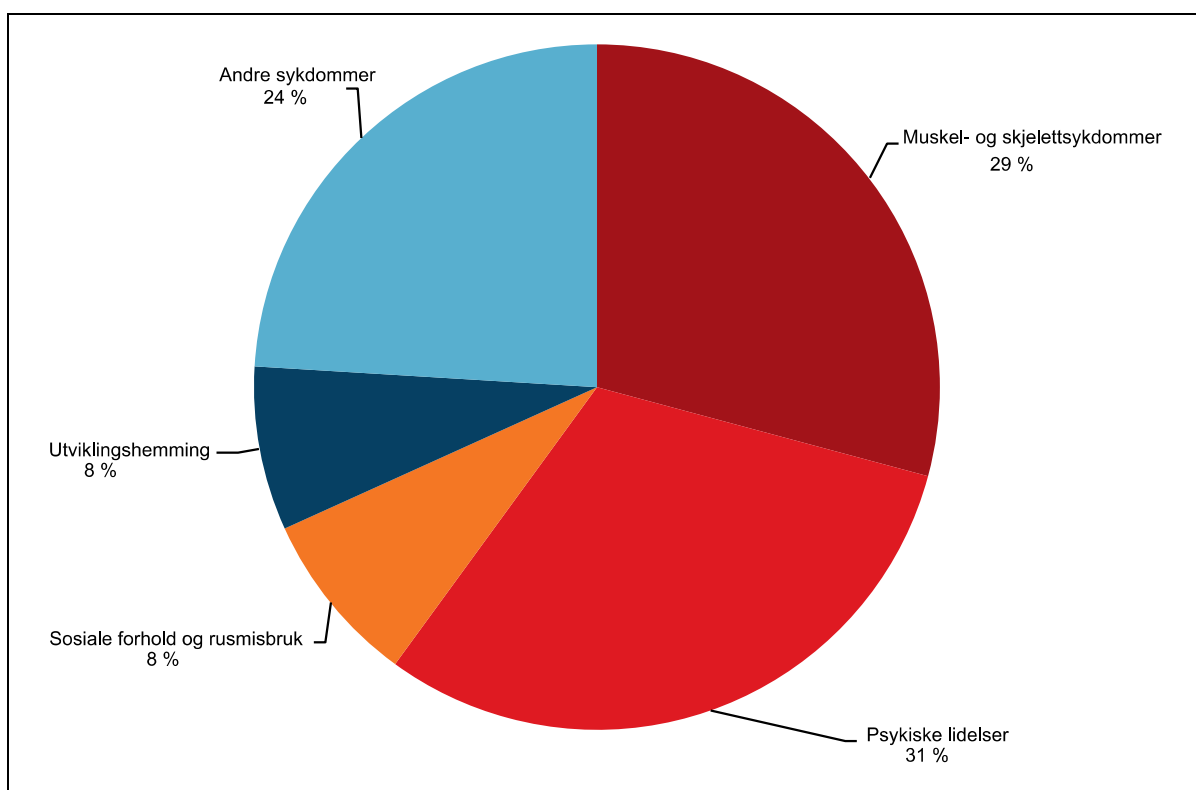
5. DAGENS SYSTEM FOR Å FÅ FOLK I ARBEID

Det norske systemet for å få folk som på grunn av helseproblemer eller sosiale problemer står uten arbeid inn i arbeidslivet er i hovedsak sentrert rundt forhåndsgodkjente tiltaksbedrifter. Disse bedriftene har etter hvert fått høyere krav til tiltakene de tilbyr, resultatene for mottakerne og til samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Systemet er bygget rundt en sosialmedisinsk modell og vernet sysselsetting. Målet er å bedre helsen og funksjonsevnen til deltakerne, med ordinært arbeid som mer langsiktig mål. Det norske systemet baserer seg i stor grad på en skjermet sektor heller enn kvotering i ordinært arbeid, tilrettelegging i ordinære bedrifter eller lønns subsidiering.

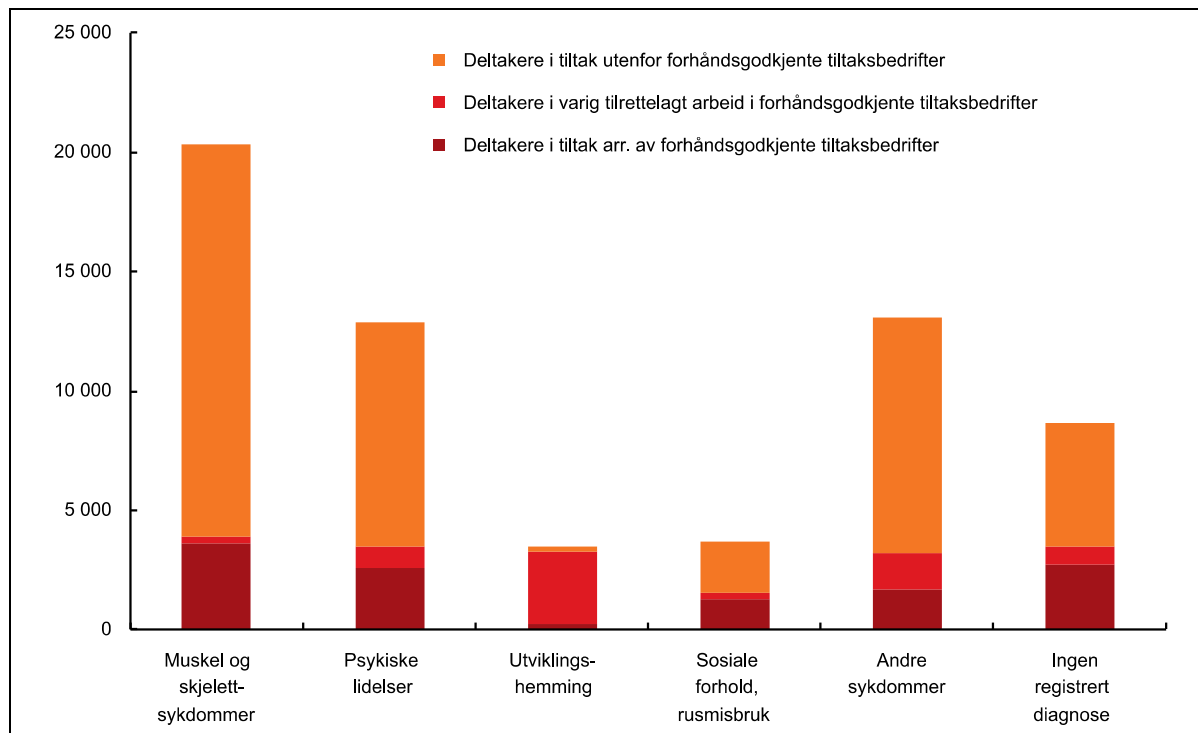
Hvem deltar på tiltak

Personer som deltar på tiltak har som oftest hatt lengre perioder utenfor arbeidslivet og på forskjellig trygdeytelser. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er de klart vanligste diagnosene for deltakere på tiltak, som man kan se i figuren under. Dette er det samme man finner blant mottakere av uføretrygd. Disse to gruppene av diagnoser er derfor de det er viktigst å ha fokus på for å få flere over fra trygd til arbeid.



Figur 4: Tiltaksdeltakere etter diagnose - Personer uten diagnose utelatt

Hovedvekten av mottakere som har disse diagnosene deltar på tiltak utenfor forhåndsgodkjente tiltaksbedrifter, altså opplæringstiltak, avklaringstiltak eller tiltak i ordinære bedrifter. Det er likevel et betydelig antall personer innen disse gruppene som deltar i tiltaksbedrifter.



Figur 5: Tiltaksdeltakere etter diagnose og tiltak – 2004. Kilde: Nav

Noen av de viktigste tiltakene

Her beskrives noen av de viktigste tiltakene, i den hensikt å vise bredden av tiltak som eksisterer. En del av disse tiltakene ligner på hverandre, og forskjellen mellom dem kan ofte være større på papiret enn i praksis. Det konkrete innholdet i et tiltak kan variere mye fra bruker til bruker basert på den individuelle tilpasningen som foretas og hva som kan tilbys. Tiltakene har i hovedsak tre forskjellige formål: å utrede hvilken arbeidskapasitet brukerne har, å øke sannsynligheten for å komme i jobb, og å være et alternativ til å kun passivt motta en velferdsytelse. De forskjellige tiltakene er til en viss grad innrettet mot forskjellige formål, men det er ikke en direkte sammenheng mellom enkelttiltak og mål. Når en bruker først kommer i kontakt med Nav, vil målet så godt som alltid være å prøve å få personen i arbeid. De forskjellige tiltakene har kriterier som brukes av saksbehandlerne for å se om brukeren kvalifiserer, men disse kriteriene er ikke utfyllende og valget av tiltak er derfor også basert på saksbehandlerens skjønn og brukerens ønsker.

Avklaring

Avklaring er en kartlegging av behovene og arbeidsevnen til en person som for eksempel mottar arbeidsavklaringspenger eller er sykemeldt. Kartleggingen skjer som oftest hos en skjermet virksomhet, men kan også legges ut på anbud. Dette tiltaket har kort varighet, vanligvis opptil 4 uker. Avklaring brukes der det er usikkert hvor stor arbeidsevne brukeren har og hvilke mer varige tiltak som er hensiktsmessige. Dette kan for eksempel gjelde for personer som har vært utenfor arbeidsmarkedet over lengre tid, hvor det er nødvendig å finne ut om personen kan fungere på en arbeidsplass. En bruker som er på avklaring kan i noen tilfeller fortsette videre på andre tiltak i samme skjermede virksomhet.

Arbeidspraksis i skjermet virksomhet

Arbeidspraksis i skjermet virksomhet tilbys personer med nedsatt arbeidsevne, som har vanskelig for å komme inn på arbeidsmarkedet. Det er et tiltak som tilbys i tidlig fase, med en varighet på ett år, med mulighet for utvidelse til to år. Tiltaket går ut på at personen skal prøve ut sine muligheter i arbeidslivet eller utdanning, gjennom oppfølging og tilrettelagt arbeidstrening i en skjermet virksomhet. Tiltaket benyttes til ulike formål. For halvparten av deltakerne er formålet å skaffe dokumentasjon til en søknad om uføretrygd.³⁴

Arbeidsrettet rehabilitering

Dette tiltaket er for sykemeldte og andre med nedsatt arbeidsevne, og skal gi et tilbud til personer som har sammensatte og uklare lidelser. Tiltaket skal være arbeidsrettet, og kan ligne på arbeidspraksis i skjermet virksomhet, men i motsetning til det tiltaket, kan arbeidsrettet rehabilitering ha et delvis helsefokus. Tiltaket er et bindeledd mellom medisinske og yrkesrettede tiltak.

Arbeidsrettet rehabilitering kan inneholde arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstilsveiledning eller en kombinasjon av disse elementene.³⁵

Opplæringstiltak

Av opplæringstiltak tilbys det ordinær utdanning, arbeidsmarkedsopplæring i regi av Nav for personer med nedsatt arbeidsevne eller andre vanskeligheter med å komme i arbeid, og kvalifisering i arbeidsmarkedsbedrift. Det siste tiltaket er ment å gi høyere formell og reell kompetanse gjennom deltagelse i produksjon av varer og tjenester i attføringsbedrifter.

Tiltaket retter seg mot personer som har fått sin arbeidsevne nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid. Målet for tiltaket er formidling til ordinært arbeid eller overgang til egenfinansiert utdanning.³⁶

Tilrettelagt arbeid i arbeidsmarkedsbedrift og varig tilrettelagt arbeid

Disse tiltakene er ikke tidsbegrenset. Varig tilrettelagt arbeid er først og fremst for personer med dårlige muligheter for å få ordinært arbeid. Varig tilrettelagt arbeid tilbys til personer som har blitt bevilget uføretrygd, eller forventes å bli det snart. Begge tiltakene gjennomføres i hovedsak i skjermede bedrifter.

Arbeid med bistand

Tiltaket kan bestå av bistand til å finne en egnet arbeidsplass, tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen, opplæring i nødvendige ferdigheter og veiledning av arbeidsgivere. Tanken bak dette tiltaket er at det er mer effektivt med arbeidstrening og kvalifisering som en del av et ordinært arbeidsforhold. Denne innfallsvinkelen er støttet i forskningslitteraturen, og undersøkelser viser at mottakerne i stor grad når målet om arbeid mens tiltaket foregår, og at arbeidsgivere er fornøyd med jobben som gjøres.³⁷ Et problem med gjennomføringen av dette tiltaket er at det i for liten grad har hatt fokus på at mottakeren skal beholde jobben etter at det er over, og at det for mange har blitt brukt som en avklaring på vei mot uføretrygd heller enn et forsøk på å unngå å bli ufør.³⁸ Dette har blitt forsøkt rettet opp, blant annet ved å sørge for at tiltaket rettes først og fremst mot brukere som ikke står for langt unna arbeidsmarkedet. Arbeid med bistand kan gis i opptil tre år. At tiltaket kan gis over en så lang periode, uten at det vurderes underveis av Nav om tiltaket fungerer, kan være problematisk. Det betyr at det er en sterk innlåsningseffekt mens tiltaket pågår. Hvis en bruker etter tre år i arbeid med bistand ikke har fått fast jobb, vil mesteparten av den fireårige perioden man kan gå på arbeidsavklaringspenger være oppbrukt, noe som kan gi kort vei til uføretrygd.

Lønnstilskudd, tidsbegrenset og tidsubestemt

Lønnstilskudd gis som tilskudd for arbeidsgiver for å kompensere for lavere produktivitet. For tidsbegrenset tilskudd er tanken om at den lavere produktiviteten er forbigående, og vil forsvinne etter den første perioden med tilpasning. For personer med nedsatt arbeidsevne kan tilskuddet være på opptil 60 prosent i inntil tre år, mens det er begrenset til 50 prosent og ett år for personer som ikke har nedsatt arbeidsevne. Analyser viser at de som selv ber Nav om å få tilskudd og de som får lavest tilskudd, har størst sjanse for å lykkes i å bli værende i jobb.³⁹ Det antas at dette er fordi disse mottakerne har større motivasjon og er nærmere arbeidslivet. Tidsubestemt lønnstilskudd ble innført i 2007 for personer med varig og vesentlig nedsatt arbeidsevne. Det er strenge kriterier for å få lønnstilskudd, for å unngå overforbruk av denne ordningen.

Oppsummering

Som gjennomgangen over viser, så finnes det et bredt spekter av tiltak for aktivisering av personer utenfor arbeidslivet. Dette er positivt i den grad det bidrar til at mottakerne får et

tiltak som er best mulig tilpasset deres situasjon, men bidrar også til å gjøre systemet komplisert og uoversiktlig. At alle skal få en grundig vurdering av hvilket tiltak som passer best bidrar til lengre ventetider.

Tiltakene som eksisterer er både rettet mot ordinært arbeid og mot skjermet arbeid. Innholdet i de enkelte tiltakene varierer også fra person til person. Målet er en stor grad av individuelle løsninger. Variasjonene tiltakene i mellom kan være større på papiret enn de er i praksis virkelige verden. Det gjelder spesielt varighet:

Deltakere på de tidsbegrensede tiltakene kvalifisering i arbeidsmarkedsbedrift, Arbeidspraksis og Arbeid med bistand befinner seg nesten like lenge innenfor trygdesystemet som deltakere på det tidsubestemte tiltaket Tilrettelagt arbeid.⁴⁰

Dette er til dels på grunn av lange tiltakskjeder hvor et tiltak følges av en periode på sykepenger eller attføringspenger, før en ny utredning og eventuelt nye tiltak settes i gang.

Det er i noen tilfeller lange ventetider for å komme på det tiltaket som blir regnet som best egnet, noen ganger på opp til seks måneder. Ventetiden varierer fra sted til sted og fra tiltak til tiltak. Nav har begrenset med ressurser til å følge opp tiltakene. Der tiltakene foregår i skjermede bedrifter, er det i stor grad opp til bedriften selv å sørge for at tiltaket fungerer godt. I noen tilfeller kan en saksbehandler i Nav ha ansvar for å følge opp godt over hundre brukere. Dette begrenser kraftig muligheten til å sette seg inn i situasjonen til hver enkelt bruker. Det er problematisk i et komplisert system med stort fokus på individuell tilpasning. Det betyr at det blir opp til brukeren selv å sørge for at han får god nok oppfølging, noe som gjør at mindre ressurssterke eller motiverte brukere kan falle gjennom. Dette er problematisk, siden de kan være dem som har størst behov for oppfølging. Nav har liten evne til å kvalitetssjekke og undersøke tilbudet hos virksomhetene hvor tiltakene foregår. Det kan gjøre den individuelle tilpasningen illusorisk.

6. HVORDAN ØKE ANDELEN SOM KAN JOBBE

For å få flest mulig tilbake i arbeid må hovedmålsettingen være å få til de tiltakene som har best effekt for mottakerne. Det er også viktig med individuell tilpasning og kort ventetid. Disse to målsetningene står ofte i konflikt, da best mulig individuell tilpasning krever at mer tid brukes på utredninger og fordrer at det finnes ledige plasser på det tiltaket som vurderes som best.

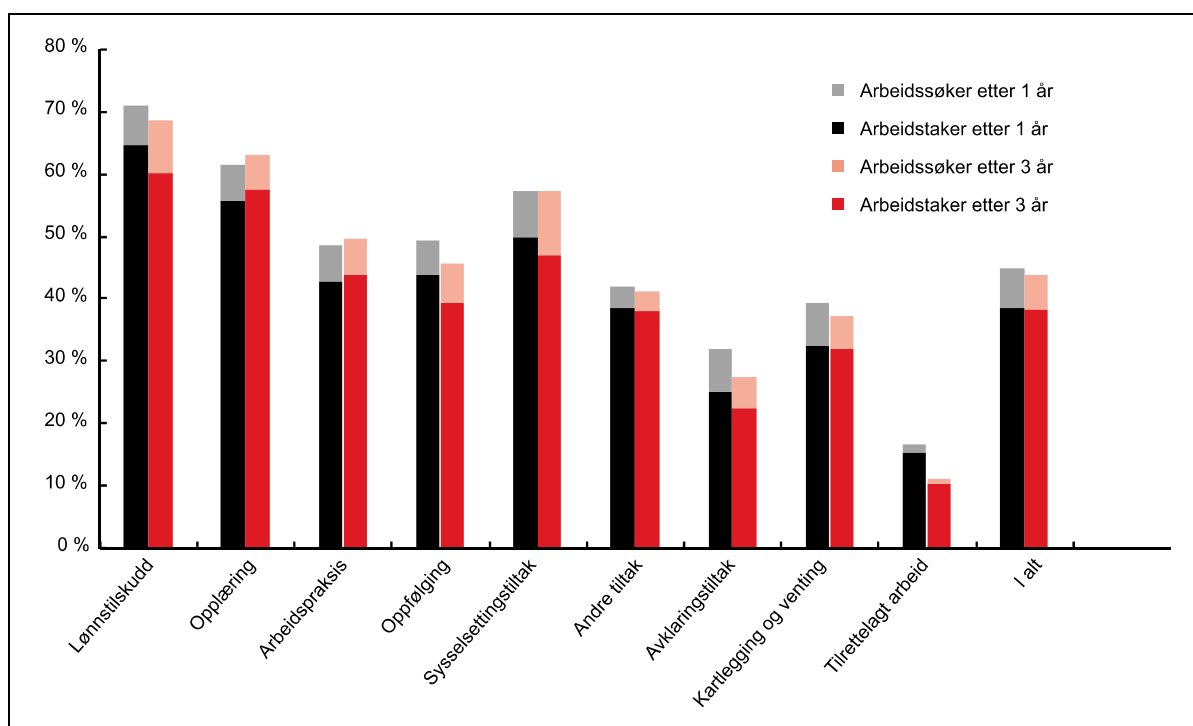
Hvilke tiltak fungerer best?

Det finnes en del forskning på hva slags tiltak som er mest effektivt for å få folk tilbake i arbeid. Dessverre er det vanskelig å finne entydige og klare konklusjoner, fordi det er vanskelig å skille i studiene mellom seleksjonseffekter og forskjeller i hvor effektive tiltakene

faktisk er. Siden det er systematiske forskjeller mellom deltakerne i forskjellige typer tiltak, er det vanskelig å vite om forskjellene i utfall kommer av at noen tiltak er mer effektive enn andre. Generelt er det de som står nærmest arbeidsmarkedet som mottar lønnstilskudd, mens de som står langt unna er overrepresentert på sysselsettingstiltak.

Hvis man kun ser på resultatet for dem som kommer ut av definisjonen yrkeshemmet i arbeid, uten å korrigere for forskjellige forutsetninger, så gir lønnstilskudd og opplæring best resultater på sikt, målt etter andelen som er i arbeid eller er jobbsøker etter ett og tre år. Tilrettelagt arbeid gir dårligst effekt (se figur 6 under).

Vel så viktig som resultatet for dem som kommer ut av definisjonen yrkeshemmet, er andelen som går over i arbeid. Et tiltak som får veldig få over i arbeid, men har høy suksess for de få som får arbeid, er ikke nødvendigvis bedre enn et tiltak som får flere over i arbeid, men hvor en høyere andel faller ut av arbeidsmarkedet igjen.



Figur 6: Utfall etter 1 og 3 år for personer som gikk ut av definisjonen yrkeshemmet

En studie (Møller 2005), utført av Telemarksforskning, basert på utfallet for 52 000 personer, konkluderer med at lønnstilskudd er et tiltak med positiv effekt på sysselsetting på lang sikt.⁴¹ Av andre tiltak som gir klar positiv effekt i denne studien, er dagpenger under etablering av egen virksomhet, skole, og bedriftsintern arbeidstrening. Flere tiltak hadde en negativ effekt sammenlignet med arbeidsmarkedsopplæring (som ble brukt som referanse i studien). Disse var avklaring i arbeidsmarkedsbedrift, arbeidsforbedrende trening og arbeid med bistand.

Øvrige tiltak som ble undersøkt viste hverken positiv eller negativ effekt sammenlignet med referansen. Denne studien utmerker seg med et høyere detaljnivå i evaluering av tiltakene, men tar ikke høyde for såkalte innlåsingeffekter (beskrevet nedenfor), og kan derfor antas å overvurdere den totale effekten av alle tiltakene bortsett fra lønnstillegg, som ikke forårsaker innlåsingeffekter. Studien er kun basert på personer med psykiske lidelser, men resultatet er også relevant for andre diagnoser, fordi studien finner at de tiltakene som fungerer best for denne gruppen stort sett samsvarer med dem som fungerer best for andre grupper. Utdanning i skole gir dårligere effekt for psykisk syke enn for andre grupper, mens arbeidstrening og lønnstilskudd gir bedre effekt.

En annen studie, Westlie 2008, basert på i overkant av 100 000 forløp, men med en grovere inndeling av tiltak enn Møller, finner at lønnstilskudd og utdanning kommer best ut.⁴² Arbeidspraksis i skjermet virksomhet har ikke noen sysselsettingseffekt, ifølge den studien. En litteraturstudie foretatt av Proba samfunnsanalyse i forbindelse med NOUen "Arbeidsrettede tiltak", konkluderer med at skjermede tiltak er lite hensiktsmessig dersom målet er ordinært arbeid.⁴³ Lønnstilskudd regnes derimot som et effektivt tiltak, men det påpekes at det er en risiko for overforbruk.

Innlåsingeffekter ved arbeidstiltak

Et viktig aspekt ved vurdering av arbeidstiltak er såkalte innlåsingeffekter. Innlåsingeffekter går ut på at personer som deltar i tiltak i liten grad søker ordinære jobber mens tiltaket pågår. Personer som ellers ville kommet i jobb, blir da holdt utenfor arbeidsmarkedet. Problemet med innlåsingeffekter blir større desto nærmere det ordinære arbeidsmarkedet mottakeren står, og desto vanskeligere det er å skille mellom mottakere med høy og lav sannsynlighet for å skaffe seg arbeid på egenhånd. Lengre varighet på tiltaket bidrar til at innlåsingeffekten blir større, mens tiltak som legger opp til deltakelse i ordinært arbeid i stor grad unngår innlåsingeffekter. Flere enkeltstudier finner at visse typer tiltak kan ha en netto negativ effekt på arbeidsdeltakelse. Årsaken til dette er ofte innlåsingeffekter.

Ventetid for å motta tiltak

Tiltak for å komme i arbeid er mest effektive hvis de iverksettes raskt etter at brukeren har falt ut av arbeidslivet. Over halvparten av alle som mottar yrkesrettet attføring var utenfor arbeidslivet tre år før tiltaket ble påbegynt, enten på grunn av sykdom eller ledighet. 70 prosent var utenfor arbeidslivet ett år før.⁴⁴ Det gjør det betydelig vanskeligere å oppnå ønsket utfall med tiltaket. For å øke andelen som kommer tilbake i arbeidslivet er det derfor viktig at tiltak settes i verk tidligere. Problemet med å sette i gang tiltak tidligere, er at ressurser da brukes på personer som uansett ville kommet seg tilbake i arbeid. Dette krever ekstra ressurser. I tillegg er det problematisk hvis tiltakene som benyttes har en stor

innlåsningseffekt. Det er derfor viktig at tiltak som benyttes tidlig er mest mulig rettet mot å raskt prøve ordinært arbeid.

Det er vanskelig å presist identifisere hvilke mottakere av helserelaterte ytelser som med stor sannsynlighet vil komme tilbake i jobb uansett, og hvor innlåsing i tiltak er mest problematisk. Derfor bør flest mulig tilbys tiltak rettet mot ordinært arbeid, og desto tidligere tiltaket tilbys, desto viktigere er det at det er arbeidsrettet.

Spesielt innenfor psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er det stor variasjon i arbeidsdeltakelse for personer med samme diagnose. Dermed er det grunn til å bruke tiltak rettet mot ordinært arbeid som første tiltak som tilbys for disse gruppene.

Uavhengig av hva slags tiltak som tilbys, er det viktig at ventetiden fra det søkes om tiltak til det tilbys gjøres kortest mulig. Det er påvist klare negative effekter på fremtidig sysselsetting av lang ventetid.⁴⁵ Fra 2006 til 2010 har ventetiden gått fra å være på seks måneder i snitt, til å være på ni og en halv måned. Dette svekker effekten av tiltak, og bidrar til at færre kommer i arbeid. Ventetid kan blant annet være forårsaket av manglende kapasitet i Nav, eller for lav tilgang på egnede tiltaksplasser. Hvis systemet innrettes så tiltak for å komme i ordinært arbeid er førstevalget for det store flertallet, kan dette redusere ventetiden, både ved at disse tiltakene iverksettes uten lange søknads- og utredningsperioder hos Nav, og ved at mangel på tiltaksplasser ikke lenger vil være en flaskehals. Utredninger om mer målrettede tiltak er nødvendig kan skje parallelt med at tiltak rettet mot ordinært arbeid prøves ut, så mottakeren slipper venteperioder, uten at noe gjøres.

Kostnader forbundet med tiltak

Den desidert største kostnaden forbundet med tiltak er når de ikke lykkes, og samfunnet går glipp av arbeidskraften mottakeren kunne tilbudt.

Undersøkelser viser at den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å gå fra trygd til arbeid er betydelig høyere enn den privatøkonomiske, og at dette gjelder for alle arbeidstakere. Ifølge Moen, Dalen og Riis, som har vurdert gevinsten ved å gå fra ledighet (dagpenger) til jobb, utgjør den privatøkonomiske gevinsten kun 16 prosent av den tilsvarende samfunnsøkonomiske gevinsten.⁴⁶

Derfor er tiltakenes effekt en viktigere målestokk enn tiltakenes direktekostnad. For to tiltak med lik effekt for mottakeren vil tiltakenes varighet og innlåsningseffekt være viktige tilleggskriterier. Et tiltak som får mottakeren i jobb på mindre tid, og hvor en stor andel av tiden på tiltak tilbringes i arbeid som skaper verdier for samfunnet, er å foretrekke.

Det minst viktige kostnadsaspektet er det som gjelder hvor mye tiltaket koster å gjennomføre og organisere. Som det vises i tabellen nedenfor er disse kostnadene høyest for kvalifisering i arbeidsmarkedsbedrifter.

	I alt	Kostnader på hovedtiltak	Kostnader i øvrige tiltak	Kostnader i Vente-kartlegging
Kvalifisering i AMB	629 000	387 000	118 000	124 000
Utdanning	465 000	288 000	58 000	119 000
Arbeid med bistand	458 000	211 000	110 000	137 000
Arbeidspraksis skjermet	401 000	186 000	53 000	162 000
Andre tiltak	361 000	89 000	73 000	199 000
Sysselsettingstiltak	346 000	169 000	67 000	110 000
Arbeidspraksis ordinær mv.	312 000	123 000	64 000	125 000
Lønnstilskudd	306 000	129 000	76 000	101 000
AMO	223 000	69 000	29 000	125 000
Avklaring skjermet	222 000	53 000	11 000	158 000
Oppfølging, eksklusive arbeid med bistand	158 000	21 000	22 000	115 000
Gjennomsnitt	383 000			131 000

¹ En observasjonsperiode på fire år kan undervurdere de gjennomsnittlige kostnadene innenfor de varige tiltakene der tiltaks-lengden ofte er lenger enn fire år.

Kilde: Arbeids- og velferdsetaten

Tabell 2: Gjennomsnittlig tiltakskostnad i 2007

Allikevel har alle hovedtyper av tiltak positiv forventet avkastning, selv om resultatet for Arbeidsmarkedsopplæring ikke var signifikant (se tabell nedenfor). Disse utgiftene og inntektene tar ikke med helseeffekter, bruk av offentlige tjenester, eller økt livskvalitet, så den totale samfunnsøkonomiske gevinsten er sannsynligvis større. For Arbeidsmarked i skjermet bedrift fant denne studien ikke noen indikasjon på at tiltaket fikk flere i jobb, men tiltaket hadde likevel en positiv avkastning fordi den gjennomsnittlige varigheten på ansettelsesforholdet til dem som kom i jobb gikk opp.

	Arbeidspraksis ordinær	Arbeidspraksis skjermet	AMO	Utdanning	Lønnstilskudd
Økt arbeidsinntekt	130	32	105	264	377
Kostnader for drift av tiltak	12	117	42	66	9
Verdi av produksjon i tiltak	101	117			81
Netto inntekter	219	32	63	198	449

Tabell 3: Kostnader og inntekter over 9 år knyttet til tiltak i tusen 2006-kroner⁴⁷

Tabell 2 viser at lønnstilskudd er et av tiltakene med lavest direkte kostnad, med en kostnad på under halvparten av kvalifisering i Arbeidsmarkedsbedrift. Den netto inntekten er også høyest for lønnstilskudd, som man kan se i tabell 3. Som nevnt antyder flere forskningsrapporter at lønnstilskudd er et av de mest effektive tiltakene. I tillegg er innlåsingseffekten liten med dette tiltaket. Med andre ord er lønnstilskudd et tiltak som utmerker seg ved å komme godt ut på alle målestokker.

Tiltak med spesielt god effekt: IPS og annen kombinasjon av arbeid og behandling

Et tiltak som har fått mye oppmerksomhet er Individuel Placement and Support (IPS). IPS er en metode som brukes i USA og i Storbritannia for personer med psykiske diagnoser. Kjennetegnene ved metoden er at deltakeren plasseres i arbeidspraksis, helst i ordinære virksomheter, så raskt som mulig, og at behandling skjer parallelt med arbeid og i samarbeid med arbeidsgiver. Oppfølgingen er tverrfaglig, og helsearbeidere inngår alltid som en del av teamet. Tiltaket ligner på Arbeid med bistand i Norge. Forskjellene ligger i den nære koordineringen mellom helsearbeidere og arbeidsaktivitet, og at det i Norge er vanlig med en forberedende fase med samtaler, kartlegging, jobbsøking etc. før tiltak på arbeidsplasser iverksettes.

En randomisert studie som sammenlignet IPS med et annen høykvalitets rehabiliteringsprogram med fokus på behandling først, konkluderte med at programmet doblet andelen som kom i arbeid, at de som kom i arbeid ble værende i arbeid lengre, at kostnadene ved tiltaket var lavere og at deltakerne i IPS hadde lavere sannsynlighet for å bli sykehusinnlagt i perioden etterpå.⁴⁸

Dette er svært gode resultater. I tillegg er studien randomisert, det vil si at det er tilfeldig hvilket tiltak deltakerne i studien fikk, noe som gjør at resultatet fra studien blir mer pålitelig siden seleksjonsproblemet forsvinner. Et annet interessant aspekt ved IPS er at metodikken har vist seg å ha god effekt også for personer med tunge psykiske lidelser, som man i utgangspunktet ikke forventet at kunne komme i vanlig arbeid.

En nederlandsk studie evaluerte behandling av kroniske ryggsmarter, og vurderte effekten av behandling integrert i arbeid i forhold til vanlig behandling.⁴⁹ Den studien var også randomisert. Behandlingstypen ligner på IPS, med fokus på å integrere arbeid som en del av behandlingen, men med fokus på ryggsmarter heller enn psykiske problemer. Studien viste at den integrerte behandlingen ga bedre helseresultater, høyere arbeidsdeltakelse og lavere kostnader.

Det har altså vært gjennomført vellykkede forsøk med å kombinere behandling og arbeid for de to diagnosetypene som er vanligst blant uføre. Denne typen forsøk bør gjøres i Norge også, helst i form av randomiserte studier, så det blir mulig å konkludere entydig hvor stor effekten er.

KONKLUSJON

Generelt tyder forskningen på arbeidstiltak på at de mest effektive tiltakene er de som er direkte rettet mot vanlig arbeid, gjerne kombinert med behandling. For å imøtekomme økningen i antall uføre, bør man derfor legge om systemet så arbeidsrettede tiltak er førstevalget for alle, og at disse tiltakene tilbys så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Både lønnstilskudd og oppfølging og tilrettelegging på vanlige arbeidsplasser er tiltak som bør prøves ut. Siden det fortsatt er betydelig med usikkerhet om akkurat hvilken innretning som fungerer best, er det behov for gode randomiserte studier.

Mer generelt er det mye som tyder på at helserisikoene ved å ikke jobbe, er større enn risikoene forbundet med arbeid. Med andre ord: jobbing er stort sett sunt. Dette er et budskap som det er viktig at spres, både i Nav, blant fastleger, og blant befolkningen for øvrig. Det kan bidra til at det fokuseres mer på det bidraget arbeid kan ha i å bedre folks helse.

Forfatter: Civita-notatet er skrevet av Haakon Riekeles, tidligere stipendiat i Civita. For eventuelle spørsmål kan Mathilde Fasting kontaktes: mathilde@civita.no

SLUTTNOTER

¹ Stortingsmelding nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering

² Rasmussen I., V. Dyb., N. Heldal og S. Strøm (2010), Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom. Rapport 2010:07. Oslo: Vista Analyse

³ <http://www.minervanett.no/2011/11/07/tidlig-pensjon-tidlig-dod/>

⁴ OECD (2010), *Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers*, Paris: OECD

⁵ Civita-notat Nr. 6 2012: Uføretrygd. <http://www.civita.no/publikasjon/nr-6-2012-uforetrygd>

⁶ Aksel Hatland og Einar Øverbye, Syk eller arbeidsledig?, i *Veivalg i velferdspolitikken*, Aksel Hatland (red.)

⁷ NOU 2012:06, side 44

⁸ STAMI-årsrapport 2011

⁹ Meld. St. 29 (2010–2011), Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv. Arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet

¹⁰ YS Arbeidslivsbarometer -

[http://ys.no/kunder/ys/cms.nsf/%28\\$All%29/CEDFD40BC61A1C43C125792D00323C1F?OpenDocument](http://ys.no/kunder/ys/cms.nsf/%28$All%29/CEDFD40BC61A1C43C125792D00323C1F?OpenDocument)

¹¹ Bernt Bratsberg, Torbjørn Hægeland og Oddbjørn Raaum, Tøffere krav? Ferdigheter og deltakelse i arbeidslivet, Søkelys på arbeidslivet 4-2011

-
- ¹² STAMI Faktabok 2011
- ¹³ F.eks: García-Gómez, P., Jones, A.M., Rice, N., 2010. Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics* 17, 62–76
- ¹⁴ Stewart, J.M., 2001. The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics* 20 (5), 781–796
- ¹⁵ Winkelmann, L., Winkelmann, R., 1998. Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data. *Economica* 65 (257), 1–15
- ¹⁶ Romeu Gordo, L., 2006. Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data. *Applied Economics* 38 (20), 2335–2350
- ¹⁷ H Schmitz, 2011. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics* 18 (2011) 71–78
- ¹⁸ Sullivan, D., von Wachter, T., 2009. Job displacement and mortality: an analysis using administrative data. *Quarterly Journal of Economics* 124 (3), 1265–1306.
- ¹⁹ Eliason, M., Storrie, D., 2009. Does job loss shorten life? *The Journal of Human Resources* 4, 277–302.
- ²⁰ Behncke, How does retirement affect health?, IZA Discussion Paper No. 4253
- ²¹ Kuhn, Wuellrich, Zweimüller, Fatal Attraction? Access to Early Retirement and Mortality, http://www.econ.uzh.ch/faculty/kuhn/wp_499_10_2010.pdf
- ²² Schneider J. 1998. Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence. *J Mental Health* 7:81-94.
- ²³ Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. 2003. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 191: 515-523
- ²⁴ Strandh, M. (2000). "Different exit routes from unemployment and their impact on mental well-being: The role of the economic situation and the predictability of the life course." *Work Employment and Society* 14(3): 459-479
- ²⁵ Marwaha S, Johnson S. 2004. Schizophrenia and employment. A review. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 39:337-349.
- ²⁶ Schneider 1998
- ²⁷ Glozier N. 2002. Mental ill health and fitness for work. *Occup Environ Med* 59:714-720
- ²⁸ RCP. 2002. Employment opportunities and psychiatric disability. Council Report CR111. Royal College of Psychiatrists
- ²⁹ Einarsen, S., B. I. Raknes, et al. (1996). "Helsemessige aspekter ved mobbing i arbeidslivet : modererende effekter av sosial støtte og personlighet." *Nordisk Psykologi* 48(2): 116-137
- ³⁰ Fredriksson, K., C. Bildt, et al. (2001). "The impact on musculoskeletal disorders of changing physical and psychosocial work environment conditions in the automobile industry." *International Journal of Industrial Ergonomics* 28(1): 31-45
- ³¹ Hansson, K. & M. Olsson (2001). "Sense of coherence - a human endeavour." *Nordisk Psykologi* 53(3): 238-255
- ³² Burton AK. 1997. Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. *Spine* 22:2575-2580
- ³³ Waddell G, Burton AK. 2004. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. The Stationery Office, London.
- ³⁴ Møller, G. og J. Sannes (2009), Evaluering av arbeidsmarkedstiltak i skjermede virksomheter. Rapport nr: 2009: 253 Telemarksforskning (TMF)
- ³⁵ NOU 2012-6 Arbeidsrettede tiltak, side 53
- ³⁶ Ibid, side 55.
- ³⁷ Spjelkavik, Ø., K. Frøyland og T. Skardhamar (2003), Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet - inkludering gjennom Arbeid med bistand. Rapport 2003: 3. Arbeidsforskningsinstituttet
- ³⁸ NOU 2012-6 side 57.
- ³⁹ ECON Analyse (2001), Gir lønnstilskudd jobb? Rapport 2001:29
- ⁴⁰ NOU 2012-6 side 86
- ⁴¹ Møller 2005 "Yrkeshemmede med psykiske lidelser - Tiltaksbruk og effekter" Arbeidsrapport nr. 6 2005
- ⁴² Westlie, L. (2008): "Norwegian Vocational Rehabilitation Programs: Improving Employability and Preventing Disability?" Memorandum 24/2008, Frischsentere
-

⁴³ Berg, H. og A. Gleinsvik (2011), *Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie*. Rapport 2011-02. Oslo. Proba samfunnsanalyse

⁴⁴ Nordberg, M. og K. Røed (2002), *Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle*. Frischsenteret, rapport 2/2002

⁴⁵ Bergsgård, N.A. og K. Løyland, *Utdanning til arbeid? Bruk av ordinær utdanning som tiltak for yrkeshemmede*. Bø: Telemarksforskning, rapport nr. 216/2004

⁴⁶ Moen E., D. Dalen og C. Riis (2003), *Privat arbeidsformidling*. Forskningsrapport 9:2003. Handelshøyskolen BI, Institutt for samfunnsøkonomi

⁴⁷ Westlie, L. (2008): "Norwegian Vocational Rehabilitation Programs: Improving Employability and Preventing Disability?" Memorandum 24/2008, Frischsenteret

⁴⁸ Burns et al 2007. Individual Placement and Support in Europe: The EQOLISE trial. *International Review of Psychiatry*, 2008, Vol. 20, No. 6 : Pages 498-502

⁴⁹ Ludeke C Lambeek et. al. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341:c6414