

Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet

Dokument 3:5 (2025–2026)

Til Stortinget

*Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2025–2026)
Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra
arbeidslivet*

Dokumentet er delt inn slik:

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag

Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

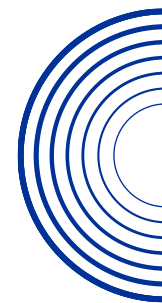
Riksrevisjonen, 24. november 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon i henhold til

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon



Om undersøkelsen

Kort oppsummert

Bakgrunn

De overordnede målene for arbeids- og velferdspolitikken har gjennom mange år vært å få flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad.

Norge kjennetegnes av en høy sysselsetting generelt, en høy andel som mottar helserelaterte ytelser, og lav arbeidsledighet. Samtidig står vi overfor betydelige utfordringer med frafall fra arbeidslivet. Mange mennesker opplever at helseplager, manglende tilrettelegging eller andre barrierer gjør det vanskelig å delta i arbeid over tid.

Frafall fra arbeidslivet er en utfordring med store konsekvenser – både for enkeltmennesker og for samfunnet som helhet. Å delta i arbeidslivet gir ikke bare økonomisk trygghet, men kan også bidra til sosial tilhørighet, mestring og bedre helse.

Den norske velferdsstaten er i stor grad finansiert gjennom skatteinntekter fra arbeid. Høy sysselsetting er derfor en forutsetning for å kunne opprettholde et høyt nivå på offentlige tjenester og overføringer.

Formål

Målet med undersøkelsen er å vurdere om Arbeids- og velferdsetatens arbeid bidrar til å forhindre frafall fra arbeidslivet, og om det er i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Konklusjoner

- Målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet er ikke nådd.
- Andelen som mottok helserelaterte ytelser, har økt siden 2019.
- Det kan stilles spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger.
- Sykmeldte får for lite oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten.
- Behandlingen av AAP-søknader varierer mellom Nav-kontor og har blitt mindre streng siden 2018.
- Mange AAP-mottakere deltar ikke i arbeidsmarkedstiltak.
- Arbeids- og velferdsetaten har ikke alltid god nok informasjon om arbeidsevnen til søkere av uføretrygd.
- Rammene for jobben som fastlege gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden.

Overordnet vurdering

Kritikkverdigg

Høy sysselsetting er avgjørende for å sikre tilgang til arbeidskraft og skatteinntekter som gjør det mulig å opprettholde velferdsordningene. I dag utgjør utgiftene til helserelaterte ytelser 12,5 prosent av statsbudsjettet.

I de senere årene har andelen av den yrkesaktive befolkningen som har falt ut av arbeidslivet økt. Det har også vært en økning i andelen mottakere av helserelaterte ytelser. Målene om å redusere frafallet fra arbeidslivet og redusere sykefraværet er ikke nådd.

Undersøkelsen viser at Arbeids- og inkluderingsdepartementet ikke sikrer at Nav har god nok oppfølging av sykmeldte og mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP). Det er vesentlige mangler i Arbeids- og velferdsetatens saksbehandling ved innvilgelse av alle de helserelaterte ytelsene – både sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Riksrevisjonen mener dette er kritikkverdig.

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- forsterker arbeidet med å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan identifisere hvilke brukere som har behov for sykefraværsoppfølging
- påser at Arbeids- og velferdsetaten systematisk fanger opp og håndterer svakheter knyttet til automatiseringen av saksbehandlingen for sykepenger
- sørger for bedre informasjonsutveksling og samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og fastlegene i sykefraværsoppfølgingen
- i samarbeid med helsemyndighetene, understreker lovens intensjon om bruk av gradert sykemelding
- sikrer at AAP i større grad blir en aktiv arbeidsrettet ytelse, slik at mottakernes arbeidsevne avklares
- forsterker arbeidet med å heve kvaliteten i søknadsbehandlingen for helserelaterte ytelser, for å bedre likebehandlingen av søknader og sikre at folk får riktig ytelse
- sørger for hensiktsmessig bruk av rådgivende leger i Arbeids- og velferdsetaten, slik at deres medisinske kompetanse styrker kvaliteten i vedtaksprosessene og oppfølgingen av mottakere av helserelaterte ytelser
- utreder fastlegenes portvokterrolle for folketrygden



Innhold

Ordliste og forkortelser	11
Del 1: Riksrevisjonens vurderinger	13
1 Bakgrunn	14
1.1 Utbetalinger fra Nav	14
1.2 Myndighetenes arbeid for å redusere frafall fra arbeidslivet	16
2 Mål og problemstillinger	18
2.1 Metodisk tilnærming og gjennomføring	19
2.2 Begrepsavklaring: frafall fra arbeidslivet	19
2.3 Avgrensninger	19
3 Konklusjoner	20
4 Overordnet vurdering: Kritikkverdig	21
5 Utdyping av konklusjoner	21
5.1 Målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet er ikke nådd	21
5.2 Andelen som mottok helserelaterte ytelser har økt siden 2019	22
5.3 Det kan stilles spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepengen	30
5.4 Sykmeldte får for lite oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten	34
5.5 Behandlingen av AAP-søknader varierer mellom Nav-kontor og har blitt mindre streng siden 2018	36
5.6 Mange AAP-mottakere deltar ikke i arbeidsmarkedstiltak	39
5.7 Arbeids- og velferdsetaten har ikke alltid god nok informasjon om arbeidsevnen til søkere av uføretrygd	40
5.8 Rammene for jobben som fastlege gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden	42
6 Anbefalinger	44
7 Svar fra statsråden	44
8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	44
Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag	47
9 Bakgrunn	48
9.1 Innretningen av helserelaterte ytelser	49
9.2 Organiseringen av Arbeids- og velferdsforvaltningen	51
10 Frafall fra arbeidslivet	51
10.1 Om frafallsindikatoren	52
10.2 Hvor mange faller ut av arbeidslivet?	52

10.3 Omfang av personer som mottar helserelaterte ytelser	55
11 Vurdering av arbeidsuførhet	56
11.1 Hva er sykdom, skade og lyte	57
11.2 Sykdomsbegrepets avgrensninger	58
11.3 Fastlegers ansvar når pasienter søker om helserelaterte ytelser.....	61
11.4 Fastlegers rolle som portvokter for folketrygden	62
11.5 Årsakssammenheng mellom sykdom/skade/lyte og arbeidsuførhet	66
11.6 Manglende informasjonsutveksling	70
11.7 Rådgivende legetjeneste hos Nav.....	70
11.8 Risiko for medikalisering.....	72
12 Sykepengeordningen.....	75
12.1 Mål om å redusere i sykefraværet er ikke nådd	75
12.2 Arbeids- og velferdsetatens saksbehandling av sykepenger	87
12.3 Arbeidsgivers og arbeidstakers roller og ansvar ved sykmelding	93
12.4 Arbeids- og velferdsetatens sykefraværsoppfølging	95
12.5 Vurdering av yrkesuførhet og arbeidsuførhet for sykmeldte	98
12.6 Muligheter for målrettet sykefraværsoppfølging.....	101
12.7 Arbeids- og velferdsetatens tiltak og virkemidler overfor sykmeldte	103
12.8 Navs arbeidslivssentre	105
12.9 Økonomisk innretning av sykelønnsordningen	106
13 Arbeidsavklaringspenger	108
13.1 Utvikling i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger.....	109
13.2 Saksgang for søknad om arbeidsavklaringspenger.....	111
13.3 Variasjon i søknadsbehandling mellom kontorer og over år	113
13.4 Oppfølging og aktivisering av AAP-mottakere.....	121
13.5 Avklaring av AAP-mottakeres arbeidsevne	130
13.6 Avgang fra arbeidsavklaringspenger.....	132
14 Uføretrygd	133
14.1 Det er et økende antall mottakere av uføretrygd	134
14.2 Hvem mottar uføretrygd	135
14.3 Saksbehandling av søknad om uføretrygd.....	139
14.4 Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av personer som mottar uføretrygd.....	141
14.5 Kombinering av uføretrygd og arbeid	141
15 Hvordan er utviklingen i frafallet fra arbeidslivet i Norge sammenlignet med andre land?	147

15.1 Sysselsetting og mottak av helserelaterte ytelser i Norge sammenlignet med andre OECD-land	147
15.2 Innretning av ytelsene i en internasjonal sammenheng	154
Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming	161
16 Revisjonskriterier	162
16.1 Overordnede mål om å få flere i arbeid og færre på stønad	162
16.2 Gradering av ytelsene	164
16.3 Innvilgelse av helserelaterte ytelser	165
16.4 Krav til Arbeids- og velferdsetaten	166
16.5 Krav til sykmelder – sykmelders rolle	169
17 Metodisk tilnærming og gjennomføring	170
17.1 Innhenting av registerdata	170
17.2 Kvantitative analyser	171
17.3 Statistikk	179
17.4 Dokumentanalyse	180
17.5 Spørreundersøkelser	181
17.6 Intervjuer	182
18 Referanseliste	183
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet	199
Vedlegg 2: Statsrådens svar	201
Vedlegg 3: Om frafallsindikatoren	210
Vedlegg 4: Analyser av AAP-vedtak: variabler, deskriptiv statistikk og resultater	214
Vedlegg 5: Erfaringer fra sykefraværsreduksjon i Sverige og Nederland	229

Tabelloversikt

Tabell 1 Antall og andel frafalte personer per år. 23–66 år. 2018–2023.	22
Tabell 2 Antall og andel frafalte personer per år, 2018–2023	52
Tabell 3 Antall og andel langtidssykmeldte personer med frafall fra arbeidslivet, 18–66 år, 2018–2023	54
Tabell 4 Gjennomsnittlig andel sykefraværstilfeller og gjennomsnittlig andel tapte dagsverk per varighetsgruppe. 2002–2024	81
Tabell 5 De vanligste diagnosene for unge uføre i 2024	138
Tabell 6 Andel nye mottakere av uføretrygd, etter uføregrad. 2015–2024.	143
Tabell 7 Arbeidsledighetsstøtte. 2024.	154
Tabell 8 Sykepenges. 2024.	156
Tabell 9 Uføretrygd. 2024.	159

Tabell 10 Operasjonalisering og datakilder for variabler i regresjonsmodeller	215
Tabell 11 Deskriptiv statistikk for variabler i regresjonsmodell for kontoranalyse	218
Tabell 12 Regresjonstabell. Logistiske regresjoner med avhengig variabel utfall (avslag=1).	221
Tabell 13 Resultater for analyser av variasjon over år.....	227
Tabell 14 Resultater for analyser av variasjon over år: Alternativ tilnærming	228

Figuroversikt

Figur 1 Utbetalinger fra Nav i 2024, milliarder kroner	15
Figur 2 Navs utbetalinger til innbyggere	16
Figur 3 Andel som mottok AAP eller uføretrygd	23
Figur 4 Samlet sykefravær i Norge og mål for reduksjon av sykefravær.	25
Figur 5 Forløpet i de helserelaterte ytelsene	26
Figur 6 Andel tilfeller av gradert sykmelding.	28
Figur 7 Variasjon i andel §11-5-avslag blant Nav-kontorer	37
Figur 8 Status etter første kvartal som frafalt.....	53
Figur 9 Andel som mottok AAP eller uføretrygd per desember 2015–2024.....	56
Figur 10 Adskillelsen av økonomiske og sosiale problemer fra sykdom, skade og lyte	59
Figur 11 Årsakssammenheng mellom sykdom og arbeidsuførhet.....	66
Figur 12 Samlet sykefravær i Norge og mål for reduksjon av sykefravær	76
Figur 13 Antall sykefraværstilfeller, sykmeldte og tapte dagsverk.....	77
Figur 14 Andel av alle tapte dagsverk per diagnosegruppe.	79
Figur 15 Andel sykmeldinger betydelig over anbefalt lengde.....	84
Figur 16 Andel tilfeller av gradert sykmelding.	85
Figur 17 Aktiviteter i sykefraværsoppfølgingen	95
Figur 18 Varighet for avsluttede sykefravær	107
Figur 19 Antall personer som mottar arbeidsavklaringspenger	109
Figur 20 Hoveddiagnosegruppe arbeidsavklaringspenger.	110
Figur 21 Saksbehandling av søknad om AAP, ved lokale Nav-kontor.....	111
Figur 22 Saksbehandling av søknad om AAP, ved Nav arbeid og ytelser	113
Figur 23 Variasjon i andelen §11-5-avslag blant Nav-kontorer	115
Figur 24 Fordeling av avvik mellom faktisk og forventet andel avslag.....	117
Figur 25 Faktisk og forventet avslagsrate per år	120
Figur 26 Tiltaksdeltakere med nedsatt arbeidsevne.....	123
Figur 27 Veilederes kjennskap til tiltak og tilbud.	124
Figur 28 Tilgang til relevante tiltaksplasser for ulike brukergrupper.....	125
Figur 29 Andel i arbeidsmarkedstiltak blant personer med nedsatt arbeidsevne.....	128
Figur 30 Antall måneder AAP-mottakere er i aktivitet det første året i AAP-løpet.....	129
Figur 31 Antall år AAP-mottakere har mottatt ytelsen	131
Figur 32 Status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger, antall.	133
Figur 33 Antall personer som mottar uføretrygd. Per aldersgruppe.....	134
Figur 34 Kommunekart over andel mottakere av uføretrygd av yrkesfør befolkning.....	136
Figur 35 Unge uføre som andel av befolkningen i sin aldersgruppe.....	137
Figur 36 Mottakere av full eller gradert uføretrygd etter alder	144

Figur 37 Kombinering av uføretrygd og arbeid	146
Figur 38 Andel sysselsatte.....	148
Figur 39 Sykefravær basert på Arbeidskraftsundersøkelsen i nordiske land og Nederland. 15–74 år. 2000–2023. Prosent av befolkningen.	149
Figur 40 Andel personer som mottar andre helserelaterte ytelser av befolkningen.....	150
Figur 41 Kostnader knyttet til helserelaterte ytelser som andel av bruttonasjonalprodukt. 2005–2022.	151
Figur 42 Sosiale utgifter i andel av BNP. Utvalgte OECD-land	153
Figur 43 Maksimal arbeidsledighetsstøtte og sykepenges.....	158
Figur 44 Utvikling i arbeidsstatus etter ett kvartal uten arbeid	211
Figur 45 Kaplan-Meier-kurve for å forbli utenfor arbeid	212
Figur 46 Forventet og faktisk avslagsrate for hvert kontor.....	226

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Z-diagnoser	60
Faktaboks 2 Diagnosespesifikke anbefalinger	83
Faktaboks 3 Utredning om mulighet for bruk av kunstig intelligens for å identifisere brukere med behov for målrettet innsats	103
Faktaboks 4 Forskjeller i klassifikasjonssystemer for diagnoser for AAP og uføretrygd ...	138

Ordliste og forkortelser

Arbeids- og velferdsetaten	har ansvaret for gjennomføring av sentrale deler av arbeids- og velferdspolitikken på statlig side. Arbeids- og velferdsetatens oppgaver er blant annet å sikre rett ytelse til den enkelte og bistå arbeidssøkere med å få jobb.
Arbeids- og velferdsforvaltningen	består av Arbeids- og velferdsetaten og de delene av kommunens tjenester som inngår i de felles lokale kontorene (Nav-kontor), og dekker alle kommuner. ¹
Arbeidsevnevurdering	er en vurdering av brukerens behov for bistand fra Arbeids- og velferdsetaten til å beholde eller skaffe seg arbeid. ² Brukeren skal få en skriftlig vurdering av sine muligheter for å komme i arbeid, hva slags arbeid som skal være målet, behovet for bistand for å komme i arbeid, om, og eventuelt hvor mye, arbeidsevnen er nedsatt, og hvilken type bistand som kan være aktuell for brukeren.
Arbeidsmarkedstiltak	er tiltak for å styrke tiltaksdeltakernes muligheter til å skaffe seg eller beholde arbeid. ³
Funksjonsvurdering	beskriver hvordan sykdom eller skade påvirker pasientens arbeidsevne.
Kompensasjonsgrad	hvor stor del av tidligere inntekt du får dekket gjennom en ytelse, for eksempel dagpenger eller sykepenger. Angis som en prosentandel av inntekten din.
Medikalisering	beskriver en samfunnsutvikling der personers ikke-medisinske problemer tolkes og behandles som helseproblemer.
Yrkesuførhet	beskriver en situasjon der en person, på grunn av sykdom eller skade, ikke lenger kan utføre sitt nåværende yrke, men fortsatt kan være i stand til å utføre annet arbeid.
Z-diagnose	brukes i helsevesenet for å registrere kontakt med helsetjenesten på grunn av sosiale problemer. Disse problemene gir ikke rett til sykepenger.

¹ NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>, §§ 2 og 13.

² NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>, § 14 a.

³ Tiltaksforskriften. (2015). *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak* (FOR-2015-12-11-1598). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-12-11-1598>, § 1-1.

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

Ikke tilfredsstillende



Når vi finner svakheter, feil og mangler som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Kritikkverdig



Når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig



Når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkelt-mennesker eller samfunnet.

Del 1:

Riksrevisjonens vurderinger

1 Bakgrunn

De overordnede målene for arbeids- og velferdspolitikken har gjennom mange år vært å få flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad.

Norge kjennetegnes av en høy sysselsetting generelt, en høy andel som mottar helserelaterte ytelser, og lav arbeidsledighet. Samtidig står vi overfor betydelige utfordringer med frafall fra arbeidslivet. Mange mennesker opplever at helseplager, manglende tilrettelegging eller andre barrierer gjør det vanskelig å delta i arbeid over tid.

Frafall fra arbeidslivet er en utfordring med store konsekvenser – både for enkeltmennesker og for samfunnet som helhet. Å delta i arbeidslivet gir ikke bare økonomisk trygghet, men kan også bidra til sosial tilhørighet, mestring og bedre helse.

Den norske velferdsstaten er i stor grad finansiert gjennom skatteinntekter fra arbeid. Høy sysselsetting er derfor en forutsetning for å kunne opprettholde et høyt nivå på offentlige tjenester og overføringer.

Perspektivmeldingen trekker fram at det i framtiden vil være et større behov for å mobilisere mer arbeidskraft for å løse samfunnets oppgaver.⁴ Når befolkningen blir eldre, øker presset på offentlige finanser, fordi andelen yrkesaktive per pensjonist synker. Spesielt innen helse- og omsorgssektoren forventes det et økt behov for arbeidskraft.⁵

Arbeids- og velferdsetaten har en sentral rolle i gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken. Etaten skal blant annet følge opp mottakere av sykepenges og arbeidsavklaringspenges med mål om å få flest mulig i eller tilbake til arbeid. Nav-loven inneholder krav til etaten om å stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

1.1 Utbetalinger fra Nav

Inntektssikringsordningene i Norge er statlige støtteordninger som skal sikre enkeltpersoner en inntekt når de ikke kan arbeide. Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.⁶ Gjennom helserelaterte ytelser som sykepenges, arbeidsavklaringspenges (AAP) og uføretrygd gir folketrygden økonomisk støtte til dem som midlertidig eller varig faller ut av arbeidslivet som følge av helseutfordringer.

Sykepenges skal sikre inntekt når man er midlertidig arbeidsufør på grunn av sykdom eller skade, og gis vanligvis i inntil ett år. Dersom man etter dette fortsatt ikke kan jobbe, kan det gis AAP til personer som får aktiv behandling, deltar på arbeidsrettet tiltak eller får

⁴ Meld. St. 31 (2023–2024), International Monetary Fund (2025).

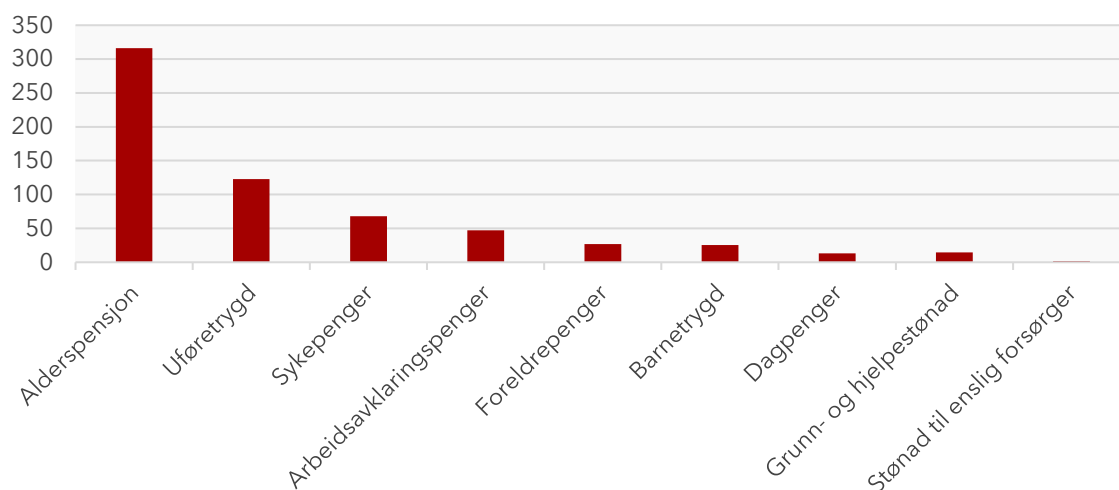
⁵ Meld. St. 31 (2023–2024 s. 12). Framskrivninger predikerer at det vil være behov for omtrent 180 000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren innen 2060 for å opprettholde dagens tjenestenivå.

⁶ Folketrygdloven (1997), §1.

annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid. Hvis helsetilstanden er varig og inntektsevnen⁷ er varig nedsatt, kan man få uføretrygd, som skal gi en varig inntektssikring.

I 2024 utbetalte Nav 635 milliarder kroner i ytelser og alderspensjon. Navs ytelses- og pensjonsutbetalinger utgjør en tredjedel av utgiftene på statsbudsjettet.

Figur 1 Utbetalinger fra Nav i 2024, milliarder kroner



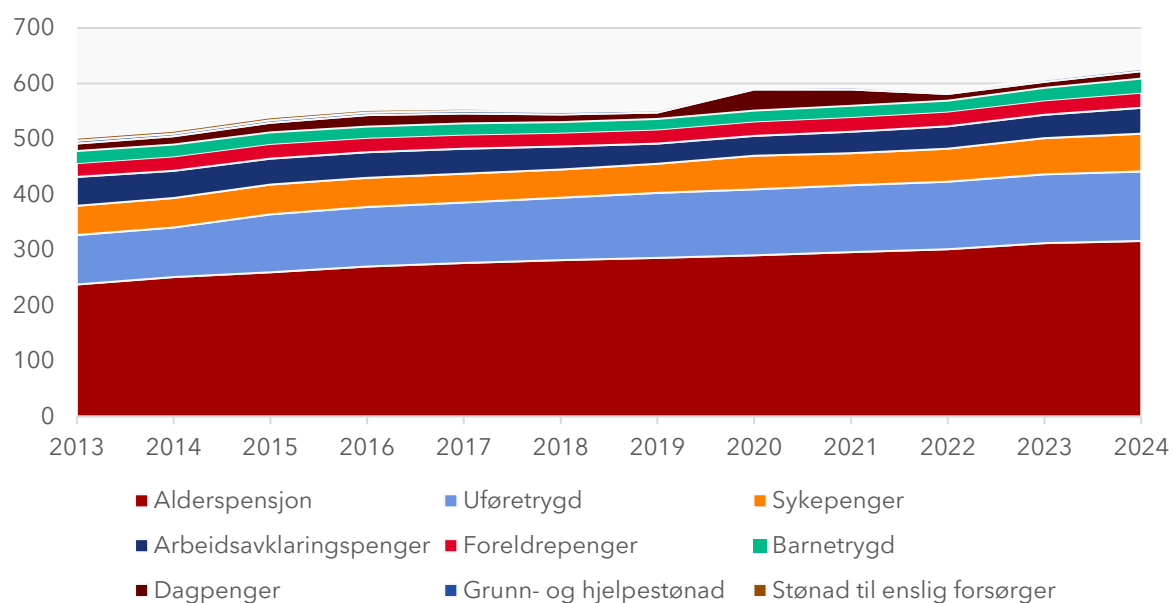
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.⁸

Figur 1 viser at alderspensjon er den største utgiften, og utgjør nesten halvparten av utbetalingene, med 316 milliarder kroner. Deretter følger utbetalinger av helserelaterte ytelser. Til sammen utgjør utbetalingene av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger 240 milliarder kroner. Ytelsene utgjør 12,5 prosent av utgiftene på statsbudsjettet.

⁷ Ved vurdering av AAP vurderes arbeidsevne, altså i hvilken grad personen kan utføre arbeid. Ved vurdering av uføretrygd vurderes derimot inntektsevne, som er et uttrykk for hvor mye inntekt personen kan forventes å ha i arbeidslivet etter sykdom eller skade.

⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Utbetalinger fra NAV til innbyggere i Norge i 2024. Hentet fra [Utbetalinger fra Nav økte med 51 milliarder kroner i 2024 - nav.no](https://nav.no/utbetalinger-2024)

Figur 2 Navs utbetalinger til innbyggere (2013–2024), milliarder kroner i 2024-kroneverdi, justert for lønnsvekst



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.⁹

Fra 2013 til 2024 økte utbetalingene fra 353 til 635 milliarder kroner. Justert for lønnsveksten var økningen fra 511 i 2013 til 635 milliarder 2024. I hele perioden har andelen som brukes på helserelaterte ytelser, vært stabil. Mellom 35 og 38 prosent av utbetalingene fra Nav gikk i den perioden til helserelaterte ytelser.

1.2 Myndighetenes arbeid for å redusere frafall fra arbeidslivet

Arbeids- og velferdspolitikken skal blant annet bidra til et velfungerende arbeidsmarked med høy sysselsetting, økonomisk og sosial trygghet for befolkningen, samt et sikkert og seriøst arbeidsliv. Inntektssikringsordningene skal gi økonomisk trygghet, samtidig som de stimulerer til arbeid.

Arbeidslinja er et grunnleggende prinsipp i norsk arbeids- og velferdspolitikk, der hovedmålet er at flest mulig skal kunne forsørge seg selv gjennom arbeid. For å oppnå dette, skal det føres en økonomisk politikk som legger til rette for høy sysselsetting, og en aktiv inkluderingspolitikk som skal få flere inn i arbeidslivet. Arbeidslivet skal også organiseres slik at flest mulig kan stå i arbeid over tid. I tillegg er det et bærende prinsipp at det skal lønne seg å arbeide. Prinsippene i arbeidslinja utdypes i avsnitt 16.1.2.

I Norge har myndighetene over tid iverksatt en rekke tiltak for å redusere frafallet fra arbeidslivet. Innsatsen har vært særlig rettet mot forebygging, inkludering og oppfølging av sårbare grupper. Tiltakene har blant annet handlet om å styrke Navs rolle, tilrettelegge på arbeidsplassen og bruke arbeidsrettede tiltak og kompetanseheving.

⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025) [Ubetalte stønader. 2013-2024. Norge](#). Hentet fra [Utbetalinger til personer i Norge - nav.no](#)

1.2.1 Avtaler om inkluderende arbeidsliv

Et sentralt virkemiddel i arbeidet med å redusere frafall er intensjonsavtalen mellom myndighetene og partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). IA-avtalen ble først inngått i 2001, og siden har den blitt videreutviklet gjennom flere avtaleperioder. Utgangspunktet for den første avtalen var at sykefravær, uførepensjon og tidlig pensjon bidro til å svekke tilgangen på arbeidskraft til alle deler av samfunnet.

Gjennom statsbudsjettene og stortingsmeldinger har regjeringer operasjonalisert IA-avtalens mål. Stortinget har på sin side operasjonalisert IA-avtalen gjennom konkrete vedtak og lovendringer som støtter opp om avtalens mål.

Avtalen fra 2001 hadde som mål å bidra til et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet. Andre mål var å redusere bruken av uføretrygd og sykefraværet, og å ta bedre i bruk eldre arbeidstakers ressurser og arbeidskraft i arbeidslivet. I tillegg ble partene enige om konkrete mål for å sikre tilgang på arbeidskraft til deler av samfunnet:

- å redusere sykefraværet med minst 20 prosent for hele avtaleperioden, slik at det ikke overstiger 5,3 prosent
- å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne
- å øke den reelle pensjonsalderen¹⁰

Innholdet i avtalen fra 2001 ble i all hovedsak videreført i avtalene som strakk seg ut 2018.¹¹

I avtalen fra 2019 ble målet om reduksjon i sykefraværet endret til 10 prosent reduksjon sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018. Det vil si at sykefraværet ikke skulle overstige 5,1 prosent. Partene i IA-avtalen er enige om at ambisjonen fra forrige avtale bør opprettholdes i inneværende avtale.¹² Målene i avtalene er ikke nådd.

1.2.2 Aktører i arbeids- og velferdsforvaltningen

Arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) er et samarbeid mellom stat og kommune som skal gi støtte og hjelp knyttet til arbeid, helse og sosiale behov. Den statlige delen, Arbeids- og velferdsetaten, har ansvar for ytelser som sykepenger, AAP, dagpenger og uføretrygd, mens kommunene har ansvar for blant annet økonomisk sosialhjelp, midlertidig botilbud og gjeldsrådgivning. Nav-kontorene, som finnes i de fleste kommuner og bydeler i større byer, er hovedkontaktpunktet for brukerne.

Nav arbeid og ytelser er en nasjonal enhet som behandler søknader om helserelaterte ytelser etter at Nav-kontorene har gjort forberedende innstilling. Den rådgivende legetjenesten i Nav bistår i medisinske spørsmål. Klager på vedtak behandles av Nav Klageinstans, som gir en uavhengig vurdering i sakene. Klageinstansen utarbeider også

¹⁰ Inkluderende arbeidsliv – avtaleperioden 2001–2005.

¹¹ Inkluderende arbeidsliv – avtaleperiodene 2001–2005, 2006–2009, 2010–2013, 2014–2018.

¹² Inkluderende arbeidsliv – avtaleperioden 2025–2028.

kvalitetsrapporter som vurdere sakene på et mer overordnet nivå, dette for å styrke saksbehandlingen.

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om Arbeids- og velferdsetatens arbeid bidrar til å forhindre frafall fra arbeidslivet, og om det er i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Revisjonen vil besvare følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad nås målene om å redusere frafallet fra arbeidslivet?

For å belyse denne problemstillingen vil vi undersøke om andelen arbeidstakere som faller fra arbeidslivet, minket i perioden 2015–2023. Vi ser også på utviklingen i antall og andel personer som mottar sykepenges, arbeidsavklaringspenges og uføretrygd, siden disse ytelsene er relatert til frafall fra arbeidslivet.

2. Hvordan er utviklingen i yrkesdeltakelse og mottak av helserelaterte ytelser i Norge sammenlignet med andre land?

For å belyse denne problemstillingen vil vi gjøre rede for hvordan helserelaterte ytelser er innrettet i ulike land.

3. Hvordan fungerer Arbeids- og velferdsetatens vedtaksprosesser?

Denne problemstillingen vil undersøke etatens arbeid ved behandlingen av søknader om helserelaterte ytelser. Vi vil belyse om og hvordan etatens saksbehandling sikrer at ytelsene innvilges til dem som skal ha dem.

4. I hvilken grad bidrar sykmeldingssystemet til frafall?

Denne problemstillingen handler om myndighetenes krav til medisinsk sakkyndige når pasienter søker om helserelaterte ytelser. Vi vil belyse hvordan fastleger utøver sin portvokterrolle for folketrygden.

5. I hvilken grad bidrar Arbeids- og velferdsetatens individuelle oppfølging av brukere til å hindre frafall fra arbeidslivet?

For å belyse problemstillingen vil vi se på hvordan etaten følger opp ytelsesmottakere for å hjelpe dem tilbake til arbeidslivet.

Revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen, er utledet fra blant annet

- lov om folketrygd
- lov om arbeids- og velferdsforvaltningen
- stortingsproposisjoner og -meldinger og stortingsbehandlingen av disse

Revisjonskriterier er nærmere omtalt i del 3 (kapittel 16).

Rapporten ble lagt fram for Arbeids- og inkluderingsdepartementet ved brev 12. september 2025. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har gitt kommentarer til rapporten i brev av 10. oktober 2025. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i dette dokumentet og i faktagrunnlaget.

Riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 7. november 2025, samt statsrådets svar 20. november 2025 følger som vedlegg 1 og 2.

2.1 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen bygger på et omfattende metodeopplegg som kombinerer registerdata, dokumentanalyser, intervjuer, statistikk og spørreundersøkelser. Registerdata for 3,6 millioner personer er hentet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dataene belyser blant annet frafall fra arbeidslivet, sykefravær, bruk av AAP og variasjoner mellom Nav-kontorer.

Statistikk er brukt for å sette utviklingen i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Vi har gjennomgått lover, offentlige dokumenter, interne Nav-rutiner og forskningsrapporter, samt tilsvarende materiale fra Sverige, Danmark og Nederland.

En spørreundersøkelse er sendt til 1 535 fastleger (svarprosent 25) om erfaringer med sykmeldinger og vurdering av arbeidsevne. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med lokale Nav-kontorer, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og brukerorganisasjoner.

Den metodiske tilnærmingen er nærmere omtalt i del 3 (kapittel 17).

2.2 Begrepsavklaring: frafall fra arbeidslivet

Begrepet *frafall fra arbeidslivet* kan forstås på ulike måter. I denne undersøkelsen legger vi til grunn en bred definisjon: at *personer som har vært i jobb, havner utenfor arbeidslivet i en lengre periode*. Dette skjer før ordinær pensjonsalder og kan skyldes for eksempel at personen har nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom og uførhet, har vansker med å få seg jobb eller velger å ikke jobbe. Frafallsindikatoren som brukes i noen analyser er nærmere beskrevet i avsnitt 17.2.1, og det er denne forståelsen av begrepet vi legger til grunn når vi analyserer omfanget og utviklingen i frafall i kapittel 10.

I andre deler av undersøkelsen er det hensiktsmessig å se bredere på spørsmål som gjelder frafall. Når vi ser på hvordan myndighetene arbeider for å forhindre frafall, undersøker vi hvordan de jobber rettet mot dem som står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet, uavhengig av tidligere yrkesdeltakelse. Dette inkluderer både forebyggende innsats rettet mot personer i arbeid og oppfølging av personer som er helt eller delvis utenfor. Videre omfatter analysen personer som mottar sykepengen, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Frafallet kan være varig eller midlertidig. Og det kan være med eller uten helserelaterte ytelser.

2.3 Avgrensninger

Det er gjort noen avgrensninger for å begrense undersøkelsens omfang. For det første ser vi ikke på frafall fra arbeidslivet som skyldes tidlig pensjonering. Det innebærer at vi ikke undersøker tiltak eller forhold som har som mål å forlenge yrkesaktiviteten blant eldre

arbeidstakere. For det andre har vi valgt å ikke se nærmere på oppfølgingen som helsetjenesten gir til personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. For det tredje undersøker vi ikke virkemidler og tiltak i utdanningssektoren som skal hindre at folk faller ut av arbeidslivet. Disse avgrensingene gjør at vi ikke får det fulle bildet av den samlede innsatsen for å hindre frafall. Vi ser da heller ikke på hvordan ulike sektorer samhandler om dette målet.

Nav Arbeidslivssenter er et ressurs- og kompetansesenter for et mer inkluderende arbeidsliv. Senteret har eksistert siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001. Det finnes slike sentre i alle fylker, og de samarbeider med arbeidsgivere for å bidra til å nå IA-avtalens mål. Vi omtaler deres arbeid, men undersøker ikke resultatene av deres innsats.

Undersøkelsesperioden er 2015 til 2024, men enkelte analyser strekker seg bare til 2023 på grunn av tidspunktet dataene ble innhentet på.

3 Konklusjoner

- Målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet er ikke nådd.
- Andelen som mottok helserelaterte ytelser, har økt siden 2019.
- Det kan stilles spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger.
- Sykmeldte får for lite oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten.
- Behandlingen av AAP-søknader varierer mellom Nav-kontor og har blitt mindre streng siden 2018.
- Mange AAP-mottakere deltar ikke i arbeidsmarkedstiltak.
- Arbeids- og velferdsetaten har ikke alltid god nok informasjon om arbeidsevnen til søkere av uføretrygd.
- Rammene for jobben som fastlege gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden.

4 Overordnet vurdering: Kritikkverdig



Høy sysselsetting er avgjørende for å sikre tilgang til arbeidskraft og skatteinntekter som gjør det mulig å opprettholde velferdsordningene. I dag utgjør utgiftene til helserelaterte ytelser 12,5 prosent av statsbudsjettet.

I de senere årene har andelen av den yrkesaktive befolkningen som har falt ut av arbeidslivet økt. Det har også vært en økning i andelen mottakere av helserelaterte ytelser. Målene om å redusere frafallet fra arbeidslivet og redusere sykefraværet er ikke nådd.

Undersøkelsen viser at Arbeids- og inkluderingsdepartementet ikke sikrer at Nav har god nok oppfølging av sykmeldte og mottakere av arbeidsavklaringspenger (AAP). Det er vesentlige mangler i Arbeids- og velferdsetatens saksbehandling ved innvilgelse av alle de helserelaterte ytelsene – både sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Riksrevisjonen mener at dette er **kritikkverdig**.

5 Utdyping av konklusjoner

Frafall fra arbeidslivet i Norge henger i stor grad sammen med et høyt mottak av helserelaterte ytelser. Sammenlignet med ordninger i andre land er de helserelaterte ytelsene i Norge i stor grad innrettet med hensyn til økonomisk sikkerhet og en relativt høy grad av lønnskompensasjon. Dette gir trygghet for dem som av helsemessige årsaker står utenfor arbeidslivet. Siden ytelsene er innrettet slik, er det viktig at inngangsvilkårene for ytelsene kontrolleres, og at Arbeids- og velferdsetaten har en oppfølging av personer som mottar sykepenger og AAP som kan bidra til deltakelse i arbeidslivet.

5.1 Målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet er ikke nådd

For å undersøke hvor mange som faller ut av arbeidslivet har vi laget en bred frafallsindikator. Den tar utgangspunkt i alle som er i arbeid i Norge på et tidspunkt.¹³ Personer regnes som frafalt hvis de etter dette tidspunktet har tre sammenhengende år uten arbeid. Tabell 1 viser utviklingen i antallet og andelen frafalte personer de siste årene.

¹³ Vi inkluderer alle som er mellom 23 og 66 år i måleperioden, er registrert bosatt i Norge, og ikke mottar pensjon i løpet av måleperioden.

Tabell 1 Antall og andel frafalte personer per år. 23–66 år. 2018–2023.

År	Antall personer i arbeid	Antall nye frafalte (andel)	Antall nye frafalte med ytelse (andel)
2018	1 998 280	34 905 (1,75 %)	20 299 (1,02 %)
2019	2 009 094	34 292 (1,71 %)	20 415 (1,02 %)
2020	2 030 359	34 107 (1,68 %)	20 162 (0,99 %)
2021	2 061 267	36 571 (1,77 %)	21 673 (1,05 %)
2022	2 092 406	38 930 (1,86 %)	23 397 (1,12 %)
2023	2 075 489	40 059 (1,93 %)	26 089 (1,26 %)

Kilde: Riksrevisjonen

Tabellen viser at 1,26 prosent av personer mellom 23 og 66 år¹⁴ falt ut av arbeidslivet og mottok en ytelse i 2023. Hvis vi også inkluderer dem som har falt ut av arbeidslivet, men ikke mottar ytelse, øker andelen til 1,93 prosent. Andelen som både faller ut av arbeidslivet og mottar ytelse, har økt siden 2020. Samtidig har antall personer i arbeid økt hvert år fra 2018 til 2023.

Tabellen viser også at nesten to tredjedeler av dem som faller ut av arbeidslivet, mottar ytelser i 2023. Denne andelen har økt fra 58 prosent i 2018. Økningen i antall og andel personer som faller fra arbeidslivet med ytelse er i tråd med økningen i mottakere av AAP og uføretrygd i samme periode. Gruppen av frafalte som ikke mottar ytelser omfatter personer som faktisk er utenfor arbeid, men kan også tenkes å omfatte noen fulltidsstudenter og selvstendig næringsdrivende som tidligere har hatt ordinære arbeidsforhold.

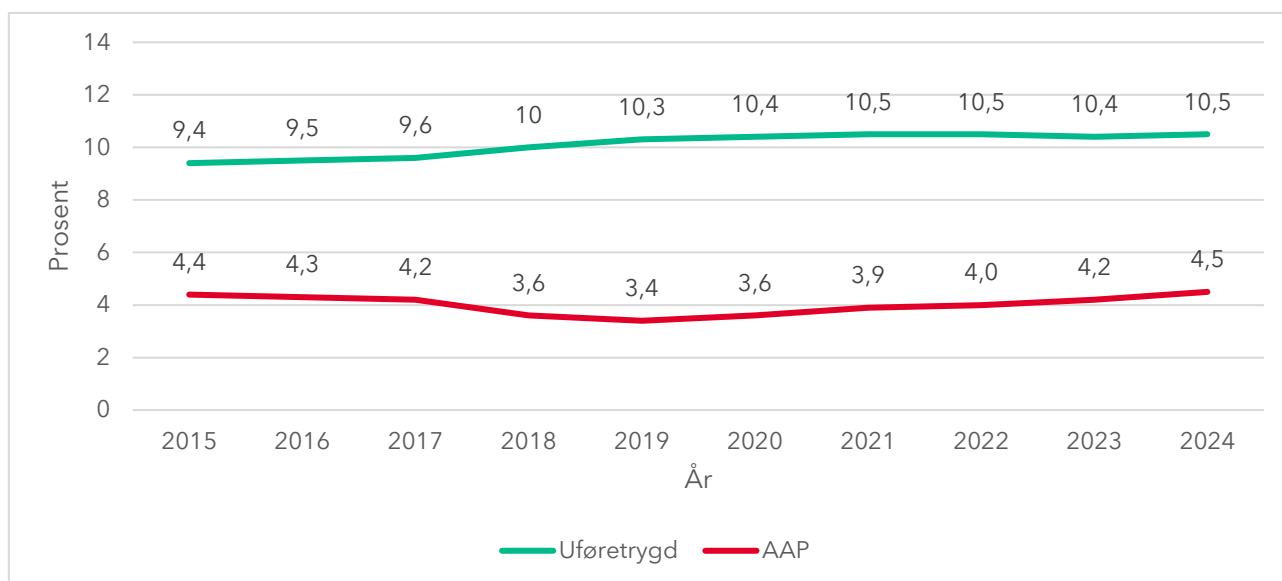
De overordnede målene for arbeids- og velferdspolitikken gjennom mange år har vært å få flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad. I tillegg har det vært et konkret mål om å hindre frafall fra arbeidslivet. Undersøkelsen viser at det er en økende andel personer som faller ut av arbeidslivet, spesielt blant dem som mottar en ytelse. Riksrevisjonen konstaterer at målet om å redusere frafall fra arbeidslivet ikke er nådd.

5.2 Andelen som mottok helserelaterte ytelser har økt siden 2019

Frafall fra arbeidslivet er en gradvis prosess og innebærer ofte at personer som er langtidssykmeldte først går over til AAP og deretter til uføretrygd. Mottakere av helserelaterte ytelser omfatter både personer som har falt ut av arbeidslivet for flere år siden og mottar uføretrygd, sykmeldte som snart skal tilbake i jobb, og langtidssykmeldte eller AAP-mottakere har høy risiko for å falle ut.

¹⁴ Den nedre aldersterskelen er satt til 23 år for å begrense kategoriseringsfeil i forbindelse med utdanning. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 17.2.1.

Figur 3 Andel som mottok AAP eller uføretrygd per desember 2015–2024 i prosent av alle i yrkesaktiv alder¹⁵



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹⁶

I perioden 2015 til 2024 økte andelen som mottok uføretrygd. Andelen som mottok AAP har variert i samme periode, men er tilnærmet lik i 2024 som i 2015. Regelverket for AAP ble endret i 2018. Med regelendringene skulle det være en smalere inngang til ordningen og ytelsens varighet ble redusert. I 2018, da det nye regelverket trådte i kraft, var andelen som mottok AAP 3,6 prosent før den ble redusert til 3,4 i 2019. Siden den gang har andelen økt til 4,5, blant annet på grunn av økt tilgang på ytelsen i løpet av koronapandemien og endringene knyttet til karenperiode i 2022. Andelen som mottar uføretrygd økte fra 9,4 til 10,5 prosent i perioden 2015–2024. Det har vært en særlig økning blant unge mellom 25–39 år.

Per desember 2024 var det registrert 158 500 personer som mottok AAP og 373 000 som mottok uføretrygd.¹⁷ Til sammen utgjør dette 15 prosent av befolkningen i aldergruppen 18–66 år.

I 2015 var sykefraværet på 5,6 prosent, mens det i 2024 var på 6,8 prosent. I likhet med AAP har det vært en økning i sykefraværet siden 2020.

I perioden juni 2024 til juni 2025 ble det gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden på oppdrag fra Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Formålet med områdegjennomgangen er todelt. Det ene er å tydeliggjøre driverne bak bruken av helserelaterte ytelser, og se bredt på årsakene til at personer mottar helserelaterte ytelser. Det andre er å foreslå tiltak som kan bidra til å redusere tilgangen til og gi økt overgang fra helserelaterte ytelser til arbeid.

¹⁵ For arbeidsavklaringspenger inkluderer det alle personer i alderen 18–66 år. For uføretrygd er befolkningen alle i alderen 18–67 år. 11/12 av 18-åringene og 1/12 av 67-åringene er inkludert.

¹⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Hentet fra [Arkiv - Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) per oktober - desember 2024 - nav.no](#) og [Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen *\). etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2015-2024. Prosent. - nav.no](#).

¹⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Områdegjennomgangen ble offentliggjort i oktober 2025.¹⁸ I gjennomgangen identifiseres flere drivere bak utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser. Samtidig som de helserelaterte ytelsene gir økonomisk trygghet ved sykdom og bidrar til at mange kommer tilbake i arbeid, belyser områdegjennomgangen ulike barrierer for sysselsetting. En barriere er at arbeidsgivere, leger og arbeidstakere har svake insentiver til innsats for å unngå (lange) helserelaterte ytelsesforløp, spesielt sykefravær. En annen barriere er at ytelser og tjenestetilbudet er for lite tilpasset personer med sammensatte utfordringer, hvor helseutfordringer ikke er eneste årsak til fravær fra arbeid.

Den norske velferdsstaten er i stor grad finansiert gjennom skatteinntekter fra arbeid. Høy sysselsetting er derfor en forutsetning for å kunne opprettholde et høyt nivå på offentlige tjenester og overføringer. I tillegg vil det i årene som kommer bli et økt behov for arbeidskraft. Riksrevisjonen konstaterer at målet om færre på stønad ikke er nådd i perioden.

5.2.1 Målet om å redusere sykefraværet er ikke nådd

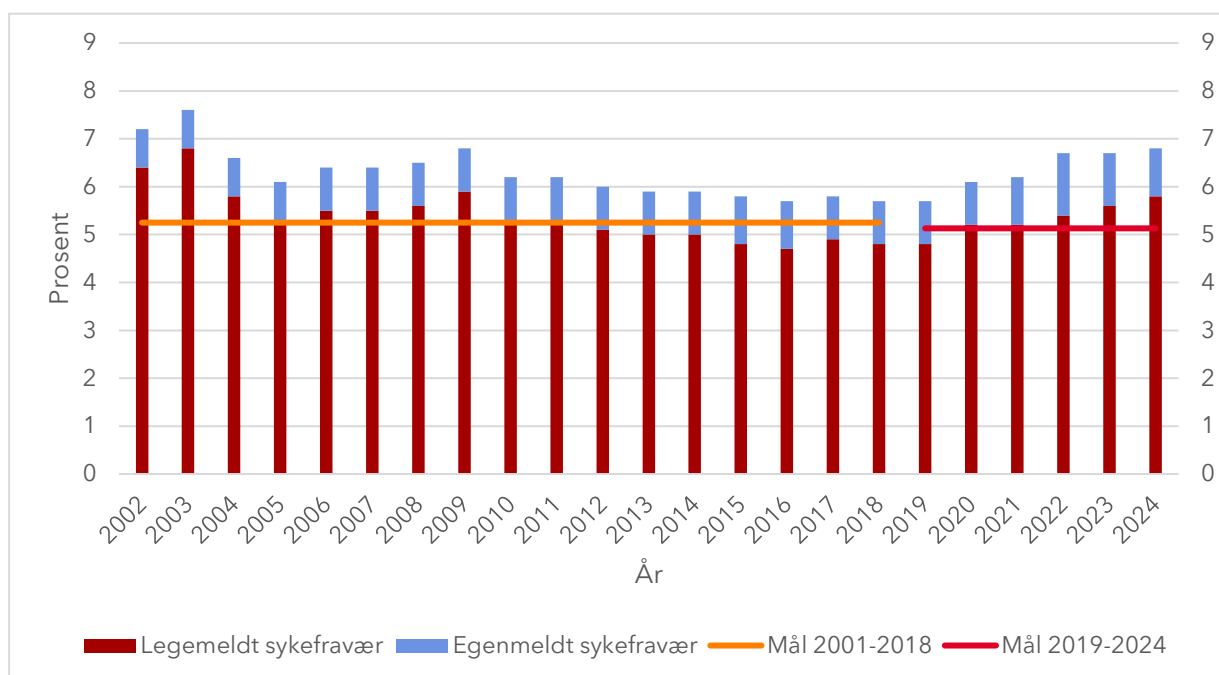
Siden den første IA-avtalen ble inngått i 2001 har det vært et mål å redusere sykefraværet og frafallet fra arbeidslivet. Et redusert sykefravær er viktig for å sikre en bærekraftig velferdsstat, begrense kostnadene for både bedrifter og det offentlige, og opprettholde høy produktivitet i arbeidslivet. Særlig langtidsfravær får stor økonomisk og sosial betydning, både for individer og samfunn, og det øker risikoen for frafall fra arbeidslivet.

Samtidig kan IA-avtalens to mål om å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet stå i motsetning til hverandre. Dersom personer som har helseutfordringer og risiko for å falle ut fra arbeidslivet skal stå i arbeid, er det rimelig å forvente et høyere sykefravær.

I IA-avtalene som gjaldt fra 2001 til 2019 var målet å redusere sykefraværet med 20 prosent fra nivået i andre kvartal 2001, til 5,3 prosent. I avtalene fra og med 2019 har målet vært å ytterligere redusere sykefraværet til 5,1 prosent. Målet har ikke blitt nådd et eneste år, og det har aldri vært flere tapte dagsverk grunnet sykefravær enn i 2024.

¹⁸ Oslo Economics et al (2025a) og Oslo Economics et al (2025b).

Figur 4 Samlet sykefravær i Norge og mål for reduksjon av sykefravær. 2002–2024. Prosent.



Kilde: Nav og SSB.¹⁹

Riksrevisjonen vurderer at det er positivt at Norge har forholdsvis høy sysselsetting i befolkningen. Det er likevel bekymringsfullt at det blir stadig flere tapte dagsverk og sykefraværet øker. Høyere sykefravær kan bidra til økt risiko for sosialt og arbeidsrelatert utenforskap på sikt.

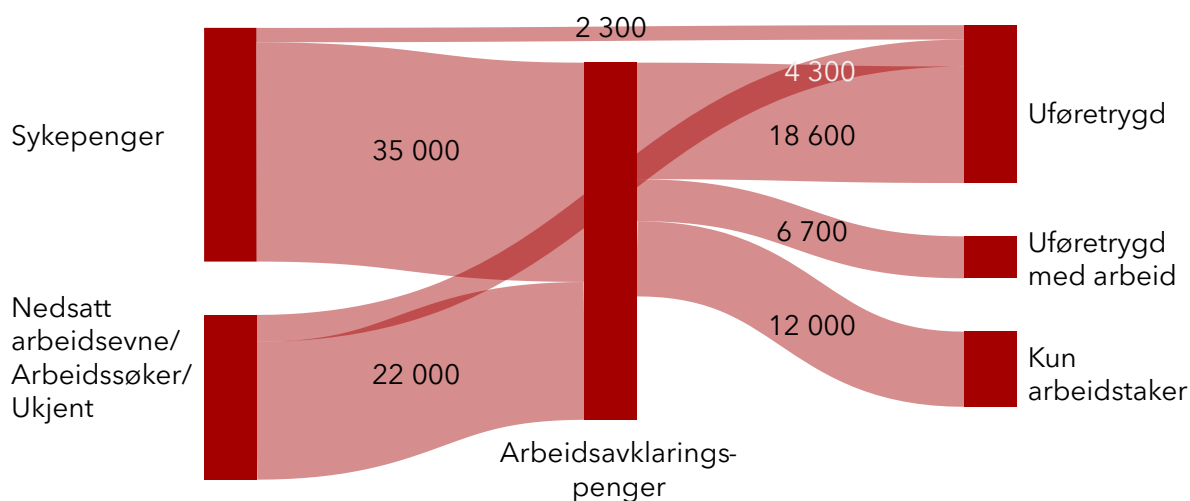
5.2.2 Overganger mellom de helserelaterte ytelsene og hva som kjennetegner mottakerne

De fleste som mottar uføretrygd, har tidligere mottatt sykepenger og AAP. Figur 5 viser hvilken status²⁰ nye mottakere av AAP og uføretrygd hadde før ytelsen ble innvilget i 2022. Av om lag 57 000 nye AAP-mottakere hadde 35 000 mottatt sykepenger to måneder før overgangen. Blant de 37 500 som avsluttet AAP, gikk 18 600 videre til uføretrygd, mens resten returnerte til arbeid, enten med eller uten annen ytelse. Figuren viser også at det er mottakere som går direkte fra sykepenger eller andre kategorier til uføretrygd.

¹⁹ [Årsstatistikk - sykefravær og sykepenger - nav.no](https://www.nav.no/Arbstatistikk-sykefravær-og-sykepenger)

²⁰ Status før overgang til arbeidsavklaringspenger er målt to måneder før overgang. Status etter avgang fra arbeidsavklaringspenger er målt seks måneder etter avgang. Status før overgang til uføretrygd for de som ikke kommer fra arbeidsavklaringspenger er målt to måneder før overgang.

Figur 5 Forløpet i de helserelaterte ytelsene i 2022



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Meld. St. 31 (2023–2024).

Sykepenger

I 2024 var i underkant av 1,1 millioner personer sykmeldt av lege i løpet av året, mens det var 2 millioner sykefraværstilfeller. Det var 386 000 personer som ble sykmeldt med muskel- og skjelettplager, nær 350 000 personer med luftveissykdommer og over 250 000 personer med psykiske lidelser. Siden 2010 har det vært en økning av antall sykmeldte med psykiske lidelser på over 70 prosent.

Kvinner har stått for 60 prosent av alle sykefraværstilfellene i perioden 2002–2024. Sykefraværet var i 2024 høyest i aldersgruppen 60–64. Men økningen det siste året var størst for personer mellom 20 og 39 år. Sykefraværet er videre høyest i kommunal sektor. I 2024 var sykefraværet på 7,7 prosent, mens det var 5,5 prosent i statlig sektor og 5,2 prosent i privat og offentlig næringsvirksomhet. Fire av fem sykmeldte er friskmeldt etter åtte uker. 7,7 prosent er fortsatt sykmeldt etter 46 uker.

Arbeidsavklaringspenger

Siden innføringen av AAP i 2010 og fram til 2024, har det i gjennomsnitt blitt 15 000 nye mottakere per år. Rundt to tredjedeler av nye mottakere kommer fra sykepenger. Omtrent 30 prosent har kommet fra status som arbeidssøker eller med nedsatt arbeidsevne, mens de resterende hadde ukjent status to måneder før de fikk innvilget arbeidsavklaringspenger.

Av de som fikk innvilget AAP i 2024, var det 43,7 prosent som hadde psykiske lidelser, mens 28,3 prosent hadde muskel- og skjelettlidelser. Ser vi på alder på de som mottok AAP i 2024, er over halvparten over 40 år. Samtidig har den største veksten i nye mottakere siden 2019 kommet i gruppen under 40 år.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har laget en oversikt som viser hva personer som har avgang fra arbeidsavklaringspenger, gjør seks måneder etter avgangen. I første kvartal 2024 var det 13 568 personer som sluttet å motta arbeidsavklaringspenger. Analysene viste at 4544 av disse gikk over på uføretrygd (ikke kombinert med arbeid), noe som tilsvarer en tredjedel av brukerne. Se figur 32 i kapittel 13.6 for en fullstendig oversikt.

Uføretrygd

De fleste nye uføretrygdde i 2024 kom fra AAP, og utgjorde 79 prosent. I perioden 2011–2024 har denne andelen variert mellom 65 og 85 prosent.

Økningen i antallet mottakere av uføretrygd kan forklares med flere mottakere i aldersgruppen 25–39 år. Disse står for 47 prosent av veksten. Det er 27 600 flere uføretrygdde i denne aldersgruppen i 2024 sammenlignet med 2015.

Det er også flere unge som får innvilget uføretrygd. I 2016 mottok 2,5 prosent i alderen 25–29 år uføretrygd, mens det i 2025 var nesten 5 prosent. Se figur 34 i kapittel 12.2.1. De vanligste diagnosene for de som fikk innvilget uføretrygd i alderen 18 til 29 år i 2024, var Asbergers syndrom (10,4 prosent), lett psykisk utviklingshemming (9,9 prosent), barneautisme (5,6 prosent), ADHD (4,6 prosent) og Downs syndrom (4,3 prosent).

I 2024 var det 219 161 kvinner og 153 875 menn som mottok uføretrygd. Andelen innvandrere²¹ som mottok uføretrygd, utgjorde 14 prosent i 2024, og har vokst fra 9 prosent i 2015.

Over 90 prosent av dem som slutter å motta uføretrygd, gjør det på grunn av alderspensjon eller død.

5.2.3 Gradert sykmelding skal være hovedregelen ved sykefravær, men brukes kun i én av fire sykmeldinger

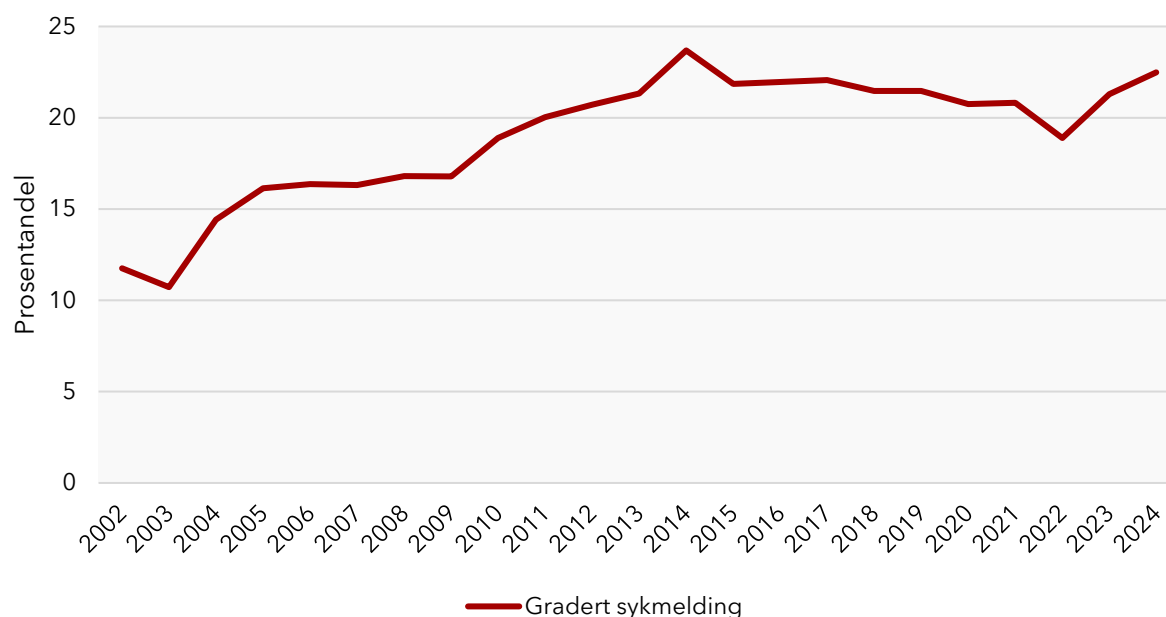
Gradert sykmelding skal være hovedregelen ved sykefravær.²² Det gjør det mulig for den sykmeldte å opprettholde kontakt med arbeidsplassen og beholde en del av den normale hverdagen. Det kan bidra til høyere arbeidsdeltakelse og kortere sykefravær, og styrke både mestringsfølelse og arbeidshelse.²³

²¹ Innvandrere er definert som en person født i utlandet. I tillegg er begge foreldre født i utlandet eller en foreldre født i utlandet og den andre med ukjent fødeland, eller begge foreldre har ukjent fødeland.

²² Dette fremgår av blant annet av Folketrygdloven §8-6 og Innst. 150 S (2024–2025), s. 17, Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) og IA-avtalene.

²³ Folkehelseinstituttet (2018).

Figur 6 Andel tilfeller av gradert sykmelding. 2002–2024. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.²⁴

I forbindelse med IA-avtalen 2010–2013 foreslo en ekspertgruppe en aktiviserings- og nærværsreform, der partene forpliktet seg til å øke bruken av gradert sykmelding for å redusere sykefraværet. Det følgende året ble ordningen med aktiv sykmelding avviklet. Etter avtaleinngåelsen i 2010, økte bruken av graderte sykmeldinger fram til 2014.

I de siste ti årene har bruken av gradert sykmelding holdt seg på et stabilt nivå, til tross for politiske signaler om økt bruk av gradert sykmelding. Senest i behandlingen av Meld. St. 33 (2023–2024) *En forsterket arbeidslinje*, anmodet Stortinget regjeringen om å arbeide for at gradert sykmelding brukes i større grad.²⁵ Arbeids- og inkluderingsdepartementet skriver til Riksrevisjonen at andelen graderte sykmeldinger ved mer langvarige sykefravær, er høyere. Det er rimelig å forvente at en del korte sykefraværstilfeller ikke kan graderes, men har kort varighet.²⁶

Vi ser at det har vært en økning i andelen med psykiske lidelser som får gradert sykmelding. 40 prosent av de psykiske sykmeldingstilfellene er gradert, noe som er dobbelt så mange som i 2002. For denne gruppen anses det som spesielt viktig å bevare tilknytningen til arbeidslivet ved sykdom.²⁷

Riksrevisjonen mener det er uheldig at andelen graderte sykmeldinger har stabilisert seg på under 25 prosent. Samtidig er det positivt at andelen med psykiske lidelser som får gradert sykmelding øker.

²⁴ Syfra 2500 Gradert legemeldt sykefravær etter diagnosegruppe. [Årsstatistikk - sykefravær og sykepenger - nav.no](https://www.nav.no/Arbeidsstatistikk-sykefravær-og-sykepenger)

²⁵ Innst. 150 S (2024–2025) og vedtak 612.

²⁶ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

²⁷ Helsedirektoratet (2016).

5.2.4 Norge har et betydelig høyere sykefravær enn sammenlignbare land

Når vi legger til grunn sykefraværet i Arbeidskraftundersøkelsen var sykefraværet i Norge, Nederland og Sverige rundt 4 prosent på tidlig 2000-tall, mens Danmark hadde et sykefravær rundt 1,5 prosent. Nederland og Sverige har redusert sykefraværet de siste 20 årene, og stabilisert seg rundt henholdsvis 2 og 2,5 prosent. Denne nedgangen er nærmere beskrevet i vedlegg 5. Også Danmarks sykefravær har stabilisert seg rundt 2 prosent. I samme periode har sykefraværet i Norge økt til rundt 4,5 prosent.²⁸

Ifølge NOU 2021: 2 *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring* er det ikke grunn til å tro at det høye sykefraværet i Norge skyldes dårligere helse blant befolkningen eller et tyngre arbeidsliv.²⁹ En sentral forklaring er, ifølge utvalget, trolig hvordan velferdsordningene er utformet.

Norge har full lønnskompensasjon i sykepengeordningen, noe som er særegent i OECD-sammenheng.³⁰ Differansen i kompensasjonsgraden mellom sykepenges og dagpenger er større i Norge enn i Danmark og Sverige. Denne forskjellen kan skape økonomiske insentiver som påvirker hvilke ytelser individer søker seg til. Forskjellene i landenes innretning av trygdeytelser utdypes i kapittel 15.

Som Sysselsettingsutvalget påpekte, kan utformingen av inntektssikringsordningene bidra til at ikke-medisinske problemer tolkes og behandles som helseproblemer.

5.2.5 Norge bruker fire ganger OECD-gjennomsnittet på helserelaterte ytelser

Norge har i flere tiår hatt en av de høyeste sysselsettingsratene i OECD. Samtidig er Norge blant landene med høyest andel av befolkningen som mottar sykepenges og andre helserelaterte ytelser. Ved utgangen av 2024 mottok omtrent 16 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år AAP eller uføretrygd. Dette er det høyeste nivået blant sammenlignbare land i Europa. Norge bruker i overkant av 8 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) på helserelaterte ytelser, noe som er mer enn fire ganger gjennomsnittet i OECD.³¹ Samtidig bruker Norge bare litt over gjennomsnittet i OECD på sosiale utgifter³². Dette viser at samtidig som Norge bruker mest på helserelaterte ytelser, brukes det mindre enn sammenlignbare land på andre ytelser som dagpenger og sosialhjelp.

Totalt sett er det ikke flere personer som mottar trygd i Norge enn i andre land. Men undersøkelser viser at personer som i Norge mottar helserelaterte ytelser, ville i andre land oftere mottatt arbeidsledighetsstrygd, sosialhjelp eller hatt forsørgelse fra familie.³³

²⁸ Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) er Statistisk sentralbyrås kvartalsvise intervjuundersøkelse om arbeidsmarkedet.

²⁹ NOU 2021:2, OECD (2024).

³⁰ Informasjon om innretningen av norske trygdeytelser og andre lands ytelser er beskrevet i 15.2.

³¹ OECD (2024).

³² Sosiale utgifter inkluderer kontantytelser, naturalytelser (varer og tjenester), og skattefordeler med et sosialt formål. Det omfatter støtte rettet mot grupper som lavinntektsusholdninger, alderspensjoner, personer med nedsatt funksjonsevne, arbeidsledige, syke eller unge.

³³ NOU 2019: 7 (2019), NOU 2021: 2 (2021) og Barth, Moene og Pedersen (2023).

5.2.6 Prøveprosjektet der unge gis inntektssikring som ikke forutsetter en diagnose

Av de som fikk innvilget AAP i løpet av 2024, var det 65,7 prosent som hadde mottatt sykepenger i forkant. For unge mottakere er bildet annerledes. Om lag 80 prosent av de nye AAP-mottakerne under 35 år har ikke mottatt sykepenger tidligere, noe som tyder på en svakere tilknytning til arbeidslivet i denne gruppen.³⁴

AAP er den eneste midlertidige ytelsen som ikke stiller krav til tidligere arbeidsinntekt, med unntak av sosialhjelp som tildeles etter behovsprøving. For personer som ikke er etablert i arbeidslivet, er uten opparbeidede dagpengerettigheter og samtidig har helseutfordringer, kan AAP tilby nødvendig økonomisk trygghet.

Regjeringen Støre har foreslått en ny forsøksordning for inntektssikring for unge som skal prøves ut høsten 2025. Den nye ordningen tilbyr inntektssikring til unge som deltar i arbeidsrettede tiltak, uten krav om medisinsk diagnose. Inntekten vil være på nivå med minstesatsen for AAP, med tillegg for forsørgere.

Riksrevisjonen mener det er positivt at det igangsettes et prøveprosjekt der unge gis inntektssikring som ikke forutsetter en diagnose. Ordningen kan adressere et behov for alternative løsninger for unge som faller mellom eksisterende støtteordninger. Tiltaket kan også bidra til å redusere medikaliseringen³⁵ av unge utenfor utdanning og arbeid, og gi en mer hensiktsmessig støtte til dem som trenger hjelp til å komme inn i arbeidslivet.

5.3 Det kan stilles spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger

Nav klageinstans finner flere lovtolkningsfeil på sykepengeområdet enn på andre områder.³⁶ Samtidig har det over flere år vært uenighet mellom Nav arbeid og ytelser, Nav klageinstans og juridisk avdeling i Arbeids- og velferdsdirektoratet om forståelsen av sentrale bestemmelser i folketrygdloven. Det gjelder blant annet vilkårene i § 8-4 om arbeidsuførhet og § 8-7 om dokumentasjon av arbeidsuførhet.³⁷ Dette indikerer at sykepengereguleringen åpner for tolkningsusikkerhet og uklarhet.

Parallelt med uenigheten i de juridiske miljøene om hvordan lovverket skal tolkes, gjennomføres det store endringer i saksbehandlingen til Arbeids- og velferdsetaten. Søknader om sykepenger har gått fra å bli vurdert manuelt av en saksbehandler til i stor grad å bli behandlet automatisk. Av hensyn til en effektiv masseforvaltning, jobber direktoratet for å digitalisere de områdene av saksbehandlingen de mener lar seg gjøre innenfor regelverket. Mot slutten av 2024 ble 72 prosent av søknadene om sykepenger

³⁴Meld. St. 31 (2023–2024).

³⁵ Medikalisering beskriver en samfunnsutvikling der personers ikke-medisinske problemer tolkes og behandles som helseproblemer.

³⁶ Nav klageinstans (2024a), s. 4.

³⁷ Nav klageinstans Vest (2024).

behandlet automatisk, og av dem ble 90 prosent behandlet helautomatisk.³⁸ I Prop. 135 L (2019–2020) står det at departementet mener regelverket for sykepenger egner seg for automatisering, til tross for at det inneholder skjønnsmessige elementer. Dette gjelder særlig i kurante saker, der vurderingene i praksis er standardiserte. Selv om folketrygdlovens bestemmelser forutsetter en konkret vurdering av om vilkårene for rett til sykepenger er oppfylt, vil en legeattest med gyldig diagnose i slike tilfeller normalt være tilstrekkelig for at Arbeids- og velferdsetaten legger til grunn at kravet om arbeidsuførhet som klart skyldes sykdom er oppfylt.³⁹ Departementet oppgir at automatiseringen av saksbehandlingen gjør at regelverket tolkes mer detaljert og enhetlig enn tidligere og gjør det mulig å sørge for større grad av likebehandling.⁴⁰ Nav klageinstans mener på sin side at de nåværende sykepengereglene vanskelig kan automatiseres.⁴¹ Det er viktig at automatisering ikke innebærer avvik fra de krav som stilles til rett til sykepenger.

5.3.1 Den automatiserte saksbehandlingen av sykepenger etterprøver ikke om vilkåret om årsakssammenheng mellom sykdom og arbeidsuførhet er oppfylt

Sykepenger kan ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. For å ha rett til sykepenger er det ikke tilstrekkelig å ha en sykdom eller skade – det må også foreligge en tilstrekkelig årsakssammenheng mellom helsetilstanden og arbeidsuførheten.⁴² Det er et skjerpet beviskrav i vurderingen av årsakssammenhengen mellom sykdommen og arbeidsuførheten. I dette ligger det at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for at sykdom/skade har ført til en funksjonsnedsettelse og dermed arbeidsuførhet. Hvis det er uklart om sykdom påvirker arbeidsuførheten, og/eller hvis sosiale eller andre omstendigheter kan gi tvil om sykdom er årsak til arbeidsuførheten, kan det være tvil om lovens krav om årsakssammenheng er oppfylt.⁴³

Vurderingen av årsakssammenheng krever en individuell og skjønnsmessig vurdering.⁴⁴ Den skjønnsmessige vurderingen gjøres i praksis av en sykmelder. Departementet oppgir at i Arbeids- og velferdsetatens behandling av søknader om sykepenger legges fastlegens vurdering til grunn. Dette gjøres uavhengig av om søknaden behandles automatisk eller manuelt.⁴⁵

Selv om en legeerklæring normalt er tilstrekkelig til at arbeidstageren har sannsynliggjort at vilkårene for sykepenger er oppfylt, står Arbeids- og velferdsetaten fritt til å vurdere spørsmålet ut fra alle forhold. Høyesterett har uttalt at «... hvor stor vekt Nav skal legge på legens sykmelding i den samlede avveiningen, vil blant annet avhenge av kvaliteten på det arbeidet som er foretatt. Det må kreves at sykmeldingen bygger på en konkret og

³⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b), s. 66 og 68.

³⁹ Prop. 135 L (2019–2020), s. 20.

⁴⁰ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

⁴¹ Nav klageinstans Vest (2024, 25. oktober), s. 4.

⁴² Høyesterett (2018), dom HR-2018-2344-A.

⁴³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til folketrygdloven kapittel 8.

⁴⁴ Høyesterett (2018), dom HR-2018-2344-A.

⁴⁵ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

faglig forsvarlig vurdering av pasientens tilstand opp mot kravene i folketrygdloven § 8-4.»⁴⁶ I rundskrivet til kapittel 8 står det at en mangelfullt utfylt attest skal returneres til legen.⁴⁷

I mange tilfeller skriver ikke sykmelder en tilstrekkelig funksjonsvurdering. Nav opplever at funksjonsvurderingene generelt sett er for lite utfyllende.⁴⁸ Nav-kontorene vi intervjuet fortalte at det varierer i hvilken grad fastlegene har gjort en vurdering av hvordan symptomer og diagnose påvirker arbeidsevnen til pasienten. I situasjoner hvor det er få objektive funn i forbindelse med pasientens plager, baserer leger funksjonsvurderingen i stor grad på pasientens egen framstilling.⁴⁹ Videre har fastleger ofte for lite informasjon om den sykmeldtes arbeid, noe som gjør det vanskelig å vurdere arbeidsevnen. I vår spørreundersøkelse til fastleger svarte 62 prosent av legene at de alltid, svært ofte eller ganske ofte har utilstrekkelig informasjon om pasienters arbeidsplass og arbeidskrav, når de vurderer pasienters arbeidsevne.

Den automatiserte saksbehandlingen etterprøver ikke om lovens vilkår om årsakssammenheng er oppfylt, men kontrollerer om det foreligger en medisinsk anerkjent diagnose og om sykmelder har godkjent autorisasjon. En konsekvens av denne kodingen er at dersom legeerklæringen ikke sannsynliggjør sammenhengen mellom diagnose og redusert arbeidsevne, vil ikke Arbeids- og velferdsetaten kunne oppdage dette og be sykmelder om utfyllende opplysninger.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger. Det kan være en risiko for at automatisert saksbehandling har redusert Arbeids- og velferdsetatens mulighet til å identifisere søkere som ikke har rett til sykepenger.

5.3.2 I mange tilfeller vurderer ikke Arbeids- og velferdsetaten kravet om generell arbeidsuførhet for rett til sykepenger

I Arbeids- og velferdsetatens praksis og rettspraksis skilles det mellom begrepene «yrkesuførhet» og «generell arbeidsuførhet». Yrkesuførhet viser til en situasjon der en person, på grunn av sykdom eller skade, ikke lenger kan utføre sitt nåværende yrke, men likevel kan ha evne til å utføre annet arbeid. Generell arbeidsuførhet foreligger derimot når personens funksjonsevne er så redusert at vedkommende ikke er i stand til å utføre noe arbeid overhodet, uavhengig av typen jobb.

For å ha rett til sykepenger etter folketrygdloven, må arbeidstakeren være arbeidsufør. I starten av en sykmelding vurderes denne arbeidsuførheten opp mot personens nåværende arbeid – altså som yrkesuførhet – og ikke mot evnen til å arbeide generelt.

⁴⁶ Høyesterett (2019), dom HR-2019-2336-A.

⁴⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv kapittel 8, §8-7 dokumentasjon av arbeidsuførhet, Kvalitetssikring og kontroll av attesten.

⁴⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a), s. 26.

⁴⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, (2023), punkt 7.4.1.

Det er først ved langvarig fravær at det kan bli aktuelt å vurdere om personen har en generell arbeidsuførhet. I rundskrivet til kapittel 8 i folketrygdloven står det at det gjerne skal vurderes etter to–tre måneder, men at det vil være en skønnsvurdering når det er hensiktsmessig. Arbeidstakers rett til sykepenger skal etter noe tids sykmelding vurderes ut fra den sykmeldtes forutsetninger for å utføre arbeid av enhver art.

Tidlig i sykefraværet har Arbeids- og velferdsetaten ofte for lite informasjon til å gjøre denne vurderingen. De er avhengig av at arbeidsgiver har sendt en oppfølgingsplan, og at fastlegen har gjort en funksjonsvurdering og dokumentert hvordan en pasients diagnose påvirker muligheten til å utføre det aktuelle yrket. I mange tilfeller har ikke etaten fått tilsendt oppfølgingsplan, og ofte er dokumentasjonen fra lege mangelfull.

Etatens saksbehandlere får ingen påminnelse i sine saksbehandlingsverktøy der de må vurdere om en sykmeldt person er arbeidsufør eller yrkesufør. I Arbeids- og velferdsetatens servicerutiner for sykefraværsoppfølging står det heller ikke noe om at dette skal vurderes. Det informeres bare om ordningen med friskmelding til arbeidsformidling, som er et tiltak rettet mot yrkesuføre.⁵⁰ Friskmelding til arbeidsformidling er en ordning for personer som av helsemessige årsaker ikke kan utføre arbeidet de hadde på sykmeldingstidspunktet, men som ellers er arbeidsfør. Ordningen kan initieres av både sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten. Friskmeldingen forutsetter at pasienten sier opp arbeidsforholdet sitt. I en periode på inntil tolv uker vil pasienten motta sykepenger mens vedkommende søker ny jobb.⁵¹

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger svarte 85 prosent at de har foreslått friskmelding til arbeidsformidling til én eller flere pasienter i løpet av det siste halvåret. Samtidig viser statistikk fra Nav at ordningen er lite brukt, og bruken har sunket i senere år. I 2022 ble det fattet 2 646 vedtak om friskmelding til arbeidsformidling. Blant sykmeldte som har passert 26 uker sykefravær, fikk 2,9 prosent et vedtak om friskmelding.⁵²

Fra Navs statistikk kan vi ikke se at det er flere som friskmeldes i perioden rundt to-tre måneder der yrkesuførhet skal vurderes. Ansatte ved Nav-kontorer, som gjør sykefraværsoppfølgingen, har også lite kunnskap om at det forventes generell arbeidsuførhet når sykefraværet har vart en viss periode. I en evaluering av ordningen friskmelding til arbeidsformidling fremgikk det at saksbehandlere på Nav-kontorene har varierende forståelse av forskjellen mellom yrkesuførhet og generell arbeidsuførhet.⁵³ Flertallet var ikke godt kjent med eller fortrolige med innholdet i begrepene. Det var få som oppga at de aktivt vurderte stans i sykepenger på dette grunnlaget.

Dersom Arbeids- og velferdsetaten ikke vurderer om en person er yrkesufør eller generell arbeidsufør innen rimelig tid, øker risikoen for at en bruker mottar sykepenger lenger enn nødvendig. Langvarig sykefravær kan i sin tur øke sannsynligheten for varig frafall fra arbeidslivet.

⁵⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv kapittel 8.

⁵¹ Folketrygdloven (1997), § 8-5.

⁵² Oxford Research (2023).

⁵³ Oxford Research (2023).

5.4 Sykmeldte får for lite oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten

Det å følge opp sykmeldte handler om mer enn å håndtere et midlertidig fravær fra arbeidsplassen. Oppfølgingen kan være avgjørende for å hindre langvarig fravær og utenforskap.

Ved sykmelding er det flere aktører som har ansvar og plikter. Arbeidsgiver har hovedansvaret for å følge opp ansatte som blir sykmeldt og skal legge til rette for at den ansatte kan arbeide til tross for sykdom eller skade. Den ansatte skal medvirke til tilretteleggingen. Arbeids- og velferdsetaten og sykmelder har også ansvar og plikter i oppfølgingsarbeidet.

Arbeidsgivere er en svært heterogen gruppe. Enheter i Arbeids- og velferdsetaten, fastleger og brukerorganisasjoner vi har intervjuet oppgir at det varierer i hvilken grad arbeidsgivere faktisk ivaretar sitt ansvar. Direktoratet forteller i intervju at på papiret er det klart at arbeidsgiver har hovedansvaret for sykefraværsoppfølging, men i praksis er det mange utfordringer knyttet til *når* Arbeids- og velferdsetaten skal gi oppfølging og *hva* etaten kan tilby. Det er også uklart hva etaten kan kreve at arbeidsgiveren har gjort.

I oppfølgingen av sykmeldte møter Arbeids- og velferdsetaten flere dilemmaer. På den ene siden skal etaten utøve en lovregulert masseforvaltning, der alle sykmeldte skal få oppfølging. På den andre siden er det et klart behov for å prioritere ekstra innsats for dem som står i fare for å falle permanent ut av arbeidslivet.

For å hindre langvarig sykefravær er det viktig å komme tidlig i gang med oppfølgingen. Samtidig er det nødvendig å bruke ressurser på personer som uansett vender raskt tilbake til arbeid. De fleste sykefravær er korte: 77 prosent varer under én måned, og disse tilfellene krever sjelden omfattende oppfølging fra verken arbeidsgiveren eller Arbeids- og velferdsetaten.

5.4.1 Det er krevende for Arbeids- og velferdsetaten å balansere masseforvaltning og tilpasset oppfølging av sykmeldte

Veksten i antall sykmeldte gir mer arbeid for Arbeids- og velferdsetaten. I 2024 var det 29 prosent flere sykmeldte som passerte 17 ukers sykefravær, enn i 2019.⁵⁴ Ifølge etaten fører dette til press på veiledernes tid til å følge opp sykmeldte ved alle de lovpålagte stoppunktene.

Arbeids- og velferdsetaten må balansere å utøve en standardisert masseforvaltning der samtlige sykmeldte skal tilbys den samme oppfølgingen, og å kunne gi oppfølging tilpasset brukeres behov. Etatens oppfølging følger av lovpålagte oppgaver som er gitt, noe som tilsier at alle skal gjennom de samme stoppunktene. Når sykmeldingen har vart i åtte uker, skal Arbeids- og velferdsetaten vurdere om aktivitetskravet er oppfylt, og om det

⁵⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

er behov for tiltak. Innen uke 26 skal etaten avholde dialogmøte 2, og rundt uke 39 skal Arbeids- og velferdsetaten vurdere den sykmeldtes oppfølgingsbehov på nytt.

Arbeids- og velferdsdirektoratet skriver at deres erfaring er at lovbestemte oppfølgingspunkter i sykefraværsoppfølgingen gir en risiko for at alle sykmeldte får en «minimumsoppfølging», med vekt på kontroll av vilkår. Riksrevisjonen konstaterer at Arbeids- og velferdsetaten bruker store ressurser på sykmeldte som oppfyller vilkårene og som uansett kommer tilbake i arbeid, mens sykmeldte som har behov for tettere oppfølging opplever bistanden som mangelfull og oppfølgingstidspunktene som lite tilpasset situasjonen deres.

5.4.2 Arbeids- og velferdsetaten har ikke gode systemer for å identifisere hvilke sykmeldte som står i fare for å falle ut fra arbeidslivet

Dersom Arbeids- og velferdsetaten skal gi mer brukerrettet oppfølging forutsetter det at de tidlig klarer å identifisere hvilke sykmeldte som risikerer å falle ut av arbeidslivet, og hvem som har mindre behov for oppfølging. Sykmeldte med gjentakende sykefravær er en prioritert gruppe i sykefraværsoppfølging, men det store antallet med langvarig eller hyppig gjentakende fravær gjør det krevende å følge opp alle i denne gruppen.⁵⁵ Dagens modell for sykefraværsoppfølging forutsetter at arbeidsgiveren og sykmelderens skal gi etaten informasjon om det er behov for individuell oppfølging. Arbeids- og velferdsetaten har ingen treffsikker metode for å identifisere sykmeldte som har behov for oppfølging. Saksbehandlingssystemene i etaten er lite tilrettelagt for å gjøre raske oppslag på diagnosen og sykdomshistorikken til brukeren. Etaten har utredet muligheten for å bruke maskinlæring for å identifisere brukere med behov for målrettet innsats, men dersom dette skal utredes videre forutsetter det et hjemmelsgrunnlag.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det en uheldig at Arbeids- og velferdsetaten i liten grad får identifisert sykmeldte som trenger ekstra oppfølging og at etaten ikke har tilstrekkelige ressurser til å gi målrettet oppfølging. Dette vanskeliggjør tidlig innsats og tett oppfølging, som kunne ha bidratt til å redusere sykefravær og langvarig fravær, og dermed frafall fra arbeidslivet.

5.4.3 Det er mulig å være sykmeldt i ett år uten særlig kontakt med Arbeids- og velferdsetaten

En konsekvens av mangelfull oppfølging er at enkelte sykmeldte først møter Arbeids- og velferdsetaten når sykepengeperioden er i ferd med å utløpe. I intervjuer oppga flere kontorer at de i enkelte tilfeller har kontakt med den sykmeldte for første gang når det nærmer seg slutten på sykepengerettighetene.

Det første stoppunktet i oppfølgingen av sykmeldte er vurderingen av aktivitetskravet innen åtte uker. Den sykmeldte oppfyller det lovpålagte aktivitetskravet dersom vedkommende er i gradert arbeid.

⁵⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

Det neste lovregulerte oppfølgingspunktet er dialogmøte 2 innen uke 26. Etaten praktiserer ikke dialogmøte 2 så strengt som lovverket forutsetter. I henhold til folketrygdloven skal dialogmøte 2 avholdes hvis det ikke er unødvendig, for eksempel fordi den sykmeldte snart skal tilbake i arbeid eller det er dokumentert at personen er alvorlig syk. Nåværende praksis er at møtet avholdes dersom det vurderes som hensiktsmessig. Dette kan være hensiktsmessig hvis det frigir ressurser for mer brukerrettet oppfølging, spesielt dersom effekten av dialogmøte 2 ikke er tydelig.⁵⁶ Samtidig rapporterer noen fylker at det er utfordringer med å gjennomføre alle dialogmøter som aktørene ber om på grunn av ressurssituasjonen i Arbeids- og velferdsetaten.⁵⁷

Riksrevisjonen mener at Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte er mangelfull. Dette kan føre til at sykmeldingsperioden blir lengre enn nødvendig og at færre er i arbeid eller aktivitet, som igjen øker risikoen for senere frafall fra arbeidslivet.

5.5 Behandlingen av AAP-søknader varierer mellom Nav-kontor og har blitt mindre streng siden 2018

5.5.1 Sannsynligheten for å få innvilget AAP avhenger av hvilken kommune du bor i

For å få innvilget AAP skal arbeidsevnen være redusert med minst 50 prosent. Sykdommen, skaden eller lyten skal være en vesentlig medvirkende årsak til den nedsatte arbeidsevnen (§ 11-5). Ved vurderingen av om arbeidsevnen er nedsatt, skal det blant annet legges vekt på helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter på steder der det er rimelig at medlemmet tar arbeid.

Nav-kontorenes vurdering av vilkåret om nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom eller skade er området hvor Nav klageinstans ser størst risiko med hensyn til omfang og alvorlighet av faglige utfordringer. De fant stor variasjon i andelen AAP-søkere som fikk avslått sin søknad på grunn av manglende nedsatt arbeidsevne. De rapporterte særskilt om denne utfordringen i 2019, og har siden gjentatt bekymringen i alle sine årlige kvalitetsrapporter.

Vi har analysert vedtakspraksis fra 2017 til 2023 med data for alle søknader fra personer som har hatt et arbeidsforhold i undersøkelsesperioden.⁵⁸ Vi finner stor variasjon mellom Nav-kontorer i andelen av nye AAP-søknader som avslås fordi de ikke innfrir vilkåret om nedsatt arbeidsevne – fra lavest 2 prosent til høyest 35 prosent.⁵⁹ Den gjennomsnittlige avslagsraten i undersøkelsesperioden er 12,6 prosent. Avslagsraten for den fullstendige

⁵⁶ Alpino et al (2022).

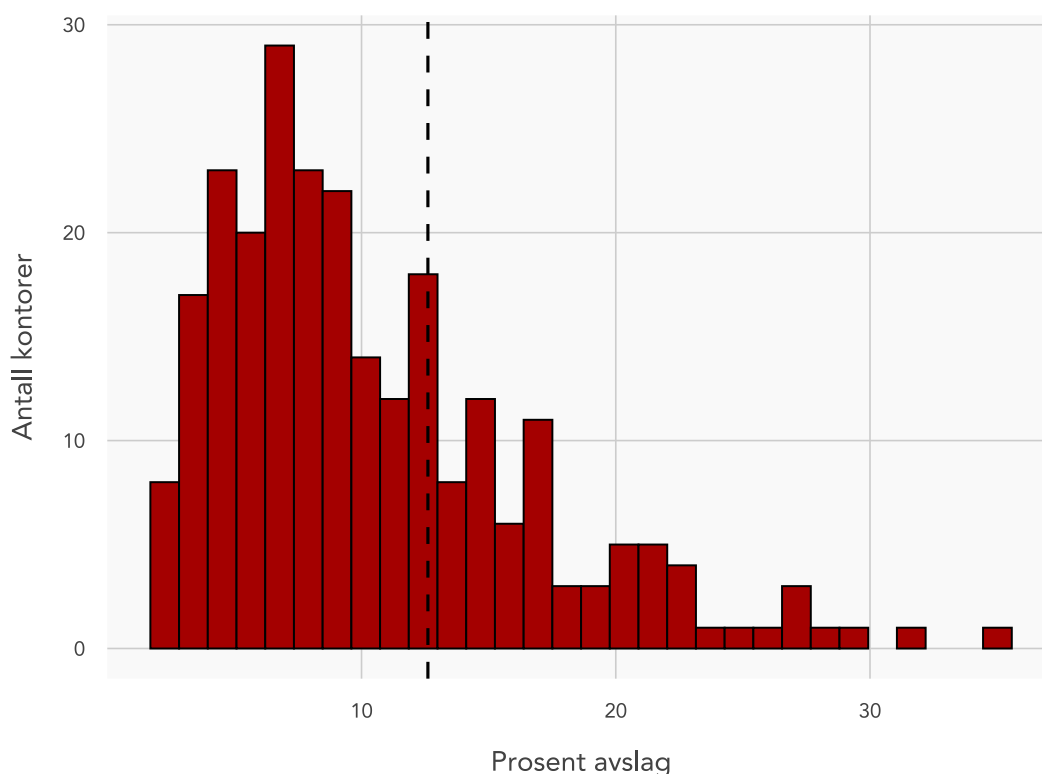
⁵⁷ Arbeids og velferdsdirektoratet (2025b).

⁵⁸ Dataene inkluderer storparten av vedtakene i perioden, ettersom vi vet at de fleste nye mottakere av AAP har vært i arbeid. Avgrensningen har trolig ikke betydning for beregning av variasjon i vedtakspraksis, siden avgrensningen er lik på tvers av Nav-kontorer og over tid.

⁵⁹ Kontorer med mindre enn 50 vedtak i undersøkelsesperioden er ekskludert fra analysene.

søknadspopulasjonen kan være noe høyere, siden våre data ikke inkluderer søknader for personer uten noe arbeidserfaring i undersøkelsesperioden.

Figur 7 Variasjon i andel §11-5-avslag blant Nav-kontorer



Kilde: Riksrevisjonen. Nav-kontorer med under 50 vedtak er ekskludert. N (Nav-kontor) = 253. N (vedtak) = 328 748. Data for perioden 2017–2023. Stiplet vertikal linje viser andel avslag av alle vedtak i datasettet.

At avslagsraten varierer mellom Nav-kontorer kan skyldes andre forhold enn søknadsbehandlingen. Nav skal vurdere arbeidsevnen ikke bare ut fra medisinske forhold, men også med tanke på reelle jobbmuligheter. Det lokale arbeidsmarkedet kan derfor påvirke vurderingen. Det er også mulig at AAP-søkere skiller seg systematisk mellom kontorene, for eksempel som følge av sosioøkonomiske forskjeller mellom kommuner.

For å kontrollere for slike forskjeller har vi utviklet en regresjonsmodell som predikerer den forventede avslagsraten for hvert enkelt Nav-kontor basert på observerbare kjennetegn ved søkerne og arbeidsledighet i bo- og arbeidsmarkedsregionen. Ved å sammenligne den forventede avslagsraten med den faktiske avslagsraten får vi en pekepinn på om variasjonen mellom kontorene kan forklares av forskjeller i saksbehandlingen snarere enn forskjeller i søkerpopulasjon og arbeidsmarked.⁶⁰

Resultatene viser at for 72 prosent av Nav-kontorene er faktisk avslagsrate statistisk signifikant forskjellig fra den forventede avslagsraten. Med andre ord er avviket større enn hva man kunne forvente som følge av tilfeldigheter alene.

⁶⁰ Metoden er nærmere beskrevet i kapittel 15.2.3.

Omtrent to av tre kontorer har lavere avslagsrate enn forventet fra modellen. Ser vi på den absolutte størrelsen på avviket er en fjerdedel av kontorene mindre enn 2 prosentpoeng fra forventningen, 41 prosent er mellom 2 og 5 prosentpoeng fra, en fjerdedel er mellom 5 og 8 prosentpoeng fra, og 9 prosent av kontorene er over 8 prosentpoeng fra forventningen. Ser vi på relative avvik så avslår nesten en femtedel av kontorene under halvparten så mange søknader som forventet, mens 2 prosent av kontorene avslår over dobbelt så mange som forventet.

Vi ser for eksempel at bydelene Sagene og St. Hanshaugen i Oslo har tilnærmet like predikerte avslagsrater på 16–17 prosent. Likevel viser de faktiske tallene en betydelig forskjell – med henholdsvis 16 prosent avslag i Sagene og 30 prosent i St. Hanshaugen. Et lignende mønster finner vi i nabokommunene Tønsberg og Sandefjord, hvor avslagsratene er 32 prosent og 16 prosent, selv om modellen tilsier at avslagsraten skulle vært omtrent lik (på 14 prosent).

Det er noe usikkerhet ved disse tallene, siden regresjonsmodellen ikke nødvendigvis fanger opp alle relevante forskjeller mellom søkere. Likevel indikerer de betydelige forskjellene vi finner at praktiseringen av regelverket og skjønnsutøvelsen varierer mellom Nav-kontor. Med andre ord ser det ut til at sannsynligheten for å få innvilget AAP avhenger av hvor i landet søkeren bor.

5.5.2 Flere får innvilget AAP, selv om inngangen til ytelsen skulle bli smalere 2018

I 2018 ble regelverket for AAP presisert for å målrette ordningen tydeligere mot helserelaterte behov og redusere varigheten i ytelsesløpet. En intensjon ved endringene var å gjøre inngangen til ytelsen smalere ved å presisere i loven at sykdom, skade eller lyte må være en vesentlig medvirkende årsak til at arbeidsevnen er nedsatt. Dette innebærer at helseproblemer må ha en klart dokumenterbar betydning for arbeidsevnereduksjonen – det er ikke tilstrekkelig at sykdom spiller en mindre eller indirekte rolle. Samtidig ble formålsparagrafen justert for å understreke at AAP er en helserelatert ytelse.⁶¹

Vi har analysert om søknadsbehandlingen har endret seg i løpet av perioden 2017–2023. Metoden er hovedsakelig lik den i analysen av Nav-kontorenes søknadsbehandling: vi sammenlikner den faktiske avslagsraten med en forventet avslagsrate per år basert på regresjonsanalyse på individnivå. Resultatene tyder på en strengere praksis i 2018 etter regelverksendringen, med en avslagsrate høyere enn forventet fra modellen. Men i årene som fulgte gikk utviklingen i motsatt retning. Fra 2020 til 2023 er avslagsraten lavere enn forventet, noe som tyder på at praksisen var mindre streng enn før regelverksendringen. Dette funnet stemmer overens med tidligere analyser utført av Nav.⁶²

En av intensjonene bak regelverksendringene i 2018 var å gjøre inngangen til ordningen smalere. Våre analyser tyder på at inngangen ikke er smalere. Mer sannsynlig er det at den er videre.

⁶¹ Prop. 74 L (2016–2017).

⁶² Danielsen, Kalstø og Grønlien (2023), s. 33; Lande (2021), s. 81.

5.6 Mange AAP-mottakere deltar ikke i arbeidsmarkedstiltak

Vi har undersøkt dem som fikk innvilget AAP og har mottatt dette i minst 12 måneder i perioden 2015–2023. Til sammen er dette 289 444 personer.

Det er viktig å være oppmerksom på at utvalget vårt bare omfatter personer som har hatt et arbeidsforhold i perioden 2015–2023. Rundt en femtedel av AAP-mottakerne kommer imidlertid inn i ordningen uten å ha vært i arbeid,⁶³ noe som innebærer at våre tall ikke gir et fullstendig bilde av situasjonen for alle mottakere.

Undersøkelsen viser at de fleste (82 prosent) som mottar AAP deltar i arbeidsrettede tiltak eller er i arbeid i løpet av det første året de mottar ytelsen. Samtidig går nesten én av fem (18 prosent) AAP-mottakere, som har hatt et arbeidsforhold mellom 2015 og 2023, det første året uten å delta i tiltak eller å være arbeid. Dette utgjør omtrent 50 000 personer i løpet av perioden. Mangelen på deltakelse i tiltak eller arbeid kan skyldes at de ikke får tilbud om tiltak eller mottar behandling som ikke lar seg kombinere med aktivitet.

Blant dem som deltar i tiltak eller er i arbeid i løpet av det første året med AAP, er det 30 prosent som har vært i aktivitet eller arbeid i inntil tre måneder, mens en tilsvarende andel har vært i arbeid eller tiltak i ni til tolv måneder.

For mange AAP-mottakere tar det lang tid fra de starter å motta arbeidsavklaringspenger til de starter i et arbeidsmarkedstiltak. Våre analyser viser at det i gjennomsnitt tar minst 17 måneder for de som har hatt AAP i minst ett år og ikke jobbet i perioden.⁶⁴ Nav-kontorer vi har intervjuet rapporterer om ventetid på opptil ti måneder for enkelte tiltak. Direktoratet oppgir at ventetiden fra en person får et vedtak om behov for bistand for å beholde eller skaffe seg arbeid (14a vedtak) til personen er i tiltak, i snitt er ca. seks måneder. Samtidig er det lang ventetid på tilbud i helsetjenesten, noe som kan forhindre at brukere kommer i gang med tiltakene. Når AAP blir en passiv ytelse kan motivasjonen til ytelsesmottakeren bli svekket, og personen får hull i CV-en som kan vanskeliggjøre framtidige arbeidsforhold.

Intensjonen med å innføre AAP var å etablere en helhetlig og yrkesrettet, aktiv ytelse som skulle bidra til å bringe personer med nedsatt arbeidsevne tilbake i arbeidslivet. Ordningen skulle kombinere økonomisk sikkerhet med tydelige krav til aktivitet og oppfølging, slik at mottakerne kunne delta i arbeidsrettede tiltak, kvalifisering eller medisinsk behandling med sikte på å styrke mulighetene for ordinært arbeid. Tiltakene er også avgjørende for å få avklart arbeidsevnen til personer som mottar AAP. Riksrevisjonen mener at det er for mange mottakere av AAP som ikke deltar på tiltak eller er i arbeid. Konsekvensen er at mange personer ikke er nærmere retur til arbeidsliv eller avklaring av arbeidsevnen.

⁶³ Hetland, Hetland og Normann (2022, s. 17).

⁶⁴ Tallet viser aritmetisk gjennomsnitt, som sannsynligvis underestimerer varigheten på grunn av høyresensurering. Et alternativt mål, RMST, gir en gjennomsnittlig ventetid på 23 måneder med en valgt tidshorisont på 5 år på AAP.

5.6.1 Arbeidsevnen til 40 prosent av dem som når maksgrensen på AAP er ikke ferdig avklart

Som hovedregel kan man motta AAP i tre år. Dette er vurdert som tilstrekkelig tid til å avklare en persons arbeidsevne. Blant dem som når maksperioden på tre år, vil anslagsvis 40 prosent starte en ny AAP-periode umiddelbart etter at den forrige er avsluttet. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet kan det skyldes at prosessen å prøve ut arbeidsevnen ikke har vært tilstrekkelig gjennomført, eller at brukerens helse- og arbeidssituasjon fortsatt er uavklart.⁶⁵

Ettersom tiltaksplasser er en knapphetsressurs har etaten tidligere prioritert hvem som kan få arbeidsmarkedstiltak.⁶⁶ Prioriterte grupper for arbeidsmarkedstiltak er unge, langtidsledige og innvandrere fra ikke-vestlige land. Det er gode samfunnsøkonomiske grunner til å prioritere disse gruppene. Samtidig risikerer etaten at brukere som ikke prioriteres for tiltak, ikke får arbeidsevnen sin godt nok avklart. Etaten har svakere kunnskapsgrunnlag for å vurdere arbeidsevnen til ytelsesmottakere som i mindre grad deltar på arbeidsmarkedstiltak.

Nav klageinstans erfarer at det er stor forskjell i om Nav-kontorene innhenter oppdaterte medisinske opplysninger og hvor aktivt kontorene iverksetter tiltak som kan gi svar i forbindelse med utredning av arbeidsevnen. Klageinstansen melder om et stort antall saker hvor brukere mottar AAP fram til stønadsperioden er brukt opp, og brukerne søker om ny periode. Først ved ny søknad blir det innhentet oppdatert dokumentasjon og foretatt en ny reell vurdering av om arbeidsevnen er nedsatt.

5.7 Arbeids- og velferdsetaten har ikke alltid god nok informasjon om arbeidsevnen til søkere av uføretrygd

Uføretrygd skal sikre inntekt for personer som har fått inntektsevnen sin varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Skaden, sykdommen og lyten skal være hovedårsaken til at arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent.

5.7.1 Rådgivende lege brukes lite ved behandling av søknad om uføretrygd

I 2024 behandlet Arbeids- og velferdsetaten 38 960 søknader om uføretrygd. Av disse fikk 84 prosent innvilget søknaden og 16 prosent avslag.⁶⁷

Ved behandling av søknad om uføretrygd vil rådgivende lege kunne bistå etatens saksbehandlere i å vurdere om det foreligger sykdom i henhold til folketrygdlovens sykdomsbegrep, om det er årsakssammenheng mellom sykdom, skade, lyte og den reduserte funksjonsevnen,⁶⁸ om hensiktsmessig behandling er gjennomgått⁶⁹ og om

⁶⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

⁶⁶ I Meld St. 33 (2023–2024) fremheves det at Regjeringen framover - i stedet for å prioritere grupper for arbeidsmarkedstiltak - heller vil utforme prioriteringer av sentrale målgrupper for den samlede arbeidsrettede innsatsen.

⁶⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

⁶⁸ Folketrygdloven (1997), § 12-6.

⁶⁹ Folketrygdloven (1997), § 12-5.

tilstanden er varig.⁷⁰ Varighetskravet er i hovedsak syv år eller mer. Dersom det antas at tilstanden vil endre seg vesentlig i løpet av noen år, vil varighetskravet ikke være oppfylt.

Undersøkelsen viser at de ble konsultert i omtrent to prosent av søknadene om uføretrygd. Det er flere gode argumenter for å bruke rådgivende lege i saksbehandlingen av uføresaker. Vilkårsvurderingen ved søknad om uføretrygd følger hovedårsakslæren. Dette innebærer at det medisinske skal være hovedårsak til arbeidsuførheten. Vilkårsvurderingen ved søknad om AAP følger vesentlighetslæren. Dette innebærer at det kreves tyngre medisinsk dokumentasjon fra behandlende lege for å få uføretrygd enn å få AAP.

Uføretrygd utgjør en varig inntektssikringsytelse. Siden ytelsen er permanent og konsekvenser for både individets tilknytning til arbeidsmarkedet og for samfunnets økonomiske bæreevne er det viktig at ytelsesmottaker innfrir de medisinske inngangsvilkårene.

Uføresakene blir derimot ikke prioritert for saksbehandling av rådgivende leger. I henhold til etatens rutiner skal minst ett av følgende kriterier være oppfylt for at en sak til rådgivende lege skal gis høy prioritet:

- Saken gjelder en livsoppholdsytelse hvor brukeren vil stå uten inntekt.
- Saken gjelder et alvorlig sykdomstilfelle.

I visse tilfeller vil søknader om uføretrygd innfri disse kriteriene, men mange av søkere om uføretrygd mottar allerede AAP, og har dermed en inntektssikring.

Det har tatt svært lang tid å få svar fra rådgivende lege. Den forventede saksbehandlingstiden for uføretrygd hos Nav er på fem måneder. Innen denne tiden skal Arbeids- og velferdsetaten fatte et vedtak. Samtidig har ventetiden på svar fra rådgivende lege i mange tilfeller vært lengre. Ventetiden på svar fra rådgivende lege etter skriftlige henvendelser på ikke-hastesaker, det vil si at brukeren ikke står uten en livsoppholdsytelse, inkludert uføre, har vært rundt åtte måneder. Per mai 2025 er ventetiden på disse sakene på om lag to måneder. Når svartiden fra rådgivende lege tidvis har vært lengre enn etatens saksbehandlingstid av ytelsen heves terskelen for å konsultere rådgivende lege.

De to enhetene i Nav arbeid og ytelser vi har intervjuet forteller at de i liten grad bruker rådgivende lege. En enhet oppgir at det har vært gjort vedtak i uføresaker hvor de ikke tok kontakt med rådgivende lege om behandlingsvilkår fordi det tok for lang tid.

Riksrevisjonen mener det er bekymringsfullt at Arbeids- og velferdsetaten sjelden konsulterer rådgivende lege når de saksbehandler søknader om uføretrygd. Manglende bruk av rådgivende lege kan føre til at etaten innvilger en varig ytelse til personer som ikke oppfyller kravene i folketrygdloven, eller at personer som oppfyller kravene ikke får ytelsen innvilget.

⁷⁰ Folketrygdloven (1997), § 12-7.

5.7.2 Andelen som får innvilget gradert uføretrygd har ikke økt etter uførereformen av 2015

1. januar 2015 ble det innført et nytt regelverk for uføretrygd. Reformen skulle stimulere til økt bruk av gradert uføretrygd. I likhet med graderte sykmeldinger, bygger reformen på ideen om at det beste for den enkelte er å opprettholde en viss tilknytning til arbeidslivet.

Siden 2015 har andelen som får innvilget full uføretrygd økt fra 74 prosent til 77 prosent. Samtidig viser studier at de som er innvilget full uføretrygd jobber noe mer i dag, sammenlignet med før reformen. De som oftest får gradert uføretrygd er i 40- og 50-årene. Dette er i en alder der brukeren gjerne har en etablert tilknytning til arbeidslivet, som det er enklere beholde, sammenlignet med yngre brukere.

Samtidig som det ikke er en økning i andelen som mottar gradert uføretrygd er det nå enklere å kombinere full uføretrygd med arbeid ved siden av. Tidligere risikerte ytelsesmottakeren at ytelsen kunne bli revurdert dersom hen jobbet mer enn det daværende fribeløpet på 1G. I dag kan fullt utføre jobbe inntil 80 prosent, men inntekt over 0,4G fører til en avkortning i trygdeytelsen.

5.8 Rammene for jobben som fastlege gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden

Leger skal gi medisinsk oppfølging til sine pasienter. Samtidig har de en rolle som medisinsk sakkyndige overfor Nav når pasienter søker om helserelaterte ytelser. Dette kalles gjerne å ha en portvokterrolle for folketrygden. De må da vurdere om pasienten er arbeidsufør, og om arbeidsuførheten skyldes sykdom eller skade. Dette skjer i skjæringspunktet mellom medisinsk skjønn og rettslige vilkår.

Legers erklæringer danner i praksis grunnlaget for Navs forvaltningsvedtak. En legeerklæring om arbeidsuførhet tillegges stor vekt når Arbeids- og velferdsetaten saksbehandler søknader om AAP og uføretrygd. Ved utbetaling av sykepenger forutsetter Nav i alminnelighet at sykdomskravet i folketrygdloven er oppfylt når en lege sykmelder. Om lag 85 prosent av alle sykmeldinger skrives ut av fastleger.⁷¹ Det gir fastleger den mest sentrale rollen i vurderingen av om pasienter har krav på sykepenger.

Studier viser at rollen som sakkyndig kan oppleves som utfordrende for fastleger.⁷² Dette skyldes blant annet at det er en iboende konflikt mellom å være behandler og portvokter for folketrygden. Portvokterrollen utfordrer legens profesjonelle identitet. Medisinsk etikk vektlegger pasientens beste, men folketrygdlovens krav til dokumentasjon og objektivitet i vurderinger kan komme i konflikt med pasientens subjektive behov og ønsker. I vår spørreundersøkelse oppga 69 prosent av fastlegene at å være pasientens behandler og samtidig vurdere pasientens arbeidsevne ofte kommer i konflikt. Kun 49 prosent oppga at de mener fastleger bør ha oppgaven med å vurdere om egne pasienter har nedsatt arbeidsevne som følge av sykdom, lyte eller skade.

⁷¹ Prop. 42 L (2022–2023).

⁷² Aamland og Mæland (2016), Nilsen og Malterud (2017), Breivold et.al. (2022), Hoff et.al. (2024).

Også organisatoriske og relasjonelle aspekt ved fastlegejobben kan svekke funksjonen som portvokter. Fastleger har en stor arbeidsbelastning, og har fått begrenset opplæring i arbeid med sykmelding og legeerklæringer til Nav.⁷³ Mange leger har utilstrekkelig informasjon om pasienters arbeidsplass og arbeidskrav når de skal vurdere pasienters arbeidsevne.⁷⁴ De kan erfare en forbrukerholdning blant noen pasienter,⁷⁵ som innebærer at pasienter forventer å få sine ønsker innfridd uavhengig av legens medisinske vurderinger. Pasienter kan forvente at legen utsteder sykmelding hvis pasienten ber om det.⁷⁶ I tillegg kan det å avise pasientens ønsker ha både sosiale og økonomiske kostnader for fastlegen.⁷⁷ Det kan oppstå konflikter som kan skade lege-pasient relasjonen. Videre vil fastleger generelt ha økonomiske fordeler av kortere konsultasjoner, og det kan være betydelig mer tidkrevende å gå i dialog pasienter som ber om sykmelding enn å etterkomme pasientens ønske.

En viktig intensjon med endringene i folketrygdloven i 1993, var å klargjøre skillet mellom sykdom og livsproblemer. I forarbeidene ble det vist til en gradvis liberalisering av sykdomsbegrepet, der naturlige reaksjoner og belastende livssituasjoner i økende grad sidestilles med sykdom.⁷⁸

Det er i praksis utfordrende å trekke et klart og konsekvent skille mellom medisinsk sykdom og normale livsbelastninger. Folketrygdloven forsøker å gjøre dette ved å skille mellom sykdom på den ene siden, og sosiale eller økonomiske problemer på den andre. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske forhold, gir etter loven ikke rett til sykepengen. Likevel anerkjenner både folketrygdloven og Helsedirektoratets sykmelderveileder at belastende livssituasjoner kan utvikle seg til sykdom.

Det kan være tidkrevende og faglig vanskelig for fastleger å gjøre en grundig funksjonsvurdering av pasienter. I situasjoner hvor det er få objektive funn knyttet til pasientens plager, baserer leger funksjonsvurderingen i stor grad på pasientens egen framstilling.⁷⁹

Riksrevisjonen vurderer at strukturelle, organisatoriske og relasjonelle aspekter ved jobben som fastlege, gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden i henhold til myndighetenes krav. Når Arbeids- og velferdsetaten legger stor vekt på sykmelderens vurdering av arbeidsuførhet, er det avgjørende at denne vurderingen er faglig godt fundert, basert på tilstrekkelig informasjon, og innenfor rammer som støtter kvalitet.

⁷³ Helse- og omsorgsdepartementet (2023).

⁷⁴ Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger.

⁷⁵ Breivold et.al. (2022, s. 127).

⁷⁶ Hoff et.al. (2024), Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger.

⁷⁷ Hoff et.al. (2024).

⁷⁸ Ot.prp. nr. 39 (1992–1993).

⁷⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2023), punkt 7.4.1.

6 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet

- forsterker arbeidet med å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan identifisere hvilke brukere som har behov for sykefraværsoppfølging
- påser at Arbeids- og velferdsetaten systematisk fanger opp og håndterer svakheter knyttet til automatiseringen av saksbehandlingen for sykepengen
- sørger for bedre informasjonsutveksling og samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og fastlegene i sykefraværsoppfølgingen
- i samarbeid med helsemyndighetene, understreker lovens intensjon om bruk av gradert sykemelding
- sikrer at AAP i større grad blir en aktiv arbeidsrettet ytelse, slik at mottakernes arbeidsevne avklares
- forsterker arbeidet med å heve kvaliteten i søknadsbehandlingen for helserelaterte ytelser, for å bedre likebehandlingen av søknader og sikre at folk får riktig ytelse
- sørger for hensiktsmessig bruk av rådgivende leger i Arbeids- og velferdsetaten, slik at deres medisinske kompetanse styrker kvaliteten i vedtaksprosessene og oppfølgingen av mottakere av helserelaterte ytelser
- utreder fastlegenes portvokterrolle for folketrygden

7 Svar fra statsråden

Dokument 3:5 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet* ble oversendt statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet til uttalelse. Svaret fra statsråden er lagt i vedlegg 2.

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Statsråden viser til at Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger i stor grad sammenfaller med kunnskapen og forståelsen hun har om sentrale utfordringer Arbeids- og velferdsetaten står overfor i sitt arbeid med å forhindre frafall fra arbeidslivet. Dette er forhold som i stor grad har vært kjent og hvor årsakene til utviklingen er sammensatt. Statsråden peker i sitt svarbrev på en rekke tiltak som er iverksatt som vil kunne bidra til å styrke Arbeids- og velferdsetatens innsats for at flere kommer i arbeid og færre går på stønad. Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger peker på områder som statsråden vil ha oppmerksomhet på fremover og utvikle videre.

Statsråden skriver at hun ikke kan se at Riksrevisjonens undersøkelser gir tydelig grunnlag for å anta at Arbeids- og velferdsetatens automatiserte behandling av søknader om sykepenge fører til at personer kommer inn i ordningen som skulle vært avvist iht. folketrygdloven. Riksrevisjonen viser til at konklusjonens ordlyd er «Det kan stilles

spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger».

Riksrevisjonen mener det er positivt at Arbeids- og velferdsdirektoratet leter etter måter å effektivisere masseforvaltningen av søknader om sykepenger. Imidlertid ser vi at interne juridiske miljøer i direktoratet tolker sentrale bestemmelser på sykepengeområdet ulikt, og det er uenighet om etaten i tilstrekkelig grad kontrollerer vilkårene i folketrygdlovens for rett til sykepenger i den automatiserte saksbehandlingen.

Statsråden trekker i sitt svarbrev også frem at variasjon i avslagsrate på AAP-søknader i seg selv ikke er kritikkverdig, og at det ulike forhold som kan forklare det. Riksrevisjonen er enig i at det er naturlig med en viss variasjon i avslagsraten på AAP-søknader mellom Nav-kontor, fordi karakteristika ved søkerne og lokale arbeidsmuligheter kan variere, og fordi det er skjønn involvert. Når det tas høyde for ulikhet i søkermasse og arbeidsmarked, er likevel forskjellen i avslagsraten større enn hva en kunne forvente. Riksrevisjonen mener dette tyder på at praktiseringen av regelverket og skjønnsutøvelsen varierer systematisk mellom Nav-kontor.

Når det gjelder funnet om en mindre streng praksis etter 2018, viser statsråden til at det har vært betydelige regelverksendringer i AAP-ordningen, som kan ha påvirket utfallet av saksbehandlingen. Det kan ikke utelukkes at regelverksendringene kan ha påvirket hvem som søker og får innvilget AAP. Riksrevisjonen mener likevel at disse endringene ikke skulle tilsi en så stor oppmykning i vedtakspraksis som vi finner i årene 2018–2023 (se kapittel 13.3.3). Oppmykningen vi finner er også i tråd med andre publiserte undersøkelser.

Statsråden peker videre på at årsakene til utviklingen i frafallet fra arbeidslivet er sammensatt, og at det er iverksatt flere tiltak for å bedre samarbeidet med helse- og utdanningssektorene. Riksrevisjonen deler statsrådets syn om at også andre sektorer er viktige i arbeidet med å forhindre frafall fra arbeidslivet. Riksrevisjonen vil likevel understreke Arbeids- og velferdsetatens helt sentrale rolle i gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken for å hindre frafall fra arbeidslivet.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 21. november 2025

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Medlemmet Arve Lønnum har følgende merknad:

Kollegiets medlem Lønnum bemerker at det generelt økte omfang av arbeidsavklaringspenger og uføretrygding med markant vekst blant de yngste er et alvorlig problem både for staten og enkeltpersonene det gjelder. Det er ut fra den generelle mangelen på arbeidskraft og ut fra de relativt sett svært gode og sunne levekårene i Norge vanskelig å forstå at det er nødvendig at så mange mennesker blir kanalisert ut av arbeidslivet og inn på offentlige budsjetter. For samfunnet og de enkelte er dette et stort tap.

Riksrevisjonens undersøkelse indikerer at det kan være flere eller sammensatte årsaker til den urovekkende utviklingen. Noe av problemet kan ligge i regelverket, noe i varierende tolkinger, og noe kan ligge i at systemet har innebygde svakheter både ved inngangen til ordningene og i kontrollen deretter. Det kan være både for lett og for vanskelig å komme inn under de rette ordninger for å unngå passivisering og utenforskap. Det virker etter undersøkelsen ikke usannsynlig at ordningene kan bli helt eller delvis misbrukt, kanskje endog utilsiktet fra de enkelte aktørenes side. Undersøkelsen gir også grobunn for å frykte at tiltak for å bringe mennesker ut av ordningene og inn i arbeidslivet ikke fungerer.

Undersøkelsen viser at fastlegenes rolle som portvokter er en skanse som en stor andel av fastlegene selv finner både uhensiktsmessig og komfortabel. Undersøkelsen viser at hvis det skjer feil i denne «porten», vil feilen forplante seg videre i systemet og lett føre til at en høy andel av dem som passerer, vil komme inn i trygdeordninger de ikke skulle vært i, og i lang tid vil forbli der. Etter dette medlems syn kunne Riksrevisjonens undersøkelse med fordel ikke stoppet der den gjorde nå. Det kunne med fordel vært gått nøyere inn i data som belyser tydeligere hvor svakhetene ligger, og hvilke dimensjoner det er i de respektive.

Undersøkelsen gir likevel nokså tydelige indikasjoner på hvor ansvarlig departement bør søke for å finne både feil og forbedringer. Det er etter dette kollegiemedlems syn ikke akseptabelt at statsrådets svar ikke inneholder noen konkrete tiltak og heller ikke bærer bud om en konkret gjennomgripende plan for å forebygge feilaktig eller uheldig bruk av ordningene. Sett hen til at mange unge som kommer inn under ordningene, ser ut til å kunne være i dem i opptil rundt 40 år før de kommer inn under ordinær alderspensjon, skulle en anta at det ville ha svært høyeste prioritet å sørge for at ordningene fungerer etter hensikten.

Del 2:

Riksrevisjonens faktagrunnlag

9 Bakgrunn

Arbeidskraft er en svært viktig ressurs. Sysselsettingen i Norge er høy sammenlignet med andre land, men Norge har også en høy andel personer som har falt ut av arbeidslivet. Mange av disse mottar helserelaterte ytelser. Per desember 2024 var det registrert 158 500 personer som mottok arbeidsavklaringspenger (AAP) og 373 000 som mottok uføretrygd.⁸⁰ Til sammen utgjør dette 15 prosent av befolkningen i aldergruppen 18–66 år. I tillegg var det egenmeldte- og legemeldte sykefraværet 7 prosent i fjerde kvartal 2024.⁸¹

Flere norske og internasjonale utredninger peker på behovet for å få flere personer over fra trygdeytelser til arbeid.⁸² Perspektivmeldingen 2024 vurderer at det i framtiden vil være et større behov for å mobilisere mer arbeidskraft for å løse samfunnets oppgaver. Allerede i dag har flere kommuner og næringer allerede i dag har betydelige utfordringer med å rekruttere kompetent arbeidskraft.⁸³

Frafall fra arbeidslivet er en utfordring med store konsekvenser – både for enkeltmennesker og for samfunnet som helhet. Å delta i arbeidslivet gir ikke bare økonomisk trygghet, men kan også bidra til sosial tilhørighet, mestring og bedre helse. Når mange står utenfor arbeidslivet, svekkes grunnlaget for velferdsstaten, samtidig som ulikhetene i samfunnet øker.

For enkeltmennesket kan det å være i arbeid være positivt for helsen når arbeidsmiljøet er tilfredsstillende.⁸⁴ Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har et stadig sterkere kunnskapsgrunnlag som tilsier at det kan være positivt for helsen å arbeide, selv med helseplager.⁸⁵ Sykefravær kan blant annet være uheldig for mange med psykiske lidelser.⁸⁶

Arbeids- og velferdsetaten har en sentral rolle i gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken. Etaten skal blant annet følge opp mottakere av sykepenger og AAP med mål om å få flest mulig i eller tilbake til arbeid. Hvis etatens saksbehandling og oppfølging er mangelfull, kan det gjøre det vanskelig å nå målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet.

Velferdspolitikken skal sikre like muligheter, rettigheter og plikter for alle, uavhengig av bakgrunn. Arbeids- og velferdspolitikken skal gjøre det mulig for flest mulig å forsørge seg gjennom arbeid, mens inntektssikringen skal gi økonomisk trygghet for dem som ikke kan arbeide og bidra til utjevning over livsløpet.⁸⁷

⁸⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet [Statistikk - nav.no](#)

⁸¹ Dette gjelder for personer mellom 16 og 69 år. [12439: Sykefravær for lønnstakere\(prosent\), etter type sykefravær, statistikkvariabel, kvartal og kjønn. Statistikkbanken](#)

⁸² Se f.eks. NOU 2019:7, NOU 2021: 2, Meld. St. 31 (2023–2024), Meld. St. 33 (2023–2024), OECD (20245) og International Monetary Fund (2025).

⁸³ Meld. St. 31 (2023–24, s. 57).

⁸⁴ Folkehelseinstituttet (2022), Folkehelse rapporten, Arbeid som helsefremjænde faktor.

⁸⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet (2016, s. 3 og s. 89).

⁸⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet (2016 s. 89).

⁸⁷ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024b).

9.1 Innretningen av helserelaterte ytelser

9.1.1 Sykepenger

Sykepenger skal erstatte inntekten når en arbeidstaker ikke kan jobbe på grunn av sykdom eller skade. For at en person skal ha rett til sykepenger, må de følgende vilkårene være oppfylt:⁸⁸

- Personen er medlem av folketrygden.
- Personen er under 70 år.
- Personen er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade.
- Personen har sykmelding fra lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.
- Personen er sykmeldt minst 20 prosent av den totale arbeidstiden.
- inntektsgrunnlaget for sykepenger må utgjøre minst 50 prosent av grunnbeløpet.
- Tap av pensjonsgivende inntekt på grunn av arbeidsuførhet.

Dersom vilkårene er oppfylt, kan en person motta sykepenger i inntil ett år. Sykepenger gis fra første sykedag. Det er arbeidsgiver som dekker sykepengene de første 16 dagene av sykefraværet, deretter dekker staten resten av sykefraværsperioden.

Sykepengene dekker 100 prosent av lønnen opp til seks ganger grunnbeløpet i folketrygden (6 G).⁸⁹ Personer som tjener mer enn 6 G, må dekke eventuelle tap enten selv, gjennom private forsikringer eller gjennom avtaler med arbeidsgiver. Minst én av tre personer har avtalefestet rett på lønn fra arbeidsgiveren sin under sykdom i henhold til tariffavtalene. Blant disse er ansatte i offentlig sektor, som statlige og kommunale virksomheter.⁹⁰

Arbeidstakere har oppsigelsesvern i sykefraværsperioden, men etter tolv måneder kan arbeidsgiveren vurdere oppsigelse etter saklig grunn.

9.1.2 Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger (AAP) erstattet de tre midlertidige helserelaterte ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad i 2010. Hensikten med AAP er å sikre inntekt ved sykdom, skade eller lyte, og det er brukeren selv som må søke om ytelsen. For å ha rett på arbeidsavklaringspenger må brukeren oppfylle de følgende vilkårene:

- Arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom, skade eller lyte.⁹¹
- Arbeidsevnen er nedsatt til alle typer arbeid personen er kvalifisert for.
- Brukeren har vært medlem i folketrygden sammenhengende i minst fem år før krav om ytelsen settes frem.
- Brukeren er mellom 18 og 67 år.

⁸⁸ Folketrygdloven (1997), kapittel 8.

⁸⁹ Grunnbeløpet i folketrygden blir brukt til å beregne mange av Navs utbetalinger. Beløpet blir oppdatert 1. mai hvert år og blir bestemt av Stortinget etter trygdeoppgjøret. Per 1. mai 2025 er 1 G 130 160 kroner (Nav 2025).

⁹⁰ LO (2024).

⁹¹ Ved yrkesskade gjelder 30 prosent.

Når Arbeids- og velferdsetaten vurderer om en persons arbeidsevne er nedsatt, er det mange faktorer som kan spille inn i vurderingen, blant annet helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter på steder der det er rimelig at personen tar arbeid. For at AAP skal innvilges, må helseutfordringene være en vesentlig årsak til den nedsatte arbeidsevnen. Dette skiller seg fra vurderingene Arbeids- og velferdsetaten gjør ved saksbehandlingen av uføretrygd. Der kreves det at helseutfordringene skal være hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen.

AAP dekker 66 prosent av inntekt opp til 6 G og beregnes ut fra pensjonsgivende inntekt året før arbeidsevnen ble nedsatt med minst 50 prosent. Som hovedregel kan en bruker motta arbeidsavklaringspenger i inntil tre år. Denne perioden kan forlenges med inntil to år hvis brukeren kan oppnå en arbeidsevne på mer enn 50 prosent og allerede er i jobb, eller deltar på et opplæringstiltak.

Det er ikke et krav at personen må ha tidligere arbeidsforhold, for å kunne motta arbeidsavklaringspenger. Selv om to tredjedeler av dem som innvilges arbeidsavklaringspenger, kommer fra et sykefraværsløp, er det ikke et krav at brukeren skal ha mottatt sykepenger, for å kunne søke arbeidsavklaringspenger.

Det er mulig å kombinere arbeidsavklaringspenger med arbeid. I slike tilfeller vil Nav justere størrelsen på utbetalingen av arbeidsavklaringspengene etter inntekt.

9.1.3 Uføretrygd

Formålet med uføretrygd er å sikre inntekt for personer som har fått inntektsevnen sin varig nedsatt på grunn av en sykdom, skade eller lyte. For å få uføretrygd må personen ha gjennomført hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak.

For å kvalifisere for uføretrygd må personen oppfylle flere grunnleggende vilkår:

- Søkeren må være mellom 18 og 67 år.
- Søkeren må ha vært medlem av folketrygden i de siste fem årene fram til uføretidspunktet, noe som innebærer at man må ha fast tilknytning til Norge.⁹²
- Vedkommende må ha en varig sykdom, skade eller lyte.
- Søkerens inntektsevne må være varig nedsatt med minst 50 prosent.

Vurderingen av om uføretrygd skal innvilges, baserer seg på søkerens inntektsevne, ikke arbeidsevne. Mens nedsatt arbeidsevne innebærer en redusert evne til å utføre arbeid, uavhengig av inntekt, innebærer nedsatt inntektsevne at personens faktiske inntekt er redusert. Inntektsevne betyr evne til å utføre inntektsgivende arbeid. Vurderingen av inntektsevnen gjøres ved å sammenligne personens inntekt før og etter uførhet.

Dersom en person mottar AAP når søknaden settes frem, er det tilstrekkelig at inntektsevnen er redusert med 40 prosent.⁹³ I tilfeller der uførhet skyldes en godkjent yrkesskade eller yrkessykdom, er kravet 30 prosent.⁹⁴

⁹² Kravet om medlemskap i folketrygden fravikes i den utstrekning det er nødvendig av hensyn til relevante bestemmelser i bl.a. trygdeforordningen.

⁹³ Lov om folketrygd §12-7.

⁹⁴ Lov om folketrygd §12-7.

Uføretrygd dekker 66 prosent av pensjonsgivende inntekt de tre beste av de siste fem årene før sykdom eller skade inntraff, opp til 6 G.

9.2 Organiseringen av Arbeids- og velferdsforvaltningen

Arbeids- og velferdsforvaltningen, også kjent som Nav, er den samlede organiseringen av tjenester og ytelser som staten og kommunene tilbyr gjennom et felles system. Den omfatter både statlige og kommunale oppgaver med å gi innbyggerne støtte og hjelp i møte med arbeidsliv, helseutfordringer og sosiale behov. Arbeids- og velferdsetaten er den statlige delen av denne forvaltningen. Etaten har ansvar for de fleste statlige ytelser, som dagpenger, sykepenger, pensjoner og ulike stønader, og samarbeider med kommunene som har ansvar for blant annet økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram. Arbeids- og velferdsforvaltningen ledes av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

I arbeidet med helserelaterte ytelser er særlig Nav-kontorene og enheten Nav arbeid og ytelser sentrale. Nav-kontorene er det viktigste kontaktpunktet mellom brukerne og Nav. Her jobber både statlig og kommunalt ansatte. De statlig ansatte har ansvar for å forvalte statlige ytelser og tjenester, inkludert AAP, sykepenger, dagpenger, uføretrygd og tiltakspenger. De gir også oppfølging til brukere med behov for arbeidsrettede tiltak og bistår med å få flere ut i arbeid eller aktivitet. De kommunalt ansatte har ansvar for de kommunale sosialtjenestene som inngår i Nav-samarbeidet. Disse omfatter økonomisk sosialhjelp, midlertidig botilbud, gjeldsrådgivning og individuell plan.

Nav arbeid og ytelser er en nasjonal enhet som har ansvar for å behandle søknader om flere helserelaterte ytelser, blant annet sykepenger, AAP og uføretrygd. Saksbehandlingen er spesialisert og fordelt på 11 enheter på 17 lokasjoner i landet. Hver ytelse behandles av egne team som håndterer søknader fra hele landet.

Den rådgivende legetjenesten i Nav gir enhetene i Nav hjelp med medisinske problemstillinger. Legetjenesten består av en sentral faggruppe i direktoratet i tillegg til rådgivende leger i Nav klageinstans, i arbeids- og tjenestelinja og i ytelseslinja. De rådgivende legene skal være særlig oppmerksomme på den enkelte brukers mulighet til å arbeide og være i aktivitet.

Nav klageinstans er ansvarlig for å behandle klager på vedtak som er fattet av Nav. Når en bruker klager på et vedtak, er det først den enheten som fattet vedtaket, som vurderer klagen. Hvis de opprettholder sitt opprinnelige vedtak, sendes saken videre til Nav klageinstans for en uavhengig vurdering. Hvert år utarbeider Nav klageinstans en kvalitetsrapport for å evaluere og forbedre kvaliteten på saksbehandlingen i Nav.

10 Frafall fra arbeidslivet

I dette kapittelet vil vi belyse hvordan frafallet fra arbeidslivet har utviklet seg. Å hindre frafall har vært en del av IA-avtalene siden 2001. For å undersøke omfanget av frafall over

tid har vi laget en ny frafallsindikator med utgangspunkt i definisjonen i avsnitt 2.2. Personer regnes som frafalt når de har vært i arbeid, og deretter er utenfor arbeid i en lengre periode.

10.1 Om frafallsindikatoren

Frafallsindikatoren vår tar utgangspunkt i alle personer som er i arbeid i et kvartal, og følger personene i tre påfølgende år. Dersom en person ikke har hatt arbeid i tre sammenhengende år kategoriseres vedkommende som frafalt. Vi viser to mulige utfall for dem som faller ut av arbeidslivet: ikke i arbeid uten ytelse, og ikke i arbeid med ytelse. Personer vi kategoriserer som frafalt er ikke nødvendigvis permanent ute av arbeidslivet, men de fleste av dem er utenfor også tre år senere. Nærmere beskrivelse av indikatoren og avgrensninger av populasjonen finnes i 17.2.1 og vedlegg 3.

10.2 Hvor mange faller ut av arbeidslivet?

Tabell 2 viser utviklingen i antallet og andelen personer som faller fra arbeidslivet totalt, og andelen som faller fra og samtidig mottar en ytelse, i perioden 2018–2023. Med ytelse mener vi sykepenger,⁹⁵ arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, dagpenger, sosialhjelp, tiltakspenger eller deltakelse i kvalifikasjonsprogram.

Tabell 2 Antall og andel frafalte personer per år, 2018–2023

År	Antall personer i arbeid*	Antall nye frafalte (andel)*	Antall nye frafalte med ytelse (andel)*
2018	1 998 280	34 905 (1,75 %)	20 299 (1,02 %)
2019	2 009 094	34 292 (1,71 %)	20 415 (1,02 %)
2020	2 030 359	34 107 (1,68 %)	20 162 (0,99 %)
2021	2 061 267	36 571 (1,77 %)	21 673 (1,05 %)
2022	2 092 406	38 930 (1,86 %)	23 397 (1,12 %)
2023	2 075 489	40 059 (1,93 %)	26 089 (1,26 %)

Kilde: Riksrevisjonen.

*Kun personer mellom 23 og 66 år som er bosatt i Norge og ikke pensjoneres i løpet av de neste tre årene.

Det totale antallet personer som årlig faller ut av arbeidslivet økte med omtrent 5 000 i perioden 2018 til 2023. Det utgjør en økning på omtrent 15 prosent. Økningen skjedde fra 2020 og framover. Andelen som faller ut årlig har hatt en svakere økning i perioden, fra 1,75 til 1,93 prosent, fordi antallet personer i arbeid også har økt. Relativt sett utgjør det en 10,3 prosent økning i andelen personer som årlig falt ut av arbeidslivet, i perioden 2018–2023. En mulig begrensning ved indikatoren er at vi mangler informasjon om

⁹⁵ Dette gjelder personer som har hatt minst 30 sykedager i et kvartal.

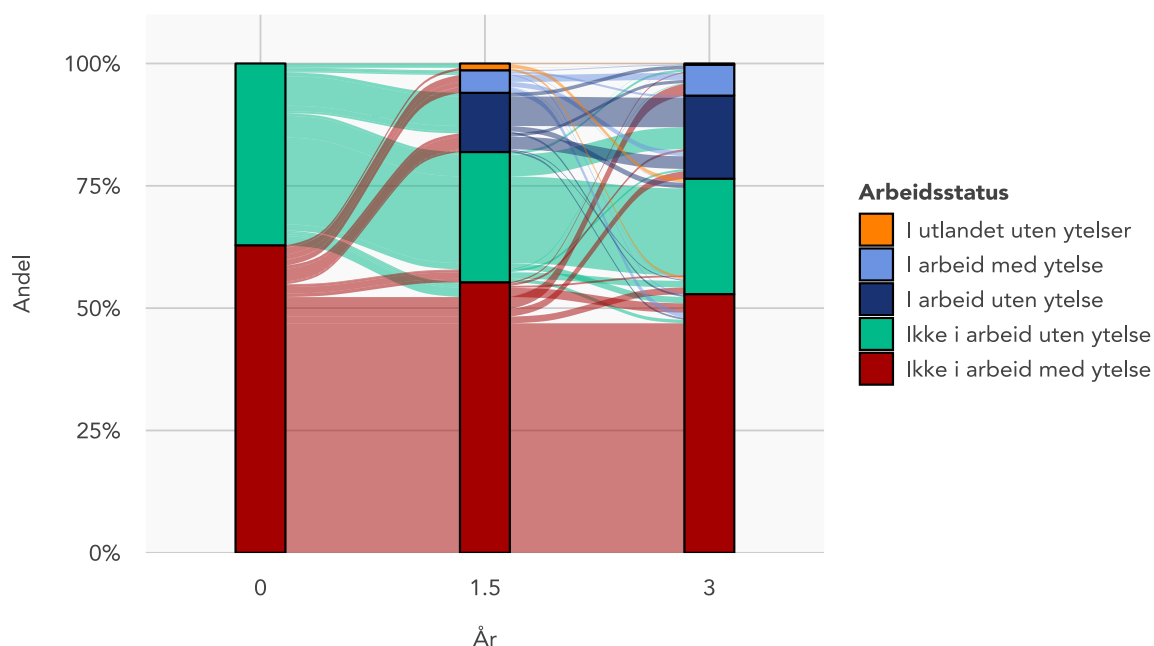
personen er i utdanning. Det kan føre til feilkategorisering. Dette er nærmere beskrevet i avsnitt 17.2.1.

Andelen som årlig faller fra og samtidig mottar en ytelse har økt fra 1,02 til 1,26 prosent i perioden. Det utgjør en økning på 23,5 prosent. Mesteparten av økningen skjedde fra 2022 til 2023. En mulig årsak kan være at mange gikk ut av arbeid i 2020 i forbindelse med koronapandemien. Økningen i antallet og andelen frafalte personer med ytelse er i tråd med økningen i mottakere av AAP og uføretrygd i samme periode. I 2023 mottok 65 prosent av personene som falt ut av arbeidslivet en ytelse. Tilsvarende andel i 2018 var 58 prosent. Utviklingen i mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er nærmere omtalt i henholdsvis kapittel 0 og 14.1.

10.2.1 Bevegelser etter frafall fra arbeidslivet

Figur 8 viser statusen til personer på tre tidspunkter: ved frafallstidspunktet, 1,5 år etter første kvartal som frafalt og 3 år etter første kvartal som frafalt. Frafallstidspunktet er vist som år 0, og det er tre år etter første kvartal uten arbeid. Vi grupperer personer etter om de er i arbeid, om de mottar en ytelse, og om de er i utlandet.

Figur 8 Status etter første kvartal som frafalt, 2018–2023



Kilde: Riksrevisjonen. $N = 99\,924$. Populasjonen er avgrenset til personer mellom 23 og 66 år, og personer som har minst 3 år igjen av tidsserien (personer som har falt fra før 2021).

Ved frafallstidspunktet (år 0) mottar nesten to tredjedeler (63 prosent) av de frafalte en ytelse. De frafalte som ikke mottar en ytelse inkluderer trolig både personer som er utenfor arbeidslivet – for eksempel personer som velger å være hjemme med barn, personer i fengsel og personer som blir forsørget av familie – samt noen som ikke egentlig er utenfor, for eksempel personer som har sluttet å jobbe for å være fulltidsstudent over flere år.

Tre år etter frafallstidspunktet er omtrent 76 prosent fortsatt uten arbeid, med eller uten ytelse. Til sammen har i overkant av 23 prosent hatt overgang til arbeid. Det er 6 prosent som kombinerer arbeidet med ytelsesmottak, og 17 prosent som ikke mottar ytelse og er i arbeid. I tillegg har 0,3 prosent flyttet til utlandet uten å motta ytelser.

Av dem som var uten arbeid og uten ytelse ved frafallstidspunktet er 54 prosent fremdeles uten arbeid og uten ytelse etter tre år. I overkant av 10 prosent står fremdeles uten arbeid, men mottar en ytelse. Det er en betydelig større andel i denne gruppen som har overgang til arbeid, enn i gruppen som mottok ytelse ved frafallstidspunktet. Om lag 35 prosent har hatt overgang til arbeid, og de fleste av disse mottar ikke ytelser. Denne gruppen inkluderer trolig personer som faktisk har vært utenfor arbeidslivet i en lengre periode, men har kommet tilbake i jobb igjen. Men den kan også tenkes å omfatte fulltidsstudenter som har hatt overgang til arbeid, og selvstendig næringsdrivende som har gått tilbake til et vanlig ansettelsesforhold. Omtrent 0,5 prosent av gruppen som ikke hadde arbeid eller ytelse, har flyttet til utlandet uten at de mottar en ytelse.

10.2.2 Faggruppen for IA-avtalens frafallsindikator

Faggruppen for IA-avtalen har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utviklet to indikatorer for frafall fra arbeidslivet: frafall etter langtidssykmelding og frafall ved tidligpensjonering. Vi belyser kun indikatoren for frafall etter langtidssykmelding. Den kategoriserer personer som frafalt hvis de har hatt sammenhengende sykefravær i ni måneder og ikke mottar lønn seks måneder senere.⁹⁶ Tabell 3 viser utviklingen i antallet og andelen som årlig faller fra ifølge denne frafallsindikatoren.

Tabell 3 Antall og andel langtidssykmeldte personer med frafall fra arbeidslivet, 18–66 år, 2018–2023

År	Antall ansatte	Antall personer med frafall	Frafall som andel av ansatte
2018	2 381 109	15 181	0,6 %
2019	2 418 730	15 281	0,6 %
2020	2 429 125	16 680	0,7 %
2021	2 414 795	14 939	0,6 %
2022	2 498 844	15 207	0,6 %
2023	2 544 416	17 778	0,7 %

Kilde: Faggruppen for IA-avtalen (2024), s. 46.

I perioden 2018–2022 var det en relativt flat utvikling i antall og andel personer som ikke er i arbeid seks måneder etter ni måneders sykefravær. Fra 2022 til 2023 var det en betydelig økning i antall personer med frafall. Faggruppen forklarer denne økningen med at det var en betydelig økning i antall og andel langtidssykmeldte, som igjen fører til økt

⁹⁶ Faggruppen for IA-avtalen (2024, s. 44).

frafall.⁹⁷ Felles for vår indikator og indikatoren til faggruppen for IA-avtalen, er at det er en betydelig oppgang i antall frafalte fra 2022 til 2023.

Det som skiller vår frafallsindikator fra denne indikatoren, er at vi tar utgangspunkt i alle personer mellom 23 og 66 år som har arbeid, mens faggruppen for IA-avtalen tar utgangspunkt i personer mellom 18 og 66 år som har sammenhengende sykefravær som strekker seg over minst ni måneder. Resultatet er at vår indikator fanger opp et høyere antall personer som faller ut av arbeidslivet, både med og uten mottak av ytelser. Det viser også at det er flere personer som faller ut av arbeidslivet som ikke er sykmeldt i minst ni måneder før frafall. Populasjonen som ligger til grunn i vår indikator er mindre på grunn av avgrensningene beskrevet i kapittel 17.2.1.

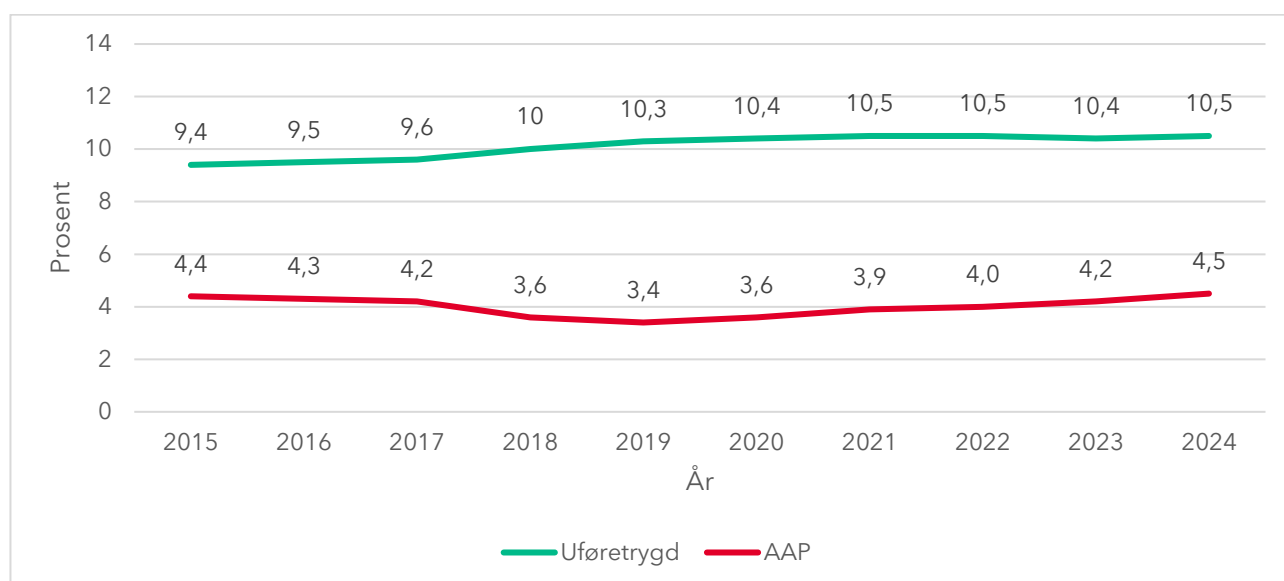
10.3 Omfang av personer som mottar helserelaterte ytelser

I Norge er frafall fra arbeidslivet nært forbundet med helserelaterte ytelser, siden veldig mange av dem som faller fra, eller står i fare for å gjøre det, mottar slike ytelser. Her belyser vi derfor utviklingen i andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottar helserelaterte ytelser. Samtidig er det verdt å understreke at mottak av helserelaterte ytelser ikke er ensbetydende med frafall eller risiko for frafall fra arbeidslivet. Ikke alle mottakere av helserelaterte ytelser har tidligere vært i arbeid, og noen kombinerer ytelser med arbeid.

Ser vi sykefravær, AAP og uføretrygd i sammenheng, får vi et samlet bilde av hvor mange som på et gitt tidspunkt står helt eller delvis utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom, skade eller redusert arbeidsevne.

⁹⁷ Faggruppen for IA-avtalen (2024, s. 43).

Figur 9 Andel som mottok AAP eller uføretrygd per desember 2015–2024 i prosent av alle i yrkesaktiv alder ⁹⁸



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.⁹⁹

I perioden 2015 til 2024 økte sykefraværet og andelen som mottok uføretrygd. Andelen som mottok AAP har variert i samme periode, men er tilnærmet lik i 2024 som i 2015. Regelverket for AAP ble endret i 2018. Med regelendringene skulle inngangen til ordningen bli smalere og ytelsens varighet reduseres. I 2018 da det nye regelverket tredde i kraft var andelen som mottok AAP 3,6 prosent før den ble redusert til 3,4 i 2019. Siden den gang har andelen økt til 4,5, blant annet på grunn av økt tilgang på ytelsen i løpet av koronapandemien og endringene knyttet til karenstperiode i 2022. Andelen som mottar uføretrygd økte fra 9,4 til 10,4 prosent i denne perioden. Per desember 2024 var det 158 500 personer som mottok AAP, og 373 000 som mottok uføretrygd.¹⁰⁰

11 Vurdering av arbeidsuførhet

I dette kapittelet vil vi belyse arbeidsuførhet, som er et vilkår for å motta helserelaterte ytelser. Arbeidsuførhet dokumenteres av en med autorisasjon til å sykmelde. I de aller fleste tilfeller vil dette være en fastlege. Dokumentasjonen er en medisinsk sakkyndigs vurdering av om folketrygdlovens krav til årsakssammenheng mellom sykdom og arbeidsuførhet er oppfylt. Etter dette skal Arbeids- og velferdsetaten vurdere om vilkårene for å få innvilget en ytelse er innfridd.

⁹⁸ For arbeidsavklaringspenger inkluderer det alle personer i alderen 18–66 år. For uføretrygd er befolkningen alle i alderen 18–67 år. 11/12 av 18-åringene og 1/12 av 67-åringene er inkludert.

⁹⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Alder og kjønn. Desember 2010–2024. Hentet fra [Arkiv - Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) per oktober - desember 2024 - nav.no](#) og [Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen *](#), etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2015-2024. Prosent. - nav.no

¹⁰⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025a).

11.1 Hva er sykdom, skade og lyte

I folketrygdloven er begrepene sykdom, skade og lyte sentrale for å dokumentere rett til de helserelaterte ytelsene sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

- **Sykdom** innebærer en medisinsk tilstand som medfører funksjonsnedsettelse eller behov for behandling. Dette kan være både akutte og kroniske tilstander.
- **Skade** omfatter fysisk eller psykisk ytre påvirkning som påvirker arbeidsevnen, for eksempel brudd, hodeskader eller skader etter en ulykke.
- **Lyte** er en varig fysisk og psykisk tilstand som er medisinsk invalidiserende. Dette kan inkludere medfødte misdannelser, genetiske sykdommer eller psykiske utviklingshemninger.

For å ha rett til sykepenger må en person ha en sykdom eller skade som medfører arbeidsuførhet. Arbeidsavklaringspenger og uføretrygd kan derimot gis ved sykdom, skade eller lyte, dersom tilstanden medfører betydelig nedsatt arbeids- eller inntektsevne over tid.

11.1.1 Hva er sykdom?

Folketrygdloven inneholder ingen definisjon av sykdom. I henhold til lovens veileder forutsettes det at dette er tilstander som er anerkjent innenfor den medisinske vitenskap.¹⁰¹ Hva som er vitenskapelig forankret, er dynamisk og endrer seg med ny kunnskap.¹⁰²

Sykdomsdiagnoser forutsetter ikke objektive funn

Etter at sykdomsbegrepet ble strammet inn på 1990-tallet, vokste det i trygdemedisinen fram en forståelse av at sykdom kan eksistere uten objektive funn. Etter lovendringer i 1991 ba Trygderetten i 1993 en medisinsk ekspertgruppe vurdere sykdomsbegrepet.¹⁰³ Gruppen viste til to hovedsyn: det essensialistiske, som ser sykdom som objektive, biologiske tilstander, og det relasjonelle, som legger vekt på pasientens opplevelse og samfunnets normer. Konklusjonen til gruppen var at sykdom ikke alltid kan defineres objektivt. Funksjonsevne må vurderes i lys av individets omgivelser og ressurser – en person kan være syk i én kontekst, men ikke i en annen. Utvalget konkluderte med at det er vanskelig å operere med et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert i den forstand at det er den medisinske vitenskapen som bestemmer hvem som er syk, ved å fastslå at det foreligger en objektivt definerbar tilstand i individet. Når man skal fastslå om en person er syk eller ikke, vil det alltid være nødvendig å se individets funksjonsnivå i sammenheng med de omgivelsene hen befinner seg i, og i sammenheng med personlige ressurser.

¹⁰¹ Folketrygdloven §§ 11-5, 12-6 og Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til kap 8- Sykepenger § 8-4.

¹⁰² Premisset om en medisinsk anerkjent diagnose kan problematiseres ettersom den medisinske vitenskapen ikke uttrykker en samstemt oppfatning om hvordan sykdomsbegrepet skal defineres. Se Holgersen (2015) *Arbeidsavklaring og trygdeytelser* s 117.

¹⁰³ Bruusgaard et al (1995).

Trygderetten gikk samme år inn for det relasjonelle sykdomsbegrepet i en prinsipiell kjennelse. I fibromyalgikjennelsen fra Trygderetten i 1993¹⁰⁴ argumenteres det for et relasjonelt og utvidet sykdomsbegrep. I denne avgjørelsen erkjente Trygderetten at fibromyalgi,¹⁰⁵ til tross for fraværet av objektive medisinske funn, kan kvalifisere som en sykdom som gir rett til trygdeytelser. Dette innebar en utvidelse av sykdomsbegrepet i folketrygdloven, slik at også symptombaserte lidelser uten klare objektive funn kunne gi grunnlag for helserelaterte ytelser. Etter kjennelsen ble loven endret slik at også sykdom uten påvisbare objektive funn ble anerkjent.¹⁰⁶

11.2 Sykdomsbegrepets avgrensninger

11.2.1 Sykdom og andre livsbelastninger

Vanskelige livssituasjoner som sorg, konflikter eller sykdom i familien gir i utgangspunktet ikke rett til sykepenger. Folketrygdloven § 8-4 slår fast at arbeidsuførhet grunnet sosiale eller økonomiske problemer ikke gir rett til slike ytelser. Hensikten er å unngå at livsproblemer defineres som sykdom. Samtidig erkjennes det i rundskriv og veiledere at slike belastninger kan føre til sykdom som gir rett til helserelaterte ytelser.

Da begrepet *arbeidslinja* ble først brukt i offentlige dokumenter i Attføringsmeldingen fra 1992, var det blant annet et mål for Stortinget å motvirke tendenser til at sosiale eller mer generelle livsproblemer ble definert som helseproblemer.¹⁰⁷ Arbeidslinja er nærmere beskrevet i avsnitt 16.1.2.

I 1993 gjennomførte Norge en betydelig innskjerping av sykepengeordningen som en del av en bredere reform for å redusere sykefraværet og sikre bærekraften i velferdsordningene. Av forarbeidene til endringen av sykepenger i 1993 fremgår det at det er uklare grenser mellom sykdommer i medisinsk forstand og tilstander mennesker befinner seg i som følge av ulike sosiale forhold eller en vanskelig livssituasjon.

I Ot.prp.nr.39 (1992–1993) heter det at «det har skjedd en gradvis liberalisering av sykdomsbegrepet ved at naturlige problemer, konflikter og vanskelige livssituasjoner blir sidelest med sykdom. Dette har sammenheng med at sykdom oppfattes som en av de få mulighetene som foreligger for å være borte fra arbeid ved særlig belastende og plagsomme situasjoner...».

Videre står det at en vanskelig livssituasjon kan utvikle seg til sykdom i medisinsk forstand. Under behandlingen av loven understreket sosialkomiteens flertall «at en sykmelding i enkelte situasjoner også kan forebygge lengre sykdomsperioder. Den nye bestemmelsen må derfor praktiseres med skjønnsomhet».¹⁰⁸

¹⁰⁴ Trygderetten (1993) TRR-1993-2922.

¹⁰⁵ Fibromyalgi er en sykdom av ukjent årsak som medfører kroniske smerter i muskler og senefester i armer, bein, nakke og rygg.

¹⁰⁶ Ot.prp. nr. 42 (1994–1995).

¹⁰⁷ St. meld nr. 39 (1991–92).

¹⁰⁸ Innst. O. nr. 71 (1992–1993).

Figur 10 Adskillelsen av økonomiske og sosiale problemer fra sykdom, skade og lyte



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 10 viser et skille mellom økonomiske og sosiale problemer på den ene siden, som i seg selv ikke gir rett til helserelaterte ytelser, og sykdom, skade eller lyte som gir rett til disse ytelsene.

Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer, gir ikke rett til sykepenger.¹⁰⁹ Disse skal i utgangspunktet gi en såkalt z-diagnose.¹¹⁰ Ifølge Trygderetten omfatter «sosiale forhold» begivenheter som er knyttet til rene sosiale tilfeller, herunder mistrivsel eller konflikter på arbeidsplassen.¹¹¹ Arbeidsuførhet som skyldes arbeidskonflikter gir derfor som hovedregel ikke rett på sykepenger.

Helsedirektoratets sykmelderveileder spesifiserer at sosiale problemer kan føre til sykdom som medfører arbeidsuførhet. Da kan sykmelding være et alternativ. Veilederen viser til at leger i slike situasjoner må bruke skjønn; «Som behandler med sykmeldingsrett forventes det av deg at du gjennom ditt faglige skjønn setter denne grensen mellom normale reaksjoner og sykdom. En lav terskel bidrar til å medikalisere normale reaksjoner. For høy terskel kan frata mennesker rettigheter».¹¹²

¹⁰⁹ Folketrygdloven, 1997, § 8-4.

¹¹⁰ En z-diagnose brukes i helsevesenet for å registrere kontakt med helsetjenesten på grunn av sosiale problemer. Disse problemene gir ikke rett til sykepenger.

¹¹¹ Trygderetten (2024) TRR-2024-433.

¹¹² Helsedirektoratet (2016), punkt 3.2.

Faktaboks 1 Z-diagnoser

Z-kodene i ICPC-2 klassifiserer sosiale problemer. Disse problemene gir ikke rett til sykepengen. Sosiale problemer kan imidlertid føre til sykdom som medfører arbeidsuførhet.

- Z01 Problem økonomi/fattigdom
- Z02 Problem drikkevann/mat
- Z03 Problem bolig/nabolag
- Z04 Problem sosialt/kulturelt
- Z05 Problem arbeidsforhold/yrke
- Z06 Problem arbeidsledighet
- Z07 Problem utdanning
- Z08 Problem sosial velferd/trygd
- Z09 Problem jus/politi
- Z10 Problem helsetjen/tilgjengelighet
- Z11 Problem det å være syk/compliance
- Z12 Problem mellom samlivspartnerne
- Z13 Problem atferd samlivspartner
- Z14 Problem sykdom hos partner
- Z15 Problem tap/dødsfall av partner
- Z16 Problem med/i forhold til barn
- Z18 Problem sykdom hos barn
- Z19 Problem tap/dødsfall av barn
- Z20 Problem forhold til foreldre/familie
- Z21 Problem atferd foreldre/familie
- Z22 Problem med sykdom hos foreldre/fam
- Z23 Problem tap/dødsfall av foreldre/fam
- Z24 Problem med forhold til venner
- Z25 Problem vold/traumatisk hendelse
- Z27 Engstelig for sosialt problem
- Z28 Redusert funksjonsevne sosialt problem
- Z29 Sosialt problem

Kilde: ICPC-2.

Helserelaterte ytelser kan skjule arbeidsledighet

Det kan være en glidende overgang mellom helseproblemer og arbeidsledighet. Flere studier har vist at det å miste jobben gir en relativt sterk økning i sannsynligheten for å motta helserelaterte ytelser utover sykepengen og for å bli uførepensjonert. Dersom det er vanskeligere å skaffe nytt arbeid, øker risikoen ytterligere. Når virksomheter omstiller seg, nedbemanner eller legger ned er det økt risiko for at berørte arbeidstakere går over til helserelaterte ytelser.¹¹³

En studie viste at det i løpet av perioden 1993–2013 skjedde en utvikling der personer som tidligere ville mottatt dagpenger i større grad fikk AAP (eller ytelsens forgjengere).¹¹⁴ I en annen artikkel forklares dette med at de helserelaterte ytelsene skjuler arbeidsledige. Ettersom sykdom og arbeidsledighet kan overlappe er det ifølge forskeren ikke mulig si hvor stor andel av mottaket av helserelaterte ytelser som er skjult ledighet.¹¹⁵

¹¹³ Bratsberg et al. (2010) og Rege et al. (2009).

¹¹⁴ Fevang et al. (2016).

¹¹⁵ Fevang (2020).

11.3 Fastlegers ansvar når pasienter søker om helserelaterte ytelser

Fastlegers kjerneoppgave er å gi medisinsk behandling og oppfølging til pasienter. Overfor sykmeldte pasienter har de en oppfølgingsrolle som innebærer å gi behandling, å motivere for aktivitet og arbeid og å samhandle med Arbeids- og velferdsetaten og arbeidsgiver.¹¹⁶ Samtidig har legene en rolle som medisinsk sakkyndig overfor etaten. De skal skrive helseattester for pasienter som søker om helse- og omsorgstjenester, trygdeytelser og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

11.3.1 Fastlegerollen

Fastleger har flere portvokterfunksjoner.¹¹⁷ Når legene skal vurdere om pasienter har nedsatt arbeidsevne, og gi Arbeids- og velferdsetaten medisinsk informasjon i saker om sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, omtales de gjerne som portvoktere for folketrygden. Hvordan fastleger utøver denne portvokterrollen, har konsekvenser for blant annet lengden på sykefraværet og oppfølgingen den enkelte pasienten får.¹¹⁸ Fastleger fungerer også som portvoktere til spesialisthelsetjenesten og bruk av reseptbelagte medisiner.

11.3.2 Å utstede sykmelding

Når en fastlege vurderer om pasienter er arbeidsuføre på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade, skal legen ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering.¹¹⁹ Legen skal vurdere pasientens funksjonsevne i samarbeid med arbeidstakeren og eventuelt arbeidsgiveren.

Sykmelders vurdering er en sakkyndigvurdering til Arbeids- og velferdsetaten

Normalt vil en legeerklæring være tilstrekkelig for å sannsynliggjøre at vilkårene for å få innvilget sykepenger er oppfylt, men Arbeids- og velferdsetaten står fritt til å vurdere vilkårene ut fra alle forholdene i en sak. To høyesterettsdommer fra 2018 og 2019 konkluderte med at etaten kan overprøve legens sykmelding og at en sykmelding i en søknad om sykepenger formelt sett er en uttalelse fra en sakkyndig.¹²⁰

Dommen fra 2019 slo fast at hvor stor vekt Arbeids- og velferdsetaten skal legge på en legeerklæring, avhenger av blant annet kvaliteten på erklæringen. Leger må basere sykmeldinger på konkrete og faglige vurderinger av om pasienter er arbeidsuføre på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade, eller om pasienter må være borte fra jobben på grunn av de andre vilkårene i § 8-4 i folketrygdloven. Dommen erklærte at leger «må kontrollere at det pasienten oppfatter som sykdom,

¹¹⁶ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 39).

¹¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2023, s. 116).

¹¹⁸ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 39).

¹¹⁹ Folketrygdloven (1997), § 8-7.

¹²⁰ Høyesterett (2018) HR-2018-2344-A og Høyesterett (2019) HR-2019-2336-A.

tilfredsstillers lovens krav og klart fører til arbeidsuførhet for vedkommende. Også graden av arbeidsuførhet og eventuell restarbeidsevne må avklares».¹²¹

11.3.3 Legers arbeid ved arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Fastleger har et medisinsk oppfølgingsansvar for pasienter også når de skal søke eller har fått innvilget arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. I tillegg har fastlegene en rolle som sakkyndig som skal bidra med medisinsk dokumentasjon til Arbeids- og velferdsetaten. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten anslo i 2023 at fastleger utstedte i overkant av 120 000 attester per år knyttet til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, og at de brukte om lag 40 minutter per attest.¹²²

Når pasienter søker AAP eller uføretrygd, kan leger bli bedt om å fylle ut skjemaet «Legeerklæring ved arbeidsuførhet» for å belyse om pasienter har helsebegrensninger som påvirker arbeid.¹²³ I skjemaet skal legen beskrive hvordan sykdom påvirker funksjonsevnen i arbeid og dagligliv, og svare på om pasienten vil kunne gjenoppta deler av sin tidligere jobb eller hele sin fulle stilling.

Fastlegers oppfølging av pasienter som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd

Det er ingen eksplisitt omtale av fastleger i regelverket som regulerer oppfølging av personer som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Ifølge en internrapport fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet er både fastleger og Nav-veiledere usikre på hverandres roller og muligheter for samarbeid når pasienten/brukeren går fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger, og når brukeren/pasienten mottar arbeidsavklaringspenger.¹²⁴ Fastleger har fortsatt det medisinske oppfølgingsansvaret, men kontakten med pasienten kan bli mindre når pasienten mottar AAP og dermed ikke lenger har behov for sykmelding.¹²⁵ Leger kan da oppleve å bli mindre oppmerksomme på å bidra til retur til arbeid i oppfølgingen av pasienten.

11.4 Fastlegers rolle som portvokter for folketrygden

Å være portvokter for folketrygden kan være krevende. De ulike rollene og oppgavene fastlegene har, kan komme i konflikt.¹²⁶ Det kan blant annet oppstå spenninger mellom medisinske prinsipper om pasienters behov og helse, og administrative krav i velferdssystemet. Slike spenninger kan oppstå i spørsmål om sykmeldinger og søknader om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd hvor pasienter må dokumentere nedsatt arbeidsevne.

En gjennomgang av studier som belyser allmennlegers holdninger og erfaringer med sykmeldingsarbeid, viste at leger oppfattet sin rolle som behandler som viktigere enn

¹²¹ Høyesterett (2019) HR-2019-2336-A, avsnitt 32.

¹²² Helse- og omsorgsdepartementet (2023, punkt 7.4.4).

¹²³ Nav (2008).

¹²⁴ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 42).

¹²⁵ Hoff et al. (2024).

¹²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2023, s. 238) og Aamland og Mæland (2016, s. 163).

rollen som sakkyndig.¹²⁷ De kjente seg også mer kompetente til å være behandler. Rollen som sakkyndig ble beskrevet som utfordrende fordi leger erfarte at det var vanskelig å vurdere pasientens funksjonsevne, og rett grad og lengde på sykmeldinger.

En studie fra 2008 undersøkte fastlegers syn på hvor verifiserbare ulike medisinske diagnoser er, og hvor verifiserbar arbeidsevnen er, ved tildeling av uføretrygd.¹²⁸ Verifiserbarhet av diagnoser ble definert som i hvilken grad legens vurdering var basert på objektive kriterier, i motsetning til informasjon fra pasienten. Ulike muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser var de minst verifiserbare diagnosekategoriene, men var også de vanligste kategoriene ved tildeling av uføretrygd. Legene rapporterte videre at det var mer problematisk å verifisere arbeidsevne enn å verifisere diagnoser. Forskerne viste at den lave verifiserbarheten av diagnoser og arbeidsevnevurderinger kunne forklare hvorfor fastleger opplevde portvokterrollen som problematisk i mange uføresaker.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger ble legene bedt om å tenke på det siste tilfellet der en pasient i et arbeidsforhold søkte om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, og de skulle sende helseopplysninger til Arbeids- og velferdsetaten (i en ikke-kurant sak¹²⁹). 32 prosent av legene svarte at det i svært stor eller ganske stor grad var krevende å avgjøre om det forelå et medisinsk grunnlag for nedsatt arbeidsevne.

I vår spørreundersøkelse var det videre 69 prosent av fastlegene som oppga at å være pasientens behandler og samtidig vurdere pasientens arbeidsevne ofte kommer i konflikt. Undersøkelsen indikerer at det varierer om fastleger mener de bør ha rollen som sakkyndig når pasienter søker om helserelevante ytelser. 49 prosent oppga at de mener fastleger bør ha oppgaven med å vurdere om egne pasienter har nedsatt arbeidsevne som følge av sykdom, lyte eller skade. Samtidig skrev flere i åpent felt at sykmelding hovedsakelig bør være et anliggende mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Både departementet og direktoratet sier i intervjuene med oss at portvokterrollen er krevende, og at legene trenger bedre støtte. En kvalitativ studie fra 2022 viste at fastleger ønsker mer støtte fra myndighetene til å forklare legenes ansvar og oppgaver, da dette kan bidra til å legitimere fastlegenes rolle.¹³⁰

Departementet og direktoratet viser til at i IA-avtalen for 2025–2028 har partene blitt enige om et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen som skal handle om bærekraft på legekontoret og sykmelding.¹³¹ Målet er å styrke fastlegenes rolle i sykefraværarbeidet og heve helsekompetansen i befolkningen. Tiltaket er todelt.¹³² Prosjektet innebærer å igangsette tiltak rettet mot både fastlege og pasientene. Tiltaket omfatter både bevisstgjøring og opplæringstiltak rettet mot fastlegene om deres sykmeldingspraksis, og tiltak for å øke pasientenes bevissthet og forståelse av sykefravær. Målet er at dialogen

¹²⁷ Aamland og Mæland (2016, s. 156).

¹²⁸ Øverland et al. (2008, s. 1).

¹²⁹ Kurantsaker er saker hvor en persons sykdom medfører at saksbehandlingen skal prioriteres. Personen må ha en alvorlig sykdom som fører til at hele inntektsevnen er varig nedsatt, som for eksempel alvorlig kronisk hjertesvikt (Arbeids- og velferdsetaten, 1997).

¹³⁰ Breivold et al. (2022).

¹³¹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025a).

¹³² Prop 146 (2024–25).

mellom lege og pasient om sykmelding skal bli bedre, og på den måten bidra til færre, kortere og mer graderte sykmeldinger.

Direktoratet forteller også at Nav jobber med å utvikle en ny sykmelding som skal gi fastlegen bedre beslutningsstøtte.

11.4.1 Forhold som kan påvirke fastlegers utøvelse av portvokterrollen

I tillegg til at legene opplever en iboende konflikt mellom å være behandler og portvokter, er det en rekke forhold som kan påvirke fastlegers utøvelse av portvokterrollen. Nedenfor omtales noen sentrale forhold.

Kapasitet og kontinuitet i allmennlegetjenesten

Fastlegetjenesten oppleves i økende grad som mindre tilgjengelig og koordinert for pasienter og brukere.¹³³ 122 704 listeinnbyggere var uten fastlege per september 2025.¹³⁴ Kontinuitet i lege-pasient-forholdet er viktig for kvaliteten i fastlegetjenesten.¹³⁵ Det er dokumentert at kontinuitet gir bedre forebygging, oppfølging og behandling. I 2024 var andelen konsultasjoner hvor pasienter var hos egen fastlege, kontra hos andre leger i fastlegeordningen, på 72,7 prosent.¹³⁶ Andelen har endret seg lite på nasjonalt nivå i måleperioden 2017–2024.

Stor arbeidsbelastning og mangel på tid

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten viste at den totale arbeidsbelastningen for fastleger er for stor.¹³⁷ Utvalget anslo at fastleger registrerer sykmeldingstakst for i overkant av 20 prosent av alle pasientkonsultasjoner. Sysselsettingsutvalget fant at fastleger bruker betydelige ressurser på sykefraværsoppfølging, i form av blant annet dokumentasjon til Arbeids- og velferdsetaten, oppfølging av sykmeldte og dialogmøter.¹³⁸

Å ha dialog med pasienter som ber om sykmelding og forstå en pasients underliggende problemer tar som regel tid.¹³⁹ Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten påpekte at det kan være tidkrevende å gjøre en grundig funksjonsvurdering, når pasienter skal søke på helserelaterte ytelser. Samtidig viste utvalget at fysiske konsultasjoner hvor leger utsteder sykmelding, ofte tar 14–18 minutter.¹⁴⁰

Misforhold mellom pasienters forventninger, allmenn rettsopfatning og folketrygdloven

Noen fastleger opplever at portvokterrollen har blitt mer utfordrende på grunn av økt etterspørsel etter medisinske tjenester og en forbrukerholdning blant pasienter.¹⁴¹ I åpent

¹³³ Helsedirektoratet (2024a).

¹³⁴ Helfo (2024).

¹³⁵ Helsedirektoratet (2025).

¹³⁶ Helsedirektoratet (2025).

¹³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2023).

¹³⁸ NOU 2021:2, 9.1.5.

¹³⁹ Hoff et.al (2024, s. 8).

¹⁴⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2023). Konsultasjoner som utløste sykmeldingstakstene L1 (sykmeldingsattest) og L4(utfyllende informasjon i langvarig sykmelding) ligger til grunn for beregningen.

¹⁴¹ Breivold et.al. (2022, s. 127).

felt i vår spørreundersøkelse fortalte flere leger om erfaringer med pasienters forventninger om sykmelding:

Pasienten forventer ofte sykmelding... Ofte formidler en pasient at "jeg trenger en sykmelding". Og ofte er "livet" bakgrunn for at de ber om sykmelding

Kilde: Anonym fastlege

I tillegg til at det er ulike forventninger, ser det ut til å være ulike rettsoppfatninger i befolkningen. En befolkningsundersøkelse fra Norsk Monitor i 2018 belyste folks holdninger til sykefravær. Undersøkelsen viste at mange har en rettsoppfatning som kan være i strid med folketrygdloven.¹⁴² Det var ganske stor aksept for sykefravær knyttet til sosiale forhold, som i utgangspunktet ikke skal gi rett til sykepenger (se avsnitt 11.2.1).

Sjeflegen i Nav oppgir i intervju med oss at som en følge av samfunnsmessige endringer er portvokterrollen truet. Ifølge sjeflegen er fastlegene del av et samfunn som blir mer liberalt når det gjelder sykmeldinger, og hvor også ledere og politikere blir sykmeldt som følge av det som i media framstår som sosiale problemer.

Ønske om å ivareta lege-pasient-relasjonen og unngå konflikt

Flere kvalitative studier har utforsket fastlegers beslutningsprosesser og strategier i møte med pasienter som ønsker sykmelding.¹⁴³

En studie fra 2024 viste at pasientens preferanser ofte overstyrer fastlegens egne vurderinger om behov for sykmelding.¹⁴⁴ Studien viste at fastlegens portvokterrolle ofte begrenset seg til å «forhandle» med pasienten om graden og varigheten på sykmeldingen. En grunn til dette var at leger ikke ville risikere konflikter og et dårlig forhold til pasienter. Flere kunne også oppleve det som følelsesmessig belastende å avslå pasienters ønske om sykmelding. Fastleger kan oppleve det som krevende å håndtere situasjoner hvor det oppstår en konflikt med pasienten.¹⁴⁵

Vår spørreundersøkelse viste at det varierer i hvilken grad fastleger kvier seg for å si nei til å sykmelde pasienter som har få objektive funn knyttet til sine plager og ønsker sykmelding, på grunn av negative reaksjoner fra pasientene. 29 prosent oppga at de i ganske stor eller svært stor grad kvier seg for å si nei. 41 prosent svarte at de i svært liten eller ganske liten grad kvier seg for å si nei.

Kompetanse til å håndtere portvokterrollen

Situasjoner hvor fastleger skal være portvokter for folketrygden kan fordre kompleks kompetanse.¹⁴⁶ Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten fastslo at arbeid med sykmelding og legeerklæringer til Arbeids- og velferdsetaten er et område som ligger i

¹⁴² Holbæk-Hanssen (2020, s. 59).

¹⁴³ Hoff et al. (2024), Breivold et.al. (2022), Nilsen et.al (2015), Winde et.al (2012).

¹⁴⁴ Hoff et.al (2024).

¹⁴⁵ Winde et.al (2012), 6, Hoff et.al. (2024, s. 7), Nilsen og Malterud (2017, s. 201).

¹⁴⁶ Nilsen og Malterud (2017), Aamlund og Mæland (2016).

utkanten av medisins kjerneverdier, og at fagfeltet har begrenset fokus i medisinstudiet og i spesialistutdanningen for allmennmedisin.¹⁴⁷

Ulike ansettelsesforhold

Flere studier har vist at næringsdrivende fastleger sykmelder oftere enn leger som er fast ansatte i en kommune.¹⁴⁸ Ved utgangen av 2023 var 20 prosent av fastlegene fast ansatt i en kommune.¹⁴⁹ En studie av fastleger i Norges sykmeldingspraksis, fant at pasienter vektla legers omdømme som portvokter for folketrygden og praksis med sykmeldinger da de valgte fastlege.¹⁵⁰ Leger med et rykte for å være mer liberale portvoktere tiltrakk seg flere pasienter. Dette syntes å påvirke noen legers sykmeldingspraksis. Leger som var i en større konkurransesituasjon og måtte tenke på inntjening, var mer tilbøyelige til å utstede sykmeldinger.

11.5 Årsakssammenheng mellom sykdom/skade/lyte og arbeidsuførhet

For å ha rett til helserelaterte ytelser må årsakskravet i folketrygdloven være oppfylt. Kravet om årsakssammenheng framgår av formuleringene «funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade» i § 8-4 om sykepenges og formuleringen «[d]en medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse» i § 12-6 om uføretrygd.

Figur 11 Årsakssammenheng mellom sykdom og arbeidsuførhet



Kilde: Riksrevisjonen

Kravet om årsakssammenheng er todelt. For det første må det være en klar sammenheng mellom den medisinske tilstanden og en funksjonsnedsettelse. En funksjonsnedsettelse foreligger når en person har tapt, har fått redusert eller på annen måte har nedsatt funksjon i en kroppsdel eller i kroppens fysiske og/eller kognitive funksjoner. For det andre må funksjonsnedsettelsen føre til arbeidsuførhet eller inntektstap. Det er altså et krav om at den medisinske tilstanden gjennom funksjonsnedsettelsen påvirker arbeidsevnen.

¹⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2023).

¹⁴⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2023, figur 7-3 s. 241), Brekke et.al. (2020), Markussen og Røed (2017), Mykletun et.al. (2025).

¹⁴⁹ Helsedirektoratet (2024b).

¹⁵⁰ Markussen og Røed (2017, s. 40).

11.5.1 Det er et skjerpet beviskrav for at sykdom forårsaker arbeidsuførheten

For sykepenger og uføretrygd er kravet medisinske forhold er hovedårsak til arbeidsuførheten. For AAP skal den være vesentlig medvirkende.

Ved vurderingen av innvilgelse av sykepenger eller uføretrygd anvendes prinsippet som i jusen omtales som *hovedårsakslæren*. Hovedårsakslæren går ut på at hvis en skade har flere årsaker, regner man den viktigste årsaksfaktoren som årsak og ser bort fra de andre årsakene. Så lenge ikke-medisinske faktorer kun utgjør en merbelastning, ved siden av sykdommen, skaden eller lyten vil vilkåret nedsatt inntektsevne ikke være oppfylt ved søknad om uføretrygd.

Etter folketrygdloven § 8-4 er det krav om å være arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade, for å få rett til sykepenger. Høyesterett har uttalt, i dom HR-2018-2344-A, at begrepet «klart» i loven gir uttrykk for at det er et skjerpet beviskrav i vurderingen av årsakssammenhengen mellom sykdommen og arbeidsuførheten. I rundskrivet til kapittel 8 i folketrygdloven står det at et skjerpet beviskrav innebærer at det kreves mer enn «alminnelig sannsynlighetsovervekt for at sykdom/skade har ført til en funksjonsnedsettelse og dermed arbeidsuførhet».¹⁵¹ Det presiseres at hvis det er uklart om sykdom påvirker arbeidsuførheten, og/eller sosiale eller andre omstendigheter kan gi tvil om sykdom er årsak til arbeidsuførheten, kan det bety at lovens krav om årsakssammenheng ikke er oppfylt.

Sjeflegen i Nav sier i intervju med Riksrevisjonen at fastleger i varierende grad er kjent med at det er et skjerpet beviskrav for at det er sykdom som må forårsake arbeidsuførhet.

11.5.2 Funksjonsvurdering kan være faglig vanskelig og tidkrevende for fastleger

I spørsmål om sykmelding skal sykmelder gjøre en funksjonsevnevurdering som beskriver hvordan sykdom eller skade påvirker pasientens arbeidsevne, og dermed sannsynliggjøre kravet til en årsakssammenheng mellom sykdom eller skade og arbeidsuførhet.¹⁵²

Når en lege gjennomfører en funksjonsvurdering, forventes det i henhold til Helsedirektoratets sykmelderveileder at legen grundig kartlegger pasientens evne til å utføre daglige aktiviteter og arbeidsoppgaver. Kartleggingen skal innebære å vurdere både fysiske og kognitive funksjoner samt å identifisere eventuelle begrensninger som kan påvirke pasientens arbeidsevne. Veilederen legger til grunn at det i en tidlig fase kan være vanskelig å vurdere pasienters arbeidsevne, fordi legen ikke har rukket å kartlegge nok. I en utredningsfase vil sykdomskravet i loven være oppfylt av en mistanke om sykdom. Subjektive symptomer oppfyller sykdomskravet hvis det er en sykdomssituasjon som er allment kjent i medisinsk praksis. Da vil det være viktig å beskrive pasientens funksjonsnedsettelse i forbindelse med arbeid.

¹⁵¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til kap 8- Sykepenger, § 8-4, Lovens krav om årsakssammenheng.

¹⁵² Folketrygdloven (1997), § 8-7.

I intervju forteller sjeflegen i Nav at det stilles ulike krav til hvor detaljert man må beskrive funksjonsevnen i et sykefraværsløp, fra knapt i starten og mer etter hvert. Ifølge sjeflegen kommer det imidlertid ikke fram i skjemaene for utveksling av helseopplysninger. Det kommer heller ikke tydelig nok fram hva som menes med en funksjonsvurdering.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten viste at det kan være tidkrevende og faglig vanskelig for fastleger å gjøre en grundig funksjonsvurdering, når pasienter skal søke på helserelaterte ytelser.¹⁵³ Utvalget påpekte at i situasjoner hvor det er få objektive funn i forbindelse med pasientens plager, baserer leger funksjonsvurderingen i stor grad på pasientens egen framstilling.¹⁵⁴ Det samme ble fastslått i en gjennomgang av informasjonsutveksling mellom Nav og fastleger i 2021, hvor både fastleger og Nav opplevde utfordringer med legenes rapportering av pasienters funksjon.¹⁵⁵ Nav opplevde at funksjonsvurderingene generelt var for lite utfyllende.

Dette oppgir også de lokale Nav-kontorene vi intervjuet. Et kontor forteller at det er ikke alltid legen har skrevet en funksjonsvurdering i sykmeldingen. Et annet kontor sier at i en del tilfeller kommer det ikke fram hvordan sykdom påvirker den sykmeldtes mulighet til å utføre sitt arbeid. Lederen for rådgivende overleger i ytelseslinja i Nav oppgir i intervju med oss at også i uføresaker er det et problem at det mangler en funksjonsvurdering fra fastlege.

I vår spørreundersøkelse svarte 67 prosent av legene at de i løpet av sin siste hele arbeidsuke opplevde at en pasient uten en klar medisinsk diagnose, ba om sykmelding. Videre oppga 79 prosent av fastlegene at de i løpet av sin siste arbeidsuke erfarte at det var vanskelig å vurdere arbeidsevnen til en pasient. 46 prosent hadde i sin siste hele arbeidsuke utstedt sykmelding selv om de var i tvil om pasienten hadde nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom eller skade. Videre hadde 39 prosent sagt nei til en pasient som ønsket sykmelding.

I det åpne svarfeltet i spørreundersøkelsen skrev flere leger at for noen av de vanligste diagnosene ved sykmelding, som psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, kan de ikke tydelig og objektivt vurdere funksjonstapet. De baserer derfor funksjonsvurderingen hovedsakelig på hva pasienten forteller:

«Funksjonsvurderingen blir dermed nesten helt basert på hva pasienten selv sier. Når så legen gjør en funksjonsvurdering vil dette ofte tolkes som legens egen vurdering, når det i realiteten er pasientens vurdering»

Kilde: Anonym fastlege

Gjennomgangen av informasjonsutveksling mellom Nav og fastleger viste at fastlegene syntes det var utfordrende at deres vurdering ofte ble en gjengivelse av pasientens egen

¹⁵³ Helse- og omsorgsdepartementet (2023, punkt 7.4.1.).

¹⁵⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, (2023, punkt 7.4.1).

¹⁵⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a, s. 26).

beskrivelse. Både Nav og fastleger ønsket et tydeligere skille mellom fastlegens vurdering som sakkyndig og pasientens opplevelse av situasjonen.¹⁵⁶

Direktoratet sier i intervju at hadde aktørene delt mer informasjon om mulighetene på arbeidsplassen og den sykmeldtes muligheter til å være i arbeid tross sykdom eller skade, ville det trolig ha bidratt til å finne løsninger som kunne ha redusert langtidsfravær. Departementet forteller i intervju at informasjonsutveksling mellom de fire partene i sykefraværarbeidet, er en utfordring som ikke er løst. De oppgir at det er vanskelig å vite hva som er de riktige grepene for å bøte på denne utfordringen, men det pågår ulike tiltak som skal bedre informasjonsutvekslingen, inkludert et forprosjekt knyttet til et digitalt samhandlingsrom.

Fastleger rådfører seg i liten grad med annet helsepersonell

En kvalitativ studie fra 2022 viste at fastleger tenker at mer gjensidig støtte fra kollegaer og annet helsepersonell vil være nyttig når de skal ivareta portvokterrollen.¹⁵⁷ Riksrevisjonens spørreundersøkelse indikerer at fastleger i liten grad rådfører seg med annet helsepersonell, hvis de er usikre i vurderingen av en pasients arbeids- og aktivitetsmuligheter. I sykmeldingsarbeid hvor de må foreta funksjonsvurderinger av en pasient og det er få objektive funn knyttet til pasientens plager, svarte 11 prosent at de i svært stor eller ganske stor grad rådfører seg med annet helsepersonell hvis de er usikre. 67 prosent svarte at de aldri, i svært liten eller ganske liten grad rådfører seg med annet helsepersonell hvis de er usikre.

Fastleger har ofte utilstrekkelig informasjon om pasientens arbeidsplass og arbeidskrav

Leger bør, i henhold til Helsedirektoratets sykmelderveileder, innhente detaljer om arbeidssted, arbeidsoppgaver, stillingsprosent, arbeidstid og ansvarsnivå, for å få en helhetlig forståelse av pasientens arbeidssituasjon. Det er også viktig å vurdere arbeidsplassens evne til tilrettelegging. Veilederen framhever at leger primært vil hente informasjon fra pasienters egne beskrivelser, men i et sykmeldingsforløp kan pasientens informasjon suppleres med oppfølgingsplaner, dialogmøter og samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

I vår spørreundersøkelse svarte 62 prosent av legene at de alltid, svært ofte eller ganske ofte har utilstrekkelig informasjon om pasienters arbeidsplass og arbeidskrav, når de vurderer pasienters arbeidsevne. Videre oppga 11 prosent at de fikk informasjon fra Nav og 20 prosent at de fikk informasjon fra arbeidsgiver, i det siste tilfellet de gjorde en funksjonsvurdering og trengte informasjon om pasientens arbeidsplass og arbeidskrav. I åpent felt trakk noen leger fram at informasjonen de har om arbeidsplass og muligheter for tilrettelegging i hovedsak er basert på det pasienten forteller.

¹⁵⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a).

¹⁵⁷ Breivold et.al. (2022, s. 127).

11.6 Manglende informasjonsutveksling

Det er ikke utviklet avanserte løsninger for digital samhandling mellom Nav, sykmelder, arbeidstaker og arbeidsgiver.¹⁵⁸ Kartlegginger tyder på at arbeidsgiveres oppfølgingsplan ofte ikke inneholder opplysninger som er nødvendig for at Nav og sykmelder skal kunne vurdere om arbeidstakeren kan være i arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet.¹⁵⁹

Videre er det utfordringer med både innholdet i og prosessen med utveksling av helseopplysninger mellom Nav og helse- og omsorgstjenesten.¹⁶⁰ Dagens utveksling av helseopplysninger er fragmentert og skaper usammenhengende tjenester. Helsepersonell erfarer at de bruker unødvendig mye tid på å formidle helseopplysninger (attester, erklæringer og skjemaer), samtidig som de ofte ikke får nyttige tilbakemeldinger fra Nav.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet gjennomførte i 2024 et tjenstedesignprosjekt som handlet om sykmelding.¹⁶¹ Fastlegene i prosjektet framhevet at det største hinderet for å redusere sykefravær og hindre frafall var manglende informasjonsdeling og dialog mellom aktørene.

Direktoratet sier i intervju at de har et oppdrag sammen med Helsedirektoratet om utveksling av helseopplysninger. Dette er et pågående arbeid. Arbeidet med legeerklæring ved arbeidsuførhet har ikke startet opp, men skal begynne ganske snart.

11.6.1 Skjemaer for utveksling av helseopplysninger er uklare og utdaterte

Skjemaet «Legeerklæring ved arbeidsuførhet» brukes når Nav trenger mer helseinformasjon for å vurdere ytelsene AAP eller uføretrygd. Skjemaet kan også brukes i forbindelse med oppfølging ved sykefravær. Det at skjemaet skal dekke flere behov gjør at spørsmålene er svært generelle og ikke er målrettet mot situasjonen brukeren er i.¹⁶² Leger opplever skjemaet som lite hensiktsmessig.¹⁶³ Nav på sin side får ikke helseopplysningene de har behov for, og kan også misforstå informasjonen.¹⁶⁴

Sjeflegen i Nav oppgir i intervju at skjemaene for utveksling av helseopplysninger er utdaterte og ikke ivaretar behov for informasjonsutveksling i tilstrekkelig grad, og at det i dagens skjemaer ikke er tydelig hvilken informasjon Nav etterspør fra fastlegene. Sjeflegen sier at en konsekvens av utfordringene knyttet til utveksling av informasjon, er at veiledere i Nav blir usikre på om det kan stilles krav om aktivitet for brukere.

11.7 Rådgivende legetjeneste hos Nav

Rådgivende lege spiller en viktig rolle i Navs behandling av saker hvor medisinske forhold har betydning for rett til ytelser. Det er egne rådgivende leger som bistår Nav-kontorene,

¹⁵⁸ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024).

¹⁵⁹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 24).

¹⁶⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2023, s. 4).

¹⁶¹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 44).

¹⁶² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a, s. 17).

¹⁶³ NOU 2023:11, s. 70.

¹⁶⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a, s. 17).

Nav arbeid og ytelser og Nav klageinstans. Deres oppgave er å gjøre faglige vurderinger av innsendte helseopplysninger, slik at saksbehandlere kan fatte riktige og godt begrunnede vedtak. Rådgivende lege kan vurdere om det foreligger sykdom i henhold til folketrygdlovens sykdomsbegrep, om det er årsakssammenheng mellom sykdom, skade, lyte og den reduserte funksjonsevnen,¹⁶⁵ om søker har gjennomgått hensiktsmessig behandling¹⁶⁶ og om tilstanden er varig.¹⁶⁷

11.7.1 Rådgivende lege ved Nav-kontorene

Nav-kontorene har ansvar for å følge opp ytelsesmottakere. I tillegg vurderer de om AAP-søkere har nedsatt arbeidsevne. I forbindelse med disse oppgavene møter de medisinske problemstillinger som de kan konsultere rådgivende lege om. Mye av samhandlingen mellom veilederen og den rådgivende legen i enkeltsaker, skjer gjennom muntlig dialog. Ifølge sjeflegen i Nav arbeider rådgivende leger i Nav på en annen måte enn før, særlig i fylkene. I fylker hvor det er tilstrekkelig med ressurser, jobber tjenestene systematisk med å danne arenaer for kompetanseoverføring. I disse tjenestene blir den rådgivende legen tidlig involvert i sakene, og tjenestene lager saksverksted for å få læring mellom sakene. Hensikten med å involvere seg tidlig er at legene kan påvirke før tilstanden er blitt for alvorlig, og mens det er større sjanse for å påvirke utfallet. Tidlig involvering fra rådgivende lege i et sykefravær kan bidra til å øke sannsynligheten for at personen opprettholder tilknytningen til arbeidslivet, sammenlignet med når legen først involveres etter langvarig mottak av AAP. Men antallet rådgivende leger er lite, noe som gjør det krevende å få til tidlig intervensjon. Arbeids- og velferdsetaten har heller ikke gode systemer for å identifisere hvilke sykefraværssaker det kan være risiko for frafall ved. Navs systemer for å identifisere sykefravær utdypes i avsnitt 12.6.

11.7.2 Rådgivende lege i ytelseslinja

Nav arbeid og ytelser, som ligger i ytelseslinja, har myndigheten til å innvilge AAP og uføretrygd. For Nav arbeid og ytelser vil det i stor grad være krav om dokumentasjon fra rådgivende lege.

I en internrapport fra Nav vises det til at det er stor forskjell mellom Nav-kontorene og Nav arbeid og ytelser i hvordan de bruker rådgivende lege. Nav-kontorene avklarer mer muntlig, mens Nav arbeid og ytelser avklarer mer skriftlig. Nav arbeid og ytelser har imidlertid laget et drøftingsverksted som ligner verkstedene til Nav-kontorene. Der drøfter de enkelte problemstillinger muntlig med rådgivende lege. I verkstedene kan de ta opp saker som kun krever en muntlig avklaring, uten at rådgivende lege behøver å gå gjennom hele saken.

¹⁶⁵ Folketrygdloven (1997) § 8-4 for sykepengen, § 11-5 for AAP og § 12-6 for uføre.

¹⁶⁶ Folketrygdloven (1997) § 12-5.

¹⁶⁷ Folketrygdloven (1997) § 12-7.

Tilgangen på rådgivende lege varierer

Det varierer mellom fylkene om Nav-kontorene har rådgivende leger tilgjengelig. Det er også stor variasjon i tilgangen på rådgivende lege mellom ytelseslinja og arbeids- og tjenestelinja.

De lokale Nav-kontorene vi har intervjuet rapporterer om god tilgang til rådgivende overlege. Men enhetene i Nav arbeid og ytelser rapporterer i intervju om lang ventetid på uttalelser fra legene. Enkle spørsmål som kan avklares muntlig går fint, men ved skriftlige spørsmål tar det flere måneder å få svar, og i mange tilfeller er dette lenger enn saksbehandlingstidnormen til Nav arbeid og ytelser. Ventetiden på svar fra rådgivende lege etter skriftlige henvendelser på ikke-hastesaker, det vil si at brukeren ikke står uten en livsoppholdsytelse, inkludert utføre, har tidligere vært rundt åtte måneder. Per mai 2025 var ventetiden på disse sakene redusert om lag to måneder.

Saksbehandlingstiden for uføretrygdsøknader var på 157 dager i 2024, noe som ligger over målkravet på 90 dager.¹⁶⁸ Innen denne tiden skal Nav fatte et vedtak. I mange saker kan det være nødvendig å innhente en vurdering fra rådgivende overlege for å få en medisinsk vurdering av brukerens helseplager og konsekvenser av disse. Imidlertid er ventetiden på svar fra rådgivende overlege ofte betydelig lengre enn Navs egen saksbehandlingstid. En enhet i Nav arbeid og ytelser sier i intervju at det har vært gjort vedtak i uføresaker hvor de ikke tok kontakt med rådgivende lege fordi det ville tatt for lang tid. Direktoratet sier i intervju at de forutsetter at i saker hvor det er viktig med råd fra rådgivende lege, så vil det foreligge.

Uklar rollefordeling mellom saksbehandler og rådgivende overlege

I 2021 gjennomførte Arbeids- og velferdsdirektoratet en prosess for å avklare den rådgivende leges rolle i etaten. Det ble presisert at det er saksbehandleren i Nav arbeid og ytelser som har myndighet til å fatte vedtak. Saksbehandleren avgjør om det er behov for å involvere rådgivende lege, som kun skal gi medisinskfaglige råd basert på dokumentasjonen i saken. Den rådgivende legen skal ikke vurdere om vilkårene for en ytelse er oppfylt eller fatte vedtak.¹⁶⁹

Likevel har Nav klageinstans siden 2021 rapportert saker hvor det framstår som om rådgivende lege har truffet avgjørelsen, for eksempel ved at legeuttalelsen er eneste begrunnelse i vedtaket, eller at legen vurderer selve vilkårene. Sjeflegen i Nav sier i intervju at samarbeidet mellom lege og veileder er mer avklart i dag, men at det fortsatt er et stykke igjen å gå for å gjøre dette godt kjent i organisasjonen.

11.8 Risiko for medikalisering

Medikalisering beskriver en samfunnsutvikling der personers ikke-medisinske problemer tolkes og behandles som helseproblemer. Flere har beskrevet de negative konsekvensene medikalisering har for personers tilknytning til arbeidslivet i Norge, blant annet

¹⁶⁸ Nav Arbeid og ytelser (2024).

¹⁶⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2022b).

sysselsettingsutvalget.¹⁷⁰ Men debatten om medikalisering er ikke ny i Norge. NOU 1990: 23 *Sykelønnsordningen* pekte på at en generell medikalisering i samfunnet har ført til at praksisen for utbetaling av sykepenger har blitt gradvis utvidet. I utredningen ble det påpekt at det var en flytende overgang mellom «frisk» og «syk», og at de som befinner seg i denne overgangen og mottar sykepenger, må leve opp til forventningene som stilles til rollen som syk. Dette kan igjen svekke sjansene for å bli frisk. NOU 1990: 17 *Uførepensjon* viste til at en mulig forklaring på at flere mottar uføretrygd, var at folk bruker offentlige velferdsordninger med medisinske krav som løsning på sosial motgang. Utviklingen understøttes av at samfunnets syn på sykdom er i endring, der befolkningen i stor grad selv setter sykdomsbetegnelser på sine plager, og der det er økt aksept for å motta ytelser.¹⁷¹ Et sterkt sykdomsfokus kan bidra til å individualisere samfunnsmessige problemer og få negative konsekvenser for hvordan en person ser på seg selv.¹⁷²

I endringene av folketrygdloven i 2017 vektla Stortinget at de medisinske kravene for å få helserelaterte ytelser kan ha både positive og negative konsekvenser.¹⁷³ På den ene siden kan helsemessige inngangsvilkår for de mest langvarige ytelsene begrense adgangen til ordningene. Dette kan motivere flest mulig med arbeidsevne til å søke jobb fremfor å motta stønad. På den andre siden kan fokus på uhelse i disse ordningene ha uheldige effekter, som sykeliggjøring og fokus på menneskers begrensninger fremfor muligheter. Dette kan igjen gjøre det vanskeligere for personer som mottar ytelsene å komme seg tilbake i arbeidslivet.

Navs arbeidsevnevurderinger er ment å kartlegge både muligheter og begrensninger for å komme i arbeid, men evalueringer og forskning viser at det ofte legges størst vekt på individets begrensninger.¹⁷⁴ Denne vektleggingen kan delvis forklares med at vurderingen er en del av søknadsprosessen for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, hvor det er nødvendig å dokumentere nedsatt arbeidsevne. En studie viste at sykdom og legeerklæringer ofte får avgjørende betydning i vurderingene, noe som kan føre til at de helsemessige utfordringene overskygger mulighetene for arbeid.¹⁷⁵

Revmatikerforbundet sier i intervju med oss at mange opplever at de må overbevise Nav og helsevesenet om at de er «syke nok». Dersom de ikke klarer å formidle alvorlighetsgraden av sin situasjon, risikerer de å miste ytelsen. Dette kan føre til at personer ubevisst sykeliggjør seg selv og sin tilstand, i stedet for å jobbe aktivt mot en bedring. Paradoksalt nok kan dette gjøre veien tilbake til arbeidslivet enda lengre.

Sjeflegen i ytelseslinja i Nav sier at økningen av andel unge som mottar arbeidsavklaringspenger og uføretrygd delvis kan skyldes medikalisering. Diagnoser innenfor psykiske lidelser dominerer blant unge som mottar disse ytelsene. En del av brukerne har behov for diagnostisering og behandling, men mange som mottar de

¹⁷⁰ Se blant annet NOU 2019: 7 Sysselsettingsutvalget del 1, NOU 2021: 2 Sysselsettingsutvalget del 2 og Meld. St. 33 (2023–2024, del 3.5.).

¹⁷¹ NOU 1990:17 s. 82.

¹⁷² Markussen og Røed (2020, s. 236), Strand og Svalund (2021, s. 29).

¹⁷³ Prop. 74 L (2016–2017), del 4.1, Innst.390 L (2016–2017), [Lovvedtak 114 \(2016-2017\)](#)

¹⁷⁴ Proba (2011), Proba (2012), Proba (2024), Mandal et al. (2015). Lima og Nicolaisen (2016).

¹⁷⁵ Lima og Nicolaisen (2016, s. 117).

samme ytelsene, har en lettere psykisk lidelse. Sjøflegen oppgir at krav om diagnostisering i den sistnevnte gruppen noen ganger kan gjøre mer skade enn gagn. Det å få en medisinsk diagnose, selv innenfor lettere psykiske lidelser, kan påvirke selvbildet negativt og være begrensende og stigmatiserende. Det kan vedlikeholde symptomer. Og det er en risiko for at diagnosen ses på som en varig tilstand, både av individet selv og av samfunnet. Samtidig sier diagnosen i seg selv lite om funksjonen til personen. Videre kan diagnostisering være vanskelig, ifølge sjeflegen. Det gjelder spesielt ved lettere psykiske lidelser, og mange med diagnoser bør trolig heller falle inn under normalitetsbegrepet.

11.8.1 Ytelsene innretning og medikalisering

Utformingen av inntektssikringsordningene i Norge kan skape økonomiske insentiver som gjør helserelaterte ytelser mer attraktive enn ytelser som dagpenger og sosialhjelp. Sykepenger og AAP gir ofte høyere og mer varig inntekt enn andre ytelser. Sykepenger utgjør 100 prosent av tidligere inntekt i inntil ett år, mens AAP gir 66 prosent av tidligere inntekt, og kan mottas over en lengre periode. Dagpenger er derimot midlertidige, og utgjør maksimalt 62,4 prosent av tidligere inntekt. Dagpenger forutsetter at mottakeren har hatt en viss inntekt i forkant, noe som ikke kreves ved mottak av AAP.

Om lag 80 prosent av nye mottakere av AAP under 35 år har ikke mottatt sykepenger og har dermed i utgangspunktet en svak tilknytning til arbeidslivet.¹⁷⁶ AAP er den eneste midlertidige ordningen for inntektssikring som ikke krever tidligere tilknytning til arbeidslivet, bortsett fra sosialhjelp som vurderes etter behov. For personer som er i ferd med å etablere seg i arbeidsmarkedet og samtidig har helseutfordringer, kan AAP gi nødvendig økonomisk trygghet. Da er det en risiko for at arbeidsledighet kan defineres og håndteres som et helseproblem.

Forslag om ny inntektssikringsordning for unge, uten medisinske vilkår

Innføringen av AAP i 2010 ga unge som ikke har vært i arbeid tidligere, en ny form for inntektssikring som de tidligere i liten grad hadde tilgang til. Før AAP var i hovedsak alternativene for personer med svak arbeidstilknytning: dagpenger, økonomisk sosialhjelp eller attføring. Dagpenger forutsetter som regel tidligere arbeidsinntekt, noe mange unge uten jobb ikke har. Sosialhjelp er behovsprøvd og stiller strengere krav til dokumentasjon av livssituasjon. Og utbetalingene varierer, ofte på et lavt nivå.

Regjeringen Støre mener det er ønskelig å prøve ut en inntektssikringsordning for unge under 30 år som har problemer med å komme inn i arbeidslivet, og som ikke er knyttet til medisinske vilkår. En slik ordning ble foreslått i Meld. St. 33 (2023–2024). 21. mars 2025 sendte derfor regjeringen ut et høringsforslag om et nytt forsøk med arbeidsrettet ungdomsprogram for å gi unge bedre muligheter til arbeid og utdanning – uten krav om medisinske vurderinger. Programmet startet den 1. august 2025, og det skal gi alternativ inntektssikring til AAP og sikre tett oppfølging og arbeidsrettet aktivitet. Målet er å hjelpe flere unge inn i jobb og redusere tilstrømmingen til helserelaterte ytelser.¹⁷⁷

¹⁷⁶ [Meld. St. 31 \(2023–2024, s. 67\)](#)

¹⁷⁷ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025a).

I pressemeldingen sier arbeids- og inkluderingsministeren at «ungdommene må få vise hva de kan i stedet for å bevise at de er syke. Når deltakerne vet at de har en grunnleggende inntekt gjennom programmet, så kan de bruke tiden og energien sin på å lære, utvikle seg og søke jobb».¹⁷⁸

12 Sykepengeordningen

Sykepengeordningen skal gi økonomisk trygghet ved sykdom og samtidig legge til rette for at arbeidstakere kan vende tilbake til arbeid så raskt som mulig. Når en person har et langvarig sykefravær, øker sannsynligheten for at hen går over til helserelaterte trygdeytelser som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Hvordan ordningen praktiseres, har derfor mye å si for risikoen for varig frafall fra arbeidslivet. Dette kapittelet gir en oversikt over utviklingen i sykefraværet. Det belyser også hvordan ordningen fungerer, inkludert Arbeids- og velferdsetatens vedtaksprosesser og oppfølging av sykefravær.

12.1 Mål om å redusere i sykefraværet er ikke nådd

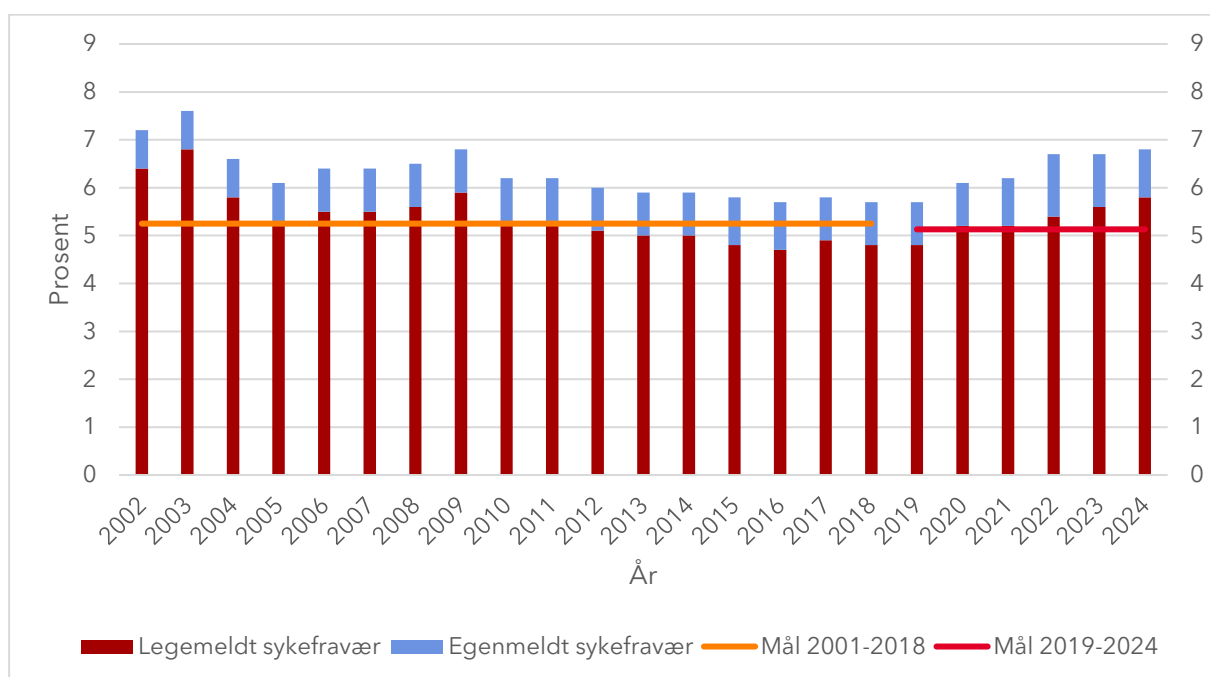
Et av hovedmålene for Arbeids- og inkluderingsdepartementets ansvarsområde er å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. For å bidra til dette har partene i arbeidslivet fra og med 2001 inngått avtaler om inkluderende arbeidsliv hvor reduksjon av sykefravær og frafall fra arbeidsliv har vært intensjonen.

I IA-avtalen for perioden 2019–2024 ble de konkrete målene for sykefraværsreduksjon endret. I tidligere avtaler var det et nasjonalt mål å redusere sykefraværet med 20 prosent, i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebar et sykefravær på under 5,3 prosent. I avtalene fra 2019 og framover var det et mål å redusere sykefraværet med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018, til under 5,1 prosent. Satsingen ble mer målrettet mot sektorer med høyt sykefravær, og det ble lagt større vekt på kunnskapsbaserte tiltak og forebygging i arbeidslivet.

Figur 12 viser utviklingen i det totale sykefraværet i Norge fordelt på legemeldte og egenmeldte sykefravær i perioden 2002–2024. Sykefraværsprosenten viser dagsverk med sykefravær som andel av avtalte dagsverk.

¹⁷⁸ Regjeringen (2025).

Figur 12 Samlet sykefravær i Norge og mål for reduksjon av sykefravær. 2002–2024. Prosent.



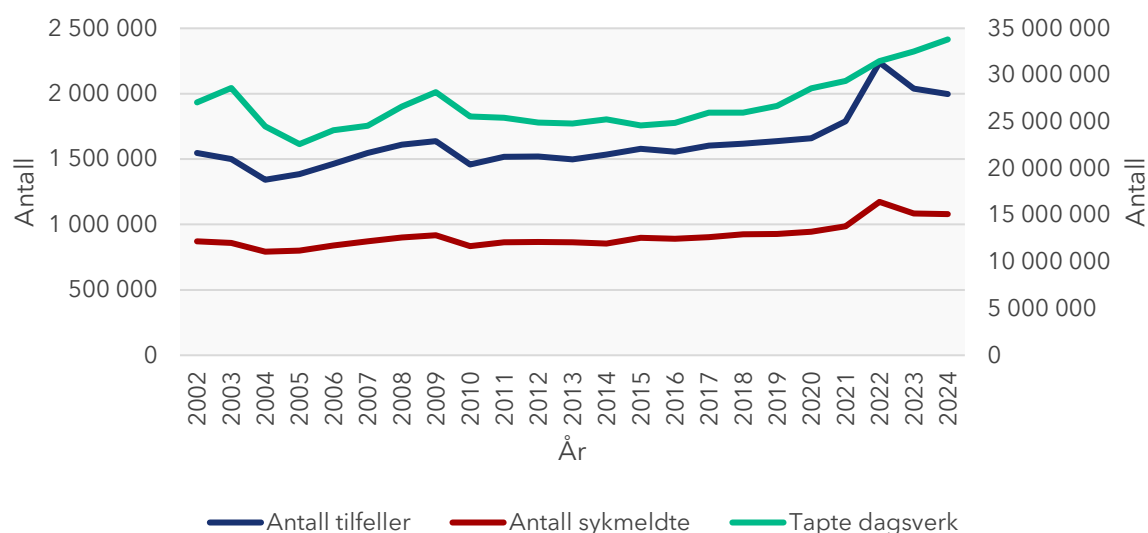
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og SSB.¹⁷⁹

Det totale sykefraværet har variert i løpet av perioden 2002–2024. Det høyeste totale sykefraværet var i 2003 med 7,6 prosent. Etter finanskrisen i 2008–2009 var trenden nedadgående fram til periodens laveste sykefravær på 5,7 prosent i 2019. I årene etter 2019 har sykefraværet økt, og så stabilisert seg rundt i underkant av 7 prosent.

Figur 13 viser utviklingen i hvor mange personer som har vært sykmeldt, antall tilfeller, og antall tapte dagsverk i perioden 2002–2024. Fra 2002 til 2024 har det vært vekst i antall personer som er sykmeldt, antall tilfeller av sykmeldinger og antall tapte dagsverk, samtidig som det har også vært vekst i antall sysselsatte personer.

¹⁷⁹ Moberg og Aldridge (2025, s. 3).

Figur 13 Antall sykefraværstilfeller, sykmeldte og tapte dagsverk. 2002–2024.



Venstre akse: antall sykefraværstilfeller og sykmeldte. Høyre akse: Antall tapte dagsverk.

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹⁸⁰

I 2024 var i underkant av 1,1 millioner personer sykmeldt av lege i løpet av året, mens det var 2 millioner sykefraværstilfeller. Til sammen utgjorde sykefraværene 33,8 millioner tapte dagsverk. Det var en foreløpig topp for antall tilfeller, antall sykmeldte og antall tapte dagsverk i forbindelse med finanskrisen i 2009. I perioden fra 2010 har det vært en svak stigende trend for antall sykmeldte personer og antall tilfeller, med en topp under koronapandemien i 2022. Antall tapte dagsverk gikk ned fra 2010 til 2015, før det igjen ble en stigende trend. I årene etter 2022 har det vært en nedgang i antall tilfeller og antall sykmeldte, men nivået er likevel høyere enn før pandemien. Til sammenligning har antallet tapte dagsverk fortsatt å stige etter 2022, og det har ikke vært flere tapte dagsverk enn i 2024. Det indikerer at personene som blir sykmeldt, har lengre sykmeldinger.

Siden 2016 har det vært en jevn økning i antall tapte dagsverk. Årene 2020–2022 kjennetegnes av at korona-pandemien ga et høyere sykefravær. Selv om antall tilfeller og antall sykmeldte har sunket etter pandemien har antall tapte dagsverk fortsatt å stige. Deler av økningen i antall sysselsatte personer, antall tilfeller og antall tapte dagsverk kan forklares med flere sysselsatte personer i løpet av perioden. Samtidig har sykefraværet økt mer enn sysselsettingen.

12.1.1 Kunnskapsgrunnlaget om utviklingen og virkemidlene er ikke godt nok

Departementet oppgir i intervju at de er bekymret for utviklingen, og at de ikke har et godt nok kunnskapsgrunnlag. Direktoratet viser i intervju til blant annet økningen i sykefravær med diagnoser innen psykiske symptomer og plager, og oppgir at det ikke har god nok kunnskap om hva som ligger bak plagene. Det er også generelt lite kunnskap om effekter av virkemidler for langtidssykmeldte.

¹⁸⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Legemeldt sykefravær per år. Tidsserie 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

I 2025 ble det gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene på oppdrag fra Finansdepartementet. Formålet med områdegjennomgangen er todelt. Det ene er å tydeliggjøre driverne bak bruken av helserelaterte ytelser, og se bredt på årsakene til at personer mottar helserelaterte ytelser. Det andre er å foreslå tiltak som kan bidra til å redusere tilgangen til og gi økt overgang fra helserelaterte ytelser til arbeid. Undersøkelsene ble offentliggjort i oktober 2025.¹⁸¹

I en kunnskapssammenstilling som har relevans for IA-avtalen 2019–2024,¹⁸² kunne ikke forskerne slå fast at aktiviteter i perioden hadde bidratt til å redusere sykefraværet og frafallet. Til det var tidsperspektivet for kort og det totale tallgrunnlaget i inkluderte studier for lite. Forskerne viste til at det er behov for større, helhetlige og langsiktige studier som bidrar til mindre kunnskapsfragmentering.

12.1.2 Sykefravær og arbeidsmarkedet

Det finnes flere teorier om sammenhengen mellom arbeidsmarkedet og sykefravær. Tre hovedhypoteser som forklarer hvorfor sykefraværet varierer med konjunktorene er:

- Disiplineringshypotesen hevder at økt jobbusikkerhet i dårlige tider har en disiplinerende effekt og reduserer sykefraværet.
- Sammensetningshypotesen viser til at flere med svak tilknytning til arbeidslivet og høyt fravær rekrutteres i høykonjunkturer.
- Stresshypotesen peker på at lav arbeidsledighet kan føre til høyere arbeidstempo og belastning, som igjen øker sykefravær.¹⁸³

Nossen viser at det i perioden 2000–2012 var en tendens til færre nye sykefravær når ledigheten var høy, i tråd med disiplineringshypotesen. Sammenhengen er imidlertid svakere enn på 1990-tallet og ikke entydig. Samtidig økte den gjennomsnittlige varigheten av sykefraværene i perioder med flere arbeidsledige, særlig blant menn. Den markerte økningen i varighet fra august til desember 2008 sammenfalt med en kraftig økning i nye ledige, noe Nossen knytter til at sykepenges gir høyere inntektskompensasjon enn dagpenger.¹⁸⁴

Sammensetningen av lønnsinntakere har liten betydning for sykefraværsprosenten utvikler seg over tid. Utdanning har en negativ effekt, ved at personer med lengre utdanning har lavere sykefravær. Det samme gjelder arbeidstid, ettersom det er korrelasjon mellom en økende andel heltidsansatte og lavere fravær. I perioden 2019–2020 bidro økt gjennomsnittsalder derimot til høyere sykefraværsprosent, trolig fordi andelen dagsverk som er utført av unge arbeidstakere gikk ned som følge av koronapandemien.¹⁸⁵

¹⁸¹ Oslo Economics (2025a) og Oslo Economics (2025b).

¹⁸² Holte et.al. (2024), s. 4–5.

¹⁸³ Faggruppen for IA-avtalen. (2011).

¹⁸⁴ Nossen (2014).

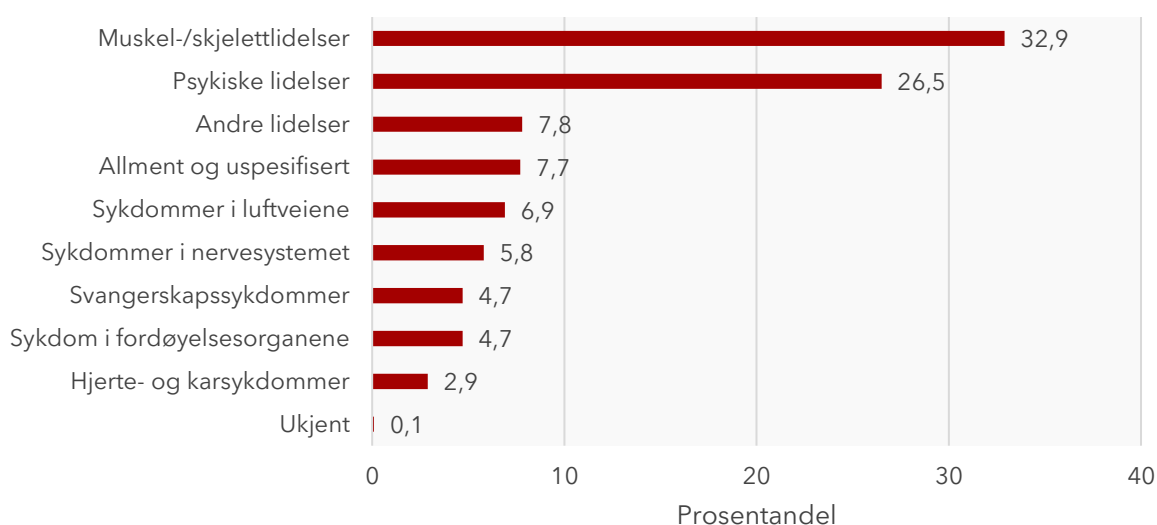
¹⁸⁵ Skarsbø og Vigtel (2022, s. 77).

12.1.3 Kjennetegn ved de sykmeldte

De mest utbredte diagnosegruppene

I 2024 var muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykmelding, fulgt av luftveissykdommer og psykiske lidelser. 386 000 personer ble sykmeldt med muskel- og skjelettplager, nær 350 000 personer med luftveissykdommer og over 250 000 personer med psykiske lidelser. Det har vært en økning av antall sykmeldte med psykiske lidelser på over 70 prosent siden 2010. Til sammenligning var økningen blant dem med muskel- og skjelettlidelser på 8 prosent i samme tidsperiode.

Figur 14 Andel av alle tapte dagsverk per diagnosegruppe. 2024.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet¹⁸⁶ (N=33 809 884).

Figur 14 viser at diagnoser knyttet til muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør omtrent seks av ti tapte dagsverk. Fra 2010 til 2024 har andelen tapte dagsverk som skyldes muskel- og skjelettlidelser falt fra mer enn 40 prosent til 33 prosent. I samme periode har andelen tapte dagsverk som skyldes psykiske lidelser økt fra 19 prosent til 26,5 prosent.

Psykiske lidelser står for 73 prosent av økningen i sykefraværet det siste året, og 50 prosent av økningen siden 2019. Dette skyldes både en markant økning i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser og at diagnosegruppen allerede utgjør en stor andel. Fordi sykefravær med diagnoser innen psykiske lidelser ofte har lang varighet, vil nye tilfeller ha betydelig og langvarig effekt på det totale sykefraværet.¹⁸⁷

En vesentlig del av økningen i sykefraværet de siste årene kan tilskrives en økning i psykiske lidelser. I 2024 ble mer enn 8,9 millioner dagsverk tapt som følge av diagnoser knyttet til psykiske lidelser, sammenlignet med 4,9 millioner dagsverk i 2010. Til

¹⁸⁶Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Legemeldt sykefravær etter diagnosegruppe - 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

¹⁸⁷ Moberg og Aldridge (2025, s. 7).

sammenligning har en andre diagnosegrupper hatt et mer stabilt antall, med unntak av sykdommer i luftveiene som økte voldsomt i årene med koronapandemi.

Blant psykiske lidelser er det psykisk ubalanse situasjonsbetinget (P02) som utgjør den største andelen av tapte dagsverk, etterfulgt av psykiske symptomer/plager (P29) og depressiv lidelse (P76).¹⁸⁸ Dette gjelder for både kvinner og menn. Fra 2023 til 2024 har sykefravær på grunn av psykiske symptomer og plager økt mest, mens fravær knyttet til psykiske sykdomsdiagnoser har vært mer stabilt.¹⁸⁹ I 2024 utgjorde psykiske symptomer og plager 61 prosent av gruppen psykiske lidelser og sykdomsdiagnosene utgjorde 39 prosent av gruppen.¹⁹⁰

Kjønnsfordeling

Legemeldt sykefravær er betydelig høyere blant kvinner enn menn. Kvinner har stått for 60 prosent av alle sykefraværstilfeller i perioden 2002–2024. Det gjelder for alle lengder av sykefraværstilfeller,¹⁹¹ men andelen er høyere desto lengre sykefraværstilfellene er.¹⁹² Differansen mellom sykefraværet til kvinner og menn har i gjennomsnitt vært 2,8 prosentpoeng i perioden, men har økt i de senere årene. Fra 2019 til 2024 har veksten i sykefraværet til kvinner vært høyere enn for menn, og differansen har økt fra 2,7 til 3,2 prosentpoeng.¹⁹³

Alder

Sykefraværet samlet for begge kjønn var høyest i aldersgruppen 60–64 år i 2024, hvor sykefraværet var på 6,9 prosent. Økningen det siste året var størst for personer mellom 20 og 39 år. I denne aldersgruppen økte sykefraværet med psykiske lidelser mest, og det utgjør 31 prosent av det totale sykefraværet til aldersgruppen.¹⁹⁴

For menn øker sykefraværet med høyere alder, med unntak av for den eldste aldersgruppen. Kvinners sykefravær øker mindre med alder, og i 2024 var sykefraværet aller høyest for kvinner i alderen 30–34 år. Sykefraværet for kvinner i alderen 30–34 år kan ha sammenheng med svangerskapsrelatert sykefravær, men de siste årene har det vært en betydelig økning i sykefravær med psykiske lidelser for denne gruppen.¹⁹⁵

Utsatte næringer

Sykefraværet er høyest i kommunal sektor, som i 2024 hadde en sykefraværspersent på 7,7. Til sammenligning var sykefraværet 5,5 prosent i statlig sektor og 5,2 prosent i privat og offentlig næringsvirksomhet.

¹⁸⁸ P02, P29 og P76 er diagnosekoder i ICD-10, som er den internasjonale klassifikasjonen for helseproblemer, diagnoser og andre årsaker til kontakt med primærhelsetjenesten ([ICD-10 - Helsedirektoratet](#)).

¹⁸⁹ I ICD-10 skilles det mellom symptomer og plager og diagnoser/sykdommer. ([Sykmelderveileder - Helsedirektoratet](#)).

¹⁹⁰ Moberg og Aldridge (2025, s. 7).

¹⁹¹ Grupper: 16 dager og under, 16 dager til 8 uker, 8 uker til 12 uker, 12 uker til 26 uker, 26 uker og over.

¹⁹² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Varighet for sykefravær avsluttet i året. Varighetsgrupper - 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

¹⁹³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Legemeldt sykefravær per år. Tidsserie 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

¹⁹⁴ Moberg og Aldridge (2025, s. 7).

¹⁹⁵ Moberg og Aldridge (2025, s. 12.).

I forbindelse med den nye avtalen om inkluderende arbeidsliv i 2019 ble partene og fagmyndighetene enige om syv bransjeprogram. Disse bransjene var sykehus, sykehjem, barnehage, rutebuss- og persontrafikk, næringsmiddelindustrien, leverandørindustrien olje og gass, samt bygg og anlegg. Bakgrunnen var at det ble identifisert et spesielt potensial for å redusere sykefravær og frafall i disse bransjene.¹⁹⁶

Blant næringene er helse- og sosialtjenester den klart største og mest belastede, med hensyn til både antall sykedager og sykefraværsprosent. I 2024 sto denne næringen alene for 30 prosent av alle tapte dagsverk, med spesielt høyt fravær blant pleiemedarbeidere (9,1 prosent) og sykepleiere (8,8 prosent). Leger hadde derimot et langt lavere sykefravær, på 3,9 prosent.¹⁹⁷

Andre næringer med høyt fravær er bygg og anlegg, transport og lagring, undervisning og forretningsmessig tjenesteyting. Felles for mange av disse er fysisk krevende arbeidsoppgaver og begrensede muligheter for hjemmekontor og tilrettelegging.

12.1.4 Varighet på sykefravær

Sykdommer i luftveiene hadde kortest gjennomsnittlig varighet i 2024, mens sykefraværstilfeller med psykiske diagnoser hadde lengst, med henholdsvis 8 og 76 dager. I perioden 2002–2024 har et gjennomsnittlig sykefraværstilfelle med en psykisk diagnose økt med 11 dager.

Tabell 4 Gjennomsnittlig andel sykefraværstilfeller og gjennomsnittlig andel tapte dagsverk per varighetsgruppe. 2002–2024.

Varighet sykefraværstilfelle	Gjennomsnittlig andel sykefraværstilfeller 2002–2024	Gjennomsnittlig andel tapte dagsverk 2002–2024
16 dager og under	63 %	18 %
16 dager til 8 uker	19 %	19 %
8 uker til 12 uker	4 %	9 %
12 uker til 26 uker	7 %	20 %
26 uker og over	7 %	34 %
Sum	100 %	100 %
Gjennomsnittlig N	1 497 554	21 285 965

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Regjeringen (2022).

¹⁹⁷ Moberg og Aldridge (2025, s. 13).

¹⁹⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Varighet for sykefravær avsluttet i året. Varighetsgrupper - 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

I perioden 2002–2024 har den gjennomsnittlige varigheten for avsluttede sykefraværstilfeller hatt en stabil utvikling. Den lengst gjennomsnittlige varigheten per sykefraværstilfelle var i 2004 med 44 dager, mens den korteste gjennomsnittlige varigheten var i 2022 med 33 dager. I de øvrige årene mellom 2002 og 2024 har varigheten variert mellom 38 og 42 dager.

Sykdommer i luftveiene hadde kortest gjennomsnittlig varighet i 2024, mens sykefraværstilfeller med psykiske diagnoser hadde lengst, med henholdsvis 8 og 76 dager. I perioden 2002–2024 har et gjennomsnittlig sykefraværstilfelle med en psykisk diagnose økt med 11 dager.

Tabell 4 viser at sykefraværene som varer mer enn et halvt år stod for over en tredel av andelen tapte dagsverk, mens de kun utgjorde 7 prosent av sykefraværstilfellene. Sykefraværstilfellene som varte i to måneder eller mindre utgjorde over 80 prosent av alle tilfellene, men utgjorde kun 37 prosent av de tapte dagsverkene.

Til tross for at gjennomsnittlig varighet for avsluttede sykefraværstilfeller varierer mellom 38 og 42 dager, utgjør sykefraværstilfeller mellom et halvt og ett år en stor andel av sykefraværsdagene. I 2024 utgjorde andelen sykefravær mellom et halvt og ett år 36 prosent av alle sykefraværsdager, mens de kun utgjorde 7 prosent av sykefraværene.¹⁹⁹ Til sammenligning utgjorde andelen sykefraværstilfeller som var 16 dager eller kortere 64 prosent av alle tilfeller, mens det bare sto for 19 prosent av de tapte dagsverkene.

12.1.5 Varighet per sykmelding

Helsedirektoratets *Faglig veileder for sykmeldere* skal gi kunnskapsbasert beslutningsstøtte til sykmeldere.²⁰⁰ Veilederen gir generelle råd og inneholder også diagnosespesifikke anbefalinger for konkrete situasjoner hvor det kan være aktuelt å vurdere sykmelding. Sykmeldere får medisinske råd og informasjon om konsekvenser rådene bør ha for sykmeldingslengden og -typen til pasienten.

Veilederen understreker at sykmelderens alltid må vurdere alle tilstander individuelt. For mange diagnoser er det anbefalt å gjøre tilpasninger på arbeidsplassen. Videre understreker veilederen at sykmelderens skal velge gradert sykmelding om mulig. Hvis sykmelderens mener at pasienten trenger en kortvarig sykmelding, bør legen revurdere pasientens behov etter 1–2 uker.

Nedenfor er noen eksempler på anbefalinger som gjelder vanlige diagnoser, som blant annet dreier seg om sykmeldingslengde per sykmelding:

¹⁹⁹ Moberg og Aldridge (2025, s. 18).

²⁰⁰ Helsedirektoratet (2016).

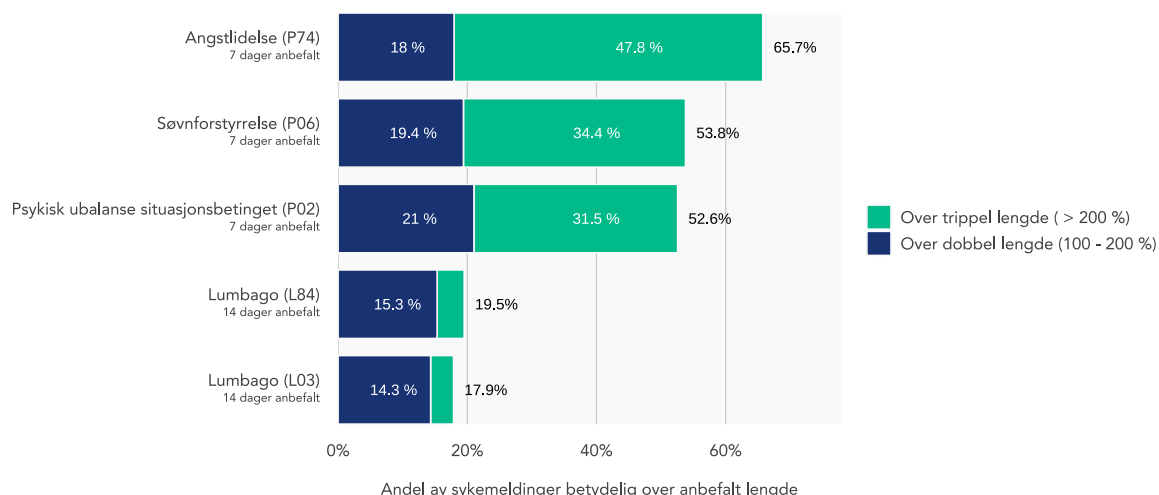
Faktaboks 2 Diagnosespesifikke anbefalinger

Diagnose		Faglig anbefaling
P02	Psykisk ubalanse	Unngå sykmelding om det er forsvarlig. Kortvarig sykmelding kan være nødvendig. Langvarig full sykmelding frarådes.
P06	Søvnforstyrrelse	Sykemelding vanligvis ikke nødvendig.
P74	Angstlidelse	Unngå full sykmelding så langt det er mulig. Kortvarig full sykmelding kan unntaksvis være nødvendig.
L03	Lumbago (korsrygg)	Sykemelding vanligvis ikke nødvendig, eller kan være kortvarig hvis pasientens tilstand er forenelig med arbeidskravene. Sykmelding inntil 2 uker kan være nødvendig ved sterke smerter.
L84	Lumbago (rygg uten smerteutstråling)	Sykemelding vanligvis ikke nødvendig, eller kan være kortvarig hvis pasientens tilstand er forenelig med arbeidskravene. Sykmelding inntil 2 uker kan være nødvendig ved sterke smerter.

Kilde: Helsedirektoratet (2016).

På bakgrunn av registerdata om fastlegeordningen fra Helsedirektoratet (se del 17.1.2), har vi sett på varighet per sykmelding og sammenlignet med de diagnosespesifikke anbefalingene i "Faglig veileder for sykmeldere». Figur 15 viser hvor stor andel av sykmeldingene som varer over dobbelt så lenge som det anbefales i sykmelderveilederen, både for graderte og fulle sykmeldinger. Vi har sett på noen av de hyppigste diagnosene innen de to vanligste diagnosegruppene, psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, der det finnes tydelige anbefalinger i veilederen fra Helsedirektoratet. Utvalget vårt utgjør omtrent 2,5 millioner sykmeldinger i perioden 2017–2023.

Figur 15 Andel sykmeldinger betydelig over anbefalt lengde



Kilde: Riksrevisjonen. N = 2 454 586. Data for perioden 2017–2023.

Figuren viser at en stor andel av sykmeldingene for de tre utvalgte psykiske diagnosene er betydelig lengre enn den anbefalte lengden. Dette gjelder i størst grad diagnosen angstlidelse (P74), hvor to av tre sykmeldinger går betydelig over anbefalt lengde, og nesten halvparten varer over tre ganger så lenge som anbefalt. For de to utvalgte muskel- og skjelettdiagnosene (lumbago L03 og L84) går sykmeldingene sjeldnere betydelig over anbefalt lengde, henholdsvis i 18 og 20 prosent av tilfellene.

12.1.6 Bruk av gradert sykmelding

Dersom en person delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver ved tilrettelegging, skal det ytes graderte sykepenger.²⁰¹ Dette kom inn i folketrygdloven i 2004, sammen med flere andre endringer med krav om aktivitet hvis det er mulig. Det er siden presisert flere ganger at det er ønskelig at gradert sykmelding blir brukt mer. Dette er senest gjort i anmodningsvedtak i forbindelse med behandlingen av meldingen til Stortinget om arbeidsmarkedstiltak i 2025.²⁰²

Målet var å sikre at sykmeldte prøvde seg i arbeidsrelatert aktivitet så tidlig som mulig, og senest innen åtte uker. Gradert sykmelding, som er en kombinasjon av arbeid og sykepenger, ble framhevet som det viktigste virkemiddelet for å oppfylle dette kravet.²⁰³

En kartlegging av forskning på effekten av gradert sammenlignet med full sykmelding, viste at gradert sykmelding kan gi kortere sykefravær og høyere arbeidsdeltakelse.²⁰⁴ Det meste av forskningen var observasjonsstudier, noe som begrenset muligheten til å trekke sikre konklusjoner. Forskningsgrunnlaget besto av studier fra Norge, Sverige, Danmark, Finland og Tyskland og omfattet totalt ca. 2,74 millioner personer. som var sykmeldt hovedsakelig på grunn av muskel- og skjelettplager eller mentale lidelser. Kartleggingen

²⁰¹ Folketrygdloven, 1997, § 8-6 og § 8-13.

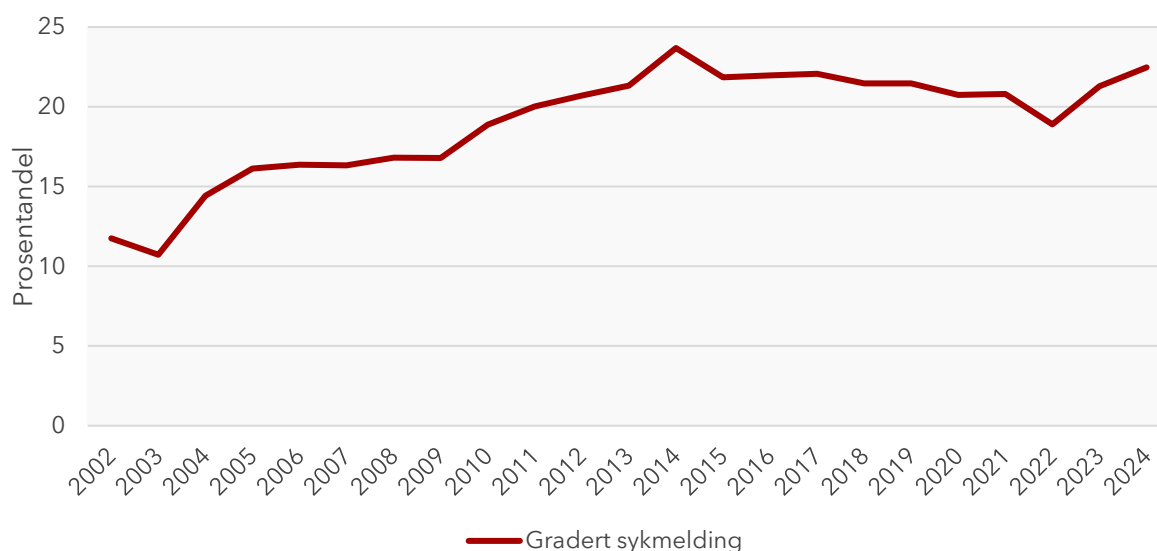
²⁰² Innst. 150 S (2024–2025).

²⁰³ Ot.prp. nr. 48 (2003–2004).

²⁰⁴ Folkehelseinstituttet (2018).

viste at gradert sykmelding er forbundet med lavere sannsynlighet for å motta uføretrygd, samt med bedre fysisk og psykisk fungering og arbeidsevne.

Figur 16 Andel tilfeller av gradert sykmelding. 2002–2024. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.²⁰⁵

Figur 16 viser andelen av graderte sykmeldinger i perioden 2002 til 2024. Bruken av graderte sykmeldinger har nesten doblet seg fra 2002 til 2024, med en økning fra 12 til 22 prosent. Den største økningen skjedde i fra 2003 fram til 2014, hvor andelen økte fra 12 til 20 prosent. I perioden 2011 til 2024 har andelen tilfeller med gradert sykmelding variert mellom 20 og 24 prosent. Arbeids- og inkluderingsdepartementet skriver til Riksrevisjonen at andelen graderte sykmeldinger ved mer langvarige sykefravær, er høyere. Det er rimelig å forvente at en del korte sykefraværstilfeller ikke kan graderes, men har kort varighet.²⁰⁶

Gradert sykmelding brukes mest i sykefravær som skyldes psykiske lidelser, hvor 40 prosent er gradert. Andelen av dem med psykiske lidelser som fikk gradert sykmelding er mer enn dobbelt så høy i 2024, sammenlignet med 2002. I underkant av 30 prosent av sykefraværstilfellene med diagnosegruppe allment og uspesifisert, muskel- og skjelettlidelser og hjerte- og karsykdommer har gradert sykmelding.²⁰⁷

I forbindelse med IA-avtalen 2010–2013 foreslo en ekspertgruppe en aktiviserings- og nærværsreform, der gradert sykmelding skulle være hovedregelen ved sykefravær. I avtalen forpliktet partene seg til å øke bruken av gradert sykmelding for å redusere sykefraværet. Samtidig ble ordningen med aktiv sykmelding avviklet i 2011. I forbindelse med avtalen som ble inngått i 2010, viser figur 16 at bruken av gradert sykmeldinger økte fram til 2014. Andelen tilfeller med gradert sykmelding har flatet ut i perioden etter 2014.

²⁰⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Gradert legemeldt sykefravær etter diagnosegrupper - 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

²⁰⁶ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

²⁰⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Gradert legemeldt sykefravær etter diagnosegrupper - 2002–2024. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

Flere forhold kan påvirke om leger utsteder full eller gradert sykmelding. Leger kan prioritere hensyn til medisinsk behandling og/eller pasientens egen oppfatning framfor hensyn til jobbnærvær og aktivitet.²⁰⁸ Uten tilstrekkelig informasjon om pasientenes arbeidsplass og oppgaver, kan det være vanskelig å vurdere hvilke tilrettelegginger som er mulig og hvilken gradering som kan fungere for pasienten og arbeidsgiveren. Legenes valg mellom full eller gradert sykmelding påvirkes ofte av hvor krevende det er å vurdere pasientens funksjonsevne. Manglende informasjon om arbeidsplassen og arbeidsoppgavene gjør det vanskelig for legene å vurdere muligheter for tilrettelegging og riktig sykmeldingsgrad. I tillegg mangler arbeidstakere økonomiske insentiver for å være gradert sykmeldt, i stedet for fullt sykmeldt. Sysselsettingsutvalget og Kreftforeningen har påpekt at ordningen i liten grad belønner delvis jobb.²⁰⁹ Kreftforeningen erfarer at dagens innretning på ordningen gir insentiver for 100 prosent sykmelding og fører til at flere mister tilknytningen til arbeidslivet.

Direktoratet oppgir i intervju med oss at den totale andelen graderte sykmeldinger har flatet ut på et høyt nivå, og at det derfor er vanskelig å få til en ytterligere økning. Departementet sier i intervju at gradert sykmelding er et viktig virkemiddel mot frafall fra arbeidslivet.

12.1.7 Sykefravær og risiko for frafall fra arbeidslivet

IA-avtalen (2019–2024) understreker også betydningen av å «målrette innsatsen mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær». Det handler om støtte opp under avtalens mål om å forebygge sykefravær og frafall.

Langvarig sykefravær

Risikoen for å falle varig ut av arbeidslivet øker med lengden på fraværet. I noen tilfeller skyldes dette en varig svekket helsetilstand som ikke lar seg kombinere med arbeid, men lange fravær kan i seg selv svekke tilknytningen til arbeidslivet. Dette gjelder særlig for personer med psykiske lidelser og uklare og sammensatte plager, og hvor den sykmeldte ofte kan ha mestrings-, kompetanse- eller arbeidsmiljøproblemer som en del av utfordringsbildet.²¹⁰

Etter om lag 8–12 uker øker risikoen markant, og etter seks måneder faller sannsynligheten for retur til arbeid bratt.²¹¹ Etter ett år er det for mange vanskelig å vende tilbake uten omfattende tiltak. Derfor fokuserer Nav og arbeidsgivere i Norge på tidlig oppfølging nettopp for å hindre at fraværet blir varig.

²⁰⁸ Hoff et al. (2024), s. 5.

²⁰⁹ NOU 2019:17, Kreftforeningen (2025).

²¹⁰ NOU 2019:17.

²¹¹ Kvile (2024).

Gjentakende sykefravær

Et annet risikoområde er gjentakende sykefravær. Gjentakende sykefravær kan indikere underliggende helseproblemer som ikke er tilstrekkelig utredet eller behandlet, men de kan også reflektere organisatoriske eller psykososiale belastninger på arbeidsplassen.

IA-arbeidets fokus på personer med hyppige sykefravær er nytt. Tidligere har dette arbeidet i hovedsak vært konsentrert om langtidssykmelding, som en viktig årsak til frafall fra arbeidslivet og mottak av mer varige helserelaterte ytelser. Det framgår av en artikkel fra Nav at det er manglende kunnskap både om årsaker til og kjennetegn ved hyppige sykefravær.²¹² Det behov for mer forskning på fenomenet, især på hva som kjennetegner de hyppige sykefraværene som kan gi langvarig frafall fra arbeidslivet.

12.2 Arbeids- og velferdsetatens saksbehandling av sykepenger

Saksbehandlingen av sykepenger starter med at sykmeldingen sendes elektronisk fra legen til Arbeids- og velferdsetaten. Den sykmeldte må deretter bekrefte sykmeldingen via etatens digitale løsninger for at saksbehandlingen skal fortsette. Når sykmeldingen er mottatt, registreres den i etatens systemer.

Arbeids- og velferdsetatens saksbehandling av sykepenger har i stor grad blitt digitalisert, og gått fra å bli vurdert manuelt av en saksbehandler til å bli behandlet automatisk. Mot slutten av 2024 ble 72 prosent av sykepengesakene behandlet automatisk, og 90 prosent av disse ble behandlet helautomatisk.²¹³ Målet til etaten var at 85 prosent av søknadene skulle behandles i den automatiserte løsningen, og de jobber for å øke andelen.²¹⁴

12.2.1 Sykepengeregelverket tolkes ulikt av juridiske miljøer i Arbeids- og velferdsdirektoratet

Direktoratet skriver i sin årsrapport for 2024 at sykepenger er et krevende område «der en del avklaringer i juridisk praksis ble tatt ned i 2024».²¹⁵ Direktoratet forteller i intervju med oss at disse avklaringene gjelder regelspesifiseringer på grunn av automatiseringen av saksbehandlersystemet for sykepenger. Direktoratet oppgir at de også reviderer rundskrivet som gjelder sykepenger, og at de tolker hver enkelt paragraf i kapittel 8 i folketrygdloven for å få bedre avklaringer i rundskrivet. I hovedsak er dette mindre presiseringer. Bakgrunnen for at de reviderer rundskrivet, er at rundskriv skal legges om til et nytt konsept.

Departementet oppgir i intervju at direktoratet kan legge fram tolkningsspørsmål for departementet dersom de opplever regelverket som uklart eller fordi det antas at det vil kunne gi vesentlige utilsiktede konsekvenser. Direktoratet har ikke løftet noen av avklaringene de viser til i sin årsrapport til departementet, men har orientert

²¹² Delalic et al (2024).

²¹³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 66 og 68).

²¹⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 80).

²¹⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 68).

departementet om arbeidet med kvalitetssikring, regelverkstolkning og digitalisering på sykepengeområdet.

Revideringen av Arbeids- og velferdsdirektoratets rundskriv om sykepenges og digitaliseringen av saksbehandlingen har tydeliggjort utfordringer knyttet til sykepengeregelverket. I et brev fra Nav klageinstans styringsenhet (datert 7. november 2024) til Seksjon fag- og ytelsesutvikling og med kopi til Juridisk avdeling, skriver klageinstansen at dagens regelverk for sykepenges bør revideres. Vedlagt brevet er et notat som beskriver en rekke utfordringer med dagens regelverk.²¹⁶ Ifølge klageinstansen fyller ikke sykepengereglene nåtidens krav til klarhet for tolkning av hva som er gjeldende rett.

I notatet framgår det at det gjennom flere år har vært langvarige og markerte uenigheter mellom Nav arbeid og ytelser, Nav klageinstans og Arbeids- og velferdsdirektoratet om hvordan man skal forstå lovreglenes ordlyd, sammenhengen mellom bestemmelsene og systematikken i sykepengeregelverket. Klageinstansen forteller i intervju med oss at klageinstansen og direktoratet blant annet har ulik tolkning av flere sentrale bestemmelser som gjelder sykepengeområdet. Det gjelder blant annet vilkårene i § 8-4 om arbeidsuførhet og § 8-7 om dokumentasjon av arbeidsuførhet.²¹⁷

Direktoratet sier i intervju med oss at det er kontinuerlige diskusjoner knyttet til regelverket. Det er ikke alltid et svar med to streker under seg i jussen, og det vil være uenigheter om tolkninger. Men de søker å ta ned uenigheter og få til en riktig regelverkstolkning. Departementet oppgir i intervju at de kjenner til at det er interne diskusjoner i direktoratet, og viser til at direktoratet er ansvarlig for å avklare hvordan regelverket skal tolkes. De viser til at direktoratet har systemer for å lande faglig uenighet, og at juridisk avdeling i direktoratet er ansvarlig for å avklare tolkninger av regelverket.

Nav klageinstans skriver i sin årlige kvalitetsrapport at de finner flere lovtolkningsfeil på sykepengeområdet enn på andre områder.²¹⁸ De ser forskjellsbehandling og at feil praksis vedvarer over tid. Klageinstansen mener for eksempel at flere brukere som mottar sykepenges ikke har oppfylt vilkåret om opptjeningstid. I saker som handler om arbeidsuførhet ser klageinstansen ulik praksis, blant annet i saker hvor arbeidsgivere bestrider sykmeldingen og andre like tilfeller.²¹⁹ I såkalte bestridelsessaker får ofte Arbeids- og velferdsetaten informasjon om at det kan være andre grunner enn sykdom bak sykmeldingen. En stor andel av bestridelsessakene har psykiske lidelser som diagnosegruppe. Klageinstansen erfarer at Nav arbeid og ytelser i for stor grad vektlegger arbeidsgiverens bestridelse, og at dette kan gi feilaktige avslag på søknader om sykepenges hvis ikke rådgivende lege involveres i saken. Samtidig ser klageinstansen at tilsvarende saker med samme diagnoser blir innvilget for både kortere og lengre perioder, uten å bli overprøvd.

²¹⁶ Nav klageinstans vest, 25. oktober 2024.

²¹⁷ Nav klageinstans vest, 25. oktober 2024.

²¹⁸ Nav klageinstans (2024a, s. 4).

²¹⁹ Nav klageinstans (2024a, s. 19).

Nav klageinstans mener at uenighetene mellom de juridiske fagmiljøene på sykepengereglene i Nav, viser tydelig at sykepengeregelverket åpner for mye tolkningsusikkerhet og uklarhet.²²⁰ De finner at uklarheten også har fått negative konsekvenser for den automatiserte saksbehandlingen av sykepenger, og mener de nåværende sykepengereglene vanskelig kan automatiseres. Klageinstansen sier i intervju med oss at de ikke opplever å ha vært involvert i de faglige vurderingene som ble gjort i utviklingen av automatisert saksbehandling.

12.2.2 Utfordringer med automatisert saksbehandling av sykepenger

Da Stortinget behandlet statsbudsjettet for 2019, besluttet det at prosjektet med å digitalisere saksbehandlingen av sykepenger skulle startes.²²¹ I Prop. L 135 (2019–2020) står det at departementet mener at regelverket for sykepenger egner seg for automatisering, til tross for at det inneholder skjønnsmessige elementer. Dette gjelder særlig i kurante saker, der vurderingene i praksis er standardiserte. Selv om folketrygdloven krever en konkret vurdering av om vilkårene for sykepenger er oppfylt, vil en legeattest med gyldig diagnose normalt være nok for at Arbeids- og velferdsetaten legger til grunn at arbeidsuførheten klart skyldes sykdom.²²²

Departementet sier i intervju med oss at det skjerpede beviskravet etter § 8-4, om at arbeidsuførhet må følge av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom (se avsnitt 11.5.1), er en medisinsk vurdering og det er sykmelderens som i praksis skal ta stilling til om det skjerpede beviskravet er oppfylt. Men etaten kan gjøre undersøkelser hvis de tviler på at vilkår for ytelsen er innfridd.

Direktoratet skriver i sin årsrapport for 2024 at digitaliseringen av saksbehandlingen bidrar til å sikre likere praksis. Departementet oppgir i intervju med oss at når mer av saksbehandlingen blir automatisert, bidrar det til bedre kvalitet i ytelsesforvaltningen, raskere saksbehandling og redusert risiko for feilutbetalinger. Samtidig kommer det fram fra ulike kilder at det er en rekke utfordringer med automatiseringen.²²³ I et svarbrev til Nav klageinstans (datert 14. januar 2025) skriver direktoratet at de er enige i at det er krevende å automatisere sykepengeregelverket, og at det ikke lar seg gjøre fullt ut. Men av hensyn til en effektiv masseforvaltning jobber de for å digitalisere de områdene som de mener lar seg digitalisere innenfor regelverket. I intervju med oss viser også departementet til at de tar hensyn til en effektiv masseforvaltning. Departementet oppgir at de er kjent med at implementering av sykepengeregelverket i ny saksbehandlingsløsning har krevd en grundig regelspesifisering for å fastslå hva som er riktig tolkning av dagens regelverk, hvilket informasjonsbehov som kreves for at vilkårene skal kunne prøves, hvilke automatiseringsmuligheter som finnes innenfor dagens handlingsrom og eventuelle behov for regelverksendringer.

²²⁰ Nav klageinstans Vest, 25. oktober 2024, s. 7.

²²¹ PwC (2023, s. 2).

²²² Prop. 135 L (2019–2020, s. 20).

²²³ PwC (2023), Nav klageinstans kvalitetsrapport (2024), Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 66–68).

En evaluering av prosjektet med å digitalisere saksbehandlingen, viste at arbeidet med å etterleve sykepengeregelverket på sykepengeområdet ikke fungerte godt nok.²²⁴ De involverte i prosjektet hadde ulik tilnærming til blant annet regelverkspesifisering og ulik oppmerksomhet på å forstå helheten. Videre hadde Nav en urealistisk framdriftsplan og ikke nok risikoreduserende tiltak.²²⁵ Ifølge Digitaliseringsdirektoratets veileder for digitaliseringsvennlig regelverk er det viktig å ha en risikovurdering for å fange opp og håndtere utfordringer med digitalisering.²²⁶ Regelverket bør utredes grundig, i tråd med utredningsinstruksen. Og en konsekvensanalyse bør blant annet belyse mulige konsekvenser på kort og lang sikt for innbyggere, for forvaltningen og for samfunnet.

Departementet skriver i brev til Riksrevisjonen at utviklingen av sykepengeløsningen har fortsatt etter at prosjektet ble avsluttet i 2022, og at direktoratet har fått på plass betydelig flere juridiske ressurser, blant annet jurister i de fleste utviklingsteam.²²⁷

Kontroll av lovens vilkår i den automatiserte saksbehandlingen

I tillegg til at interne juridiske miljøer i direktoratet tolker sentrale bestemmelser på sykepengeområdet ulikt, er det uenighet om etaten i tilstrekkelig grad kontrollerer vilkårene i folketrygdlovens for rett til sykepenger i den automatiserte saksbehandlingen. Nav klageinstans mener at Arbeids- og velferdsetaten ved automatisert saksbehandling stiller langt lavere krav for å få rett til sykepenger enn det de gjør ved manuell saksbehandling, eller når Trygderetten eller domstolene vurderer en sak.²²⁸ Direktoratet mener på sin side at det ikke er grunnlag for klageinstansens påstand.²²⁹

For å ha rett til sykepenger er det ikke tilstrekkelig at man har en sykdom eller skade. Høyesterett har (i dom HR-2018-2344-A) vektlagt at det må være en tilstrekkelig årsakssammenheng mellom sykdommen på den ene siden, og funksjonsnedsettelsen og arbeidsuførheten på den andre (dette omtales i avsnitt 11.5). For denne årsakssammenhengen gjelder det et skjerpet beviskrav. I oktober 2019 endret direktoratet rundskrivet til folketrygdloven kapittel 8 ved å vise til denne høyesterettsdommen.²³⁰ I rundskrivet står det at hvis det er uklart om sykdom påvirker arbeidsuførheten, og/eller hvis sosiale eller andre omstendigheter kan gi tvil om sykdom er årsak til arbeidsuførheten, kan det bety at lovens krav om årsakssammenheng ikke er oppfylt.²³¹ Det står også i rundskrivet at en mangelfullt utfylt attest skal returneres til legen, og at inntil Nav mottar en ny og korrekt utfylt attest må det ikke utbetales sykepenger.²³²

I praksis er det en sykmelder som vurderer årsakssammenheng. Mange leger opplever at det kan være vanskelig å gjøre en grundig funksjonsvurdering. Arbeids- og velferdsetaten

²²⁴ PwC (2023, s. 5).

²²⁵ PwC (2023, s. 4).

²²⁶ Digitaliseringsdirektoratet (2025).

²²⁷ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

²²⁸ Nav klageinstans Vest, 25. oktober 2024, s. 7.

²²⁹ Nav Seksjon fag- og ytelsesutvikling (2025, 14. januar).

²³⁰ I rundskrivet henvises det til dommen i, punkt § 8-4 første ledd – Lovens krav om arbeidsuførhet -Lovens krav om årsakssammenheng.

²³¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv kapittel 8, § 8-4, Lovens krav om årsakssammenheng.

²³² Rundskriv kapittel 8, § 8-7 dokumentasjon av arbeidsuførhet, Kvalitetssikring og kontroll av attesten.

erfarer i manuell saksbehandling at funksjonsvurderingene kan mangle eller være mangelfulle (dette omtales i 11.5.2 og 12.4.1).

Som svar på våre spørsmål om Arbeids- og velferdsetaten i den automatiserte saksbehandlingen får kontrollert at funksjonsvurderingen beskriver det den skal, viser direktoratet til rundskrivet hvor det står; «Funksjonsvurderingen forutsettes ivaretatt i legens vurdering av om aktivitet er mulig eller ikke og ligger således implisitt i sykmeldingens spørsmålsstillinger og oppbygging».²³³

Høyesterett har uttalt at hvor stor vekt Nav skal legge på legens sykmelding i den samlede avveiningen, blant annet vil avhenge av kvaliteten på det arbeidet som er gjort. Det må kreves at sykmeldingen bygger på en konkret og faglig forsvarlig vurdering av pasientens tilstand opp mot kravene i folketrygdloven § 8-4.²³⁴

Klageinstansen mener både loven, forarbeidene og trygderettspraksisen stiller strenge krav til at det må komme fram i sykmeldingen at legen har gjort en funksjonsvurdering.²³⁵ Ifølge Nav klageinstans fører automatisk saksbehandling til at Arbeids- og velferdsetaten ikke prøver vilkåret om at det skal foreligge en funksjonsevnevurdering som beskriver hvordan diagnose påvirker pasientens arbeidsevne. I stedet legger etaten til grunn at vilkåret er oppfylt når det foreligger en legeattest, utstedt av en autorisert sykmelder, med en medisinsk anerkjent diagnose. Nav klageinstans varslet direktoratet om dette i 2024.²³⁶ Direktoratet skrev i sitt svar til klageinstansen at legens diagnose legges til grunn i saksbehandlingen, slik den også gjør ved manuell saksbehandling. Departementet viser til at Arbeids- og velferdsetaten har hatt elektronisk mottak og registrering av sykmeldinger siden 2011, og at vurdering av folketrygdloven § 8-4 er en del av etatens sykefraværsoppfølging.²³⁷ Direktoratet oppgir i intervju med oss at det står i loven at leger alltid skal gjøre funksjonsvurdering, men det står ikke at denne vurderingen eksplisitt skal være med i sykmeldingen fra dag én. Legen skriver ikke en konkret funksjonsvurdering for alle som sykmeldes, men Nav krever det ved uke 7, 17 og 39, når Nav gjør manuelle vurderinger. Direktoratet oppgir at for sykmeldte som innfrir aktivitetskravet ved uke 8, vil første manuelle vurdering være ved uke 17.

Nav klageinstans peker på at Høyesterett har lagt til grunn at en diagnose ikke uten videre avgjør om en person er syk. I dom HR-2018-2344-A viste Høyesterett til at dette var tilfelle for diagnosen P02 "psykisk ubalanse situasjonsbetinget". Klageinstansen mener at praksisen med å legge sykmelding til grunn for å innvilge av sykepenges, selv i tilfeller hvor diagnosen ikke nødvendigvis gir rett til sykepenges, gjør at det i realiteten blir legene som vurderer viktige deler av vilkårene i loven, og ikke Arbeids- og velferdsetaten.²³⁸ Med tanke på at det er vanskelig for juridiske fagmiljøer å tolke loven, mener klageinstansen det er urimelig å forvente at leger skal ha forstått lovreglene og ha oversikt over faktum i

²³³ Rundskriv kap 8, under overskriften «§ 8-7 Sjette ledd - Funksjonsvurdering».

²³⁴ Høyesterett (2019) HR-2019-2336-A.

²³⁵ Nav klageinstans (2024a, s. 19).

²³⁶ Nav klageinstans (2024a).

²³⁷ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

²³⁸ Nav klageinstans Vest (2024, s. 8).

saken. I intervju med oss viser de til at sykmeldinger med P02 diagnose utgjør en stor del av økningen i sykefraværet og veksten i sykepengeutbetalinger.

Har automatisert saksbehandling redusert Arbeids- og velferdsetatens mulighet til å identifisere søkere som ikke har rett til sykepenger?

I intervju med oss opplyser Nav klageinstans at statistikkgrunnlaget for å vurdere konsekvensene av automatiseringen er en utfordring. Klageinstansen har et inntrykk av at automatiseringen har ført til at flere får innvilget sykepenger enn hva loven legger opp til.²³⁹ De viser til at antall saker og utbetalinger har økt betydelig etter at automatisk saksbehandling ble satt i produksjon oktober 2020. Statistisk sett kunne man da ha forventet økning i antall klager, men det har kommet færre klagesaker på sykepenger. Dette kan være en indikasjon på at flere får innvilget sykepenger. Klageinstansen mener det er problematisk at det ikke finnes noen systematisk kontroll av om Nav tolker loven for mildt.

Arbeids- og velferdsdirektoratet skriver i årsrapporten for 2024 at Nav har mangelfulle tall på antall avslag på grunn av systemutviklingen, men at det var flere avslag i 2024 enn i 2023.²⁴⁰ Tekniske årsaker gjør at de ikke kan rapportere tall på avslag og klager for 2024, men et grovt estimat viser at klagefrekvensen er svært lav. I 2024 var den under 0,3 prosent. Likevel mener direktoratet at antallet klager er stort fordi det var svært mange sykepengesøknader i 2024. Departementet viser til at det gjennomføres manuelle stikkprøver for å fortløpende ha kontroll over at automatiserte vedtak er korrekte.²⁴¹ I 2024 ble det gjennomført 3 000 stikkprøver. Sykepengeløsningen har også en integrert risikomodul som automatisk velger ut søknader som må utredes nærmere. Disse sakene utredes gjennom manuell saksbehandling. I tillegg melder Nav arbeid og ytelser fra om de oppdager feil i automatiske eller delautomatiske vedtak.

Direktoratet sier i intervju at z-diagnoser (se del 11.2.1) ikke godkjennes i den automatiserte saksbehandlingsløsningen. Videre oppgir de at bestridelsessaker er en viktig kilde til informasjon for Nav. I de manuelle vurderingene er informasjon fra arbeidsgivere og leger sentralt. Direktoratet sier også at det ikke er alle saker Nav fanger opp.

Tall fra Nav viser at i 2024 mottok Nav ca. 4,5 millioner sykmeldinger. En sykmelding blir ofte forlenget, og dette tilsvarer omtrent 2 millioner sykefraværstilfeller. 1200 av disse hadde en z-diagnose. Antall bestridelser var omtrent 0,06 prosent av antall søknader fra arbeidstakere i 2024, eller i overkant av 1 900 saker.²⁴²

²³⁹ Nav klageinstans vest, 25. oktober 2024, s. 6.

²⁴⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 67).

²⁴¹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b).

²⁴² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 69).

12.3 Arbeidsgivers og arbeidstakers roller og ansvar ved sykmelding

Sykefraværsoppfølgingen skal gi sykmeldte arbeidstakere støtte og tilrettelegging for å komme tilbake i jobb. Hovedansvaret ligger hos arbeidsgiveren, som skal følge opp den sykmeldte og vurdere muligheter for tilpasninger på arbeidsplassen (se avsnitt 16.4.4). Nav skal ha en veiledende og støttende rolle i oppfølgingen, sammen med den sykmeldte og eventuelt behandlende helsepersonell. Målet er å finne løsninger som kan bidra til en rask og helsefremmende retur til arbeidslivet.

12.3.1 Arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte

Arbeidsgiveren har hovedansvaret for å følge opp ansatte som blir sykmeldt. Dette følger av tilretteleggingsplikten i arbeidsmiljøloven.²⁴³ Arbeidsgiveren har omfattende ansvar for tilrettelegging. I arbeidsmiljøloven § 4-6 står det at arbeidsgiveren skal tilrettelegge for arbeidstakeren «så langt det er mulig». Hva slags tilrettelegging som er mulig, vil avhenge av hvilke muligheter bedriften har. Dersom det ikke er mulig for arbeidstakeren å fortsette i sitt normale arbeid, skal arbeidsgiveren vurdere mulighetene for annet passende arbeid i virksomheten. Arbeidsgiverens plikt til tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven § 4-6 er omfattende, men ikke ubegrenset.²⁴⁴

Innen fire uker skal arbeidsgiveren utarbeide en oppfølgingsplan i samråd med den sykmeldte.²⁴⁵ Planen skal beskrive mulige tilpasninger, arbeidsoppgaver og tiltak for å gjøre det mulig for den sykmeldte å komme delvis eller fullt tilbake til arbeidet. Oppfølgingsplanen skal justeres etter behov. Arbeidsgiver skal oversende planen til Arbeids- og velferdsetaten senest en uke før dialogmøte 2.²⁴⁶

Gjennom sykefraværsløpet kan det gjennomføres flere dialogmøter. Det første dialogmøtet avholdes innen det er gått syv uker. Det er arbeidsgiveren som har ansvaret for dialogmøte 1. Dette er et møte mellom arbeidsgiveren, den sykmeldte og eventuelt sykmelderens. Hensikten med møtet er å snakke sammen om hva som skal til for å hindre at sykefraværet blir unødvendig langt, i tillegg til å eventuelt oppdatere oppfølgingsplanen.²⁴⁷

²⁴³ Tilretteleggingsplikten er regulert i arbeidsmiljøloven § 4-2 og § 4-6.

²⁴⁴ Dommen HR-2022-390-A fra Høyesterett klargjør at arbeidsgiverens plikt til tilrettelegging etter arbeidsmiljøloven § 4-6 er omfattende, men ikke ubegrenset. Arbeidsgiveren må vurdere reelt og konkret hvilke muligheter de har for å tilrettelegge, både innenfor den ansattes nåværende stilling og gjennom en eventuell omplassering til annet passende arbeid. Det stilles krav om at arbeidsgiveren aktivt undersøker hvilke muligheter som finnes i virksomheten, men det kreves ikke at det opprettes nye stillinger, eller at andre ansatte må vike. Vurderingen skal være konkret og ta hensyn til virksomhetens størrelse, stillingsstruktur og praktiske muligheter. Det er også en gjensidig samarbeidsplikt mellom arbeidsgiveren og arbeidstakeren, og arbeidsgiveren må kunne dokumentere at mulige tiltak er vurdert, før oppsigelse kan vurderes som saklig.

²⁴⁵ Arbeidsmiljøloven (2005), § 4-6.

²⁴⁶ Folketrygdloven (1997), § 25-2. Arbeidsmiljøloven (2005), § 4-6.

²⁴⁷ [Dialogmøte - nav.no](https://nav.no).

Arbeidsgiverens tilrettelegging for sykmeldte

I vår spørreundersøkelse til fastlegene svarte 48 prosent at arbeidsgivere aldri, svært sjelden eller ganske sjelden lykkes med å tilrettelegge for at pasienter kan bruke sin restarbeidsevne. 16 prosent oppga at arbeidsgivere lykkes ganske eller svært ofte.

I en spørreundersøkelse til arbeidsgivere, som Oslo Economics utførte, svarte 63 prosent av respondentene at deres bedrift har få muligheter til å tilrettelegge arbeidsoppgaver for ansatte med sykefravær.²⁴⁸ Spesielt krevende er det når arbeidsevnen er betydelig nedsatt. Da kan det være vanskelig å finne meningsfulle oppgaver som den ansatte kan utføre med redusert produktivitet eller arbeidsmengde. Enkelte yrker stiller også krav til at de ansatte kontinuerlig utvikler ferdigheter og deltar aktivt, noe som gjør tilrettelegging enda mer komplisert. 62 prosent av respondentene oppga imidlertid at bedriften har de nødvendige verktøyene og virkemidlene for å håndtere og støtte sykmeldte ansatte. Undersøkelsen tyder på at mange virksomheter har systemer på plass, men at det fortsatt byr på utfordringer å gjennomføre det i praksis.²⁴⁹

En gjennomgang av kunnskapsproduksjon som har relevans for IA-avtalen 2019–2024, viste at det er behov for mer kunnskap om hvordan arbeidsplassen kan bli en mer sentral aktør ved tilbakeføring etter sykefravær.²⁵⁰ Sammenstillingen synliggjorde også at det fortsatt er mye å hente på å forbedre samhandlingen mellom de ulike aktørene i prosessen ved rehabilitering og tilbakeføringsløp.

Nav-kontorer vi har intervjuet, sier at det er stor variasjon i hvordan arbeidsgivere følger opp og tilrettelegger for sykmeldte. Direktoratet forteller i intervju at på papiret er det klart at arbeidsgiveren har hovedansvaret for sykefraværsoppfølging, men i praksis er det mange vanskelig å vite *når* Nav skal gi oppfølging, og *hva* Nav kan tilby. Det er også uklart hva Nav kan kreve at arbeidsgiveren har gjort.

Arbeidstakerens plikter ved sykefravær

Den ansatte har en medvirkningsplikt i oppfølgingen av sykefraværet. Dette innebærer at vedkommende innen fire uker skal samarbeide med arbeidsgiver om å utforme en oppfølgingsplan. Videre skal den ansatte bidra til tiltak som kan legge til rette for en raskere tilbakevending til arbeid. Samarbeidet kan for eksempel dreie seg om tilrettelegging av arbeidsoppgaver eller gradert sykmelding dersom det er mulig.²⁵¹ Medvirkningsplikten gjelder under hele sykefraværet.

Dersom den ansatte nekter å samarbeide om oppfølgingsprosessen uten gyldig grunn, kan dette få konsekvenser for retten til sykepengene.²⁵² Arbeidsgiveren må i slike tilfeller kunne dokumentere manglende medvirkning og informere Nav, som kan fatte vedtak om stans av sykepengene.

²⁴⁸ Oslo Economics (2024).

²⁴⁹ Oslo Economics (2024).

²⁵⁰ Holte et.al. (2024, s. 5).

²⁵¹ Arbeidsmiljøloven (2005), § 2-3 folketrygdloven (1997), § 8-8.

²⁵² Folketrygdloven (1997), § 8-8.

12.4 Arbeids- og velferdsetatens sykefraværsoppfølging

Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykefravær er i stor grad basert på lovpålagte stoppunkter. Dette skal sikre en strukturert prosess for å få sykmeldte tilbake til arbeid. Etter åtte uker vurderer etaten aktivitetskravet, om at den sykmeldte som hovedregel skal prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet med mindre medisinske årsaker hindrer dette.²⁵³ I tillegg har etaten ansvar for å gjennomføre dialogmøte 2 og 3 underveis i sykefraværet, der arbeidsgiver, den sykmeldte og eventuelt helsepersonell deltar for å finne løsninger som kan muliggjøre helt eller delvis tilbakekomst i jobb.

Figur 17 Aktiviteter i sykefraværsoppfølgingen



Kilde: Riksrevisjonen

Departementet sier i intervju at det er startet to lovendringsprosesser. Den ene er knyttet til sykmeldtes medvirkning og aktivitetsplikt. Den andre til behovsrettet sykefraværsoppfølging. I arbeidet med behovsrettet sykefraværsoppfølging er det behov for både lovendringer og systemendringer. Departementet arbeider også med å vurdere hvordan tilretteleggingsplikten til arbeidsgiver kan tydeliggjøres og eventuelt forsterkes.

12.4.1 Oppfølgingen i den tidlige fasen

I en rapport i 2016 påpekte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet at det er viktig å oppdage sykmeldte som står i fare for langtidsfravær fra arbeidslivet så tidlig som mulig. Muligheten for å hjelpe sykmeldte tilbake til arbeid, reduseres drastisk etter 2- 3 måneder, og reduseres jevnt etter dette. Videre skrev direktoratene at forebyggende og helsefremmende arbeid er «den beste, mest effektive og minst ressurskrevende tilnærming».²⁵⁴

Å forebygge sykefravær og gi tidlig og god oppfølging til sykmeldte, er viktig i et folkehelseperspektiv. Langtidssykefravær kan føre til at arbeidstakere mister kontakten med arbeidslivet, og kommer over på andre helserelaterte ytelser etter sykepengeperioden.²⁵⁵ I sin behandling av Stortingsmeldingen «En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd» anmodet Stortinget regjeringen om å arbeide for at Nav starter oppfølgingen av sykmeldte tidlig.²⁵⁶

²⁵³ Folketrygdloven (1997), §8-7.

²⁵⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016), s. 7.

²⁵⁵ NOU 2021:2, del 1.1.

²⁵⁶ Innst. 150 S. (2024–2025, s. 43).

Vurdering av aktivitetskrav

Sykmeldte har plikt til å være i arbeid så langt det er mulig. Aktivitetskravet gjelder hele sykefraværsperioden. Senest etter åtte uker skal Arbeids- og velferdsetaten vurdere om kravet er oppfylt, og om legeerklæringen gir tilstrekkelig informasjon. Dette er ofte den første helhetlige vurderingen etaten gjør av saken, og det er en mulighet til å identifisere sykmeldte som trenger tett oppfølging.

Ved uke 8 skal Arbeids- og velferdsetaten også vurdere om en utvidet legeerklæring har god nok kvalitet for å fortsatt gi rett til sykepenger.²⁵⁷ Legeerklæringen skal inneholde en redegjørelse for det videre behandlingsopplegget og en vurdering av muligheten for at pasienten kan gjenoppta det tidligere arbeidet eller ta annet arbeid.²⁵⁸

Attester som er mangelfullt utfylt, skal returneres til legen.²⁵⁹ To Nav-kontorer vi intervjuet, anslår at de må hente inn ytterligere informasjon i ti prosent av sakene, og ett kontor anslår at de innhenter mer informasjon i halvparten av sakene. I mange tilfeller er det sykmelderens funksjonsvurdering som mangler eller er mangelfull.

Direktoratet viser til at Nav-kontorene har ansvar for å vurdere arbeidsuførhet og aktivitetskrav. De oppgir på spørsmål fra oss at for sykmeldte som er i aktivitet innen 8 uker, vil den første manuelle vurderingen være ved 17 uker, når de skal vurdere om det er behov for dialogmøte 2. Vurderingen kan også skje tidligere dersom det er forhold i saken som tilsier at det er behov for en manuell vurdering.

Når Arbeids- og velferdsetaten skal vurdere om aktivitetskravet er oppfylt, bruker de blant annet sykmeldingen oppfølgingsplanen. Arbeidsgiveren er i første omgang kun forpliktet til å dele oppfølgingsplanen med sykmelderens. Arbeidsgiveren skal dele oppfølgingsplanen med Arbeids- og velferdsetaten i forkant av dialogmøte 2 eller på forespørsel fra etaten.²⁶⁰

Ifølge en intern arbeidsgruppe fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet er hovedutfordringen ved Navs vurdering av aktivitetskravet at etaten ofte mangler informasjon om helsen, arbeidsplassen og situasjonen til den sykmeldte. Etaten får ofte ikke oppfølgingsplanen, og kvaliteten på planen er mangelfull sett opp mot hva loven krever at den skal inneholde.²⁶¹ Dette gjelder også alle Nav-kontorene vi har intervjuet. Nav mottok i 2023 om lag 140 000 oppfølgingsplaner, mens det var 350 000 personer som var sykmeldt i seks uker eller mer.²⁶²

Det er lite systematisk forskning bare på oppfølgingsplanen. Departementet og direktoratet vet ikke i hvilken grad virksomhetene utarbeider oppfølgingsplanen i tråd med gjeldende rett, og de kan ikke si noe sikkert om hvordan planen fungerer i dag.²⁶³

²⁵⁷ Folketrygdloven (1997), § 8-7.

²⁵⁸ Folketrygdloven (1997), § 8-7.

²⁵⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv kapittel 8.

²⁶⁰ Folketrygdloven (1997), § 25-2.

²⁶¹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 30).

²⁶² Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 17).

²⁶³ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 55).

12.4.2 Dialogmøte 2

Innen 26 uker skal Arbeids- og velferdsetaten innkalle til et nytt dialogmøte, hvor både arbeidsgiveren og arbeidstakeren har møteplikt. Dialogmøte 2 har til hensikt at den sykmeldte, arbeidsgiveren og eventuelt sykmelderens sammen med Nav skal finne muligheter og løsninger som kan bidra til at den sykmeldte kommer raskt tilbake i arbeid.

Det er nedgang i hvor mange dialogmøte 2 som blir avholdt

I henhold til folketrygdloven skal dialogmøte 2 avholdes med mindre det er åpenbart unødvendig, for eksempel fordi den sykmeldte snart skal tilbake i arbeid, eller hvis det er dokumentert at personen er alvorlig syk. Lege og annet helsepersonell skal delta i dialogmøtet dersom Nav mener det er hensiktsmessig.²⁶⁴

I senere år har det vært en endring i hvordan Nav har gjennomført dialogmøter, der de avholder færre dialogmøte 2. I mål- og disponeringsbrevet til fylkene fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2019 ble andelen gjennomførte møter tatt ut som en styringsparameter. Siden den gang har det vært en nedgang i hvor mange dialogmøter som blir avholdt. I tildelingsbrevet for 2025 står det at det skal legges til rette for å gjennomføre dialogmøte 2 tidlig i de tilfellene der dette vurderes som hensiktsmessig, eller der det kreves av en av partene.²⁶⁵ Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet er det noen fylker som har utfordringer med å gjennomføre alle dialogmøtene aktørene ber om, på grunn av ressurssituasjonen i Nav.²⁶⁶

Det er videre et misforhold mellom den nåværende praksisen i Nav med å avholde dialogmøte 2 dersom det vurderes som hensiktsmessig, og folketrygdloven som angir at dialogmøte 2 som hovedregel er et obligatorisk stoppunkt innen 26 ukers sykefravær.²⁶⁷ Praksisen for hvordan dialogmøte 2 blir gjennomført, er at unntakene gis i langt flere tilfeller enn det rundskrivet angir.²⁶⁸ En kvalitativ studie fra 2021 viste at til tross for at det er kriterier for hva som kan gi for unntak for å gjennomføre dialogmøte 2, er det store forskjeller i hvordan ulike veiledere vurderer sakene.²⁶⁹ Den viktigste årsaken til variasjon i veiledernes prioriteringer ser ut til å være at fylkes- eller kontorledelsen gir ulike føringer om hvor viktig det er å gjennomføre møtene.

Effekten av dialogmøte 2 for retur til arbeidslivet

Nyere forskning viser at dialogmøter har en uklar effekt. Markussen mfl. har publisert to artikler om effekten av møtene som viser motstridende resultater. En effektstudie fra 2018 viser en positiv effekt når dialogmøter ble gjennomført. Studien benytter geografisk variasjon i hyppigheten av dialogmøter for å analysere hvilken effekt de har. Resultatene viser at både varsling om møter og faktisk deltakelse bidrar til å redusere varigheten av sykefravær betydelig. Særlig har gjennomførte møter en effekt, med en gjennomsnittlig reduksjon på om lag ti dager i tiden det tar å vende fullt tilbake til arbeid. I tillegg

²⁶⁴ Folketrygdloven § 8-7a.

²⁶⁵ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025a, s. 6).

²⁶⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 27).

²⁶⁷ Folketrygdloven § 8-7 a andre ledd.

²⁶⁸ Oslo Economics (2021).

²⁶⁹ Oslo Economics (2021, s. 29).

reduserer møtene risikoen for at arbeidstakere forlater arbeidsmarkedet permanent.²⁷⁰ I en mer omfattende studie som ble publisert i 2022, ble det gjennomført et omfattende eksperiment. Resultatene viste at innkalling til dialogmøter ikke hadde en statistisk signifikant effekt på varigheten av sykefraværet.²⁷¹

I vår spørreundersøkelse til fastleger oppgir om lag halvparten av fastlegene at de ganske ofte eller svært ofte opplever at dialogmøter er nyttige når de skal vurdere pasientens arbeids- og aktivitetsmuligheter.

12.4.3 Sluttfasen i sykepengeperioden

Når en sykmeldt person har mindre enn 90 dager igjen med sykepenger, skal Nav informere om at ytelsen snart opphører. Rundt uke 39 i sykefraværet skal Nav vurdere behovet for å følge opp den sykmeldte på nytt. Ved behov kan det også gjennomføres et tredje dialogmøte, hvor arbeidsgiveren må dokumentere hvordan de har oppfylt sine plikter overfor Nav.

Dersom den sykmeldte har behov for videre oppfølging, kan Nav-veilederen gjennomføre en behovs- og arbeidsevnevurdering etter Nav-loven § 14 a. Denne vurderingen danner grunnlag for videre tiltak og en eventuell søknad om arbeidsavklaringspenger (AAP). Selv om bestemmelsen primært er rettet mot personer uten arbeidsgiver, brukes den ofte i overgangen fra sykepenger til AAP for å sikre en smidig overgang og nødvendig oppfølging.

Sykdom er ikke grunnlag for oppsigelse det første året en ansatt er sykmeldt.²⁷² Hvis den ansatte har vært syk i mer enn 52 uker, gjelder vanlige regler om saklig grunn til oppsigelse. Sykdom kan da under særlige forutsetninger være en saklig grunn til oppsigelse. Arbeidsgiveren må i så fall dokumentere at de har vurdert tilrettelegging, omplassering og annet.

12.5 Vurdering av yrkesuførhet og arbeidsuførhet for sykmeldte

I Navs praksis og rettspraksis omtales begrepet «yrkesuførhet» som en motsats til generell arbeidsuførhet. Yrkesuførhet refererer til en situasjon der en person, på grunn av sykdom eller skade, ikke lenger kan utføre sitt nåværende yrke, men fortsatt kan være i stand til å utføre annet arbeid.²⁷³ Generell arbeidsuførhet er hvis brukerens funksjonsevne er nedsatt til ethvert arbeid.

Stortinget har gjennom lovarbeid lagt til grunn at retten til sykepenger som hovedregel er betinget av at søker på grunn av sykdom, er arbeidsufør i forhold til ethvert arbeid.²⁷⁴ Borgarting lagmannsrett har lagt til grunn at Arbeids- og velferdsetaten, etter en

²⁷⁰ Markussen, Rød og Schreiner (2018).

²⁷¹ Alpino et.al (2022, s. 1).

²⁷² Arbeidsmiljøloven (2005), § 15-8.

²⁷³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til kap 8- Sykepenger.

²⁷⁴ Ot.prp.nr. 29 (1995–96), s. 78.

skjønnsmessig vurdering, kan stille som vilkår for betaling av sykepenger at søker er generell arbeidsufør (se dom LB-2022-118666).²⁷⁵ Ved kortvarig arbeidsuførhet skal imidlertid arbeidsuførhet vurderes i forhold til det yrket søkeren har.

I rundskrivet til folketrygdloven står det at det ved kortere sykmeldinger, vanligvis kortere enn 8–12 uker, vil det ikke være aktuelt å vurdere om den sykmeldte er i stand til å ta annet arbeid. Ved vurdering av hvor langt tidsrom yrkesuførhet kan gi rett til sykepenger, må Arbeids- og velferdsetaten ta hensyn til diagnosen, behandlingsmuligheter, arbeidets art og muligheter for arbeidsrettede tiltak. Anslaget om to-tre måneder må derfor ikke tas for bokstavelig. Etaten må i hvert enkelt tilfelle foreta en skjønnsmessig vurdering. Dette er stadfestet av Borgarting lagmannsrett, som i dom LB-2018-29837 ga medhold til en sykmeldt som etter en tid fikk avslag på søknad om sykepenger fordi vedkommende ikke var arbeidsufør overfor ethvert arbeid. Lagmannsretten fant at Trygderetten ikke hadde foretatt en konkret skjønnsmessig vurdering av arbeidets art, og muligheter for arbeidsrettede tiltak for den sykmeldte.²⁷⁶

12.5.1 Arbeids- og velferdsetatens vurdering av om en sykmeldt person er yrkesufør

I Navs servicerutiner for sykefraværsoppfølging står det ikke noe om at Arbeids- og velferdsetaten skal vurdere om den sykmeldte er arbeidsufør eller yrkesufør på noe tidspunkt i sykefraværsløpet. Det informeres bare om ordningen friskmelding til arbeidsformidling, som er et tiltak rettet mot yrkesuføre. Direktoratet oppgir i intervju at det ikke kommer oppgaver som tilsier at yrkesuførhet skal vurderes. Det var tidligere et krav at Nav skulle fatte vedtak om videre rett til sykepenger (12 ukers vedtak). Dette kravet ble tatt bort ved lovendring i Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) og ble begrunnet med at Nav skulle legge mer vekt på å følge opp arbeidsplassen. Fra Navs saksbehandlingsrutiner framgår det at de først vurderer arbeidsevnen opp mot alle typer arbeid når brukeren søker om AAP.²⁷⁷

En undersøkelse fra 2023 viste at saksbehandlere på Nav-kontorer har varierende forståelse av forskjellen mellom yrkesuførhet og generell arbeidsuførhet.²⁷⁸ Flertallet av informantene ved Nav-kontorene i undersøkelsen var ikke godt kjent med eller fortrolige med innholdet i begrepene. Flere Nav-veiledere påpekte at de ikke får noe varsel i Navs saksbehandlingssystemer om at de må vurdere kravet til generell arbeidsuførhet på et gitt tidspunkt. Det var få som oppga at de aktivt vurderer å stanse utbetalingen av sykepenger på dette grunnlaget.

Direktoratet oppgir i intervju med oss at en del sykmeldte trolig ikke er arbeidsuføre, men yrkesuføre og burde ha skiftet jobb. De sier det trolig er en del sykmeldte som trenger bistand for å skifte jobb, som ikke får bistand i dag, og det gir risiko for at de blir «låst inn» i sykefravær. Flere kunne ha fått opplæringstiltak for å kvalifisere seg til nytt arbeid, eller

²⁷⁵ Borgarting lagmannsrett (2023).

²⁷⁶ Borgarting lagmannsrett (2018, s. 8).

²⁷⁷ Metode for vilkårsvurdering § 11-5.

²⁷⁸ Oxford Research (2023, s. 5).

de kunne fått tilbud om ordningen friskmelding til arbeidsformidling. Et Nav-kontor forteller i intervju at på grunn av ressursituasjonen er det ikke rom for noen systematisk oppfølging av bestemmelsen om generell arbeidsuførhet, og det er relativt tilfeldig når det skjer. Et annet kontor forteller at de vurderer dette ofte hvis de får tilbakemelding fra Nav arbeid og ytelser. Det ligger ikke gode nok funksjoner i saksbehandlersystemet for å systematisk fange opp om brukeren er generelt arbeidsufør.

Arbeids- og velferdsetaten kan identifisere personer som er yrkesuføre gjennom medisinske vurderinger og dialog med den sykmeldte og arbeidsgiveren. For å vurdere om en person er yrkesufør, må etaten kjenne til hvilke arbeidsoppgaver vedkommende har. Disse opplysningene skal komme fram i oppfølgingsplanen som arbeidsgiveren og arbeidstakeren lager sammen, men som beskrevet i avsnitt 12.4.1 får ofte ikke Arbeids- og velferdsetaten tilsendt oppfølgingsplanen. Videre må etaten vurdere hvordan den reduserte funksjonsevnen påvirker evnen til å utføre de vanlige arbeidsoppgavene. Den som sykmelder, skal beskrive funksjonsevnen både i sammenheng med pasientens nåværende jobb og med tanke på ethvert arbeid. Som beskrevet i avsnitt 11.5.2 er sykmelderens funksjonsvurdering i mange tilfeller mangelfull.

Friskmelding til arbeidsformidling

Når det blir klart at en person ikke kan komme tilbake til sin nåværende jobb, selv etter tilrettelegging, skal Arbeids- og velferdsetaten vurdere om vedkommende fortsatt har rett til sykepenger. Da må etaten vurdere om personen kan utføre annet arbeid. Hvis det er tilfelle, kan Arbeids- og velferdsetaten bruke tiltaket *friskmelding til arbeidsformidling* for å støtte overgangen til en aktiv rolle som arbeidssøker.²⁷⁹

Friskmelding til arbeidsformidling er en ordning for sykmeldte som av helsemessige årsaker ikke kan utføre arbeidet de hadde på sykmeldingstidspunktet, men som er arbeidsføre. Både sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten kan initiere ordningen. Friskmeldingen forutsetter at pasienten sier opp arbeidsforholdet sitt. I en periode på inntil 12 uker vil pasienten motta sykepenger mens vedkommende søker ny jobb.²⁸⁰ Dersom personen ikke har funnet arbeid innen 12 uker, vil vedkommende motta dagpenger.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger oppga 85 prosent at de har foreslått tiltaket til én eller flere pasienter i løpet av det siste halvåret. Samtidig viser statistikk fra Arbeids- og velferdsdirektoratet at ordningen er lite brukt, og bruken har sunket i senere år.²⁸¹ I 2022 ble det fattet 2646 vedtak, og til sammenligning ble det fattet 3751 vedtak i 2018. Blant sykmeldte som i 2022 passerte 26 uker sykefravær, fikk 2,9 prosent et vedtak om friskmelding. Det er stor variasjon mellom fylkene hvor mye tiltaket brukes. I Vestfold og Telemark ble 4,3 prosent friskmeldt, mens i Nordland ble 1,7 prosent friskmeldt. Direktoratet sier i intervju at de vurderer at flere kan inngå i denne ordningen enn det gjør i dag.

²⁷⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til kap. 8- Sykepenger, § 8-5.

²⁸⁰ Folketrygdloven § 8-5.

²⁸¹ Oxford Research (2023, s. 2).

12.6 Muligheter for målrettet sykefraværsoppfølging

12.6.1 Arbeids- og velferdsetatens muligheter for å gi målrettet sykefraværsoppfølging

Dagens modell for sykefraværsoppfølging er lovregulert. Den gir klare plikter og rettigheter på bestemte tidspunkter i oppfølgingsløpet. Dette pålegger Arbeids- og velferdsetaten å utføre enkelte aktiviteter overfor alle sykmeldte, uavhengig av hva situasjonen deres er, og hvilke behov de har. I IA-avtalene 2019–2022 og 2025–2028 er det en ambisjon om å gi å mer målrettet oppfølging til dem som trenger det.

Sysselsettingsutvalget foreslo i 2021 en modell som gir muligheter for mer differensiert sykefraværsoppfølging, framfor dagens lovregulerte modell.²⁸² Arbeids- og velferdsdirektoratet støttet en slik modell i høringssvaret sitt. De skrev at Navs erfaring er at lovbestemte oppfølgingspunkter i sykefraværarbeidet gir risiko for at alle sykmeldte får en «minimumsoppfølging» med vekt på å kontrollere vilkårene for om de har rett til sykepenger. Arbeids- og velferdsetaten bruker store ressurser på sykmeldte som oppfyller vilkårene, og som uansett kommer tilbake i arbeid. Samtidig opplever sykmeldte som har behov for tettere oppfølging, at bistanden er mangelfull, og at oppfølgingstidspunktene er lite tilpasset situasjonen de er i.²⁸³ Dette samsvarer med vårt inntrykk fra intervjuer hvor både direktoratet og Nav-kontorene forteller at Arbeids- og velferdsetaten må prioritere lovpålagte oppgaver i oppfølgingen.

Parallelt med at det har blitt flere sykmeldte som passerer de ulike stoppunktene i sykefraværsløpet, har det blitt brukt færre ressurser på sykefraværsoppfølging i Nav-kontorene de siste årene.²⁸⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet viser i sin årsrapport for 2024 til at sykefraværet har fortsatt å øke, og at det i 2024 var 15 prosent flere sykmeldte som passerte 17 ukers sykefravær sammenlignet med i 2022. Ifølge direktoratet legger dette press på etatens ressurser til å følge opp sykmeldte, og det fører til at de må gjøre sterke prioriteringer.²⁸⁵ Et Nav-kontor oppgir i intervju at de gjerne skulle slått opp for å identifisere risikosaker i større grad enn det de gjør nå, men at det er vanskelig når det er 300 sykmeldte per veileder. Et annet kontor sier at de ideelt sett skulle hatt mer tid til å følge opp og fange opp brukere med risiko for frafall tidlig, men de har ikke kapasitet til det.

Identifisering av brukere med behov for målrettet oppfølging

I mål- og disponeringsbrevet for 2023 står det at alder, gjentakende sykefravær og tilknytning til arbeidslivet er særlig relevante forhold som Nav-kontorene bør legge til grunn for prioriteringene sine. I 2024 var det om lag 190 000 personer med enten langvarig gjentakende fravær eller hyppige fraværperioder. I Navs årsrapport står det at det store antallet gjør det utfordrende å prioritere gruppen som helhet. Det er derfor

²⁸² NOU 2021:2.

²⁸³ Arbeids- og velferdsdirektoratet 2021b.

²⁸⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 27).

²⁸⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 26).

nødvendig med individuelle vurderinger for å avgjøre hvem som har størst behov for oppfølging.²⁸⁶

Å sikre riktig oppfølging til riktig tid i sykefraværet er ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet krevende i dag fordi det mangler systemløsninger.²⁸⁷ I dagens fagsystem har veiledere mulighet til å se om en person har hatt gjentakende sykefravær, når de slår opp saken. Men siden gruppen er så stor, er ikke denne informasjonen nok for å identifisere hvilke personer som faktisk bør følges opp. Direktoratet sier i intervju at systemløsningene til nå har vært utviklet for å støtte opp under de eksisterende stoppunktene. Arbeidet med å utvikle systemløsninger som støtter en mer behovsrettet sykefraværsoppfølging, er i en planleggingsfase, men det er ikke gitt særskilt finansiering til dette per i dag. Departementet jobber også med regelverket, som er en forutsetning for at de skal kunne jobbe mer målrettet og utvikle bedre systemer (se avsnitt 12.4). Det er behov for mer informasjonsdeling i sykefraværsoppfølgingen, men det er i dag en rekke personvern hensyn knyttet til Navs bruk av data.

Ifølge en intern arbeidsgruppe fra departementet og direktoratet identifiserer ikke etaten hvilke brukere som har behov for individuell oppfølging, tidlig nok i sykefraværsløpet. Arbeids- og velferdsetaten erfarer ofte at den behovsbaserte oppfølgingen ikke settes inn før den sykmeldte har gått over på AAP.²⁸⁸ Ifølge arbeidsgruppen har etaten ingen treffsikker metode for å prioritere, og de har ikke utviklet noen systematikk for å hente inn informasjon om hvem som trenger oppfølging. Arbeidsgruppen mener at dagens modell for sykefraværsoppfølging bygger på et premiss om at arbeidsgiveren og sykmelderens skal gi etaten informasjon om det er behov for individuell oppfølging.

Et Nav-kontor sier i intervju at noen sykmeldte har de ikke kontakt med før brukeren tar kontakt og vil søke om AAP. Dette gjelder typisk brukere som har vært gradert sykmeldt (og som dermed oppfyller aktivitetskravet), og som Nav-veilederne har antatt at skulle komme tilbake i jobb, men så viser det seg at det ikke går. Disse brukerne tar da gjerne kontakt i slutten av sykefraværsperioden.

Den mest presise indikatoren Nav har funnet for å estimere lengden på et sykefravær, er hvor lenge den sykmeldte selv antar at fraværet vil vare. I et prøveprosjekt ba Nav derfor de sykmeldte om å si hvor lenge de trodde de kom til å være borte fra jobb, og om de trodde fraværet ville vare mer enn 26 uker. Nav stilte også spørsmål om jobbsituasjonen. Sykmeldte som trodde at de kom til å være sykmeldt i over 26 uker, og som samtidig hadde utfordringer på jobben, hyppig sykefravær eller usikre jobbutsikter, ble kalt inn til en samtale.²⁸⁹

²⁸⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 28).

²⁸⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 27).

²⁸⁸ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 55).

²⁸⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2023).

Faktaboks 3 Utredning om mulighet for bruk av kunstig intelligens for å identifisere brukere med behov for målrettet innsats

Nav har gjennomført et prosjekt for å undersøke muligheten for å bruke kunstig intelligens (KI) til å forutsi hvilke sykmeldte som vil ha behov for oppfølging.

Prosjektet ble gjennomført i Datatilsynets sandkasse.²⁹⁰ Ved bruk av maskinlæring ønsker Nav å forutsi hvilke sykmeldte som ville ha behov for oppfølging om to måneder, noe som kunne bidra til en mer målrettet innsats og bedre ressursbruk.

Prosjektets hovedmål var å avklare lovligheten ved bruk av kunstig intelligens for dette formålet.

Rapporten slo fast at NAV har et rettslig grunnlag for å bruke KI som støtte i beslutningsprosessen om behovet for oppfølging og dialogmøte for den enkelte sykmeldte.

Likevel påpekes det at «det er usikkert om det rettslige grunnlaget åpner for å bruke personopplysninger til å utvikle selve algoritmen». Rapporten konkluderer med at dersom Nav skal utvikle modellen videre, vil det være nødvendig med et klart og tydelig supplerende rettsgrunnlag gjennom lovgivning.

Kilde: Datatilsynet (2022).

12.7 Arbeids- og velferdsetatens tiltak og virkemidler overfor sykmeldte

Arbeids- og velferdsetaten har flere virkemidler og tiltak som kan hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid. Ifølge en intern arbeidsgruppe fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har etaten et stort omfang av virkemidler, og de har muligheter for å skreddersy tiltak for sykmeldte.²⁹¹ Til tross for dette er det svært få sykmeldte som får tiltak gjennom etaten, og mange kommer i gang sent i sykefraværsløpet.

Nav tilbyr ekspertbistand som et virkemiddel for å støtte sykmeldte i prosessen med å komme tilbake i arbeid. Dette innebærer for eksempel tilgang til spesialister som arbeidspsykologer, fysioterapeuter eller arbeidsmedisinere, og denne tilgangen kan gjøre det lettere å vurdere arbeidskapasiteten til den som er sykmeldt, eller hvordan det kan legges til rette arbeidsplassen. Målet er å forebygge og redusere sykefravær, og både etaten og den sykmeldte kan få verdifull kunnskap som støtter tilbakeføringen til arbeid. Det finnes begrenset dokumentasjon på effekten, men arbeidsgivere rapporterer om positive erfaringer med ordningen.

²⁹⁰ Sandkassen er et testmiljø for KI-prosjekter som benytter personopplysninger. Sandkassen tilbyr veiledning for å klargjøre det juridiske mulighetsrommet for slike prosjekter.

²⁹¹ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 39).

Arbeids- og velferdsetaten har også etablert forsøksprosjektet *Kompetansetiltak for sykmeldte*, som har pågått fra høsten 2020 og ut 2024, i utvalgte fylker. Prosjektet retter seg mot langtidssykmeldte som ikke kan vende tilbake til sin tidligere arbeidsgiver, og som må heve kompetansen sin for å kvalifisere seg til annet arbeid. Målet er å gi sykmeldte mulighet til å skaffe seg ny kompetanse i løpet av sykepengeperioden, slik at de kan finne arbeid som er bedre tilpasset helsen og ønskene deres. Evalueringer tyder på at tiltaket kan være nyttig for enkelte, særlig personer med lav utdanning i fysisk krevende yrker og personer med diagnoser som ikke lar seg forene med tidligere arbeidsoppgaver. Kortvarige kurs kan gi inngang til nytt arbeid, men det er foreløpig usikkert om tiltaket gir de sykmeldte varig tilknytning til arbeidslivet.

12.7.1 Arbeidsmarkedstiltak til sykmeldte

Arbeids- og velferdsetaten har mulighet til å gi sykmeldte tilgang til arbeidsmarkedstiltak. Selv om det tradisjonelt er vanligst at personer på AAP eller dagpenger får slike tiltak, kan sykmeldte også få tilbud om kompetanseheving, arbeidsrettede tiltak eller andre former for bistand. Det er en ambisjon om å øke bruken av arbeidsmarkedstiltak for sykmeldte.²⁹² I mål- og disponeringsbrevet for 2023 understrekes det at dersom bedriftsinterne tiltak ikke fører fram, skal sykmeldte så tidlig som mulig vurderes for arbeidsmarkedstiltak. Når det er behov for tett oppfølging fra Nav, skal Nav-kontorene i større grad enn tidligere ta i bruk behovsvurderinger, og fatte § 14 a-vedtak for å avgjøre hvilken oppfølging den sykmeldte skal få, og de skal bruke aktivitetsplanen aktivt.²⁹³ I tildelingsbrevet for 2025 står det at Nav skal styrke oppfølgingen av sykmeldte, blant annet ved å bruke arbeidsmarkedstiltak.

Det er i gjennomsnitt omtrent 3000 sykmeldte som deltar på arbeidsmarkedstiltak til enhver tid.²⁹⁴ Tiltakene de mottar er som regel kortvarige, og skjer oftest i siste halvdel av sykefraværsløpet. Avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging er de vanligste arbeidsmarkedstiltakene for sykmeldte.²⁹⁵ De utgjør samlet ca. 65 prosent av all tiltaksbruk blant de sykmeldte. I tillegg kan midlertidig lønnstilskudd også gis til arbeidsgivere som beholder arbeidstakere med nedsatt arbeidsevne som står i fare for å falle ut av arbeidslivet etter at de har brukt opp sykepengerettighetene sine.

I en intern rapport fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet står det at det er grunn til å anta at flere sykmeldte kunne hatt nytte av arbeidsmarkedstiltak, og at det ville vært et riktig virkemiddel for å sørge for at færre går over til langtidsytelser som AAP.²⁹⁶ Tiltaksintensiteten har vært stabil over flere år til tross for styringssignaler om at sykmeldte som har behov for tiltak, skal få tilbud om det så tidlig som mulig.

²⁹² Meld. St. 33 (2023–2024), Prop. 1 S (2023–2024) s 144, Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025d) s 3.

²⁹³ Nav (2023).

²⁹⁴ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 56).

²⁹⁵ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 48).

Avklaring: Kartlegging av arbeidsevne gjennom samtaler, tester og praktisk utprøving for å finne veien videre mot arbeid eller utdanning.

Arbeidsrettet rehabilitering: Fysisk og mental opptrening kombinert med veiledning og arbeidstrening for å styrke arbeidsevnen.

Oppfølging: Individuell støtte fra NAV eller tiltaksarrangør for å finne eller beholde jobb, inkludert veiledning og hjelp med jobbsøking.

²⁹⁶ Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024, s. 56).

12.8 Navs arbeidslivssentre

Nav arbeidslivssentre skal gi bistand til arbeidsgivere på systemnivå, og er et virkemiddel i IA-avtalen. Sentrene skal tilby prosessorientert og tidsavgrenset bistand til virksomheter som trenger å forbedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet. Det er et senter i hver region, og de er organisert som en del av fylkesenheten i Nav.

Ved sentrene jobber det eksperter på sykefravær, arbeidsmiljø og det utvidete partssamarbeidet. Målet er at virksomhetene selv tar ansvar for det løpende arbeidet. Arbeidslivssentrene har i liten grad systemer for å dokumentere arbeidsform og resultater.²⁹⁷

12.8.1 Prioritering og rekruttering av virksomheter

Arbeidslivssentrene skal prioritere virksomheter som har høyt potensial for å redusere tapte dagsverk, noe som blant annet bestemmes av virksomheters størrelse og sykefraværsprosent. En kartlegging av sentrenes arbeid fra 2023 viste at sentrene i stor grad bisto større virksomheter og virksomheter i prioriterte bransjer, i tråd med IA-avtalen.²⁹⁸ Arbeidslivssentrene hadde imidlertid potensial for å nå flere virksomheter. Og ikke alle virksomhetene de støttet, kunne sies å ha størst behov eller potensial for å redusere sykefravær. Ifølge kartleggingen så noe av bistanden ut til å være drevet av at virksomhetene etterspurte arbeidslivssentrenes tjenester, framfor at sentrene oppsøkte virksomhetene.

Kartleggingen pekte også på at en del virksomheter ikke ønsket å samarbeide med arbeidslivssentrene. Det kunne være fordi de ikke hadde tid til å prioritere arbeidet, fordi de ikke så viktigheten av det, eller fordi de ikke hadde tillit til at sentrene kunne bistå dem på en god måte. Spesielt vanskelig var det å få innpass i virksomheter med store utfordringer, som er de virksomhetene arbeidslivssentrene primært skal forsøke å nå.

Nav presiserer på sin hjemmeside for arbeidsgivere at for å få oppfølging fra et arbeidslivssenter, forventer Nav at virksomheten er motivert og har kapasitet til å forebygge og redusere sykefravær og frafall.²⁹⁹

12.8.2 Inkluderende arbeidsliv skal være et oppdrag for hele Nav

IA-oppgavet involverer flere Nav-enheter med definerte roller og ansvar.³⁰⁰ Nav arbeidslivssenter, Nav-kontoret og Nav kontaktsenter skal ha de mest sentrale rollene. I tillegg har Nav hjelpemidler og tilrettelegging ofte en viktig rolle.

Samarbeid mellom ulike enheter anses som viktig for å nå målene for et inkluderende arbeidsliv, men gjennomføringen av og kvaliteten på samarbeidet kan variere på tvers av organisasjonen. Målet er at integrerte og samtidige tjenester, på både system- og individnivå, skal styrke resultatoppnåelsen. Kartleggingen av arbeidslivssentrene viste at

²⁹⁷ Oslo Economics (2023, s. 7).

²⁹⁸ Oslo Economics (2023, s. 6).

²⁹⁹ Nav (u.å).

³⁰⁰ Veileder for inkluderende arbeidsliv og Oslo Economics (2023), s. 18.

flere sentre prioriterte å utvikle samarbeidet med Nav-kontorer. Mange i Nav så positivt på ulike samarbeid, men det kunne også være utfordrende.³⁰¹ Noen Nav-veiledere så ikke alltid verdien av samarbeidet. De var presset på tid og måtte prioritere hardt mellom ulike oppgaver, noe som gjorde det vanskelig å prioritere IA-arbeid sammen med andre enheter. Enkelte opplevde også at arbeidslivssentrene fortsatt opererte for uavhengig fra resten av Nav.

12.9 Økonomisk innretning av sykelønnsordningen

Når en arbeidstaker blir syk, har vedkommende rett til sykepenger som skal sikre inntekt i fraværperioden. Arbeidsgiveren betaler sykepenger de første 16 kalenderdagene av sykefraværet. Etter dette overtar Nav ansvaret og utbetaler sykepenger opptil 6 G. For inntekter over 6 G vil mange arbeidstakere likevel få full kompensasjon dersom de omfattes av en tariffavtale eller en annen avtale der arbeidsgiveren dekker det overskytende beløpet.

Direktoratet oppgir i intervju med oss at det virker som at det ikke er gode nok insentiver for arbeidsgivere, arbeidstakere og fastleger for å begrense langtidssykefravær. I en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene finner Oslo Economics også dette.³⁰²

12.9.1 Risiko for moralsk hasard

I økonomisk teori brukes begrepet *moralsk hasard* for å beskrive situasjoner hvor en aktør tar større risiko fordi konsekvensene av risikoen i stor grad bæres av andre. Ved inngåelse av forsikringer brukes det for å forklare at når individet er forsikret mot tap, kan insentivet til å unngå uønskede utfall svekkes. Ved inngåelse av forsikring reduseres risikoen for moralsk hasard ved at forsikringen inneholder en egenandel. Moralsk hasard kan oppstå ofte i sammenhenger hvor det er en informasjonsasymmetri – det vil si at én part har mer eller bedre informasjon enn den andre – og hvor adferd er vanskelig å observere eller kontrollere.

Den norske sykelønnsordningen, som gir full lønnskompensasjon, er av flere trukket frem som en ordning som gir risiko for moralsk hasard.³⁰³ I sykmeldingsprosessen oppstår det i mange tilfeller asymmetrisk informasjon som gjør det vanskelig både for lege og for Arbeids- og velferdsetaten å avgjøre om vilkårene for sykmelding er oppfylt. Denne risikoen for uheldig adferd forsterkes ytterligere av at en persons arbeidsevne i mange tilfeller er vanskelig å måle objektivt, særlig ved psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser, som er de vanligste årsakene til sykefravær.

12.9.2 Sammenheng mellom kompensasjonsgrad og sykefravær

Flere studier viser en nær sammenheng mellom kompensasjonsgrad og reduksjon i sykefraværet.³⁰⁴ Når man mottar full lønn uten økonomisk tap ved sykefravær, reduseres

³⁰¹ Oslo Economics (2023, s. 27).

³⁰² Oslo Economics et al (2025a).

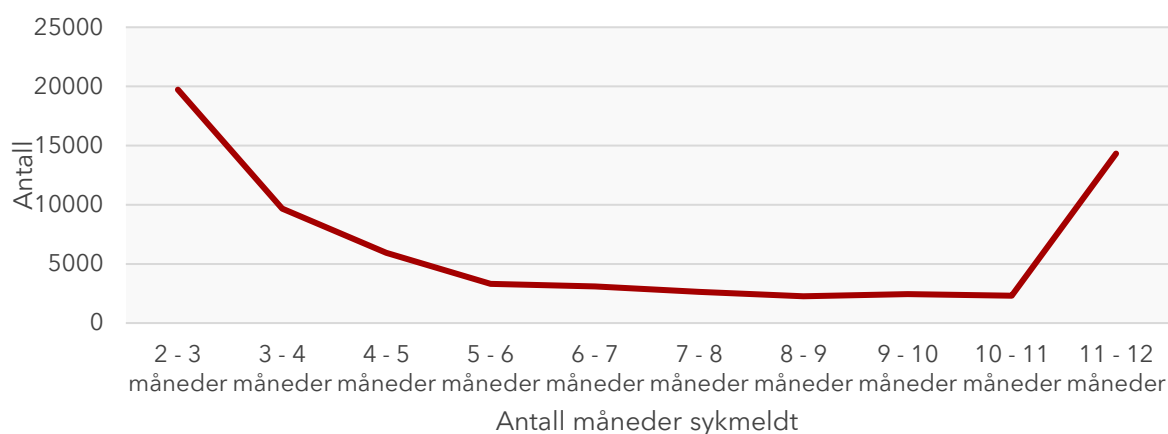
³⁰³ Hagelund og Bryngelson (2014), Ose et al (2013, s. 50).

³⁰⁴ Proba (2014).

den økonomiske terskelen for å være borte fra arbeid – både for dem som faktisk er syke, og for dem som kunne jobbet, men som føler seg slitne, føler seg demotiverte eller opplever andre belastninger. En reduksjon i kompensasjonsgraden kan også føre til at personer som bør holde seg hjemme fra jobb, møter opp. I tillegg forsterkes et sosialt skille mellom yrkesgrupper som kan ha hjemmekontor, og yrkesgrupper som ikke kan.

Flere studier viser også at sjansen for å komme tilbake i arbeid øker når perioden med sykepenger nærmer seg slutten.³⁰⁵ Dette kan henge sammen med at den sykmeldte da eventuelt må over på mindre gunstige ytelser, som AAP.

Figur 18 Varighet for avsluttede sykefravær i fjerde kvartal 2024



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁰⁶ Sykmeldinger som varte i under to måneder er ikke inkludert.

Flere studier viser en nær sammenheng mellom kompensasjonsgrad og reduksjon i sykefraværet. Når man mottar full lønn uten økonomisk tap ved sykefravær, reduseres den økonomiske terskelen for å være borte fra arbeid – både for dem som faktisk er syke, og for dem som kunne jobbet, men som føler seg slitne, føler seg demotiverte eller opplever andre belastninger. En reduksjon i kompensasjonsgraden kan også føre til at personer som bør holde seg hjemme fra jobb, møter opp. I tillegg forsterkes et sosialt skille mellom yrkesgrupper som kan ha hjemmekontor, og yrkesgrupper som ikke kan.

Flere studier viser også at sjansen for å komme tilbake i arbeid øker når perioden med sykepenger nærmer seg slutten. Dette kan henge sammen med at den sykmeldte da eventuelt må over på mindre gunstige ytelser, som AAP. Flere studier viser en nær sammenheng mellom kompensasjonsgrad og reduksjon i sykefraværet. Når man mottar full lønn uten økonomisk tap ved sykefravær, reduseres den økonomiske terskelen for å være borte fra arbeid – både for dem som faktisk er syke, og for dem som kunne jobbet, men som føler seg slitne, føler seg demotiverte eller opplever andre belastninger. En reduksjon i kompensasjonsgraden kan også føre til at personer som bør holde seg hjemme fra jobb, møter opp. I tillegg forsterkes et sosialt skille mellom yrkesgrupper som kan ha hjemmekontor, og yrkesgrupper som ikke kan.

³⁰⁵ Nossen og Brage (2016), Markussen et al. (2011).

³⁰⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Hentet fra [Arkiv - Sykefraværstatistikk per 4. kvartal 2010 - 2024 - nav.no](#)

Flere studier viser også at sjansen for å komme tilbake i arbeid øker når perioden med sykepengene nærmer seg slutten. Dette kan henge sammen med at den sykmeldte da eventuelt må over på mindre gunstige ytelser, som AAP.

Figur 18 viser varigheten på sykmeldinger som varte mer enn to måneder i 2024. 77 prosent av alle sykmeldinger varer under en måned. Denne majoriteten, som ikke er med i figuren, utgjorde 367 270 sykmeldinger. Men vi ser at av sykmeldinger som varer lenger enn to måneder, så er det færre som ble friskmeldt hver måned, før antallet stiger veldig rett før sykepengere rettighetene utløper ved 12 måneder.

12.9.3 Arbeidsgiverens finansieringsansvar

Arbeidsgiveren finansierer de 16 første kalenderdagene av en sykmelding. Deretter har ikke arbeidsgiveren lenger et finansieringsansvar.³⁰⁷ Sysselsettingsutvalget del 1 og del 2 problematiserer at arbeidsgiverens kostnader i hovedsak er knyttet til korttidsfraværet, som de mener er den delen av fraværet som arbeidsgiverne i minst grad kan påvirke.³⁰⁸ Arbeidsgiveren har en tilretteleggingsplikt for å hjelpe sykmeldte tilbake til jobb, men de ingen direkte økonomiske incentiver.

Ulike utvalg og arbeidsgrupper har foreslått at arbeidsgiveren skal dekke en større del av sykepengene. Sysselsettingsutvalget del 1 foreslo at arbeidsgiveren bør dekke en del av langtidssykefraværet. Der foreslås det at arbeidsgiverperioden forkortes fra 16 til 7 dager, og at arbeidsgiveren i resten av sykefraværperioden dekker 10 prosent av sykepengene opp til 50 prosent av fulle sykepengene og deretter anslagsvis 25 prosent av sykepengene ut over dette. Arbeids- og velferdsdirektoratet skrev i sitt høringsvar på rapportene at det støtter en nærmere utredning av en modell der arbeidsgiveren har finansieringsansvar for langtidssykefravær.³⁰⁹

Spørsmålet om å gi arbeidsgivere et større finansieringsansvar ved langtidsfravær ble også vurdert av en ekspertgruppe oppnevnt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet i 2009. I rapporten fra 2010 foreslo gruppen å redusere arbeidsgiverperioden til 10 dager, samtidig som folketrygdens refusjon etter åtte uker skulle begrenses til 80 prosent. Det ville innebære at arbeidsgiveren måtte dekke 20 prosent av sykepengene ved fullt fravær, noe som skulle gi incentiver til å tilrettelegge for gradert sykmelding.³¹⁰ Et argument mot å utvide arbeidsgiverens finansieringsansvar til å dekke deler av langtidssykefraværet er at det kan diskriminere utsatte grupper, for eksempel personer med kroniske sykdommer.³¹¹

13 Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en tidsbegrenset ytelse for dem som har behov for oppfølging og avklaring før de eventuelt kan komme tilbake i jobb eller få en varig ytelse. Da AAP erstattet de daværende folketrygdytelsene rehabiliteringspenger,

³⁰⁷ Mange arbeidstakere har avtalefestet at arbeidsgivere betaler mellomlegget mellom Navs satser og deres lønn.

³⁰⁸ NOU 2019:7, NOU 2021:2.

³⁰⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021b).

³¹⁰ [Arbeidsdepartementet](#) (2010).

³¹¹ [LO](#) (2021).

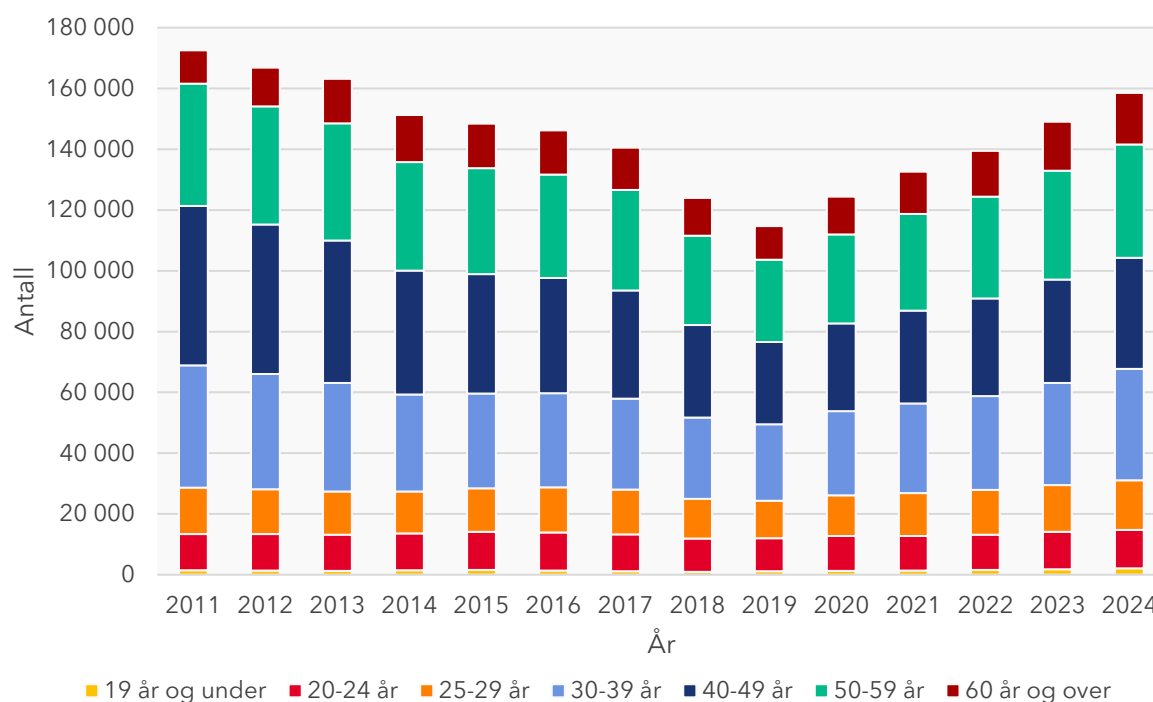
attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad, var hensikten å legge til rette «for tidligere og tettere oppfølging av mottakeren og dermed for at flere raskere skal komme tilbake i arbeid eller i arbeidsrettet aktivitet».³¹² Formålet med ytelsen er å sikre folk inntekt mens de får aktiv behandling, deltar på et arbeidsrettet tiltak eller får annen oppfølging med sikte på å skaffe seg eller beholde arbeid.

Kapittelet gir en oversikt over utviklingen i bruken av AAP. Det beskriver søknadsprosessen og saksbehandlingen i Arbeids- og velferdsetaten og hvordan etaten følger opp brukere som mottar AAP.

13.1 Utvikling i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger

I aldersgruppen 18 til 66 år mottok 4,5 prosent av befolkningen arbeidsavklaringspenger ved utgangen av 2024.³¹³ Siden innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 og fram til 2024 har det i gjennomsnitt blitt 15 000 nye mottakere per år. Rundt to tredjedeler av nye mottakere kommer fra sykepenger. Omtrent 30 prosent har kommet fra status som arbeidssøker eller med nedsatt arbeidsevne, mens de resterende hadde ukjent status to måneder før de fikk innvilget arbeidsavklaringspenger.³¹⁴ Figur 19 viser hvor mange personer som har mottatt arbeidsavklaringspenger i perioden 2011 til 2024.

Figur 19 Antall personer som mottar arbeidsavklaringspenger ved utgangen av året, 2011–2024



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³¹⁵

³¹² [Ot.prp. nr. 4 \(2008-2009\)](#), s. 8.

³¹³ Grønlien (2025, s. 1).

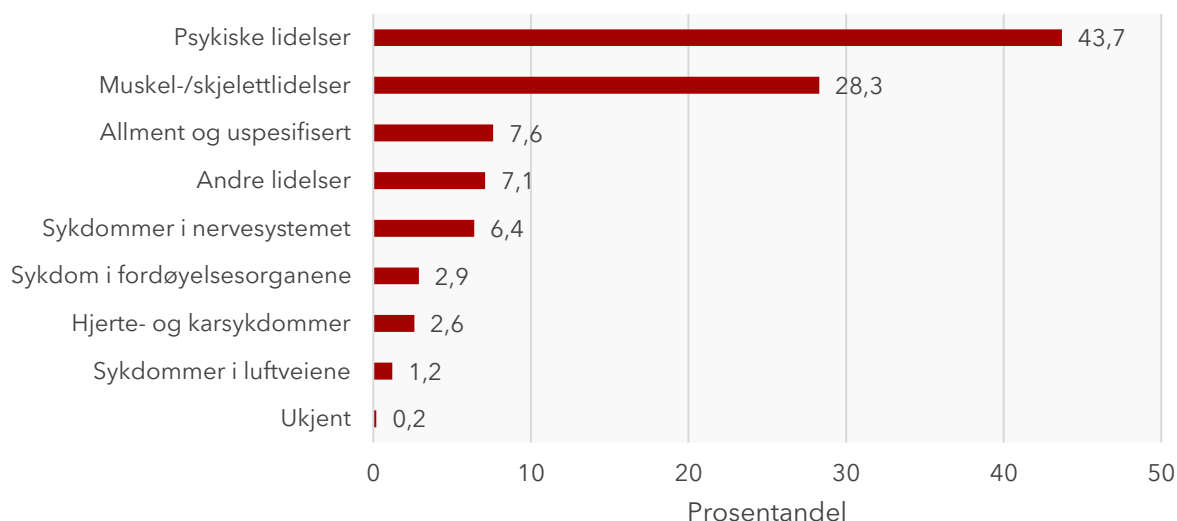
³¹⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). [Nye personer med arbeidsavklaringspenger. Status to måneder før. 4.kvartal 2011-2024* - nav.no](#)

³¹⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Alder og kjønn. Desember 2010–2024. Hentet fra [Arkiv - Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) per oktober - desember 2024 - nav.no](#)

Figur 19 viser at det var en nedgang i antallet AAP-mottakere i årene fra 2011 til 2019. Siden den gang har antallet økt. De fleste nye mottakere av arbeidsavklaringspenger i denne perioden er personer over 30 år, og økningen er spesielt i aldersgruppen mellom 30 og 39 år. I 2024 var det flere AAP-mottakere enn i 2014, selv om varigheten av ytelsen ble forkortet fra fire til tre år i 2018. I løpet av fjerde kvartal 2024 var det rundt 18 700 personer som startet å motta AAP, det høyeste antallet i løpet av et kvartal siden innføringen av ordningen i 2010.³¹⁶ Deler av utviklingen kan forklares ut ifra regelverksendringer. I 2018 ble maksimal ordinær varighet på AAP redusert fra fire år til tre år, vilkårene for forlengelse ble strengere, og det ble innført et karensår. I 2022 ble karensåret avviklet, og reglene for forlengelse ble endret slik at unntak nå vurderes basert på fremtidige arbeidsutsikter (fremtidsskjønn) snarere enn tidligere hendelser.

Store deler av økningen i antall mottakere av arbeidsavklaringspenger de siste årene kan tilskrives økningen i antall personer med psykiske lidelser.

Figur 20 Hoveddiagnosegruppe arbeidsavklaringspenger. 2024. Prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³¹⁷

Figur 20 viser at muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er primærdiagnosen for 72 prosent av AAP-mottakerne. Som vist i figur 14 utgjør disse to diagnosekategoriene også majoriteten av diagnosene som ligger til grunn for sykefraværet, men for mottakere av AAP er andelen enda høyere.

Den diagnosegruppen som har hatt størst vekst blant mottakerne, er psykiske lidelser. Fra 2010 til 2024 har andelen av AAP-mottakere med psykiske lidelser økt fra 33 prosent til 44 prosent. Noe av denne økningen kan forklares av at andelen mottakere med ukjent hoveddiagnosegruppe har sunket fra 16 prosent i 2010 til 0,2 prosent i 2024. For de

³¹⁶ Grønlien, 2025, s. 11 og Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025) [Nye mottakere av arbeidsavklaringspenger etter alder og kjønn. I alt. 4.kvartal 2011-2024* - nav.no](#)

³¹⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Diagnose og alder. Desember 2010–2024. Hentet fra [Arkiv - Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) per oktober - desember 2024 - nav.no](#)

øvrige diagnosegruppene har det vært en relativt flat utvikling i perioden 2010–2024, hvor det har vært en endring med under 3 prosentpoeng.

Veksten i antallet og andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger med psykiske lidelser som diagnosegruppe er hovedsakelig drevet av lettere psykiske lidelser³¹⁸. Totalt har antall mottakere av AAP med psykiske lidelser økt med 12 100 personer fra 2010 til 2024, og lettere psykiske lidelser utgjør mer enn 10 000 av disse.³¹⁹

Allmenne og uspesifiserte lidelser innebærer ofte symptomer som er vanskeligere å knytte til en bestemt sykdom, eller flere symptomer og tegn som ofte opptrer sammen. Ifølge Grønlien (2025) kan en økning for denne gruppen mottakere av AAP være et tegn på at flere lider av mer uklare sykdomstilstander eller mer sammensatte helseutfordringer. Allmenne og uspesifiserte lidelser inneholder blant annet ME, postviralt tretthetssyndrom og uspesifiserte smerter, men også infeksjonssykdommer og akutte skader.

13.1.1 Kombinering av arbeid og arbeidsavklaringspenger

Omtrent tre av fire som mottar arbeidsavklaringspenger, er ikke i arbeid. Andelen var 78 prosent i 2011, men har de senere årene vært rundt 74 prosent. Mottakerne som kombinerer AAP med arbeid, jobber i gjennomsnitt ca. 15 timer i uka. Det tilsvarer en stilling på 36 prosent. Det er flere eldre som jobber noe, og det er en høyere andel kvinner som kombinerer AAP med arbeid enn menn. Personer som har mottatt AAP over en lengre periode, arbeider mindre enn personer som har mottatt ytelsen i en kort periode. Det samme gjelder for personer med psykiske lidelser som diagnose for ytelsen, sammenlignet med andre diagnosegrupper.³²⁰

13.2 Saksgang for søknad om arbeidsavklaringspenger

Saksbehandlingen av AAP-søknader er delt mellom to enheter i Arbeids- og velferdsetaten. Det lokale Nav-kontoret har ansvar for å vurdere om arbeidsevnen til søkeren er nedsatt, mens Nav arbeid og ytelser har ansvar for å behandle selve søknaden om AAP og fatte vedtak i saken.³²¹

³¹⁸ Vanlige diagnoser i denne statistikkategorien er Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), tvangslidelser, Aspergers syndrom og ulike uspesifikke psykiske symptomer og plager, eksempelvis utbrenthet.

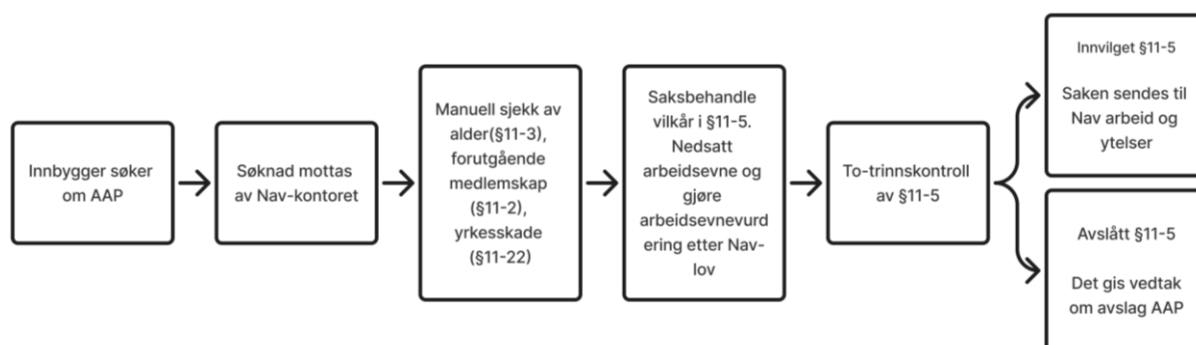
³¹⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). Diagnose og alder. Desember 2010–2024. Hentet fra [Arkiv - Mottakere av arbeidsavklaringspenger \(AAP\) per oktober - desember 2024 - nav.no](#)

³²⁰ Grønlien (2025, s. 21).

³²¹ Enhetene i Arbeids- og velferdsforvaltningen er nærmere beskrevet i avsnitt 1.2.2.

13.2.1 Saksbehandling hos lokale Nav-kontor

Figur 21 Saksbehandling av søknad om AAP, ved lokale Nav-kontor



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 21 viser Nav-kontorets aktiviteter når de mottar en søknad om arbeidsavklaringspenger. Når Arbeids- og velferdsetaten mottar søknad om AAP, undersøker Nav-kontoret om søkeren er mellom 18 og 67 år. I tillegg ser de om vedkommende har vært medlem i folketrygden i minst fem år. De vurderer også om søkeren har en godkjent yrkesskade.³²² Dette vedtas formelt senere av Nav arbeid og ytelser.

Vurdering av nedsatt arbeidsevne etter folketrygdløven § 11-5

En av de viktigste oppgavene til Nav-kontoret i saksbehandlingen av AAP-saker er vurderingen av folketrygdlovens § 11-5 som sier at søkeren har fått arbeidsevnen nedsatt med minst halvparten, og at sykdom, skade eller lyte må være en vesentlig medvirkende årsak til den nedsatte arbeidsevnen.

Etter at Nav-kontoret har ferdigstilt vurderingene, gjennomgår saken en to-trinnskontroll. Denne funksjonen sikrer kvalitet i saksbehandlingen ved at en erfaren saksbehandler utfører en ekstra vurdering av vilkårene etter § 11-5. Dersom kontoret vurderer at arbeidsevnen er nedsatt går saken videre til Nav arbeid og ytelser for videre oppfølging og endelig vedtak. Dersom Nav-kontoret konkluderer med at vilkårene ikke er oppfylt, får bruker avslagsvedtak fra Nav-kontoret.

Arbeidsevnevurdering etter Nav-loven § 14a

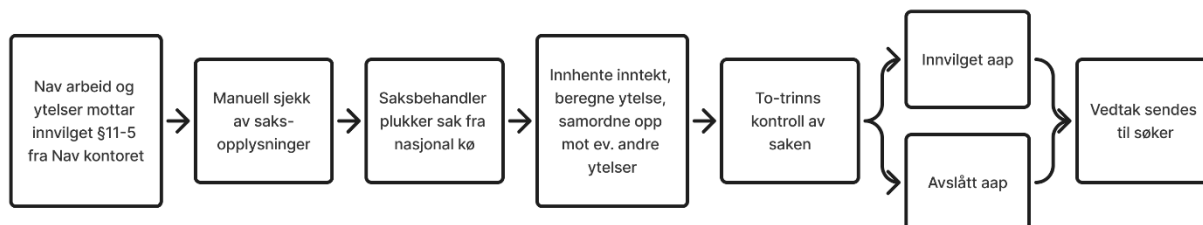
Nav-kontoret utfører også arbeidsevnevurderinger. Arbeidsevnevurderinger er en sentral del av Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av personer som trenger bistand for å komme i arbeid eller beholde arbeid. Retten til arbeidsevnevurdering følger av Nav-loven § 14a, og vurderingene har som formål å kartlegge den enkeltes arbeidsevne, bistandsbehov og muligheter i arbeidslivet (se avsnitt 16.4.1).

³²² Når en skade er forårsaket av en arbeidsulykke, anses skaden for å være en yrkesskade. Dersom Nav-kontoret godkjenner yrkesskaden endres vilkårene for innvilgelse av AAP. Da er det tilstrekkelig at arbeidsevnen din er nedsatt med minst 30 prosent, i stedet for 50 prosent. Det er i tillegg tilstrekkelig at er medlem av folketrygden når du søker om AAP, i stedet for kravet om fem års medlemskap.

I spørreundersøkelsen som Arbeids- og velferdsdirektoratet hadde til veiledere i 2022, svarte 54 prosent at de hadde god nok tid til å kartlegge behovet til brukerne sine. 13 prosent svarte at de ikke har god nok tid til å kartlegge brukernes behov, mens 33 prosent svarte at de i verken stor eller liten grad har tid til å kartlegge sine brukere.

13.2.2 Nav arbeid og ytelser og endelig vedtak

Figur 22 Saksbehandling av søknad om AAP, ved Nav arbeid og ytelser



Kilde: Riksrevisjonen

Etter at Nav-kontoret vurderer at vilkårene i folketrygdlovens § 11-5 er oppfylt, skal Nav arbeid og ytelser vurdere de øvrige vilkårene for arbeidsavklaringspenger. Nav arbeid og ytelser gjør i utgangspunktet ikke egne vurderinger av om vilkåret om nedsatt arbeidsevne er oppfylt. En enhet i Nav arbeid og ytelser opplyser i intervju at de forholder seg til § 11-5-vurderingene og arbeidsevnevurderingene som er gjort av Nav-kontorene. Det er unntaksvis at de har dialog med det lokale Nav-kontoret. Det er bare dersom de ikke kan se at vilkårene for nedsatt arbeidsevne er oppfylt.

Når Nav arbeid og ytelser ser på en sak vurderer de blant annet sykemeldingshistorikk, eventuelle tidligere godkjente yrkesskader, tidligere arbeidsinntekt og arbeidsgivers eventuelle sykepengeutbetalinger. Dette er informasjon som saksbehandlere i Nav arbeid og ytelser har tilgang til gjennom systemer som Infotrygd, Gosys, A-inntekt og AA-registeret.

To sentrale tidspunkter som Nav arbeid og ytelser vurderer, er beregningstidspunktet (når arbeidsevnen ble nedsatt med minst halvparten) og virkningstidspunktet, som er tidligste tidspunktet søkeren har rett til ytelse.³²³

13.3 Variasjon i søknadsbehandling mellom kontorer og over år

13.3.1 Årsaker til nedsatt arbeidsevne, utover sykdom og skade

Vurderingen etter § 11-5 i folketrygdloven skal være en helhetlig skjønnsmessig vurdering av hvor mye hjelp en person trenger for å komme i arbeid. Det legges vekt på faktorer som helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter i rimelig geografisk nærhet – og hvordan disse virker sammen med sykdom, skade eller lyte.

³²³ Folketrygdloven (1997), § 22-13).

Sykdomsvilkåret for AAP skiller seg fra vilkårene for uføretrygd og sykepenges. Ved AAP kreves det ikke at helseproblemer er hovedårsaken til den nedsatte arbeidsevnen, men at de er en vesentlig medvirkende årsak. Andre forhold kan forsterke behovet for bistand, men kan ikke alene være utslagsgivende.³²⁴

Ifølge to enheter vi har intervjuet i Nav arbeid og ytelser, varierer om kontorene tydeliggjør hvordan arbeidsevnen er nedsatt. Ofte gir Nav-kontoret kun en samlet vurdering uten et tydelig skille mellom medisinske og andre forhold, som utdanning eller arbeidsmarked.

13.3.2 Variasjon i avslagsraten for §11-5 mellom Nav-kontorer

Vi har analysert data for Nav-kontorenes vedtak etter folketrygdloven § 11-5 i perioden 2017–2023, for søknader fra personer som har hatt et arbeidsforhold i Norge på et tidspunkt i perioden 2015–2023.³²⁵ Dataene inkluderer storparten av vedtakene i perioden, ettersom de fleste nye mottakere av AAP har arbeidserfaring. Avgrensningen i dataene kan ha betydning for den gjennomsnittlige avslagsprosenten, men har trolig ikke betydning for beregning av variasjon i vedtakspraksis, siden avgrensningen er lik på tvers av Nav-kontorer og over tid.

For å sikre at vi undersøker mest mulige ensartede saker ser vi bare på nye AAP-søknader, det vil si søknader fra personer som verken har mottatt AAP eller fått innvilget AAP-søknad det siste året før vedtaket. Totalt er det 329 289 slike §11-5-vedtak i undersøkelsesperioden.³²⁶

For undersøkelsesperioden som helhet fikk 12,6 prosent av søkerne avslag når den reduserte arbeidsevnen ble vurdert (§ 11-5). Avslagsraten for den fullstendige søknadspopulasjonen kan være noe høyere, siden våre data ikke inkluderer søknader for personer uten arbeidserfaring i undersøkelsesperioden.

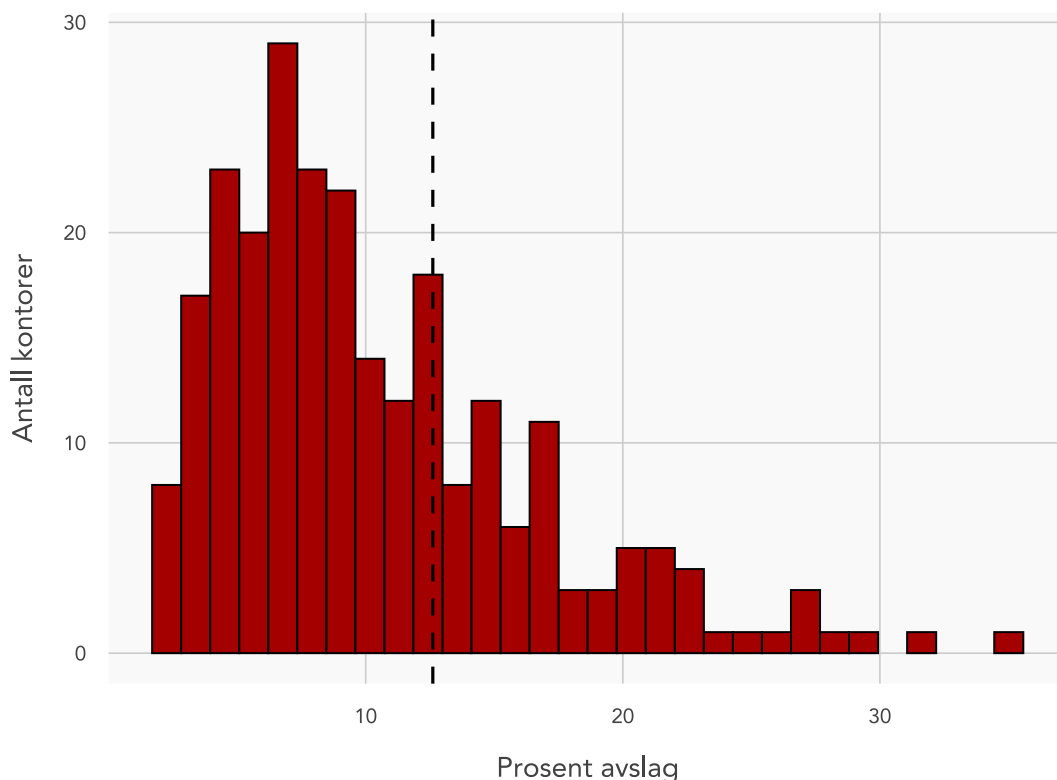
Figur 23 viser variasjonen i avslagsprosent mellom Nav-kontorer som har behandlet mer enn 50 AAP-søknader i perioden, med den samlede avslagsprosenten for hele utvalget markert ved stiplet linje. Avslagsraten varierer betydelig, fra 2 prosent til 35 prosent. Mange kontorer (71) har en avslagsprosent på under halvparten av den samlede avslagsprosenten, mens relativt få kontorer (9) har over det dobbelte av den samlede avslagsprosenten.

³²⁴ Ot.prp. nr. 4 (2008–2009 s. 19).

³²⁵ Dette er også populasjonsavgrensningen for undersøkelsen generelt.

³²⁶ Analysene våre omfatter 328 748 vedtak, siden 541 av vedtakene faller ut på grunn av manglende verdier på en eller flere forklaringsvariabler.

Figur 23 Variasjon i andelen §11-5-avslag blant Nav-kontorer



Kilde: Riksrevisjonen. N (Nav-kontorer) = 253. N (vedtak) = 328 748. Data for perioden 2017–2023. Den stiplede vertikale linjen viser andelen avslag av alle vedtakene i datasettet (12,6 prosent).

Det er flere forhold som kan tenkes å forklare forskjeller i avslagsrate mellom kontorer, både forhold som rettmessig bør tas hensyn til og uønskede variasjoner i saksbehandlingspraksis.

En grunn til uønskede variasjoner kan være at vurderingene avhenger av saksbehandlerens kompetanse. Navs klageinstans rapporterer at mange saker er behandlet uten at saksbehandleren har nødvendig kompetanse i forvaltningsrett og trygdemedisin. For eksempel erfarer klageinstansen at sykmeldinger og legeerklæringer ofte har mangelfulle beskrivelser av hvordan brukerens helseplager påvirker brukeren, men erklæringene blir likevel lagt til grunn for § 11-5-vedtakene.³²⁷ Det er også grunn til å tro at kompetanse og prosesser kan variere på tvers av Nav-kontor og over tid. Et relevant eksempel er fra Nav Hedmark: I 2014 innførte de nye tiltak for å få riktigere og likere praktisering av regelverket, og som en følge økte andelen avslag for AAP-søknader betydelig.³²⁸

Det kan også være rettmessige grunner til at avslagsraten varierer mellom Nav-kontorer. Nav-kontoret skal vurdere om arbeidsevnen er nedsatt, ikke bare ut fra medisinsk informasjon, men også i lys av reelle arbeidsmuligheter der det er rimelig at personer kan ta arbeid. Dette betyr at det regionale arbeidsmarkedet kan være en faktor i vurderingen og påvirke innvilgelsesraten. Det er rimelig å tenke at i områder med få ledige jobber eller

³²⁷ Nav klageinstans (2024a, s. 29).

³²⁸ Kann og Lima (2015).

liten variasjon i arbeidsplasser vil terskelen kunne være noe lavere for å konkludere med at en person har redusert arbeidsevne.

Det kan også tenkes at AAP-søkere skiller seg systematisk mellom Nav-kontorer. En mulig kilde til slik variasjon kan være sosioøkonomiske forskjeller mellom kommunene. Det kan også tenkes at Nav-kontorer veileder langtidssykmeldte og andre brukere på ulike måter, som igjen kan påvirke hvem som velger å søke om AAP.

Avvik mellom forventet og faktisk avslagsrate

Oppsummert er de rettmessige grunnene til variasjon i avslagsraten for AAP knyttet til kjennetegn ved søkerne og regionale arbeidsmarkedsforhold. For å kontrollere for slike forskjeller har vi utviklet en regresjonsmodell som beregner den forventede avslagsraten for hvert enkelt Nav-kontor, basert på observerbare kjennetegn ved søkerne og arbeidsledighet i bo- og arbeidsmarkedsregionen. Ved å sammenligne den forventede avslagsraten fra modellen med den faktiske avslagsraten, kan vi undersøke om variasjonen mellom kontorene kan forklares av ulike strengheter i saksbehandlingen, snarere enn forskjeller i søkerpopulasjon og arbeidsmarked. Regresjonsmodellen og framgangsmåten er nærmere beskrevet i kapittel 17.2.

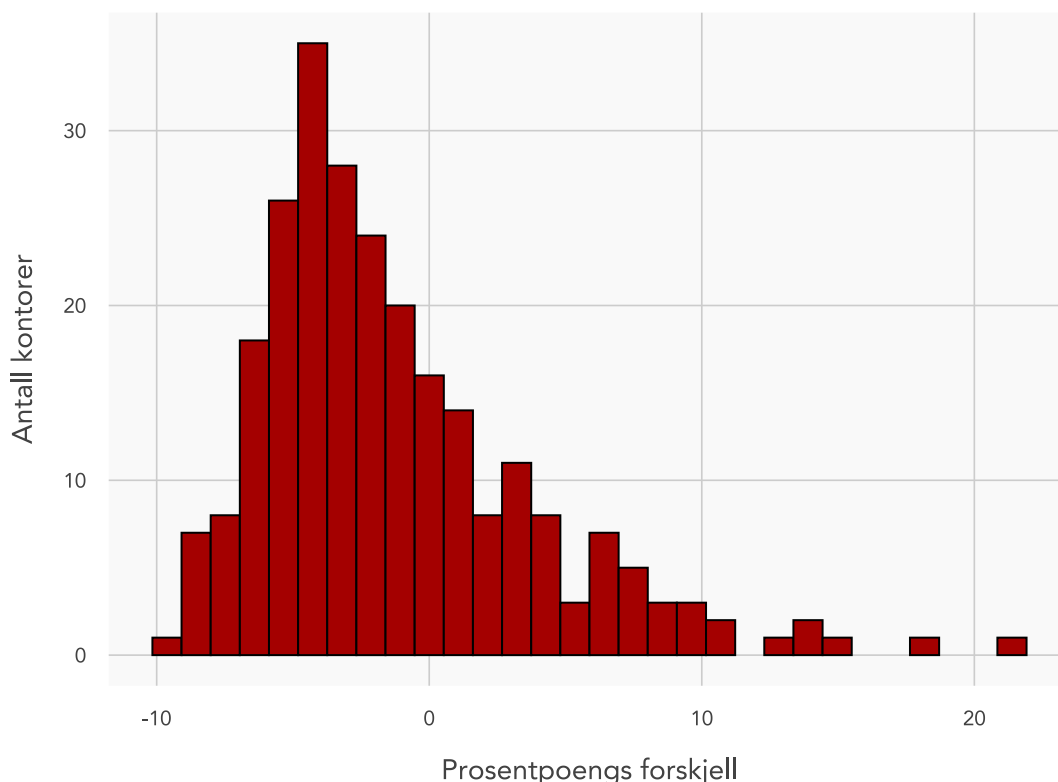
Hovedformålet med regresjonsanalysen er å estimere sjansen for at søknader blir avslått, gitt relevante aspekter ved søkermassen og arbeidsledighetsnivået. Kryssvalidering viser at modellen predikerer brukbart, men ikke spesielt godt. Hvis man plukker ut to tilfeldige søknader med ulikt utfall gir modellen 71 prosent av gangene høyere sannsynlighet for avslag til søknaden som faktisk er avslått.³²⁹ Det er vanskelig å vite hva den moderate prediksjonskraften kan skyldes, til tross for mange forklaringsvariabler. En grunn kan være at vi mangler relevante variabler, mens en annen kan være at det er betydelige forskjeller i hvordan like saker behandles mellom kontorer og over år.

Vi har ikke som mål å estimere effekten av hver variabel i modellen. Med ikke-eksperimentelle data er det krevende, og det krever som regel spesielt tilpassede analyser for hver forklaringsvariabel. Koeffisientene bør derfor ikke tolkes som effektestimater. Det er likevel verdt å nevne at koeffisienten for arbeidsledighet har motsatt retning av det vi kunne forventet: Høyere arbeidsledighet er relatert til høyere sannsynlighet for avslag. Det går imot hypotesen om at noen Nav-kontorer avslår færre søknader enn normalt fordi det er få jobbmuligheter i regionen. Regresjonstabell med alle koeffisientene finnes i tabell 12 i vedlegg 4.³³⁰

³²⁹ AUC (Area Under the Receiver Operating Characteristic curve) = 0,71.

³³⁰ Koeffisientene i regresjonstabellen er fra regresjon på hele datasettet. De er svært like gjennomsnittet av koeffisientene fra bootstrap-regresjonene.

Figur 24 Fordeling av avvik mellom faktisk og forventet andel avslag



Kilde: Riksrevisjonen. Nav-kontorer med under 50 vedtak er ekskludert. N (Nav-kontorer) = 253. N (vedtak) = 328 748. Data for perioden 2017–2023.

Histogrammet i figur 24 viser fordelingen av avviket mellom Nav-kontorenes faktiske og forventede avslagsrate. Dette gir et samlet bilde av hvor stor avstanden er mellom det som kan forventes basert på søkergrunnlaget, og det som faktisk observeres i kontorenes saksbehandling.

Den faktiske og den forventede avslagsraten for hvert kontor (uten navn) med konfidensintervaller finnes i figur 46 i vedlegg 4.

Omtrent to av tre kontorer har lavere avslagsrate enn forventet ut fra modellen. Ser vi på den absolute størrelsen på avviket er en fjerdedel av kontorene mindre enn 2 prosentpoeng fra forventningen, 41 prosent er mellom 2 og 5 prosentpoeng fra, en fjerdedel er mellom 5 og 8 prosentpoeng fra, og 9 prosent av kontorene er over 8 prosentpoeng fra forventningen.

Variasjonen i avvik er noe mindre enn variasjonen i den faktiske avslagsraten. Det indikerer at en del av de observerte forskjellene i kontorenes avslagsrate kan forklares av forskjeller ved søkerne og i arbeidsledighet.³³¹ Likevel gjenstår det for mange kontorer et avvik som ikke forklares av variablene i modellen. Så mange som 72 prosent av Nav-kontorene har en faktisk avslagsrate som er statistisk signifikant forskjellig fra den forventede

³³¹ En lineær regresjonsanalyse med faktiske avslagsrate som avhengig variabel og predikert rate som uavhengig variabel indikerer at nesten halvparten av variasjonen i den faktiske avslagsraten kan forklares av variablene i modellen ($R^2 = 0,46$).

avslagsraten.³³² Med andre ord er avviket større enn hva man kunne forvente som følge av tilfeldigheter alene.

Et eksempel på uforklarte avvik er bydelene Sagene og St. Hanshaugen i Oslo, som har tilnærmet like predikerte avslagsrater på 16–17 prosent. Likevel viser de faktiske tallene en betydelig forskjell – med henholdsvis 16 prosent avslag på Sagene og 30 prosent på St. Hanshaugen. Et lignende mønster finner vi i nabokommunene Tønsberg og Sandefjord, hvor avslagsratene er 32 prosent og 16 prosent, selv om modellen tilsier at avslagsraten skulle vært omtrent lik (14 prosent).

Størrelsen på avvikene bør også ses i lys av at den gjennomsnittlige avslagsraten er på bare 12,6 prosent. Det betyr at et lite avvik i absolutte tall kan være stort relativt til den forventede avslagsraten. Nesten en femtedel av kontorene avslår under halvparten så mange søknader som forventet, mens 2 prosent av kontorene avslår over dobbelt så mange som forventet.

Nav Indre Salten, for eksempel, har en faktisk avslagsrate på 5 prosent og en forventet avslagsrate på 11 prosent. Den faktiske avslagsraten er da 6 prosentpoeng lavere enn forventet, mens den (relativt sett) er på under halvparten av den forventede raten. Det kan tolkes som at kontoret måtte avslått over dobbelt så mange søknader for å være i samsvar med gjennomsnittlig avslagspraksis.

Det er noe usikkert om vi gjennom regresjonsmodellen klarer å kontrollere for alle relevante forskjeller i søkermassen på tvers av kontorer. Likevel tyder resultatene på at en del av variasjonen i avslagsraten ikke kan forklares av forskjeller i søkergrunnlaget eller i det lokale arbeidsmarkedet, men heller kan tilskrives ulik forvaltningspraksis mellom Nav-kontorer.

Varsel fra Nav-klageinstans om varierende saksbehandlingspraksis hos Nav-kontorene

I 2019 varslet Nav klageinstans om betydelige forskjeller i forvaltningspraksis mellom Nav-kontorene ved behandling av AAP-saker. Enkelte kontorer av slo over 40 prosent av alle nye AAP-søknader i løpet av de syv første månedene i 2019. Andre kontorer hadde avslagsprosent helt ned mot 6–10 prosent. I varselet siteres den rådgivende overlegen i Nav klageinstans:

Det jeg ser på mitt bord er manglende vurderinger hvor saksbehandlingen er fullstendig vilkårlig og hvor det tydelig fremgår at saksbehandler leter etter argumenter for å gi avslag på AAP. Det er dessverre utviklet subkulturer som driver slik saksbehandling. Dette medfører at brukere som søker AAP- har svært ulik sannsynlighet for å få ytelsen.

³³² Med signifikansnivå på 5 prosent. Konfidensintervaller er laget med bootstrapping (se kapittel 15.2.3).

Etter mange år i NAV har jeg et stort kontaktnett hvor NAV leger kommer spontant og bekrefter mitt inntrykk.

Kilde: Rådgivende overlege NAV.³³³

Siden 2019 har Klageinstansen gjentatte ganger rapportert om disse praksisforskjellene i sin årlige kvalitetsrapportering. Klageinstansen anser kvaliteten på saksbehandlingen av AAP-klager som den alvorligste risikofaktoren i Navs forvaltning.

Arbeids- og velferdsdirektoratet sier i intervju at de tar risikoen på alvor. I etterkant av varselet fulgte direktoratet opp varselet. I første omgang hadde de et møte med Nav klageinstans. Kvalitetsrapportene og funnene som ble skissert, ble tema i møte med fylkesdirektørene, som også fikk tilsendt rapportene. Direktoratet gjorde deretter en undersøkelse med bakgrunn i de fylkene som ble nevnt i rapporten.

Undersøkelsen som ble gjennomført i desember 2019, tok utgangspunkt i Nav-kontor som hadde fattet mer enn 80 vedtak om AAP (§11-5) i perioden januar til november det året. Undersøkelsen viste en moderat positiv korrelasjon mellom søknadsrate³³⁴ til AAP og kontorets avslagsprosent etter §11-5. Det kan indikere at noe av variasjonen mellom kontorene kan skyldes forskjeller i søkermassen.

De fant også at en mulig forklaring på forskjellene i avslagsprosent kan være ulik praksis i saker med manglende dokumentasjon. Ved to av kontorene med særlig høy avslagsprosent ble det avdekket tilfeller der søknader med manglende dokumentasjon ble avslått etter folketrygdlovens §11-5, i stedet for etter §§21-3 og 21-7.

Direktoratet skriver i svar til oss de at antok at forskjeller i avslagsprosent delvis kunne skyldes ulikheter i arbeidsmarkedet, men at de ikke hadde anledning til å undersøke dette systematisk. Samtidig fant de at Nav-kontorer med lik søknadsrate til AAP og som tilhørte samme arbeidsmarkedsregion kunne ha svært forskjellig andel avslag i §11-5. Dette antok de kunne skyldes ulikheter i de skjønsmessige vurderingene av om vilkårene i §11-5 er oppfylt.

I 2023 gjennomførte direktoratet en ny undersøkelse. Den tok utgangspunkt i alle vedtak om AAP §11-5 i første halvår det året. De fant da en forholdsvis sterk korrelasjon mellom de tre faktorene arbeidsledighetsnivå, søknadsrate til AAP og avslagsprosent AAP §11-5 på fylkesnivå. Fylkene med det høyeste ledighetsnivået, hadde den høyeste søknadsraten til AAP og også den høyeste andelen avslag §11-5. På kommunenivå fant de samme mønster, men mye svakere samvariasjon.

Samlet er funnene i samsvar med undersøkelsen vår, som viser at en del av variasjonen mellom kontorer kan forklares ved forskjeller i søkermasse og ledighet. Samtidig er det en betydelig del av variasjonen som ikke ser ut til å forklares av slike variabler, og som mer sannsynlig skyldes forskjeller i vedtakspraksis.

³³³ Nav Klageinstans (2019).

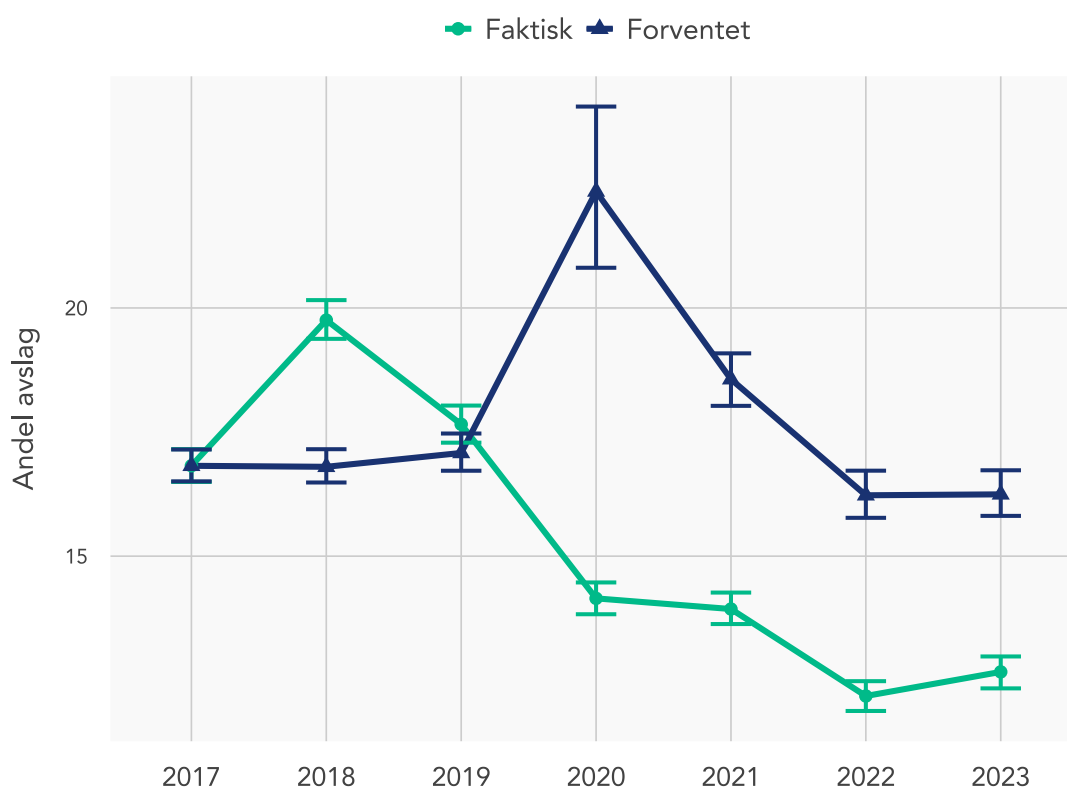
³³⁴ Søknadsrate er definert som antallet nye søknader om AAP dividert med antallet makstidssaker på sykepenger.

13.3.3 Variasjon i avslagsraten for AAP over tid

Vi har også analysert om søknadsbehandlingen har endret seg over årene 2017 til 2023 for landet som helhet. I denne analysen ser vi både på de lokale vedtakene om nedsatt arbeidsevne (§ 11-5) og på det endelige vedtaket om AAP fra Nav arbeid og ytelser. Søknader kategoriseres som avslått hvis de får avslag lokalt eller av Nav arbeid og ytelser, og som innvilget hvis de får innvilgelse både lokalt og av Nav arbeid og ytelser.³³⁵

Vi bruker det første året, 2017, som referanseår. Regresjonsmodellen estimeres bare på data for det året, og brukes så til å estimere den forventede avslagsraten for de andre årene. Den forventede avslagsraten indikerer da hva man kunne forvente gitt eventuelle endringer i søkermassen og ledigheten, om man holdt avslagspraksisen lik som i 2017. Koeffisienter fra regresjonen finnes i tabell 12 i vedlegg 4, og resultatene for hvert år finnes i tabell 13 i det samme vedlegget.

Figur 25 Faktisk og forventet avslagsrate per år



Kilde: Riksrevisjonen. Utstikkere viser 95 % konfidensintervaller. N (totalt) = 311 481. Forventet avslagsrate er basert på regresjon for 2017-data ($N = 44\,403$).

Figur 25 viser utviklingen i den faktiske og den forventede avslagsraten for AAP-søknader, i perioden 2017–2023. Den faktiske avslagsraten varierte betydelig i disse årene. Den økte i 2018 til det høyeste nivået, på 19,8 prosent, og sank deretter kraftig fram til 2022, da den lå på 12,2 prosent.

³³⁵ Se kapittel 15.2.1 for nærmere beskrivelse av operasjonalisering og analysemetode.

Utviklingen i den forventede avslagsraten følger i liten grad den faktiske, noe som indikerer at lite av endringene skyldes endring i søkermasse og arbeidsledighet over tid.³³⁶ Det er en stor og statistisk signifikant forskjell på den faktiske og den forventede raten i de fleste årene. Med 2017 som utgangspunkt, er avslagsraten i 2018 høyere enn forventet, mens den i 2020–2023 er lavere enn forventet. Dette tyder på at søknadsbehandlingen fra 2020 av i snitt har vært mindre streng enn i årene 2017–2019.

Regelverksendringer kan ha påvirket noen av endringene. I 2018 ble regelverket for AAP presisert med mål om å rette ordningen tydeligere mot helserelaterte behov og for å redusere varigheten i ytelsesløpet. En intensjon ved endringene var å gjøre inngangen til ordningen smalere ved å presisere i loven at sykdom, skade eller lyte må være en vesentlig medvirkende årsak til at arbeidsevnen er nedsatt. Dette innebærer at helseproblemer må ha en klar og dokumenterbar betydning for arbeidsevnereduksjonen – det holder ikke at sykdom spiller en mindre eller indirekte rolle. Samtidig ble formålsparagrafen justert for å understreke at AAP er en helserelatert ytelse.³³⁷

Resultatene våre tilsier at søknadsbehandlingen ble strengere i 2018, da regelverket ble presisert. Men i årene som fulgte ser det ut til å ha vært en gradvis oppmykning. Estimaten tyder på at søknadsbehandlingen fra 2020 til 2023 har vært mindre streng enn den var før regelverksendringene, i motstrid med intensjonen. Dette funnet er i tråd med tidligere analyser Arbeids- og velferdsdirektoratet har utført.³³⁸

Koronapandemien kan også ha spilt en rolle. Fallet i avslagsraten i 2020 kan tenkes å ha sammenheng med den store økningen i søknader generelt til Nav i starten av pandemien, som blant annet førte til mye overtidsjobbing og mange nyansettelser.³³⁹ Men avslagsraten gikk ikke opp igjen i årene etter pandemien, og i 2023 var den fortsatt lavere enn forventet. En mulig tolkning er at en mindre streng praksis festet seg i løpet av pandemien.

13.4 Oppfølging og aktivisering av AAP-mottakere

Formålet med reformen i 2010 da AAP ble innført, var å forenkle systemet og legge til rette for en mer helhetlig, individuelt tilpasset og arbeidsrettet oppfølging av brukerne.³⁴⁰ Arbeids- og velferdsetatens oppfølging skulle i større grad handle om den enkeltes ressurser og muligheter for å komme i arbeid, framfor helsebegrensninger.

³³⁶ Arbeidsledighet, som er positivt relatert til sannsynligheten for avslag, er variabelen som forklarer mest av endringen i forventet avslagsrate over år. Økningen i arbeidsledighet fra 2017 til 2020 forklarer mye av økningen i forventet rate i den perioden, mens nedgangen i arbeidsledighet forklarer mye av nedgangen fra 2020 til 2023. Nedgangen i forventet avslagsrate i den siste perioden skyldes også at andelen i tynge innsatsgrupper økte.

³³⁷ Prop 74 L (2016–2017).

³³⁸ Danielsen, Kalstø og Grønlien (2023, s. 33); Lande (2021, s. 81).

³³⁹ NOU 2021: 6, 365. Antall nye § 11-5-vedtak gikk også noe opp, fra 44,163 i 2019 til 47,754 i 2020, med vår operasjonalisering.

³⁴⁰ Ot.prp. nr. 4 (2008–2009).

13.4.1 Oppfølging av veileder fra Nav-kontorer

I 2024 rapporterte 48 prosent av AAP-mottakerne at de hadde fått oppfølging fra en veileder i løpet av den siste måneden.³⁴¹ Oppfølgingen skjedde i hovedsak gjennom digital dialog i aktivitetsplanen, hvor brukeren og veilederen kan kommunisere om tiltak, aktiviteter og videre planlegging. I tillegg gjennomførte Nav-veiledere fysiske møter, telefonsamtaler og videomøter ved behov. I gjennomsnitt hadde 13 prosent av AAP-mottakere et planlagt møte med veilederen sin i løpet av den siste måneden. Slike møter brukes til å følge opp brukerens progresjon, justere tiltak og vurdere eventuelle behov for tilleggsstøtte eller tilrettelegging. I tillegg hadde 4 prosent et ikke-planlagt møte.

Oppfølgingen er tettest for nye mottakere av AAP. Blant dem som har mottatt ytelsen i mindre enn åtte uker, fikk 60 prosent oppfølging i løpet av den siste måneden i 2024.

I Arbeids- og velferdsdirektoratets spørreundersøkelse til veiledere, svarte 47 prosent at de hadde tilstrekkelig med tid til å følge opp brukerne de hadde ansvar for. Mer enn en av fem av veilederne svarte at de ikke hadde tilstrekkelig med tid til å følge opp brukerne de hadde ansvar for, mens de resterende 32 prosentene svarte at de hverken i stor eller liten grad hadde tilstrekkelig med tid til å følge opp brukerne.

Brukerorganisasjonene vi har intervjuet forteller at brukere med AAP får varierende oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten. Oppfølgingen varierer både mellom Nav-kontorer og veiledere innad på Nav-kontorene. De opplever at kapasiteten hos etaten ikke er god nok til å gi alle en individuelt tilpasset og god oppfølging. Det kan gå med mye tid til venting på tiltak og/eller behandling.

13.4.2 Arbeids- og velferdsetatens tiltak og virkemidler

Arbeids- og velferdsetatens har ulike tiltak og virkemidler som skal bidra til at den enkelte styrker sine arbeidsmuligheter. Tiltakene spiller også en sentral rolle i avklaringsprosessen mot uføretrygd, da de gir mulighet for å vurdere om en person har arbeidsevne til tross for helseutfordringer. Tiltakene gir også mulighet til å bygge opp kompetanse, noe som sannsynliggjør deltakelse i arbeidslivet senere. Andelen AAP-mottakere som deltok i arbeid eller tiltak ved 26 ukers-tidspunkt, var gjennomsnittlig 57 prosent i 2024.³⁴²

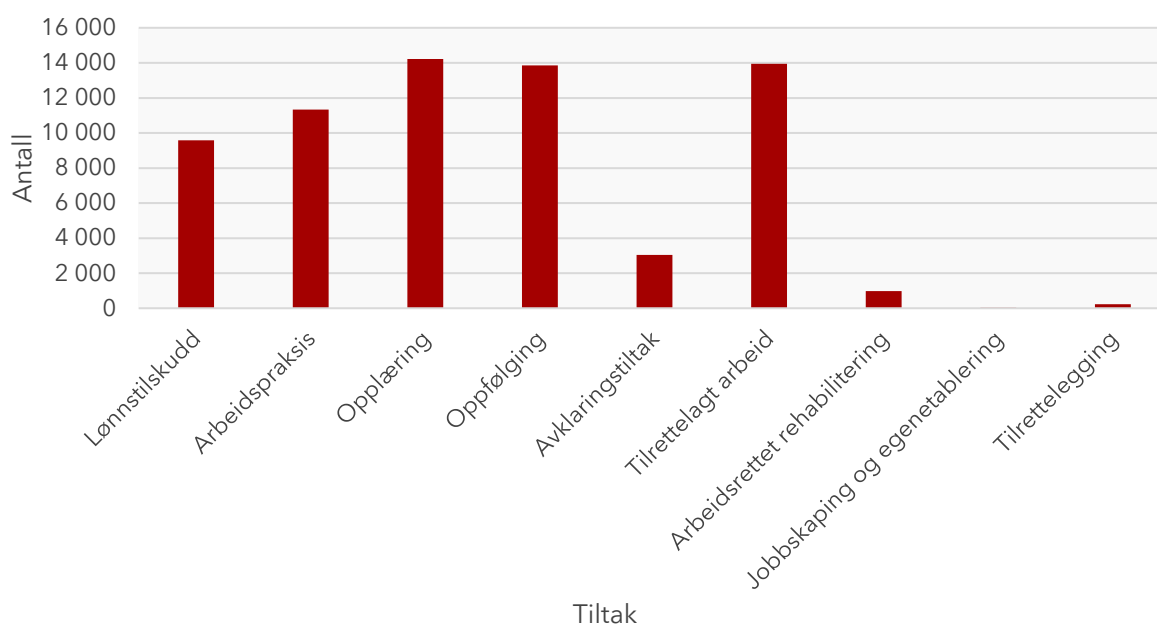
Gjennom tiltak som arbeidstrening, avklaring og ulike oppfølgingstiltak, får Arbeids- og velferdsetaten mulighet til å vurdere i hvilken grad en person kan delta i arbeidslivet, til tross for sine helseutfordringer. Arbeidsmarkedstiltak gir også mulighet for gradvis tilbakeføring til arbeidslivet gjennom aktiviteter som er tilpasset den enkeltes helsetilstand. For personer som er langt unna arbeidslivet, kan dette innebære arbeidstrening eller praksisplasser som gir erfaring og mestring før de vurderes for ordinært arbeid.

³⁴¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 25–26).

³⁴² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

I 2024 ble det brukt 10,6 milliarder kroner på arbeidsmarkedstiltak.³⁴³ Til enhver tid deltar mellom 70 000 og 80 000 personer på arbeidsmarkedstiltak.³⁴⁴ En stor andel av disse er mottakere av AAP, i tillegg til mottakere av andre ytelser som dagpenger og sykepenger.

Figur 26 Tiltaksdeltakere med nedsatt arbeidsevne, januar 2025



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁴⁵

Figur 26 viser deltakere med nedsatt arbeidsevne på arbeidsmarkedstiltak, der tiltakene er gruppert etter type. Per januar 2025 deltok totalt 67 199 personer med nedsatt arbeidsevne i arbeidsmarkedstiltak. Det vanligste tiltaket var opplæring, med 14 222 deltakere, tett fulgt av tilrettelagt arbeid med 13 943, og oppfølging med 13 846 deltakere. Arbeidspraksis omfattet 11 331 personer, mens 9 577 mottok lønnstilskudd. Videre deltok 3 050 i avklaringstiltak og 977 i arbeidsrettet rehabilitering.

De mest brukte tiltaksgruppene er arbeidspraksis, opplæringstiltak, lønnstilskudd, oppfølging og varig tilrettelagt arbeid (VTA). Arbeidspraksis omfatter de to tiltakene arbeidstrening og arbeidsforberedende trening, der sistnevnte er for personer med nedsett arbeidsevne som har behov for arbeidstrening i et skjermet og tilrettelagt arbeidsmiljø før arbeidstrening eller opplæring i ordinært arbeidsliv. Arbeidspraksis gir deltakerne mulighet til å få arbeidserfaring og styrke sine ferdigheter, mens opplæringstiltak kan bidra til kompetanseheving gjennom kurs og utdanning. Lønnstilskudd er et virkemiddel der arbeidsgivere får økonomisk støtte for å ansette personer med nedsatt arbeidsevne, noe som kan senke terskelen for ansettelse. Varig tilrettelagt arbeid er for personer som mottar uføretrygd, eller i nær framtid er venta å få

³⁴³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

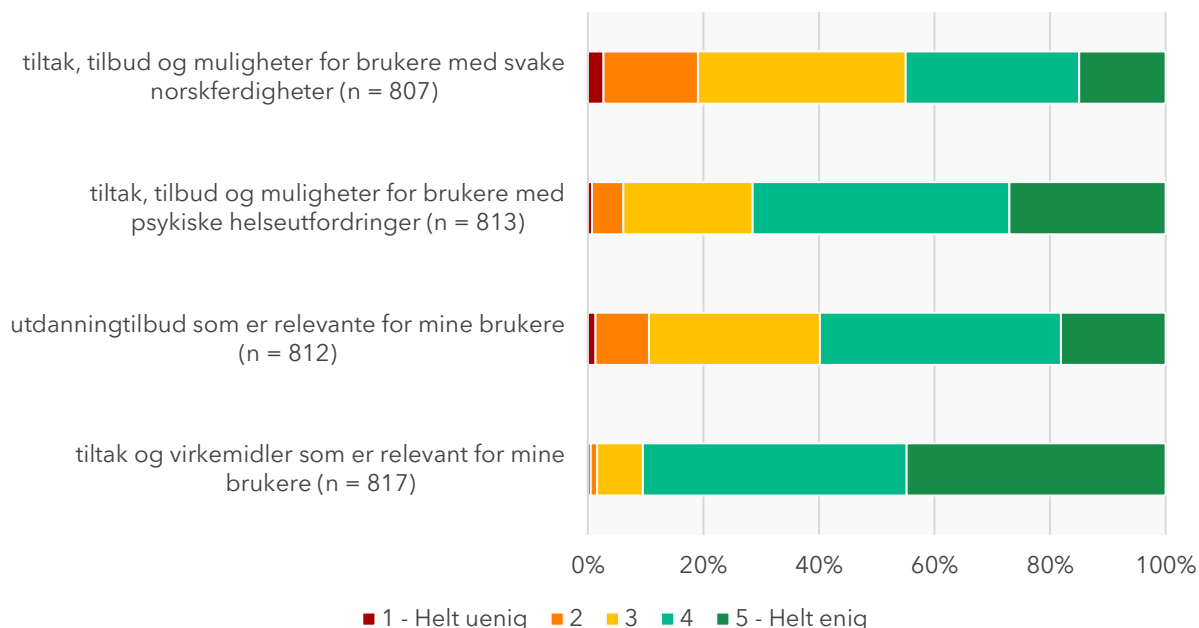
³⁴⁴ Oslo Economics (2024a, s. 22).

³⁴⁵ Grønlien (2025, s. 25).

innvilget uføretrygd, og som har behov for spesiell tilrettelegging og tett oppfølging i en forhåndsgodkjent eller ordinær virksomhet.

I Arbeids- og velferdsdirektoratets spørreundersøkelse ble veiledere spurt om kjennskap til tiltak, tilbud³⁴⁶ og muligheter for ulike brukergrupper. Veiledernes vurderinger framgår av figur 27 og figur 28.

Figur 27 Veilederes kjennskap til tiltak og tilbud, i prosent.

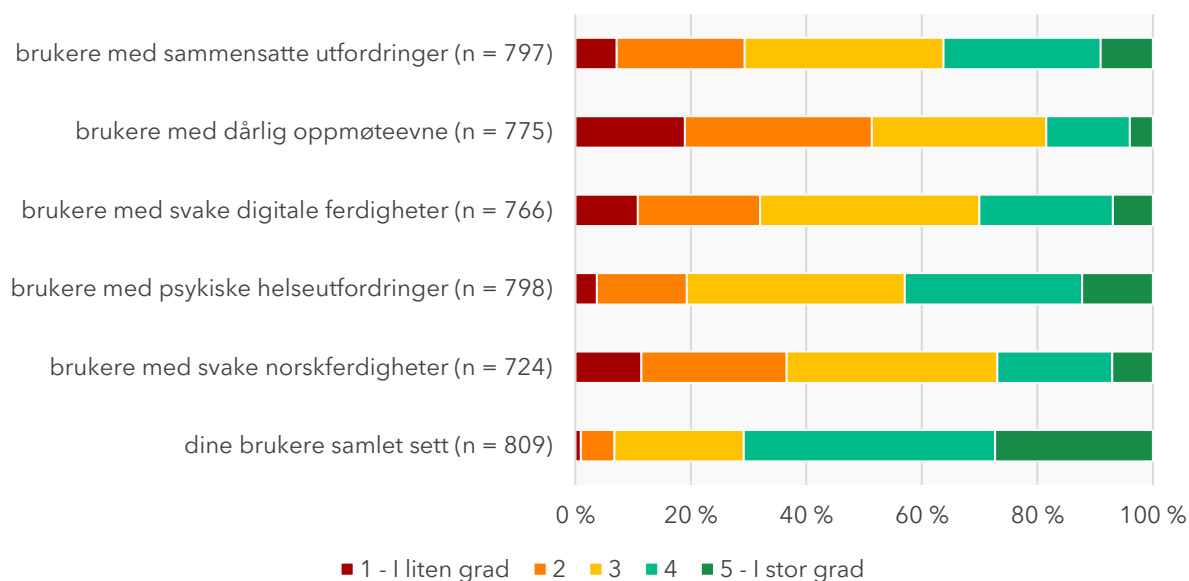


Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet. «Jeg er godt kjent med:»

Veilederne svarer at de har god kjennskap til tiltak for virkemidler som er relevant for deres brukere. Over 90 prosent svarer at de er enig eller helt enig i at de er godt kjent med dette. Omtrent 60 prosent svarer at de har god kjennskap til utdanningstilbud som er relevante for brukerne i deres portefølje, mens 10 prosent svarer at de ikke har god kjennskap. Veilederne har minst kjennskap til tiltak, tilbud og muligheter for brukere med svake norskferdigheter, hvor 45 prosent svarer at de har god kjennskap. Til sammenligning svarer 71 prosent at de har god kjennskap til tiltak og tilbud for brukere med psykiske helseutfordringer. Figur 28 viser Navs veiledere sin vurdering av tilgangen på relevante tiltaksplasser for ulike brukergrupper.

³⁴⁶ Dette inkluderer tilbud knyttet til helse, utdanning og andre arbeidsfremmende tiltak.

Figur 28 Tilgang til relevante tiltaksplasser for ulike brukergrupper, i prosent.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet. «I hvilken grad har du tilgang til tiltaksplasser som er relevante for:»

Veilederne vurderer at tilgangen til relevante tiltaksplasser for brukerne samlet sett er god. I overkant av 70 prosent svarer at de har tilgang til tiltaksplasser, mens 7 prosent vurderer at de ikke har tilgang til relevante tiltaksplasser for sine brukere. Veilederne vurderer at det er best tilgang til relevante tiltaksplasser for brukere med psykiske helseutfordringer, hvor mer enn 40 prosent svarer at det er god tilgang. I den andre enden av skalaen, vurderer veilederne at det i liten grad, eller ganske liten grad, er tilgang til relevante tiltaksplasser for brukere med dårlig oppmøteevne. For denne gruppen svarer over halvparten av veilederne at det mangler tilgang på relevante tiltaksplasser.

Effekten av tiltakene

Både norske og internasjonale studier har funnet positive effekter av arbeidsmarkedstiltak på sysselsetting, men effektene varierer mellom ulike tiltak, brukergrupper, konjunkturer og studier.³⁴⁷ Nyere norske undersøkelser har vist at de fleste av Arbeids- og velferdsetatens arbeidsmarkedstiltak har positive effekter på deltakernes arbeidstilknytning.³⁴⁸ En effektstudie viste at to år etter oppstart i første arbeidsmarkedstiltak, var litt over en tredjedel av tiltaksdeltakere i jobb.³⁴⁹ I en kost-nyttevurdering har de aller fleste arbeidsmarkedstiltakene netto positiv samfunnsøkonomisk nytte, og for mange av tiltakene er summen av positive virkninger betydelig.³⁵⁰

Det er forskjeller mellom ulike tiltak og ulike grupper.³⁵¹ Innvandrere, ungdom og lavt utdannede har godt utbytte av opplæringstiltak, mens eldre og personer med helseproblemer har bedre utbytte av tiltak som innebærer rask utplassering i arbeidslivet.

³⁴⁷ Meld. St. 33 (2023–2024), avsnitt 8.2.

³⁴⁸ Oslo Economics (2024a, s.5), von Simson (2023, s. 101).

³⁴⁹ Oslo Economics (2024a, s. 46).

³⁵⁰ Oslo Economics (2024a, s. 10).

³⁵¹ Von Simson (2023, s. 101).

Tiltak som ligner ordinært arbeid, som lønnstilskudd, har større effekt.³⁵² Tiltaket midlertidig lønnstilskudd skiller seg ut ved at en høy andel av deltakerne er i arbeid kort tid etter oppstart i tiltaket.³⁵³ Man må imidlertid være forsiktig med å konkludere med at det er det mest effektive tiltaket, da de som har tiltaket, ofte i utgangspunktet er nærmere deltakelse i arbeidslivet sammenlignet med mottakere av andre tiltak.³⁵⁴ Lønnstilskudd brukes også ofte som siste ledd i en kjede av tiltak, som for eksempel kan inneholde oppfølgingstiltak, opplæring og/eller arbeidstrening.

Arbeidsmarkedstiltak synes å ha bedre effekt i tider med lav ledighet og høy etterspørsel etter arbeidskraft. Samtidig vil sammensetningen av arbeidsledige variere med konjunktorene i arbeidsmarkedet. Arbeidsledige i en høykonjunktur har oftere egenskaper som gjør at de har behov for bistand for å komme i jobb. Dette kan tilsi at omfanget av tiltak bør holdes på et mer stabilt nivå enn det konjunktursvingningene tilsier.³⁵⁵

13.4.3 Når i AAP-løpet deltar mottakerne i aktiviteter

Ventetid på behandling og rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Både brukerorganisasjonene og enheter i Arbeids- og velferdsetaten som vi har intervjuet forteller at ventetiden på behandling og rehabilitering kan være en utfordring for mange brukere. Riksrevisjonen beskrev i 2024 at mange pasienter ikke får rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at det påvirker arbeidsevnen deres.³⁵⁶

Selv om det er ønskelig å få til samtidighet i behandling og arbeidsrettet aktivitet er dette i mange tilfeller ikke mulig. Da kan ventetiden på helsebehandling gjøre at ytelsesmottakeren kommer senere i gang med arbeidsrettede aktiviteter.

Selv om det ønskelig få til samtidighet i behandling og arbeidsrettet aktivitet er dette i mange tilfeller ikke mulig. Da kan ventetiden på helsebehandling gjøre at ytelsesmottakeren kommer senere i gang med arbeidsrettede aktiviteter.

Tid før oppstart i arbeidsmarkedstiltak

Det tar ofte lang tid fra oppfølgingsvedtak fattes til arbeidsmarkedstiltak for AAP-mottakere starter opp. Årsakene er flere – blant annet budsjettbegrensninger, behov for å først avklare eller fullføre medisinsk behandling, samt at noen tiltak, som opplæring og utdanning, er sesongbaserte.

For mange AAP-mottakere tar det lang tid fra de starter å motta arbeidsavklaringspenger til de starter i et arbeidsmarkedstiltak. Våre analyser viser at det i gjennomsnitt tar minst 17 måneder for de som har mottatt AAP i minst ett år og ikke har jobbet i perioden.

³⁵² Von Simson (2023, s. 101).

³⁵³ Oslo Economics (2024a, s. 7).

³⁵⁴ Oslo Economics (2024a, s. 46).

³⁵⁵ Von Simson (2023, s. 101).

³⁵⁶ Riksrevisjonen (2024a).

Vi beregner at det i gjennomsnitt tar minst 17 måneder fra AAP-løpet starter til oppstart i et arbeidsmarkedstiltak for personer som har mottatt arbeidsavklaringspenger i minst 12 måneder, som har vært uten jobb i hele AAP-løpet og som startet å motta AAP før 2020.³⁵⁷ Også i 2018 fant Riksrevisjonen at det gikk lang tid før deltakelse på arbeidsmarkedstiltak.³⁵⁸ Revisjonen viste videre at et stort antall tiltaksdeltakere fikk mangelfull oppfølging fra Nav-kontorene.

Enkelte kontorer forsøker å fylle ventetiden med interne tiltak som workshops og motivasjonssamlinger, men i noen tilfeller må brukere bare vente, og dette regnes da som avtalt aktivitet. Nav-kontorer vi har intervjuet beskriver dette som frustrerende. Et kontor oppgir ventetid på ti måneder for «Arbeidsforberedende trening» (AFT), fire til fem måneder for avklaring, og tre måneder for «Arbeidsrettet rehabilitering» (ARR). Et annet kontor forteller at det svekker motivasjonen til flere brukere når de hører hvor lang ventetiden er. De beskriver at en uforholdsmessig stor del av AAP kan gå med til å vente på tiltak eller behandling i helsevesenet. Det samme opplyser brukerorganisasjonene vi har intervjuet.

Det kan være flere grunner til at personer ikke deltar i tiltak. En grunn er ventetiden på tiltakene, mens en annen grunn kan være et medisinsk behandlingsløp som ikke lar seg kombinere med aktivitet.³⁵⁹ Det kan være vanskelig for Arbeids- og velferdsetaten å motivere noen ytelsesmottakere til å delta, mens andre ønsker å delta i tiltak, men får ikke plass på grunn av ventetid eller prioriteringer.

Departementet sier i intervju at det er ingen systematisk registrering av ventetiden på arbeidsmarkedstiltak, men at en områdegjennomgang³⁶⁰ viste at det varierer mellom kontorer og over tid hvilke tiltak som det tar tid å starte opp. De viser til at Stortinget bestemmer rammebevilgning til arbeidsmarkedstiltak i forbindelse med statsbudsjettet, og at regjeringen ønsker å øke bruken og ha mer stabile rammer som gir større forutsigbarhet for leverandører og brukere. Det er opp til etaten å velge hvilke tiltak som skal brukes innenfor rammen. Direktoratet oppgir i intervju at de har som mål å få ned ventetiden på tiltak, og den er på vei ned. Men fra en bruker har fått et § 14a vedtak (se del 3.4.1) og til personen er i tiltak, er ventetiden for enkelte tiltak i snitt 200 dager. Direktoratet ser imidlertid av statistikken at de treffer prioriterte grupper for tiltak godt.

Hvem prioriteres for arbeidsmarkedstiltak?

Ettersom tiltaksplasser er en knapphetsressurs må Arbeids- og velferdsetaten prioritere hvem som kan få arbeidsmarkedstiltak. Prioriterte grupper for arbeidsmarkedstiltak er unge, langtidsledige og innvandrere fra ikke-vestlige land.³⁶¹ Unge mellom 16- og 30 år

³⁵⁷ N = 37 579. Dette er beregnet ved aritmetisk gjennomsnitt. Det innebærer sannsynligvis noe underestimering på grunn av høyresensurering av personer som ikke har mottatt tiltak ved slutten av AAP-episoden eller ved slutten av tidsserien (utgangen av 2023). Som et alternativt mål har vi derfor estimert begrenset gjennomsnittlig overlevelsestid (RMST), som håndterer høyresensurering bedre. Med en valgt tidshorisont (τ) på 5 år, viser det en gjennomsnittlig ventetid på 23 måneder.

³⁵⁸ Riksrevisjonen (2018a).

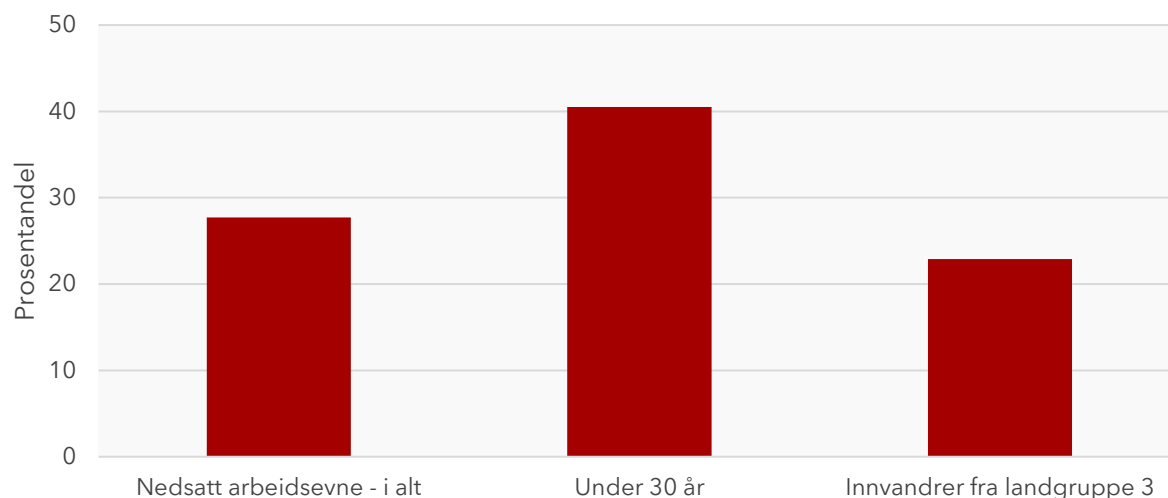
³⁵⁹ Proba (2024, s. 74–75 og s. 80).

³⁶⁰ Oslo Economics et al. (2024d).

³⁶¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 24).

som har behov for bistand for å komme i arbeid, har en ungdomsgaranti som skal sikre dem individuell og tilpasset oppfølging.

Figur 29 Andel i arbeidsmarkedstiltak blant personer med nedsatt arbeidsevne i 2024



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Figur 29 viser andeler blant personer med nedsatt arbeidsevne som deltar i arbeidsmarkedstiltak. Blant personer med nedsatt arbeidsevne, som for det meste er mottakere av AAP, er andelen som deltar i arbeidsrettede tiltak 27,7 prosent. Personer under 30 år, som er en prioritert gruppe for arbeidstiltak, har en høyere andel som deltar. Blant dem deltar 40,5 prosent i tiltak. Samtidig er andelen lavere blant innvandrere fra ikke-vestlige land. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet er en sannsynlig forklaring på dette er at innvandrere med nedsatt arbeidsevne sjeldnere mottar AAP, og oftere får oppfølging og ytelser gjennom kommunale tjenester. Blant ikke-vestlige innvandrere som er registrert med nedsatt arbeidsevne mottar under halvparten AAP, mens det tilsvarende tallet for hele gruppen med nedsatt arbeidsevne er 71 prosent.³⁶²

Forvaltningen av arbeidsmarkedstiltak skal bli mer fleksibel og kunnskapsbasert ved å gi NAV-kontorene større frihet til å tilpasse tiltak etter individuelle behov.

Arbeidsmarkedstiltakene skal fortsatt rettes mot utsatte grupper som unge, langtidsledige og innvandrere utenfor EØS-området, men områdegjennomgangen viser at slike prioriteringer ikke alltid gir best ressursbruk. Selv om prioriteringene i hovedsak samsvarer med veiledernes vurderinger, kan de i noen tilfeller føre til at personer med lavere behov får tiltak foran dem med større behov. I Meld St. 33 (2023–2024) fremheves det at Regjeringen framover - i stedet for å prioritere grupper for arbeidsmarkedstiltak - heller vil utforme prioriteringer av sentrale målgrupper for den samlede arbeidsrettede innsatsen.

Aktivitet i AAP-løpet

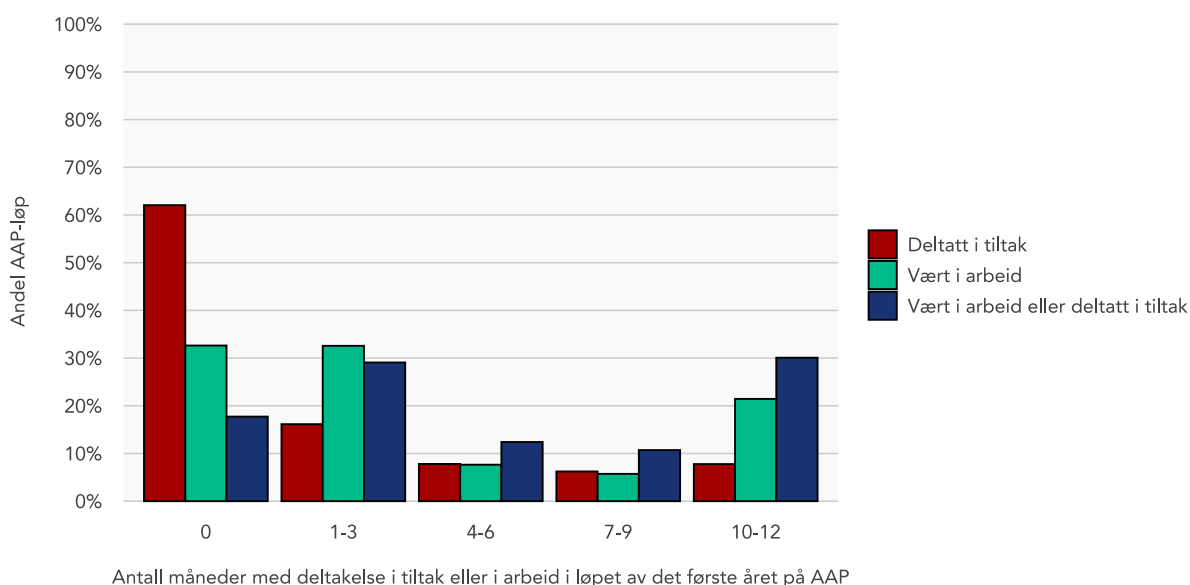
For å avklare om en person er arbeidsfør er det viktig at personen får mulighet til å prøve seg i arbeidslivet, enten i arbeid eller gjennom å delta på tiltak. Vi har derfor sett på hvor aktive personer er i sitt første år som AAP-mottaker. Utvalget vi ser på omfatter derfor

³⁶² Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b, s. 24).

personer som mottar AAP i minst ett år mellom 2015 og 2023. Dette utgjør 289 444 personer i perioden, hvorav 175 905 av disse har mottatt minst et tiltak i løpet av AAP-løpet.

Figur 30 viser andelen AAP-mottakere som enten deltar i arbeidstiltak eller er i arbeid i løpet av sitt første år på AAP, fordelt på antall måneder i aktivitet³⁶³. Det er viktig å være oppmerksom på at utvalget vårt bare omfatter personer som hadde et arbeidsforhold mellom 2015 og 2023. I 2024 kom omtrent to av tre (66 prosent) av nye AAP-mottakere fra sykepenges. De resterende hadde status med nedsatt arbeidsevne eller registrert med oppfølging hos Arbeids- og velferdsetaten tidligere (32 prosent). Resten (2 prosent) mottok hverken sykepenges eller annen oppfølging fra etaten.³⁶⁴ Flere AAP-mottakere kommer inn i ordningen uten å ha vært i arbeid, noe som innebærer at våre tall ikke gir et fullstendig bilde av situasjonen for alle mottakere. Det tas også forbehold om at mange mottakere av AAP har helseutfordringer som ikke gjør aktivitet mulig.

Figur 30 Antall måneder AAP-mottakere er i aktivitet det første året i AAP-løpet



Kilde: Riksrevisjonen. N = 289 444. Kun personer som mottar AAP i minst ett år mellom 2015 og 2023.

Av dem som går på AAP i mer enn ett år i perioden 2015–2023 er det 82 prosent som deltar i tiltak eller har vært i arbeid det første året av løpet. Med andre ord går nesten én av fem det første året av AAP-løpet uten å være i aktivitet i form av tiltak eller arbeid. 29 prosent har deltatt i tiltak eller vært i arbeid én til tre måneder i løpet av det første året. Henholdsvis 12 og 11 prosent har tilsvarende aktivitet i fire til seks måneder og syv til ni måneder, og 30 prosent har vært i aktivitet mellom 10 og 12 måneder i løpet av det første året på AAP.

³⁶³ Den første måneden en person blir registrert med AAP blir ikke regnet med.

³⁶⁴ Grønlien (2025).

13.5 Avklaring av AAP-mottakeres arbeidsevne

AAP er en midlertidig ytelse der arbeidsevnen skal avklares mot arbeid eller uføretrygd. Ifølge folketrygdloven § 12-5 må personer som skal innvilges uføretrygd, ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og individuelle og arbeidsrettede tiltak. All avklaring av brukerens arbeidsevne må være gjennomført og avsluttet før Arbeids- og velferdsetaten kan en behandle søknad om uføretrygd.

I hovedsak avklares arbeidsevnen gjennom utprøving i tiltak eller hos arbeidsgiver. I tillegg brukes informasjon fra lege. Nav-kontorene vi har intervjuet, viser til at også resultatene fra tiltakene er viktige når de vurderer hvor mye en person kan jobbe.

13.5.1 Avklaring underveis i AAP-løpet

Innvilgelse av AAP forutsetter at arbeidsevnen fortsetter å være nedsatt med mer enn halvparten. Når ytelsen er innvilget kan man i utgangspunktet jobbe opptil 60 prosent før utbetalingen blir fullt ut redusert.³⁶⁵ Dersom man mottar arbeidsavklaringspenger på grunn av godkjent yrkesskade (§ 11-22) kan man jobbe opptil 70 prosent uten at arbeidsavklaringspengene blir redusert. Ytelsesmottakere kan gjøre en avtale med Arbeids- og velferdsetaten om å trappe opp mer. Da er det mulighet til å øke til 80 prosent. I disse tilfellene fatter etaten et vedtak, og vedtaket kan gjelde inntil ett år.³⁶⁶ Det kan også gis arbeidsavklaringspenger under etablering av virksomhet hvor inntekten ikke skal føre til reduksjon av arbeidsavklaringspengene i en periode på inntil ni måneder, jf. § 11-15.

Regelverket krever at vilkårene for nedsatt arbeidsevne i § 11-5 ikke bare er oppfylt ved innvilgelse, men også opprettholdes for fortsatt rett til ytelsen. Dersom arbeidsevnen ikke lenger er redusert med minst 40 prosent, faller retten til ytelsen bort. I tillegg må kravene i § 11-6 om behov for behandling og/eller arbeidsrettede tiltak som hovedregel være oppfylt etter innvilgelse.

To Nav-kontorer vi har intervjuet forteller at det er sjelden at brukere får stanset ytelsen fordi vilkårene om tilstrekkelig nedsatt arbeidsevne ikke lenger er oppfylt. Dette forutsetter at Nav-kontorene, som følger opp ytelsesmottakerne, har oppdatert informasjon underveis i AAP-løpet for å kunne vurdere om arbeidsevnen er endret. Oppfølgingen av ytelsesmottakere er regulert i folketrygdloven § 11-11. Oppfølging skal gis jevnlig, i tillegg til at det skal fastsettes oppfølgingstidpunkter ved innvilgelse, og etter behandling/tiltak. Det skal være minst ett årlig oppfølgingstidspunkt.

Nav klageinstans erfarer at det er stor forskjell i om Nav-kontorene innhenter oppdaterte medisinske opplysninger og hvor aktive kontorene er med å iverksette tiltak som kan gi svar i forbindelse med utredning av arbeidsevnen.³⁶⁷ Klageinstansen melder om et stort antall saker hvor brukere mottar arbeidsavklaringspenger fram til stønadsperioden er over, og deretter søker om ny periode. Først ved ny søknad blir det innhentet oppdatert

³⁶⁵ Folketrygdloven (1997), §11-6.

³⁶⁶ Folketrygdloven (1997), § 11-23 sjettedde ledd.

³⁶⁷ Nav klageinstans (2024a, s. 30).

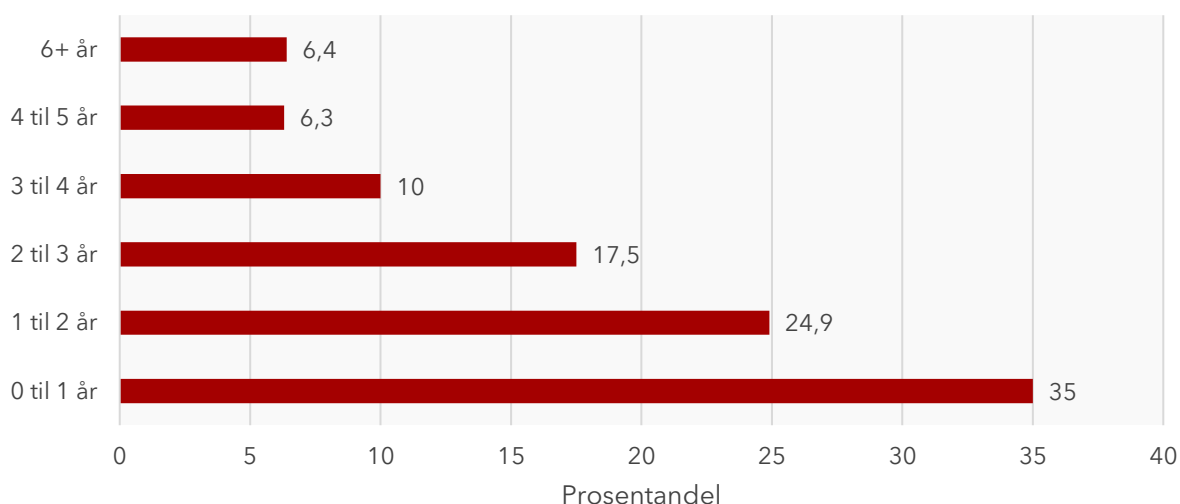
dokumentasjon og foretatt en ny reell vurdering av om arbeidsevnen er nedsatt med halvparten, og om sykdom, skade eller lyte er vesentlig medvirkende årsak den nedsatte arbeidsevnen.

13.5.2 Varighet av AAP

Da AAP ble innført i 2010 ble det innført en varighetsbegrensning på fire år. Det var et mål at perioden med AAP ikke skulle være lengre enn nødvendig for å kunne foreta en avklaring. En for lang ytre varighet vil kunne bidra til at personer går lenger enn nødvendig på midlertidige trygdeytelser. En for kort ytre varighet vil derimot kunne presse personer som kunne kommet tilbake til arbeid over på uførepensjon eller økonomisk sosialhjelp.³⁶⁸ Varighetsbegrensningen ble senere, i 2018, kortet ned til tre år. Det ble begrunnet med at varigheten av AAP ikke var redusert, sammenlignet med de tre foregående ytelsene. I tillegg var heller ikke overgangen til arbeid økt.³⁶⁹ I 2018 ble det også innført strengere unntaksbestemmelser for mottak av AAP utover varighetsgrensen samt et karensår for dem som hadde mottatt AAP i fire år og ikke oppfylte kravene til forlengelse. Karensåret ble fjernet i 2022.

AAP kan i dag i utgangspunktet mottas i inntil tre år, men i visse tilfeller kan ytelsen forlenges i henhold til folketrygdloven § 11-12. Stønadsperioden kan forlenges i inntil to år dersom medlemmet allerede er i arbeid og anses å være nær ved å kunne øke arbeidsevnen sin eller anses å være nær ved å bli satt i stand til å skaffe eller gå tilbake i arbeid. Det er et vilkår at medlemmet har eller kan oppnå en arbeidsevne på mer enn 50 prosent. Stønadsperioden kan også forlenges i inntil to år dersom medlemmet deltar på et opplæringstiltak.

Figur 31 Antall år AAP-mottakere har mottatt ytelsen, per juni 2025



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁷⁰

³⁶⁸ Ot.Prp. nr. 4 (2008–09).

³⁶⁹ Prop L 74 (2016–2017 s. 27).

³⁷⁰ [AAP mottakere og antall år de har mottatt ytelsen, desember 2010-2024. Antall og andel. - nav.no](#)

Figur 31 viser hvor lenge AAP-mottaker i desember 2024 hadde mottatt ytelsen. 23 prosent av mottakerne hadde mottatt ytelsen lenger enn makstiden på tre år.

13.5.3 AAP-mottakere som ikke blir ferdig avklart

AAP er en midlertidig ytelse og det er ikke alle som er avklart for jobb eller uføretrygd før stønadsperioden er over. Blant dem som når maksperioden på tre år, starter anslagsvis 40 prosent på en ny AAP-periode umiddelbart etter at den forrige er avsluttet. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet kan det skyldes at prosessen med å prøve ut arbeidsevnen ikke har vært tilstrekkelig gjennomført, eller at brukerens helse- og arbeidssituasjon fortsatt er uavklart. I tillegg vil omtrent like mange (cirka 40 prosent) enten motta AAP etter unntaksvilkårene i folketrygdloven §11-12 eller få AAP mens de vurderes for uføretrygd etter §11-18.³⁷¹

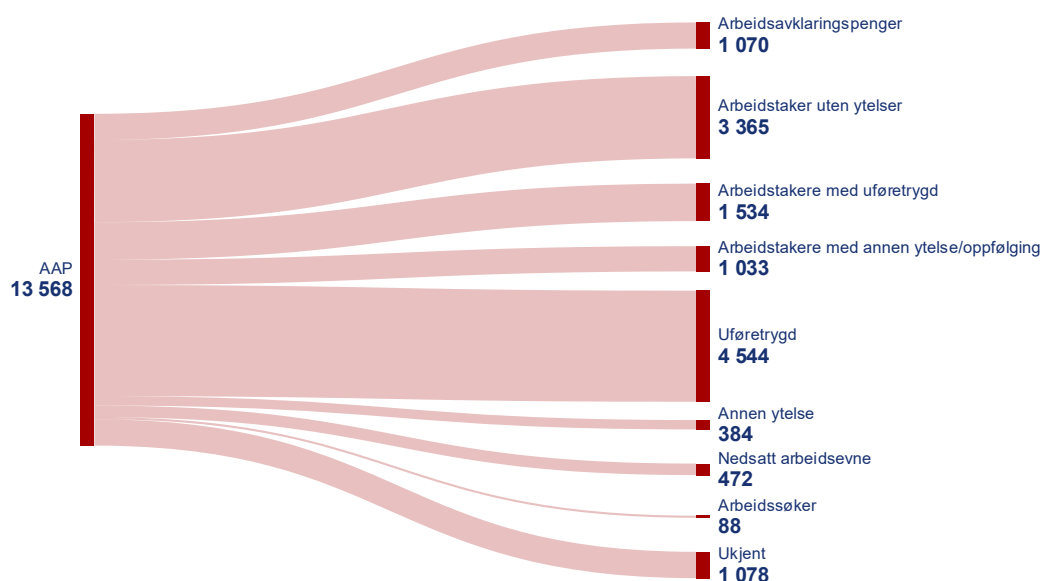
Nav-kontorene vi har intervjuet sier det er flere som ikke blir ferdig avklart i løpet av tre år på AAP. Et kontor forteller at det er flere brukere som faller mellom to stoler, der brukeren hverken er avklart for uføretrygd eller arbeid.

13.6 Avgang fra arbeidsavklaringspenger

Arbeids- og velferdsdirektoratet har laget en oversikt som viser hva personer som har avgang fra arbeidsavklaringspenger, gjør seks måneder etter avgangen. Oversikten tar utgangspunkt i personer som sluttet å motta arbeidsavklaringspenger i løpet av første kvartal per år, og hva slags arbeidsmarkedsstatus personen har i tredje kvartal samme år. I første kvartal 2024 var det 13 568 personer som sluttet å motta arbeidsavklaringspenger. Figur 32 viser statusen til disse personene per tredje kvartal i 2024.

³⁷¹ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2024).

Figur 32 Status seks måneder etter avgang fra arbeidsavklaringspenger, antall, 2024.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet (N=13 568).

Den største gruppen som avslutter mottak av AAP, går over til uføretrygd. Noen av disse kombinerer trygden med arbeid. Totalt utgjør denne gruppen 45 prosent av alle som avslutter AAP. Av disse mottar 33 prosent kun uføretrygd uten å være i arbeid. Andelen med overgang til uføretrygd har i perioden 2011–2024 variert mellom 30 og 45 prosent.

Den nest største gruppen består av personer som etter endt AAP er i arbeid og ikke mottar ytelse. Andelen med overgang til arbeid uten ytelse har variert mellom 19 og 30 prosent i perioden 2011–2024. I 2024 utgjorde denne gruppen 25 prosent.

Blant dem som avsluttet AAP i første kvartal 2024, hadde 8 prosent fått innvilget AAP på nytt seks måneder senere. Denne andelen har i perioden 2011–2024 ligget mellom 6 og 8 prosent. Ifølge Grønlien (2025) kan den relativt høye andelen som returnerer til AAP henge sammen med regelverksendringene i 2022, som har gjort det enklere å få innvilget en ny periode.

14 Uføretrygd

Uføretrygd er en varig ytelse som skal sikre inntekt når en person har en inntektsevne som er varig redusert på grunn av sykdom eller skade.

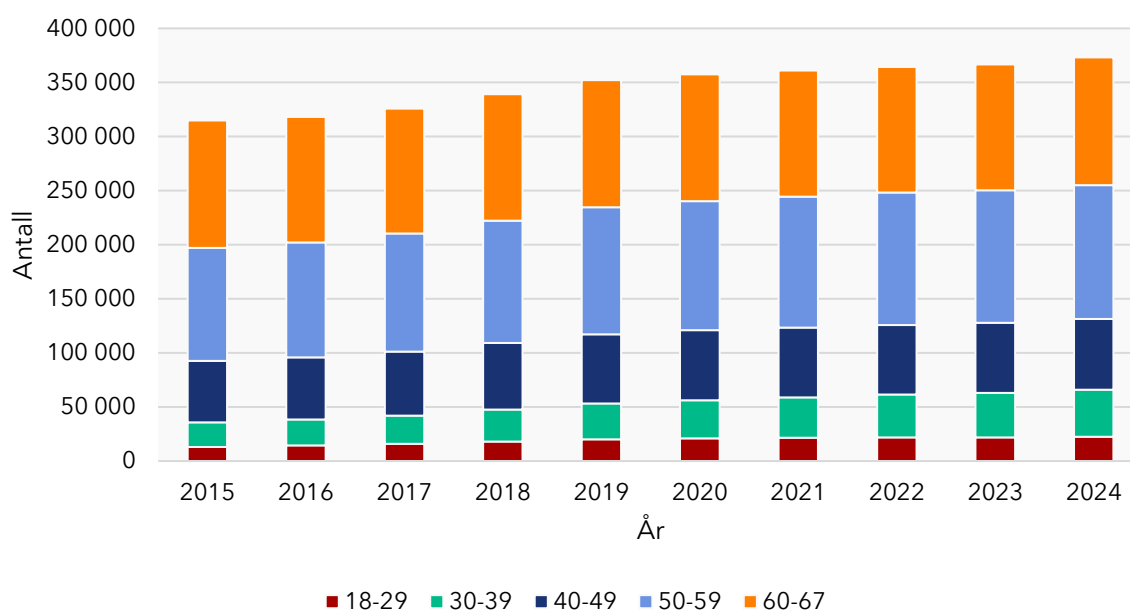
Kapittelet gir en oversikt over utviklingen i antall personer som mottar uføretrygd. Det belyser saksgangen i forbindelse med søknad og innvilgelse av ytelsen, Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av mottakere og status for målet om å kombinere arbeid og uføretrygd.

14.1 Det er et økende antall mottakere av uføretrygd

Ved utgangen av 2024 var 10,5 prosent av Norges befolkning mellom 18 og 67 år uføretrygdet, dette var 1,1 prosentpoeng høyere enn ved utgangen av 2015.³⁷² Befolkningsandelen som er uføretrygdet øker med alder, og 27 prosent av personer mellom 62 og 67 år er uføretrygdet.³⁷³

Figur 33 viser utviklingen i antall personer som mottar uføretrygd de siste ti årene, fordelt på aldersgrupper.

Figur 33 Antall personer som mottar uføretrygd. Per aldersgruppe. 2015–2024.



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁷⁴

Antallet som mottar uføretrygd, har økt hvert år fra 2015 til 2024. I løpet av perioden har antall mottakere økt med 19 prosent, til over 373 000 personer. Økningen skyldes først og fremst at det er flere mottakere i alderen 25–39 år, som står for 47 prosent av veksten. Det er 27 600 flere uføretrygdede i denne aldersgruppen i 2024 sammenlignet med 2015.

De fleste nye uføretrygdede kom fra arbeidsavklaringspenger, og disse utgjorde 79 prosent av nye uføretrygdede i 2024. I perioden 2011–2024 har denne andelen variert mellom 65 og 85 prosent. Variasjonen i andelen uføretrygdede som kommer fra AAP styres hovedsakelig av regelverksendringer og saksbehandlingen av disse sakene. Blant mottakere av uføretrygd mellom 18 og 24 år, er det færre som tidligere har fått AAP (52 prosent). Dette er fordi mange unge har så alvorlige helseproblemer at de ikke trenger videre avklaring.³⁷⁵

³⁷² Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016b og 2025b.

³⁷³ Statistisk sentralbyrå, 2025.

³⁷⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). [Mottakere av uføretrygd, etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2015-2024. Antall. - nav.no](#)

³⁷⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2025a.

Over 90 prosent av dem som slutter å motta uføretrygd, gjør det på grunn av alderspensjon eller død. I perioden gikk 75 prosent over til alderspensjon og 16 prosent døde. Bare 6 prosent gikk over i arbeid eller mistet uføretrygden på grunn av for høy inntekt.³⁷⁶

14.2 Hvem mottar uføretrygd

Som det framgår av figur 33, er det flere eldre enn yngre som mottar uføretrygd. Blant mottakerne er det også flere kvinner enn menn. I 2024 mottok 219 161 kvinner og 153 875 menn ytelsen. Andelen innvandrere som mottok uføretrygd, utgjorde 14 prosent i 2024. Denne andelen har hatt en gradvis vekst fra 9 prosent i 2015. De tre landbakgrunnene, utenom Norge, med høyest antall uføretrygdede var Irak, Iran og Tyrkia.³⁷⁷

³⁷⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2025a.

³⁷⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). [Mottakere av uføretrygd, etter innvandrerststatus *\) og fødeland **\). Tabellen viser landene hvor flest kommer fra. Pr. 31.12.2015-2024. Antall. - nav.no](#)

Figur 34 Kommunekart over andel mottakere av uføretrygd av yrkesfør befolkning i 2024.



Kilde: Riksrevisjonen

Det er betydelige regionale variasjoner i andelen av befolkningen som mottar uføretrygd i Norge. Andelen som mottar uføretrygd, er 50 prosent høyere i Innlandet og Agder enn i Vestland og Rogaland. De laveste andelenene finner vi i mer urbane og økonomisk sterke kommuner, som Bærum og Oslo, hvor henholdsvis 5,2 prosent og 6,4 prosent av innbyggerne er uføretrygdet. I kontrast til dette har distriktskommuner som Stor-Elvdal, Iveland og Søndre Land en uføreandel på over 22 prosent.³⁷⁸

³⁷⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet.

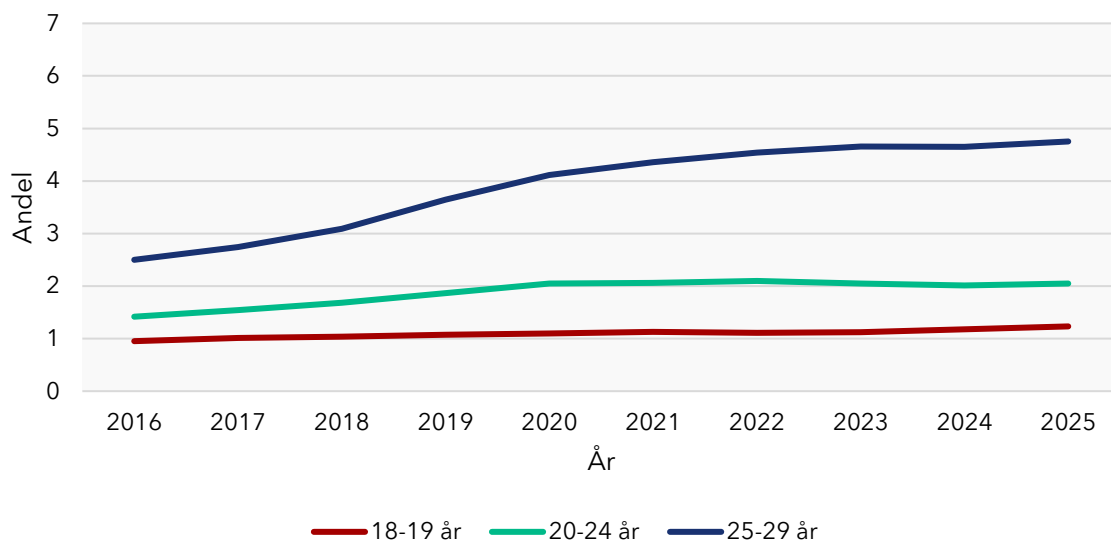
Personer med lav utdanning blir oftere uføre. I 2022 var 24 prosent med bare grunnskole uføre, mot 10 prosent med videregående og 5 prosent med høyere utdanning.³⁷⁹ Forskjellen mellom utdanningsgrupper har økt de siste årene.

14.2.1 Unge uføre

Det har blitt flere unge uføretrygdde i Norge. Unge som verken er i utdanning eller arbeid er nærmere behandlet i Dokument 3:17 (2023–2024) *Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet*.

Utviklingen av andel unge uføre

Figur 35 Unge uføre som andel av befolkningen i sin aldergruppe, 2016–2025



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og SSB.

Som vist i figur 33 kan en stor del av økningen i antall uføretrygdde tilskrives at flere unge er innvilget uføretrygd. Figur 35 viser unge uføre som andel av totalbefolkningen i perioden 2016 til 2025. Den største økningen av nye uføre er i aldersgruppen 25–29 år. I 2016 mottok 2,5 prosent i denne aldersgruppen uføretrygd, mens i 2025 mottok nesten 5 prosent uføretrygd.

14.2.2 Diagnoser blant unge uføre

Arbeids- og velferdsdirektoratet publiserer kun statistikk for diagnoser knyttet til uføretrygd for personer mellom 18 og 29 år.

³⁷⁹ Statistisk sentralbyrå (2023).

Tabell 5 De vanligste diagnosene for unge uføre i 2024

Primærdiagnose	Prosent
Aspergers syndrom	10,4
Lett psykisk utviklingshemming	9,9
Barneautisme	5,6
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)	4,6
Downs syndrom	4,3
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	4,1
Atypisk autisme	4,1
Postviralt utmattelsessyndrom (ME)	3,9
Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	2,5
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	2,2

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁸⁰

Tabellen viser primærdiagnosene til nye mottakere av uføretrygd i 2024 for personer i alderen 18–29 år. Ved utgangen av 2024 mottok 22 400 personer i alderen 18–29 år uføretrygd i Norge. Dette utgjør 2,7 prosent av aldersgruppen. 69 prosent av de unge uføre hadde psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelser som hovedårsak til sin uførhet.³⁸¹ Ved utgangen av 2023 var det tre prosent av de unge uføre som hadde angst eller depresjon som hoveddiagnose – diagnoser som ofte forbindes med psykisk uhelse i den brede befolkningen.³⁸² Dette inkluderer 2,4 prosent med angst og 0,8 prosent med depresjon. Til sammenligning har 23 prosent av AAP-mottakere under 29 år angst eller depressive lidelser.³⁸³

Faktaboks 4 Forskjeller i klassifikasjonssystemer for diagnoser for AAP og uføretrygd

Diagnosekodene til uføretrygd følger av den internasjonale klassifiseringen av diagnoser ICD-10, mens ved AAP bruker ICPC-2. Det er derfor vanskelig å sammenligne hvilke pasientgrupper som mottar AAP og uføretrygd.

ICD-10 brukes hovedsakelig i spesialisthelsetjenesten, og gir detaljerte diagnoser for sykdommer og tilstander. ICPC-2 brukes av fastleger og i primærhelsetjenesten, og er enklere, med både «symptomer og plager» og sykdomsdiagnoser.

³⁸⁰ [Diagnoser uføretrygd - nav.no](https://nav.no) - hentedato: 23. mai 2025.

³⁸¹ Ellingsen (2026).

³⁸² Angst og depresjon også kan være symptomer hos noen som har andre diagnoser. De er ikke medregnet i tallet for "angst og depresjon".

³⁸³ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b).

14.3 Saksbehandling av søknad om uføretrygd

For å få innvilget uføretrygd må søkeren ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak, i tråd med folketrygdloven §12-5. Det skal også vurderes om personen kan jobbe andre steder ved flytting eller pendling, men dette kravet kan lempes på.³⁸⁴

De fleste som søker uføretrygd, har tidligere fått AAP og vært gjennom et avklaringsløp i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten. Når Nav-veilederen mener at brukeren er ferdig avklart, og at arbeidsevnen er varig nedsatt, anbefales det å søke uføretrygd. Veilederen henter da inn medisinsk dokumentasjon og oppdaterer arbeidsevnevurderingen.

Søknaden sendes deretter til en av åtte spesialiserte enheter i Nav arbeid og ytelser, som vurderer om vilkårene er oppfylt. Saksbehandleren gjennomgår medisinske opplysninger, arbeidsevnevurdering og tiltaksrapporter. Mangler det informasjon, innhentes dette før vedtak fattes.

Dokumentasjonen må som minimum inneholde oppdatert medisinsk informasjon, funksjonsvurdering, arbeidsevnevurdering, vurdering av innsats i tiltak og informasjon om brukerens hverdag. I intervju forteller en enhet i Nav arbeid og ytelser at de krever mer grundig dokumentasjon i søknader om uføretrygd i saker med få objektive medisinske funn enn i saker med for eksempel alvorlige diagnoser, hvor den medisinske dokumentasjonen er mer tydelig. For å belyse helsetilstanden og inntektsevnen kan Nav arbeid og ytelser kreve at brukere som har diffuse diagnoser med uklare medisinske funn, har prøvd flere tiltak. Når det gjelder dokumentasjon på psykiske lidelser, forteller enheten at de som hovedregel krever at brukeren har vært utredet hos en spesialist og ikke kun hos en fastlege.

Etter at vilkårsvurderingen er gjennomført, fatter saksbehandleren i Nav arbeid og ytelser vedtak om innvilgelse eller avslag. Vedtaket kvalitetssikres i en to-trinnskontroll. Der vil en attestant, det vil si en annen saksbehandler, se over vedtaket og kvalitetssikre vurderingene som ligger til grunn. Deretter sendes vedtaket til bruker.

14.3.1 Innvilgelse av uføretrygd

En enhet i Nav arbeid og ytelser som vi har intervjuet beskriver at de har jobbet med en ny arbeidsmetodikk. Utgangspunktet er at de skal stole på jobben og vurderingene lokale Nav-kontorer har gjort. Før en sak oversendes dem har mange andre vurdert den. Det er leger, overleger, tiltaksarrangører og lokalt Nav-kontor. Når søknader kommer til Nav arbeid og ytelser legger de til grunn at søkeren skal ha uføretrygd, men de jobber for å avdekke eventuelle vilkår som ikke er oppfylt i saksbehandlingen.

Nav klageinstans mener at Arbeids- og velferdsetatens praksis i behandling av søknader om uføretrygd generelt sett ikke er for liberal, men instansen ser noen saker der

³⁸⁴ Ot.prp. nr. 102 (2001–2002) og Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). Rundskriv til kap 12- uføretrygd.

uføretrygd er innvilget på et for liberalt grunnlag.³⁸⁵ Det er stort avvik mellom de mest liberale innvilgelsene og de strengeste avslagene, og den ulike praksisen utfordrer likebehandlingsprinsippet. Instansen ser tilfeller hvor uføretrygd innvilges, selv om det finnes behandlinger og tiltak som kan øke brukerens muligheter til å være i arbeid. I 2024 hadde klageinstansen rundt 60 slike saker, men det er grunn til å anta at det reelle tallet er en del høyere. Klageinstansen saksbehandler kun påklagde saker, og det er få av dem som får innvilget uføretrygd som klager på vedtaket.

Nav klageinstans har flere ganger kritisert bruken av tiltak i avklaringsarbeidet. De mener at Nav-kontorene kan være lite kritiske og stille få spørsmål til tiltaksrapporter, og at kontorene dermed konkluderer med varig tilpasset innsats i arbeidsevnevurderingen basert på mangelfull informasjon. I enkelte saker legger Nav arbeid og ytelser arbeidsevnevurderingen til grunn, uten å gå gjennom vurderingene som kommer fram, og hvilke faktaopplysninger de er basert på.³⁸⁶ Videre er det ifølge Nav klageinstans et problem når tiltaksvilkåret – altså kravet om at alle relevante arbeidsrettede tiltak skal være forsøkt før uføretrygd vurderes – anses som oppfylt selv om vurderingene som ligger til grunn for dette, er mangelfulle. Noen av tiltaksrapportene konkluderer med at brukeren ikke vil kunne fungere i arbeid på grunn av helseplager, uten at dette støttes av medisinsk dokumentasjon. Når Nav arbeid og ytelser bruker disse konklusjonene når de fatter vedtak, uten at det er holdepunkter for dette i den medisinske dokumentasjonen, kan det føre til at de innvilger uføretrygd for tidlig eller med en for høy uføregrad.³⁸⁷

14.3.2 Bruk av rådgivende lege ved saksbehandling av uføretrygd

Nav klageinstans har gjentatte ganger framhevet at det er liten bruk av rådgivende lege. Den vanligste feilen de finner, er at rådgivende lege ikke er brukt i tilfeller der det ville vært hensiktsmessig. Deres medisinske vurderinger kan hjelpe saksbehandlere med å forstå helseopplysninger og sikre at vedtakene fattes på et riktig grunnlag. Når denne kompetansen ikke benyttes, øker risikoen for feilvurderinger, spesielt i saker der Arbeids- og velferdsetaten har for lite kunnskap om brukerens helseplager og deres konsekvenser.³⁸⁸

Rapporteringen til rådgivende lege i ytelseslinje viser at de avga uttalelse i 810 uføretrygdsaker i 2024. Dette er det fagområdet der det ble gitt flest uttalelser. Samtidig utgjør dette kun to prosent av uføresøknadene som Nav arbeid og ytelser saksbehandlet.³⁸⁹

At rådgivende lege i liten grad involveres i uføresaker, kan skyldes at svartiden for rådgivende lege i en del tilfeller er lengre enn Navs saksbehandlingstid på søknaden. Videre er ikke søknader om uføretrygd prioritert for rådgivende lege.

³⁸⁵ Nav klageinstans (2024a, s. 35).

³⁸⁶ Nav klageinstans (2023) og Nav klageinstans (2024).

³⁸⁷ Nav klageinstans (2023) og Nav klageinstans (2024a).

³⁸⁸ Nav klageinstans Kvalitetsrapport 2024, 2023, 2022, 2021.

³⁸⁹ Rådgivende overleges interne statistikk.

I henhold til Navs rutiner skal minst ett av følgende kriterier være oppfylt for at en sak til rådgivende lege skal gis høy prioritet:

- saker som gjelder en livsoppholdsyttelse hvor brukeren vil stå uten inntekt
- alvorlige sykdomstilfeller

Sjeflegen i ytelseslinja forteller i intervju at pleiepenger og sykepenger er saksområder som prioriteres. Uføretrygd prioriteres i mindre grad, ettersom mange av søkerne av uføretrygd allerede mottar AAP og dermed har en inntektssikring. Uføresakene som rådgivende lege behandler, tas gjerne når søker nærmer seg maksdato for utbetaling av den løpende ytelsen. De er også oftere involvert i ung ufør-ordningen.³⁹⁰ Dette er et høyere minstenivå på uføretrygden til de som ble uføre før de fylte 26 år. Her forteller sjeflegen at hun ofte stusser over at mange av brukerne allerede har fått innvilget ytelsen uføretrygd, og synes de heller skulle vært involvert da ytelsen ble innvilget, framfor å vurdere momenter ved tilleggssytelsen.

14.4 Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av personer som mottar uføretrygd

Når en person er innvilget uføretrygd er vedkommende avklart for en varig ytelse. Det foreligger ingen aktivitetskrav som tar sikte på at bruker skal returnere til arbeidslivet. Likevel hender det at uføre ønsker hjelp til å returnere til arbeidslivet.

Arbeids- og velferdsetaten har plikt til å bistå uføre som ønsker å komme i arbeid. Etter Nav-loven og dens forarbeider har alle rett til å få vurdert sitt bistandsbehov ved henvendelse.³⁹¹ De senere år er det gitt tydelige føringer om at også uføre skal få slik bistand. Mål- og disponeringsbrevet til Nav presiserer at uføre som ønsker å jobbe, helt eller delvis, skal vurderes etter § 14 a i Nav-loven. Det innebærer en full arbeidsevnevurdering. Etaten kan tilby samme tiltak som til AAP-mottakere, som kompetanseheving, lønnstilskudd og varig lønnstilskudd.

To Nav-kontor forteller i intervju at uføre som henvender seg til kontoret med å ønske om bistand i større grad prioriteres i dag, sammenlignet med tidligere. Da ble de regnet som ferdig avklart og varig uføre. Kontorene forteller at noen uføre kan ha urealistiske forventninger til at de skal få til å jobbe. De oppgir at det kan være et misforhold mellom det bruker mener selv, og hva etaten tenker er mulig å få til i arbeidsmarkedet.

14.5 Kombinering av uføretrygd og arbeid

Et av formålene med uførereformen fra 2015 var å gjøre det enklere å kombinere arbeid og trygd.³⁹² Det er ønskelig at flere bruker restarbeidsevnen sin og kombinerer trygd med arbeid. Derfor skal ordningen gi incentiver til å jobbe ved siden av trygden.

³⁹⁰ Se folketrygdloven (1997), § 12-13.

³⁹¹ [Ot.prp. nr. 4 \(2008-2009\)](#)

³⁹² Prop. 130 L (2010–2011).

Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av uførereformen i 2018 at flertallet av de uføretrygde fikk lav økonomisk uttelling ved å utnytte restarbeidsevnen sin.³⁹³ Per 31. desember 2024 var det totalt 373 036 mottakere av uføretrygd. Av disse var det 19 922 som hadde en inntekt over inntektsgrensen, og dermed fikk avkortet ytelsen sin.³⁹⁴

14.5.1 Gradering av uføretrygd

Personer som har mistet hele inntektsevnen, skal i henhold til folketrygdloven få innvilget full uføretrygd. Personer som ikke har mistet hele inntektsevnen, skal få innvilget en gradert uføretrygd, tilsvarende den delen av inntektsevnen de har tapt.

Forarbeidene til lovendringen i 2011 beskriver at det er et mål at gradert uføretrygd brukes i større grad, slik at flere skal beholde tilknytning til arbeidslivet og bruke sin restarbeidsevne.³⁹⁵ Da en ny uførereform ble innført i 2015, ble det presisert i folketrygdloven § 12-10 at det i alle saker skal vurderes om uføregraden skal settes lavere enn 100 prosent. Uføregraden fastsettes ved å sammenligne inntektsevnen før og etter uførhet. Dersom personen har tapt hele inntektsevnen, skal uføregraden settes til 100 prosent. Personer som ikke har mistet hele inntektsevnen, får en gradert uføretrygd tilsvarende den delen av inntektsevnen de har tapt.

Når Nav arbeid og ytelser vurderer om de skal innvilge full eller gradert uføretrygd, baserer de seg i stor grad på tiltaksrapporter og medisinsk informasjon fra lege, i tillegg til pensjonsgivende inntekt og hvilke inntektsmuligheter søker har. Legene kan si noe om hvordan funksjonsnivået henger sammen med ulike diagnoser, men har ikke oppdatert kunnskap om arbeidsmarkedet.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse ble fastlegene bedt om å tenke på det siste tilfellet der en pasient i et arbeidsforhold søkte om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd (i en ikke-kurant sak³⁹⁶), og de skulle sende helseopplysninger til Arbeids- og velferdsetaten. 60 prosent av legene svarer at det i svært stor eller ganske stor grad var krevende å avgjøre graden av pasientens arbeidsuførhet.

³⁹³ Riksrevisjonen (2018).

³⁹⁴ Arbeids- og velferdsdirektoratet.

³⁹⁵ Prop. 130 L (2010–2011) Endringer i folketrygdloven (nye uføretrygd og alderspensjon til uføre).

³⁹⁶ Kurantsaker er saker hvor en persons sykdom medfører at saksbehandlingen skal prioriteres. Personen må ha en alvorlig sykdom som fører til at hele inntektsevnen er varig nedsatt, som for eksempel alvorlig kronisk hjertesvikt (Nav, 2021).

Tabell 6 Andel nye mottakere av uføretrygd, etter uføregrad. 2015–2024.

Uføregrad	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tom. 49	0,8	1,5	1,6	2	2,1	2,1	2,2	2,1	2	1,9
50	11,4	9,4	9,6	9,4	9,4	8,7	9	8,2	7,5	6,5
51–69	7,7	7,8	7	6,8	7,6	7,6	7,3	7,7	7,8	7,4
70–80	4,3	4,4	4,6	4,9	5,3	5,5	4,9	5	5	4,3
81–99	1,7	2,1	2,2	2,4	2,7	2,6	2,4	2,6	2,7	2,8
100	74,1	74,7	75,1	74,5	72,8	73,6	74,3	74,4	75	77
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.³⁹⁷

Når Nav arbeid og ytelser vurderer om de skal innvilge full eller gradert uføretrygd, baserer de seg i stor grad på tiltaksrapporter og medisinsk informasjon fra lege, i tillegg til pensjonsgivende inntekt og hvilke inntektsmuligheter søker har. Legene kan si noe om hvordan funksjonsnivået henger sammen med ulike diagnoser, men har ikke oppdatert kunnskap om arbeidsmarkedet.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse ble fastlegene bedt om å tenke på det siste tilfellet der en pasient i et arbeidsforhold søkte om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd (i en ikke-kurant sak), og de skulle sende helseopplysninger til Arbeids- og velferdsetaten. 60 prosent av legene svarer at det i svært stor eller ganske stor grad var krevende å avgjøre graden av pasientens arbeidsuførhet. Når Nav arbeid og ytelser vurderer om de skal innvilge full eller gradert uføretrygd, baserer de seg i stor grad på tiltaksrapporter og medisinsk informasjon fra lege, i tillegg til pensjonsgivende inntekt og hvilke inntektsmuligheter søker har. Legene kan si noe om hvordan funksjonsnivået henger sammen med ulike diagnoser, men har ikke oppdatert kunnskap om arbeidsmarkedet.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse ble fastlegene bedt om å tenke på det siste tilfellet der en pasient i et arbeidsforhold søkte om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd (i en ikke-kurant sak), og de skulle sende helseopplysninger til Arbeids- og velferdsetaten. 60 prosent av legene svarer at det i svært stor eller ganske stor grad var krevende å avgjøre graden av pasientens arbeidsuførhet.

Tabell 6 viser uføregraden nye mottakere av uføretrygd har fått. Selv om det er et mål at flere skal innvilges gradert uføretrygd, har andelen som innvilges 100 prosent økt over tid, fra 74,1 prosent i 2015 til 77 i 2024.

En av årsakene er at de fleste unge som mottar uføretrygd, har full uføretrygd, mens eldre, som oftere har gradert uføretrygd, utgjør lavere andel av nye over tid. Om lag 77 prosent

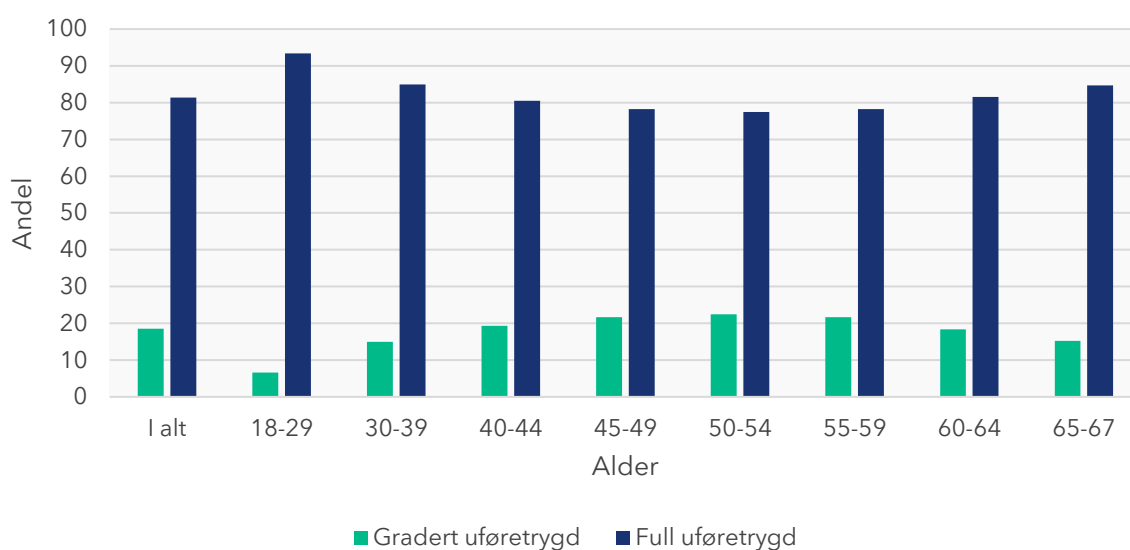
³⁹⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025) Nye mottakere av uføretrygd, etter uføregrad og kjønn. 1. halvår 2015–2024. Prosent. Hentet fra [Nye mottakere av uføretrygd, etter uføregrad og kjønn. 1. halvår 2015-2024. Antall. - nav.no](#)

av nye uføretrygdde i 2024 mottok 100 prosent uføretrygd og det er flere menn enn kvinner som mottar full ytelse. Om lag 84 prosent av mennene mottok full uføretrygd, mens andelen kvinner med full uføretrygd var på 72 prosent ved utgangen av 2024.³⁹⁸

Andelen som mottar full uføretrygd, er ikke redusert etter uførereformen. Men en studie viser at uføretrygdde med full uføregrad og minimum ett registrert arbeidsforhold har hatt en økning på 1 arbeidstime per uke etter uførereformen.³⁹⁹

Direktoratet sier i intervju at de ikke har gjort en grundig analyse av denne utviklingen etter uførereformen, og at de derfor ikke kan si noe sikkert om utviklingen. En enhet i Nav arbeid og ytelser opplyser i intervju at de gjerne skulle ha innvilget flere graderte uføretrygd, men i praksis kan det være vanskelig. Hvis en bruker har vært i et tiltak og det er konkludert med at brukeren ikke har noen arbeidsevne, at det er ingen ledige stillinger, eller at arbeidsgiveren ikke kan tilrettelegge i den grad brukeren har behov for, så er det vanskelig for Nav arbeid og ytelser å konkludere med at søker har inntektsevne. Departementet oppgir i intervju at erfaring viser at det ikke er lett for personer med varig nedsatt arbeidsevne å få seg jobb på ordinær måte. Det er flere tiltak som skal støtte denne gruppen, men det er usikkert hvor stor effekt disse tiltakene vil ha.

Figur 36 Mottakere av full eller gradert uføretrygd etter alder



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.⁴⁰⁰

Figur 36 viser andelen som har fått innvilget full eller gradert uføretrygd. Færrest får gradert uføretrygd i alderen 18–29 år. Arbeids- og velferdsetaten stiller strengere krav til behandling og tiltak jo yngre søkeren er, og mange unge har helsetilstander som utelukker gradert arbeid. Andelen med gradert uføretrygd er høyest i alderen 45–59 år, trolig fordi flere i denne gruppen har en stabil arbeidstilknytning.

³⁹⁸ [Uføretrygd - Kvartalsstatistikk - nav.no](#) - Utviklingen i uføretrygd 2024 - statistikknotat.

³⁹⁹ Nav. (2021, 10. mars). [Jobber de uføretrygdde mer etter uførereformen i 2015?](#)

⁴⁰⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025) Mottakere av uføretrygd, etter uføregrad og alder. Hentet fra [Mottakere av uføretrygd, etter uføregrad og alder. Pr. 31.12.2024. Antall. - nav.no](#)

En enhet i Nav arbeid og ytelser sier at for yngre søkere kartlegger de bredere enn søkere som nærmer seg pensjonsalder. De ser blant annet på om det er mulig å gjennomføre kompetansehevende tiltak og å ha en gradvis tilnærming til arbeidslivet. Men for yngre brukere kan det dessverre være litt sent å iverksette slike tiltak når de har søkt om uføretrygd. Da er de ofte innstilt på uføretrygd, så det ville ha vært mye gunstigere å sette inn tiltak tidligere.

14.5.2 Muligheter for å tjene utover fribeløpet

Før reformen i 2015 kunne personer med 100 prosent uføretrygd tjene inntil 1G (128 116 i 2025) uten at Arbeids- og velferdsetaten revurderte uføregraden. Ved høyere inntekt måtte uføregraden vurderes på nytt. Uføretrygdde kunne likevel beholde retten til tidligere uføregrad hvis de meldte fra innen én måned – en ordning kalt «hvilende pensjonsrett», som kunne vare i opptil fem år.

Etter reformen endres ikke retten til den opprinnelige uføregraden. Man kan tjene opptil 0,4 G (51 246 kr) pluss den inntekten som gradert uføre eventuelt er forventet å ha som ufør, uten at trygden avkortes. Tjener man mer, reduseres trygden forholdsmessig. Retten til å beholde den opprinnelige uføregraden innebærer at utbetalingen øker igjen dersom inntekten senere reduseres eller faller bort. Summen av lønn og trygd vil alltid være høyere enn trygd alene, men normalt ikke overstige tidligere inntektsnivå i fullt arbeid.

Tjener man over 80 prosent av tidligere inntekt, stoppes utbetalingene for det året. Likevel kan man beholde retten til uføretrygd i inntil fem år, med mulighet for forlengelse. Hvis inntekten senere reduseres, vil utbetalingen av uføretrygden justeres opp igjen.

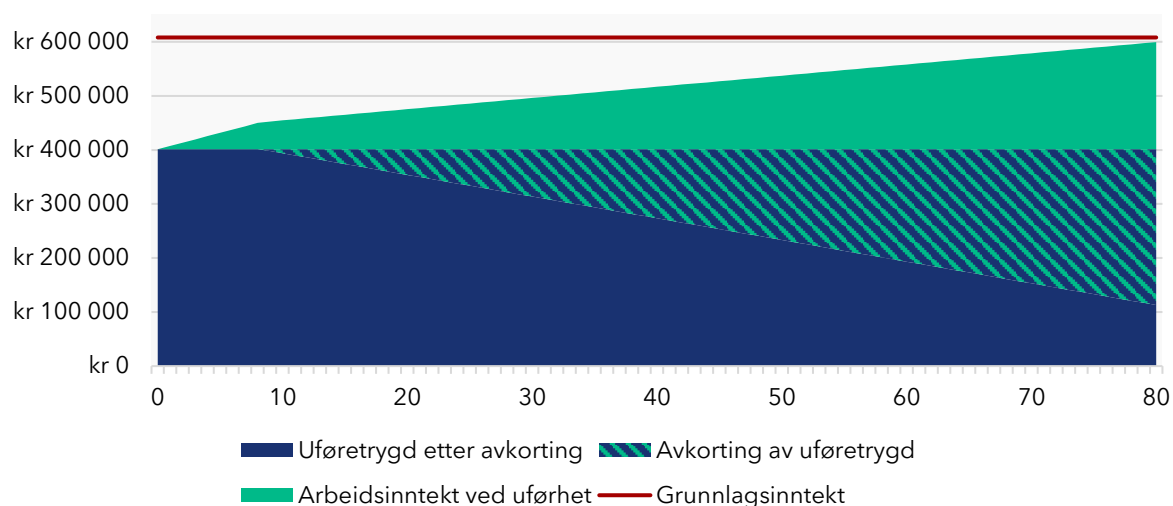
Uføretrygden er utformet slik at brukeren kan prøve seg i arbeid uten å miste ytelsen permanent. Uføregraden forblir fast, uavhengig av hvor mye man jobber.

Et Nav-kontor vi har intervjuet, forteller at brukerne gjerne oppgir økonomiske insentiver som motivasjon for å jobbe. Brukere erfarer at det lønner seg å jobbe, og noen får mer igjen enn det de forventet. Revmatikerforbundet og Mental Helse forteller på sin side i intervju at mange ønsker å delta i arbeidslivet, men at det fortsatt er en utbredt frykt for at forsøk på å jobbe kan føre til økonomiske tap og/eller tap av trygderettigheter. Det skremmer folk fra å prøve å jobbe. Flere uføretrygdde uttrykker bekymring for at selv en liten inntekt kan føre til trekk i trygden. Videre kan skattesystemet gjøre at de risikerer å få mindre utbetalt totalt sett, samtidig som utgifter som transport eller behandling i helsevesenet kan øke.

Eksempellet Arne

Arne har full uføregrad og en grunnlagsinntekt 4,67 G. I 2025 tilsvarer dette 598 300 kroner. Dersom Arne ikke jobber, vil han motta 401 000 kroner i uføretrygd, noe som utgjør en kompensasjonsgrad på 66 prosent. Figur 37 viser hvordan det lønner seg for han å jobbe, også utover fribeløpet. Det maksimale Arne kan jobbe, er 80 prosent. Da er summen av lønn og uføretrygd nesten identisk med grunnlagsinntekten.

Figur 37 Kombinering av uføretrygd og arbeid



Kilde: Riksrevisjonen

Arne kan ha en inntekt opp til et fribeløp på 0,4G uten at uføretrygden reduseres. I 2025 tilsvarer dette 51 246 kroner. I dette eksempelet innebærer dette at han jobber 8 prosent. Dersom Arne jobber mer, vil trygden avkortes. Uføretrygden reduseres da med 66 kroner per 100 kroner arbeidsinntekt. Skattepliktig inntekt øker dermed med 34 kroner. Marginalskatten på arbeidsinntekt i 2024 utgjør 33,7 prosent. Dermed øker den disponible inntekten til Arne med 22,5 kroner. Dersom han mottar tilleggssytelser som barnetillegg, uførepensjon fra offentlige tjenstepensjonsordninger og bostøtte blir økningen i den disponible inntekten mindre.

14.5.3 Ulike hensyn ved fastsetting av fribeløp for uføretrygdde

I behandlingen av Meld. St. 33 (2023–2024) *En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd* anmodet Stortinget regjeringen om å fremme forslag om å heve fribeløpet for uføre. Målet med en slik endring er å gi uføretrygdde større muligheter til å delta i arbeidslivet.⁴⁰¹

Når fribeløpet for uføretrygden settes, er det to motstridende hensyn som vektlegges. På den ene siden er det ønskelig å gi uføretrygdde incentiver til å utnytte restarbeidsevnen sin. Samtidig er folketrygdens legitimitet avhengig av arbeidslinjas prinsipp om at det skal lønne seg å jobbe framfor å motta ytelser.

Før uførereformen i 2015 hadde uføre en såkalt friinntekt som maksimalt kunne utgjøre 1G (noen hadde lavere). Etter reformen har uføre i stedet et fribeløp på 0,4G (de som var uføre før 2015, hadde et høyere fribeløp ut 2018). Se nærmere omtale i 14.5.2. Flere studier tyder på at en høyere inntektsgrense øker sannsynligheten for at uføretrygdde prøver seg i arbeidslivet, samtidig som det kan gi økonomiske gevinster for samfunnet gjennom økte skatteinntekter og reduserte trygdeutgifter.

⁴⁰¹ Innst. 150 S (2024–2025).

Det er gjort en undersøkelse av en overgangsordning etter uførereformen i 2015. Der fikk de som ble overført fra uførepensjon, et fribeløp på 60 000 kroner (nominelt fast beløp) til og med 2018, mens nye uføre fikk et fribeløp på 0,4 G. Undersøkelsen viser at de som fikk innvilget uføretrygd før reformen (og hadde høyere fribeløp), hadde i snitt 30 prosent høyere arbeidsinntekt enn dem som fikk uføretrygd etter reformen. Når det ble kontrollert for individuelle kjennetegn, var forskjellen på rundt 800 kroner i måneden.⁴⁰²

På den andre siden kan et høyere fribeløp svekker arbeidslinja. Med høyere fribeløp får flere mulighet til å jobbe i en høyere stillingsandel samtidig som de mottar full uføretrygd. Man vil også beholde en større andel av trygden enn det arbeidsevnen tilsier dersom man jobber utover fribeløpet. Dette vil gjøre det mindre lønnsomt å stå i arbeid, sammenlignet med å kombinere arbeid og uføretrygd. En undersøkelse estimerer at å øke inntekten med 1 prosent som ufør vil øke inngangen til uføretrygd med 1,2 prosent.⁴⁰³

Fribeløpet er viktig for å stimulere til arbeidsdeltakelse blant helt uføre. I en undersøkelse beregnes det at bare om lag 8 prosent av helt uføre ville hatt inntektsgivende arbeid uten et fribeløp, mot om lag 22 prosent i dag.⁴⁰⁴ På den andre siden vil ikke en økning av fribeløpet fra 0,4 G stimulere til vesentlig høyere arbeidsdeltakelse. Et høyere fribeløp vil også gi insentiver til å få innvilget 100 prosent uføregrad.⁴⁰⁵

15 Hvordan er utviklingen i frafallet fra arbeidslivet i Norge sammenlignet med andre land?

I dette kapitlet presenteres Norge i internasjonal kontekst når det gjelder arbeidslivsdeltakelse og mottak av ytelser. I tillegg gis det en oversikt over hvordan de ulike ytelser er innrettet i Norge, Sverige, Danmark og Nederland.

15.1 Sysselsetting og mottak av helserelaterte ytelser i Norge sammenlignet med andre OECD-land

I dette delkapittelet vil vi beskrive hvordan utviklingen i sysselsettingsandelen i Norge er sett i en internasjonal sammenheng. Vi vil også beskrive hvordan utviklingen i andelen personer som mottar helserelaterte ytelser er, og utgiftene som er knyttet til disse ytelsene.

15.1.1 Sysselsettingsandel

Andelen personer som er sysselsatt viser hvor mange personer det er som bidrar til økonomisk verdiskapning. Statistikk fra OECD viser at Norge hadde den åttende høyeste andelen sysselsatt i OECD, bak Island, Nederland, Sveits, Japan, New Zealand, Tyskland

⁴⁰² Kostøl og Myhre (2020).

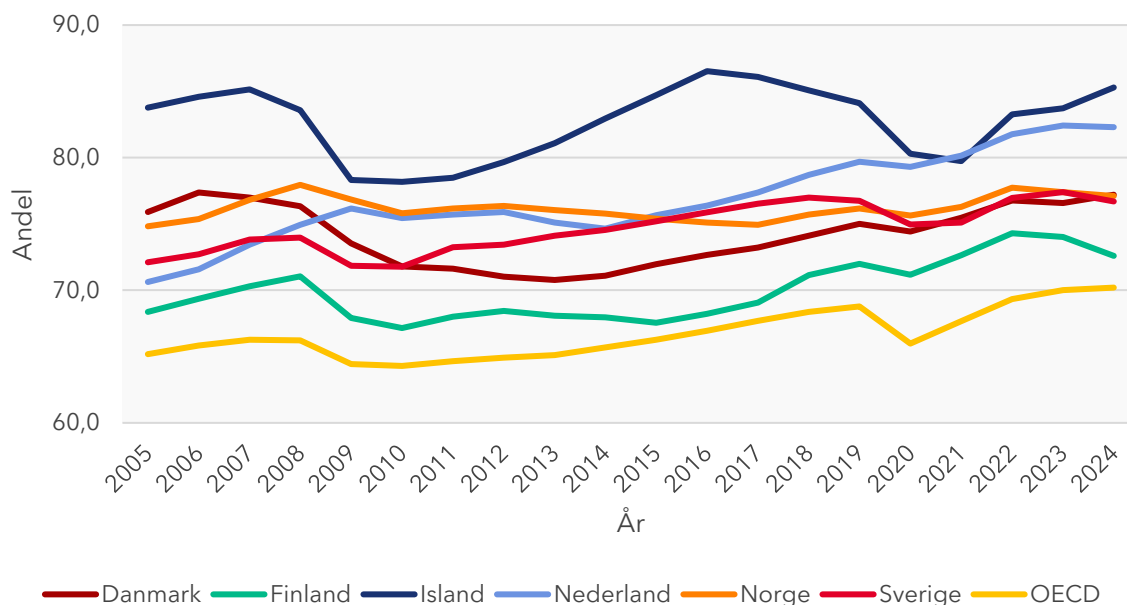
⁴⁰³ Mullen og Staubli, (2016).

⁴⁰⁴ Myhre og Vattø (2024).

⁴⁰⁵ Ibid.

og Danmark i 2024.⁴⁰⁶ I figur 38 har vi inkludert de nordiske landene, Nederland og gjennomsnittet for alle OECD-land.

Figur 38 Andel sysselsatte⁴⁰⁷. 15–64 år. 2005–2024. Prosent.



Kilde: OECD

Figur 38 viser at det har vært en positiv trend for de fleste landene når det gjelder utviklingen i sysselsetting fra 2005 til 2024. Alle landene fikk redusert sysselsettingsandel fra 2008 som følge av finanskrisen. Island har for det meste den høyeste andelen sysselsatt i perioden. De skandinaviske landene har hatt en sysselsettingsandel mellom 70 og 80 prosent i perioden. Til sammenligning var sysselsettingsandelen for OECD-land 70 prosent for første gang i 2023. Utviklingen i landene som har vekst i sysselsettingsandelen er i stor grad drevet av en høyere andel kvinner i arbeid.

Sysselsettingsandelen i Norge har vært stabil siden år 2000. Andel personer som har vært sysselsatt har vært mellom 75 og 78 prosent gjennom hele perioden. I den samme perioden har det vært en høyere andel menn enn kvinner som har vært sysselsatt. I 2024 var 79 prosent av menn og 75 prosent av kvinner sysselsatt. Andelen eldre i befolkningen øker, og disse aldersgruppene har lav sysselsetting.⁴⁰⁸ Som følge av dette blir andelen av befolkningen i det som tradisjonelt har vært regnet som yrkesaktiv alder, lavere.

⁴⁰⁶ [OECD Data Explorer • Employment rate](#)

⁴⁰⁷ Sysselsatte er personer som utførte betalt arbeid i minst én time i referanseuka eller som var midlertidig fraværende fra jobben sin på grunn av sykdom, ferie, lønnet permisjon eller lignende. Personer på sysselsettingstiltak med lønn fra arbeidsgiver regnes også som sysselsatte. Personer på andre typer tiltak (kvalifiseringstiltak) hvor det bare utbetales en kursstønad eller lignende regnes ikke som sysselsatt. Personer som har vært permittert fra jobben sammenhengende i inntil 3 måneder blir også regnet som sysselsatte. [Arbeidskraftundersøkelsen - SSB](#)

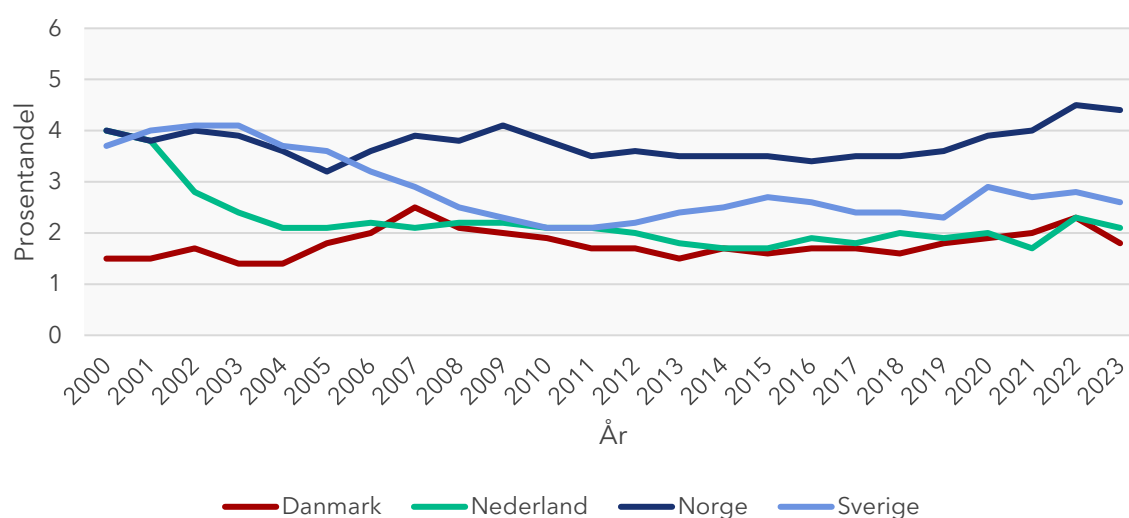
⁴⁰⁸ NOU 2019: 7 (2019).

Samtidig som at Norge har relativt høy sysselsettingsgrad, er det flere som jobber deltid i Norge sammenlignet med andre land i EU/EØS-området. I 2022 hadde 26 prosent av sysselsatte i Norge en deltidsstilling.⁴⁰⁹

15.1.2 Utvikling i sykefravær

Over lengre tid har Norge hatt høyere sykefravær enn andre land i Norden og Europa. Dette gjelder både gjennomsnittlig antall dager personer er sykmeldt, og andelen personer som er borte fra jobb på grunn av sykdom. Figur 39 viser utviklingen i andelen som er sykmeldt i perioden 2000 til 2023.

Figur 39 Sykefravær basert på Arbeidskraftundersøkelsen⁴¹⁰ i nordiske land og Nederland. 15–74 år. 2000–2023. Prosent av befolkningen.



Kilde: SSB⁴¹¹

Figuren viser at Norge har hatt blant det høyeste sykefraværet i perioden, og det høyeste fra 2006 til 2023. Fra 2016 til 2022 økte sykefraværet i Norge. Sverige og Nederland hadde tidlig en tydelig nedgang og har stabilisert seg på henholdsvis 2,5 og 2 prosent. Danmark har ligget rundt 2 prosent, med et midlertidig hopp fra 1,4 til 2,5 prosent i 2004–2007. Nederland har hatt størst nedgang totalt, fulgt av Sverige, mens Norge og Danmark hadde høyere sykefravær i 2023 enn i 2000. Ytterligere informasjon om nedgangen i sykefraværet i Sverige og Nederland er beskrevet i vedlegg 5.

Norge har det høyeste gjennomsnittlige antallet dager med sykefravær per år i OECD med 27,5 dager. Det er nesten dobbelt så høyt som gjennomsnittet for OECD-landene med 14 dager.⁴¹²

⁴⁰⁹ Horgen (2023).

⁴¹⁰ Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) er Statistisk sentralbyrås kvartalsvise intervjuundersøkelse om arbeidsmarkedet.

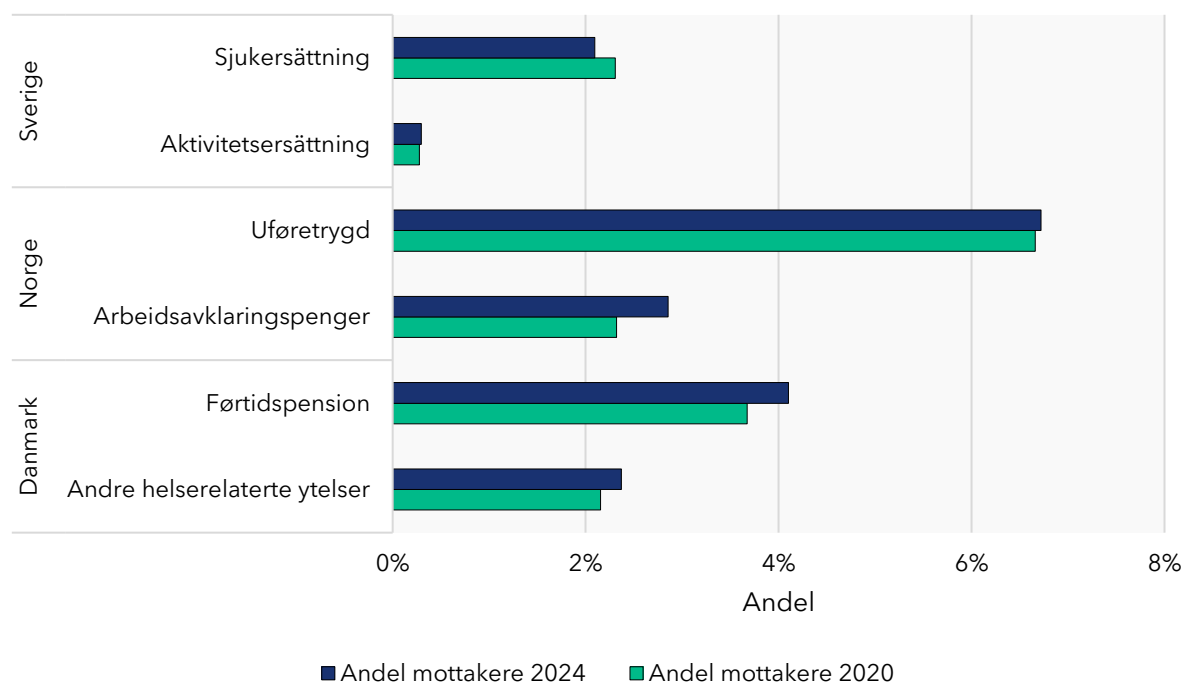
⁴¹¹ [Norge skiller seg ut med høyt sykefravær etter pandemien - SSB](#)

⁴¹² OECD 2024.

15.1.3 Andel og antall som mottar andre helserelaterte ytelser enn sykepenger

Andelen som mottar andre helserelaterte ytelser i Norge er betydelig høyere sammenlignet med Danmark og Sverige, som figur 40 viser.

Figur 40 Andel personer som mottar andre helserelaterte ytelser av befolkningen. 2020 og 2024.



Kilde: SSB⁴¹³, Danmarks statistik⁴¹⁴, Försäkringskassan⁴¹⁵ og Statistikmyndigheten SCB⁴¹⁶

Figuren viser at Norge har høyere andel av befolkningen som mottar andre helserelaterte ytelser enn sykepenger, etterfulgt av Danmark og Sverige. Norge har også høyest antall som mottar helserelaterte ytelser, til tross for lavest folketall. Andelen av befolkningen som mottar uføretrygd i Norge har økt med 0,1 prosentpoeng fra 2020–2024. I samme periode har andelen som mottar førtidspension i Danmark økt med 0,2 prosentpoeng, mens Sverige har hatt en reduksjon på 0,2 prosentpoeng. Sverige og Danmark har ikke en ytelse som er direkte sammenlignbar med AAP, men har likevel andre helserelaterte ytelser enn sykepenger og uføretrygd som krever en diagnose. Også når vi legger til grunn andre helserelaterte ytelser, har Norge en høyere andel av befolkningen som mottar disse, sammenlignet med Danmark og Sverige.

⁴¹³ Uføretrygd: [11714: Uføretrygdde, etter statistikkvariabel, kjønn, alder og år. Statistikkbanken](#), AAP: [13064: Mottakere av arbeidsavklaringspenger, etter kjønn, alder, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken](#), [07459: Befolkning, etter region, statistikkvariabel og år. Statistikkbanken](#)

⁴¹⁴ [Statistikkbanken](#) - AKU02, [Statistikkbanken](#)

⁴¹⁵ Sjukersättning: [Statistikdatabas - Försäkringskassan](#), Aktivitetserstatning: [Statistikdatabas - Försäkringskassan](#)

⁴¹⁶ [Syss Folkmängd efter region och år. PxWeb](#)

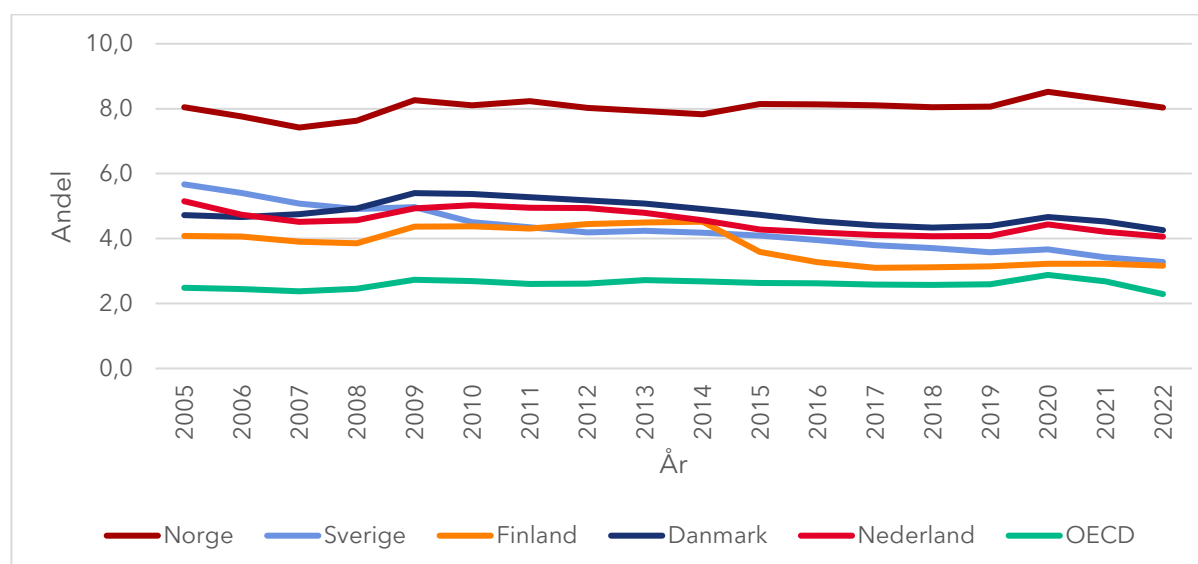
Siden 1990 har Norge hatt klart høyere andel på uføretrygd enn Sverige, Danmark og Nederland. Sverige hadde en økning frem til 2004, men kraftig reduksjon fra 2007 til 2017. Nederland har hatt en jevn nedgang siden tidlig 2000-tall.⁴¹⁷

15.1.4 Utgifter knyttet til de helserelaterte ytelsene

Kostnadene knyttet til de helserelaterte ytelsene i Norge har økt betydelig i løpet av de siste ti årene. Utbetalingene til uføretrygd, justert for lønnsvekst, har økt med prosent i perioden 2015 til 2024, til 125 mrd. kroner. Tilsvarende har økningen i sykepenger, justert for lønnsvekst, i samme periode økt med 27 prosent, til 68 mrd. kroner. Kostnadene knyttet til arbeidsavklaringspenger, justert for lønnsvekst, har sunket med i underkant av 1 prosent, fra 2015 til 2024. Utbetalingene til arbeidsavklaringspenger er i underkant av 47 mrd. kroner i 2024.⁴¹⁸

Figur 41 viser utviklingen i kostnader knyttet til helserelaterte ytelser som andel av bruttonasjonalprodukt.

Figur 41 Kostnader knyttet til helserelaterte ytelser som andel av bruttonasjonalprodukt⁴¹⁹. 2005–2022. Prosent.



Kilde: OECD, National Accounts database⁴²⁰

Norge bruker en betydelig høyere andel på kostnader knyttet til uføre og sykdom som andel av bruttonasjonalprodukt sammenlignet med andre land, med 8 prosent. Det er omtrent fire ganger så mye som gjennomsnittet for OECD-landene, som bruker i overkant av 2 prosent. Nærmest av de sammenlignbare landene er Danmark og Nederland med i overkant av 4 prosent.

⁴¹⁷ NOU 2019: 7 (2019, s. 70).

⁴¹⁸ Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b), U210 Beløp utbetalte stønader.

⁴¹⁹ OECD har lagt til grunn BNP for fastlands-Norge.

⁴²⁰ OECD (2024).

15.1.5 Mottas andre ytelser i andre land?

OECD (2024) trekker fram at det ikke er helsemessige årsaker i befolkningen som er årsaken til de høye kostnadene knyttet til sykdom og uføre i Norge. Statistikker indikerer ikke at nordmenn har dårligere helse enn andre, eller at norsk arbeidsliv er hardere. Årsaken til de høye kostnadene er en kombinasjon av strukturelle forhold og utforming av politikk, spesielt hvordan systemet for de helserelaterte ytelsene er innrettet.

Flere kilder trekker fram at Norge ikke har flere på trygd totalt sett sammenlignet med andre land, men at personer som mottar helserelaterte ytelser i Norge, mottar arbeidsledighetstrygd, sosialhjelp eller blir forsørget av familie i andre land.⁴²¹

I Sverige går et klart flertall av mottakere av stønader til arbeidsledige på arbeidsmarkedstiltak og mottar aktivitetsstøtte. De fleste mottakere av delvis uføreytelser i Danmark deltar i fleksjobbordningen, som er en inntektssikringsordning som kombinerer trygd og tilpasset arbeid.

NOU 2019: 7 (2019) viser til at andelen av befolkningen i Norge som mottar arbeidsledighetstrygd og sosialhjelp er betydelig lavere sammenlignet med Sverige, Danmark og Nederland. Nederland og Sverige hadde relativt lik andel som mottar arbeidsledighetstrygd, mens Norge og Danmark har en lavere andel. Når det gjelder sosialhjelp, er det Danmark som har den høyeste andelen mottakere, fulgt av Nederland, Sverige og Norge.

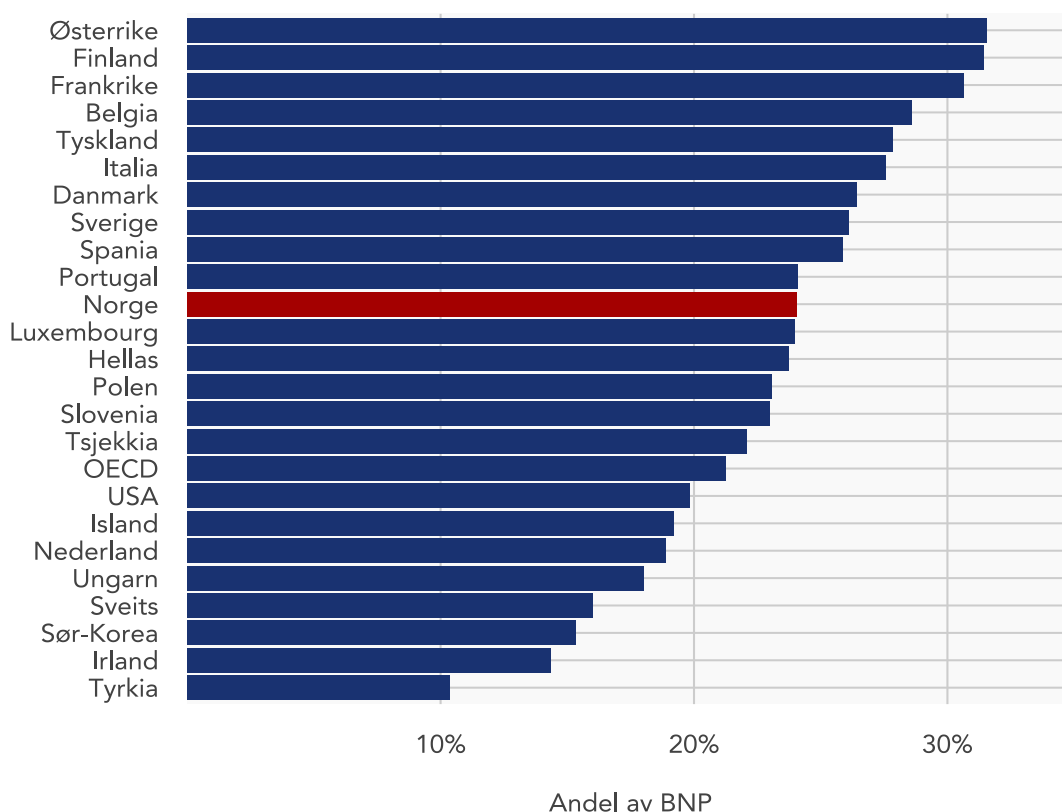
Barth, Moene og Pedersen (2023) viser til at Norge har en høy andel av befolkningen som mottar uføretrygd, og høyest av de fleste vest-europeiske land. Imidlertid viser deres undersøkelser at andelen som mottar ulike trygdeytelser⁴²² i alderen 16–64 år i Norge i 2017, er lavere enn land som Danmark, Storbritannia, Island, Finland og Irland. Det vil si at det er flere som mottar andre økonomiske ytelser enn helserelaterte ytelser i disse landene, sammenlignet med Norge. I tillegg har Norge en av de laveste andelen unge som står utenfor arbeid, utdanning og opplæring blant unge mellom 15–29 år. Dette gjelder også om aldersgruppen 15–64 år legges til grunn. I flere søreuropeiske land blir mange uten arbeidsinntekt tatt vare på av familien, mens den samme gruppen blir ivaretatt av velferdsstaten i Norge og de andre nord-europeiske landene.

⁴²¹ NOU 2019: 7 (2019), NOU 2021: 2 (2021) og Barth, Moene og Pedersen (2023).

⁴²² Dette inkluderer uføretrygd, arbeidsledighetstrygd, alderpensjon og enkepensjoner, samt barnetillegg, bostøtte og kontantstøtte som omfatter over 20 prosent av inntekt før overføringer.

Norge bruker litt over snittet i OECD på sosiale utgifter

Figur 42 Sosiale utgifter i andel av BNP. Utvalgte OECD-land 2024



Kilde: OECD Social Expenditure Database.

OECD Social Expenditure Database viser sosiale utgifter som andel av staters BNP. Sosiale utgifter inkluderer kontantytelser, naturalytelser (varer og tjenester), og skattefordeler med et sosialt formål. Det omfatter støtte rettet mot grupper som lavinntektshusholdninger, alderspensjoner, personer med nedsatt funksjonsevne, arbeidsledige, syke eller unge.⁴²³

Figur 42 viser utvalgte OECD-lands sosiale utgifter som andel av BNP. I 2024 brukte Norge 24,1 prosent på sosiale utgifter. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for OECD-land som i snitt brukte 21,2 prosent av BNP, og det er lavere enn Østerrike, Frankrike og Finland som bruker over 30 prosent av BNP på sosiale utgifter.

Det er utfordrende å bruke sosiale utgifter til å måle reelle forskjeller i trygdepolitikken mellom land. Utgiftene kan reflektere sosiale problemer fremfor å si noe om innretningen av trygdepolitikken i et land. Utgiftsnivået påvirkes av faktorer som kostnadsnivå og demografi, som ikke nødvendigvis sier noe om politikkenes innhold. At Finland har høyere trygdeutgifter enn Norge skyldes at arbeidsledigheten er nesten dobbelt så høy som i Norge. Det finnes også store forskjeller i hvordan trygdeordninger er utformet – noen er universelle, andre behovsprøvde – og det påvirker både kostnader og hvem som faktisk får støtte. I Norge skattlegges trygd som vanlig inntekt, noe som gjør at netto offentlige

⁴²³ OECD (2025).

utgifter fremstår høyere enn de faktisk er. Når dette varierer vil man få forskjellige svar avhengig av om man ser på statlige utgifter eller hvor mye innbyggere mottar.

15.2 Innretning av ytelsene i en internasjonal sammenheng

Det er ulike ordninger for innretningen på arbeidsledighetsstøtte, sykepenger og andre helserelaterte ytelser i ulike land. Det varierer hvor lenge en person kan motta en ytelse, hvor høy kompensasjonsgrad og maksimal utbetaling er, og hvem som står for finansieringen. Det er også ulike økonomiske insentiver knyttet til arbeidsledighetstrygd og helserelaterte ytelser.

15.2.1 Arbeidsledighetsstøtte

Landene har ulik organisering når det kommer til hvem som er ansvarlig for å utbetale arbeidsledighetsstøtte, varigheten og kompensasjonsgrad. Hovedtrekkene i arbeidsledighetsstøtte er presentert i Tabell 7.

Tabell 7 Arbeidsledighetsstøtte. 2024.

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Hvem betaler	Det offentlige	Fagforening/ arbeidsledighets-kasser	Fagforening/ arbeidsledighetskasser	Det offentlige
Antall dager med fradrag i arbeidsledighetsstøtten	3	6	0	0
Varighet	24 måneder	10 måneder	24 måneder	24 måneder
Kompensasjonsgrad	62,4 prosent	80 prosent	90 prosent	70 prosent
Maksimalt årlig støttebeløp	464 361 NOK	316 800 SEK	244 308 DKK	53 738 ⁴²⁴ EUR
Justert for kjøpekraftsparitet⁴²⁵	464 361 NOK	346 610 NOK	348 715 NOK	680 890 NOK

Kilde: Nav, Arbetsförmedlingen, borger.dk og Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

I Norge og i Nederland er det offentlig sosialforsikring som står for arbeidsledighetsstøtten, mens det i Sverige og Danmark er arbeidsledighetskasser, som er tilknyttet fagforeninger, som står for arbeidsledighetsstøtten. Arbeidsledighetskassene er subsidiert av staten, og medlemskap er frivillig for den enkelte.⁴²⁶

⁴²⁴ Tallet er regnet ut fra maksimumslønn i Nederland på 290,67 euro per dag i 2025. Dette er multiplisert med 21,75 arbeidsdager per måned, og kompensasjonsgrad lik 75 prosent de to første månedene og 70 prosent de resterende 10 månedene.

⁴²⁵ [13007: Kjøpekraftspariteter, prisnivåindekser og prisnivåjustert utgift, etter land, statistikkvariabel, år og utgiftsgruppe. Statistikkbanken](#)

⁴²⁶ Pedersen et. al., 2019, s. 53.

Danmark og Nederland har ingen ventedager før arbeidsledighetsstøtte, mot tre dager i Norge og seks i Sverige. Sverige skiller seg også ut med kun 10 måneders støtte, mens de øvrige landene gir støtte i opptil 24 måneder.

Norge har den laveste kompensasjonsgraden av landene med 62,4 prosent av tidligere inntekt. Sverige og Danmark har høyere kompensasjonsgrader, men også vesentlig lavere maksimalt årlig støttebeløp enn Norge. Dette gjelder også når beløpene blir justert for kjøpekraftsparitet på personlig konsum.⁴²⁷ Til sammenligning har Nederland en kompensasjonsgrad som er nærmere Norges, med 75 prosent de to første månedene, før den blir redusert til 70 prosent. Samtidig har Nederland høyere maksimalt årlig støttebeløp enn Norge og de andre landene.

15.2.2 Sykepenger

Hovedtrekkene i landenes sykepengeordninger er oppsummert i tabell 8. Landene har ulike ordninger når det gjelder hvem som har finansieringsansvar, lengde på sykefraværperiode og oppsigelsesvern.

⁴²⁷ Kjøpekraftsparitet på personlig konsum er et mål som sammenligner hva folk faktisk kan kjøpe for pengene sine i ulike land, basert på prisnivået for varer og tjenester som husholdninger forbruker. Det justerer for forskjeller i levekostnader, slik at man kan sammenligne reell kjøpekraft mellom land.

Tabell 8 Sykepenger. 2024.

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Arbeidsgiverperiode	16 dager	14 dager	30 dager	104 Uker
Antall karensdager	0	1	0	2
Varighet	52 uker	Ingen begrensning	22 uker	104 uker
Kompensasjonsgrad	100 prosent	80 prosent	90 prosent	70 prosent
Maksimalt årlig beløp	744 168 NOK	455 000 SEK	252 980 DKK	Ingen maksgrense
Hvem betaler	Det offentlige	Det offentlige	Det offentlige	Arbeidsgiver
Justert for kjøpekraftsparitet⁴²⁸	744 168 NOK	497 814 NOK	361 093 NOK	Ingen maksgrense
Oppsigelsesvern i sykefraværperiode	Ja	Nei	Nei	Ja
Attesting av arbeidsuførhet	Fastlege	Lege	Fastlege	Bedriftslege

Kilde: Nav, Försäkringskassan, borger.dk og Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Norge og Sverige har arbeidsgiverperiode på henholdsvis 16 og 14 dager, Danmark 30 dager. Nederland skiller seg fra de skandinaviske landene ved at arbeidsgiver er ansvarlig for å betale sykepenger i hele sykefraværet til arbeidstakere. Sverige har én karensdag, Nederland to, mens Norge og Danmark har ingen.

Varigheten for sykepenger varierer mellom landene. I Norge kan man få sykepenger i opptil 52 uker. I Sverige finnes ingen fast grense, men retten vurderes underveis: Etter 90 dager må man ikke kunne utføre noe arbeid hos egen arbeidsgiver, og etter 180 dager gjelder dette hele arbeidsmarkedet. Dette er en del av *Rehabiliteringskedjan*. Etter 90 dager har arbeidstaker kun rett på sykepenger om personen ikke kan utføre noe arbeid hos sin arbeidsgiver, mens etter 180 dager er kravet at personen ikke kan utføre noe arbeid på det vanlige arbeidsmarkedet.⁴²⁹

I Nederland kan en sykmeldt få utbetalt sykepenger i inntil 104 uker, men retten til sykepenger evalueres underveis. I løpet av sykefraværperioden er det en lege fra Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), som er den nederlandske statlige institusjonen som administrerer og håndhever trygdeytelser for arbeidstakere, som gjør

⁴²⁸ [13007: Kjøpekraftspariteter, prisnivåindekser og prisnivåjustert utgift, etter land, statistikkvariabel, år og utgiftsgruppe. Statistikkbanken](#)

⁴²⁹ Försäkringskassan, u.å.a.

en vurdering av den sykmeldtes arbeidsevne. I tillegg er det et møte med en veileder i UWV hvor det skal legges en plan på hvordan den sykmeldte kan komme tilbake i arbeid. Etter 44 ukers sykefravær, gjør UWV en vurdering av om vilkårene til å motta sykepenger fremdeles er oppfylt.⁴³⁰

Danmark har den korteste perioden personer kan få utbetalt sykepenger av landene. Arbeidstakere kan i utgangspunktet være sykmeldt inntil 22 uker i løpet av en periode på 9 måneder. I løpet av de 22 ukene skal kommunen vurdere om arbeidstaker kan få forlenget sykepengeperioden. Sykepengeperioden kan forlenges for eksempel dersom den sykmeldte gjennomfører rehabilitering som kan føre til at arbeidstaker returnerer til arbeid, venter på legebehandling eller har alvorlig sykdom.⁴³¹

I Norge er det grunnbeløpet i folketrygden som er utgangspunktet for det maksimale årlige beløpet sykmeldte kan motta, og i henhold til folketrygdloven er det seks ganger grunnbeløpet som utgjør det maksimale årlige beløpet. Som tabell 8 viser utgjør dette i overkant av 744 000 kroner i 2025. I Sverige kan sykmeldte motta inntil 1250 SEK per dag, syv dager i uka, i 364 dager. Det utgjør en maksimal årlig utbetaling tilsvarende 497 814 NOK.⁴³² Danmark har maksimale beløp per uke, som i 2025 utgjør 4865 DKK. Det tilsvarer maksimal årlig utbetaling som tilsvarer omtrent 361 093 NOK.⁴³³ Nederland har ingen maksimal sum for hvor mye en sykmeldt arbeidstaker kan motta i sykepenger. Justert for kjøpekraftsparitet på personlig konsum er maksimal årlig utbetaling i Norge betydelig høyere enn høyere enn Sverige, og mer enn dobbelt så høy som i Danmark.

Norge er det eneste landet som har 100 prosent kompensasjonsgrad for sykepenger som utgangspunkt. OECD beskriver sykelønnsordningen i Norge som enestående i internasjonal sammenheng.⁴³⁴

I Sverige er sykepengekompensasjonen 80 prosent opp til et relativt lavt inntektstak, men mange får opptil 90 prosent via tariffavtaler. Etter ett år reduseres satsen i Sverige til 75 prosent, med unntak for alvorlig sykdom. I Danmark er kompensasjonen normalt 90 prosent, ofte 100 prosent så lenge arbeidsgiver betaler. Når den kommunale sykepengeordningen overtar, reduseres den. I Nederland gir loven 70 prosent, men gjennom andre avtaler sikres ofte 100 prosent i det første året og 70 prosent det andre.⁴³⁵

Oppsigelsesvernet under sykefravær varierer. I Danmark kan arbeidstakere sies opp under sykdom, og i Sverige hvis arbeidsgiver har tilrettelagt tilstrekkelig. I Norge er man vernet mot oppsigelse i ett år som sykmeldt, mens i Nederland gjelder dette i opptil to år.⁴³⁶

Det er ulik praksis knyttet til om arbeidsgivere krever sykmelding i forbindelse med sykdom, og hva slags rolle leger har. Felles for alle landene er at det som hovedregel er en lege som attesterer arbeidsuførhet. I Norge er det krav om sykmelding fra lege etter

⁴³⁰ UWV, u.å.a.

⁴³¹ Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, u.å.

⁴³² Försäkringskassan, u.å.c.

⁴³³ Borger.dk, u.å.a.

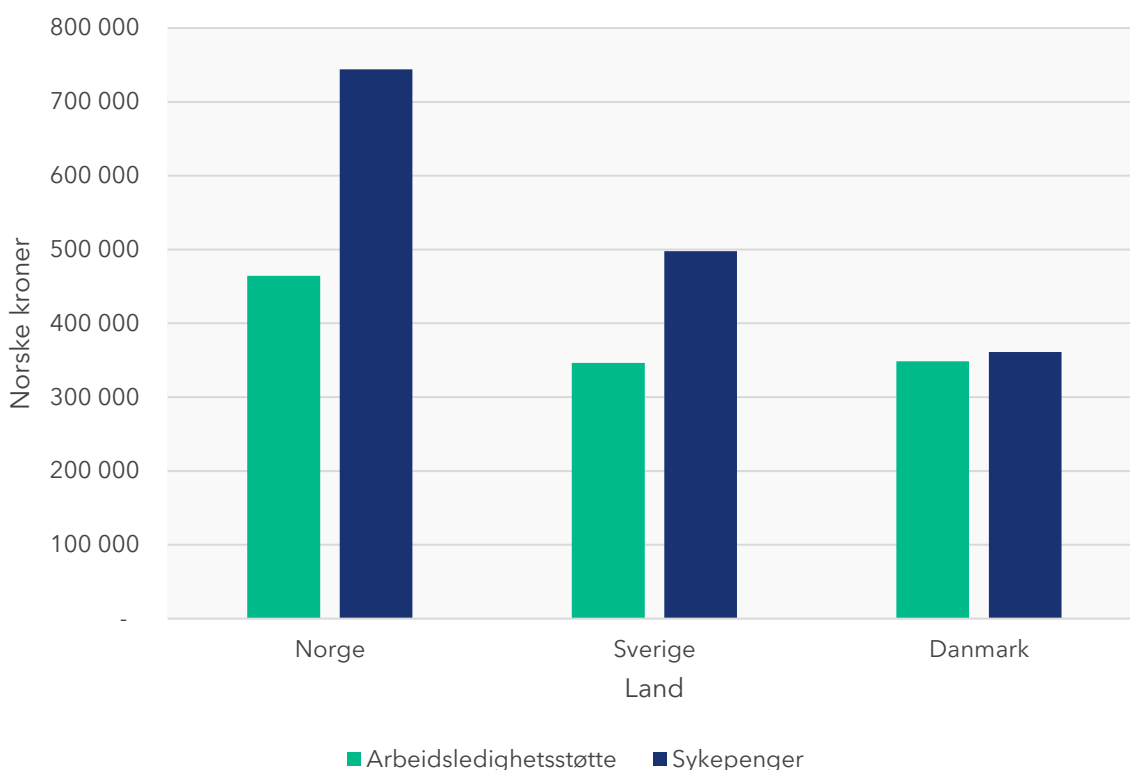
⁴³⁴ OECD (2024).

⁴³⁵ NOU 2021: 2, s. 194.

⁴³⁶ Ose, Kaspersen & Kalseth (2018, s. 28).

tre⁴³⁷ dager, og det er normalt sett fastlege som attesterer arbeidsuførhet. Til sammenligning er det krav om sykmelding fra lege etter omtrent en uke i Sverige. I Sverige er det ingen fastlegeordning, men legekontorer som er private eller offentlige.⁴³⁸ Danmark er det i utgangspunktet ikke krav om sykmelding fra lege, men arbeidsgiver kan likevel kreve dette etter tre dager. Det er også arbeidsgiver som må bekoste attesten fra legen.⁴³⁹ Til sammenligning er det ikke krav om sykmelding fra lege i Nederland i det hele tatt. Imidlertid har bedrifter i Nederland en egen bedriftslege som vurderer årsaken til sykefravær. Dette gjøres innen seks ukers sykefravær.⁴⁴⁰

Figur 43 Maksimal arbeidsledighetsstøtte og sykepenger. Justert for kjøpekraftsparitet. Norske kroner. 2024.



Kilde: Nav, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen og borger.dk.

Figuren viser at det er mindre forskjeller mellom arbeidsledighetsstøtte og sykepenger i Sverige og Danmark. Spesielt i Danmark er det få økonomiske insentiver til å motta sykepenger sammenlignet med å motta arbeidsledighetsstøtte.

15.2.3 Uføretrygd

Alle landene har en form for uføretrygd for personer som har varig nedsatt arbeidsevne. Hvem som betaler for ytelsen, hvor mye den uføre blir kompensert, og varigheten på ytelsen er vist i tabell 9. Felles for alle landene er at det er det offentlige som finansierer uføretrygden og at innvilget uføretrygd varer frem til personen går over til alderspensjon.

⁴³⁷ Dersom bedriften er en IA-bedrift, er det krav om sykmelding etter åtte dager.

⁴³⁸ [Norge har lyktes med det Sverige ikke har klart på 40 år | Tidsskrift for Den norske legeforening](#)

⁴³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2023).

⁴⁴⁰ Ose, Kaspersen & Kalseth (2018, s. 26).

Tabell 9 Uføretrygd. 2024.

	Norge	Sverige	Danmark	Nederland
Hvem betaler	Det offentlige	Det offentlige	Det offentlige	Det offentlige
Maksimalt kompensasjonsbeløp	491 151 NOK	285 324 SEK	253 236 DKK	19 234 ⁴⁴¹ / 57 000 ⁴⁴² EUR
Justert for kjøpekraftsparitet ⁴⁴³	491 151 NOK	312 172 NOK	361 458 NOK	243 705 / 722 221 NOK
Kan kombineres med arbeid	Ja	Ja	Nei	Ja
Varighet	Fram til pensjon	Fram til pensjon	Fram til pensjon	Fram til pensjon

Kilde: Nav, Försäkringskassan, borger.dk og Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Landene har ulike vilkår for uføreytelser, særlig når det gjelder alder og mulighet for gradert arbeidsevne.

I Danmark må søkeren som hovedregel være over 40 år og ha varig og vesentlig nedsatt arbeidsevne. Personer med restarbeidsevne får som regel avslag og forventes å jobbe, eventuelt i en fleksjobb⁴⁴⁴. Førtidspensjon til personer under 40 gis kun unntaksvis hvis en person har ikke kan forbedre sin arbeidsevne gjennom aktivering, behandling eller lignende. Dersom en person har restarbeidsevne, vil personen delta i fleksjobbordningen.⁴⁴⁵

I Nederland finnes to ordninger:

- Wajong for unge uten tidligere inntekt og med varig, alvorlig funksjonsnedsettelse. Restarbeidsevne gir avslag. Ytelsen utgjør 75 prosent av minstelønn, redusert til 70 prosent etter tre måneder.
- IVA for personer med minst 80 prosent nedsatt arbeidsevne og tidligere arbeidsinntekt. Kompensasjon kan være opptil 75 prosent av tidligere lønn, inntil ca. 57 000 euro årlig.⁴⁴⁶

I Sverige kan personer under 30 få uføretrygd hvis de ikke har og heller ikke får arbeidsevne. For personer over 30 år kreves minst 25 prosent nedsatt arbeidsevne. Ytelsen kan settes på pause i inntil to år for å teste arbeidsevnen, forutsatt at den har vært mottatt i minst ett år.⁴⁴⁷ Kompensasjonsnivået er lavere enn i Norge og Nederland, men på

⁴⁴¹ Tallet er regnet ut fra minstelønn i Nederland på 14,06 euro i timen med 38 timers arbeidsuke. [Minimum wage amounts | Minimum wage | Government.nl](#)

⁴⁴² Tallet er regnet ut fra maksimumslønn i Nederland på 290,67 euro per dag. Dette er multiplisert med 261 arbeidsdager.

⁴⁴³ 13007: Kjøpekraftspariteter, prisnivåindekser og prisnivåjustert utgift, etter land, statistikkvariabel, år og utgiftsgruppe. [Statistikkbanken](#)

⁴⁴⁴ En «Fleksjobb» er en jobb hvor det tas hensyn til at arbeidstaker har nedsatt arbeidsevne på grunn av helseutfordringer. Oppgaver og arbeidstid blir tilpasset arbeidstakers arbeidsevne. [Hvem kan få fleksjobb?](#)

⁴⁴⁵ NOU 2019: 7, 2019; Borger.dk, u.å.b.

⁴⁴⁶ UWV, u.å.b; NOU 2019: 7, 2019.

⁴⁴⁷ Försäkringskassan, u.å.b.

linje med Danmark. Det som skiller vilkårene til Sverige fra de andre landene, er at personer kun må ha 25 prosent nedsatt arbeidsevne.

I Norge er kompensasjonen høyere enn i Sverige og Danmark, både nominelt og justert for kjøpekraft. Summen som varige uføremottakere i Nederland kan motta er høyere enn i Norge, men ytelsen forutsetter også tidligere arbeidsinntekt, og at personen har 80 prosent varig nedsatt arbeidsevne. I likhet med Sverige har Norge et graderingssystem, men krever minst 50 prosent nedsatt arbeidsevne.

Del 3:

Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

16 Revisjonskriterier

16.1 Overordnede mål om å få flere i arbeid og færre på stønad

De overordnede målene for arbeids- og velferdspolitikken har gjennom mange år vært å få flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad. Arbeidsmarkedspolitikken skal legge til rette for et velfungerende arbeidsmarked med høy yrkesdeltakelse og god utnyttelse av arbeidskraften. En aktiv arbeidsmarkedspolitikk skal stimulere tilgangen på arbeidskraft.

Velferdspolitikken har som mål at alle skal ha like muligheter, rettigheter og plikter til å delta i samfunnet og bruke sine ressurser, uavhengig av økonomisk og sosial bakgrunn. Arbeids- og velferdspolitikken skal legge til rette for at flest mulig i yrkesaktiv alder kan forsørge seg selv gjennom arbeid.⁴⁴⁸

Inntektssikringsordningene skal gi økonomisk trygghet for personer som midlertidig eller varig ikke kan delta i arbeidslivet, ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter i forbindelse med sykdom, arbeidsledighet, barns sykdom, midlertidig svikt i arbeids- og inntektsevnen, uførhet og alderdom. Inntektssikringsordningene skal også bidra til utjevning av inntekt og levekår gjennom livsløpet og mellom grupper, og bidra til selvforsørgelse slik at den enkelte skal klare seg best mulig i dagliglivet.⁴⁴⁹

Formålet med Nav-loven er å legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov, basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og andre lover som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte enkeltmennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgangen til arbeid og aktiv virksomhet.⁴⁵⁰

16.1.1 Mål om å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet

Et av hovedmålene for Arbeids- og inkluderingsdepartementets ansvarsområde er å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet.⁴⁵¹ Tidlig innsats, tett oppfølging, tilrettelegging og utprøving av arbeidsevne skal bidra til å redusere sykefraværet, spesielt langvarig fravær, og frafall fra arbeidslivet.⁴⁵²

⁴⁴⁸ [Ansvarsområder og oppgaver i Arbeids- og inkluderingsdepartementet - regjeringen.no](https://ansvarsomrader.og.oppgaver.i.Arbeids-og.inkluderingsdepartementet-regjeringen.no)

⁴⁴⁹ [Ansvarsområder og oppgaver i Arbeids- og inkluderingsdepartementet - regjeringen.no](https://ansvarsomrader.og.oppgaver.i.Arbeids-og.inkluderingsdepartementet-regjeringen.no)

⁴⁵⁰ NAV-loven (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20> § 1.

⁴⁵¹ Prop. 1 S (2023–2024).

⁴⁵² Prop. 1 S (2023–2024) For budsjettåret 2024 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet, punkt 6.3.1.

16.1.2 Arbeidslinja

Arbeidslinja er et førende prinsipp i norsk arbeids- og velferdspolitik, som Stortinget i en rekke år har lagt til grunn for arbeids- og velferdspolitikken.⁴⁵³

Arbeidslinja er betegnelsen på det politiske målet om at flest mulig skal kunne forsørge seg selv ved hjelp av arbeidsinntekt. Målet med arbeidslinja er at alle som kan og vil jobbe, skal få mulighet til å jobbe i et sikkert og seriøst arbeidsliv.

Inntektssikringsordningene skal både støtte opp om arbeidslinja ved at det skal lønne seg å jobbe og samtidig gi gode nok ytelser til at de gir økonomisk trygghet for personer som ikke kan jobbe.⁴⁵⁴

Sentrale prinsipper i arbeidslinja er at

- det føres en økonomisk politikk som bidrar til høy sysselsetting
- det føres en aktiv politikk for å inkludere flere i arbeidslivet
- arbeidslivet legger forholdene til rette for at folk kan stå i arbeid
- det skal lønne seg å jobbe

Prinsippene som formuleres i Meld. St. 33 (2023–24) er en videreføring av de tidligere gjeldende prinsippene for arbeidslinja.

Begrepet "arbeidslinja" ble først brukt i offentlige dokumenter i forbindelse med Attføringsmeldingen fra 1992.⁴⁵⁵ Stortinget slo fast at en arbeidslinje fremfor passiv stønadsutbetaling var et hovedmål. Trygdesystemet skulle gi sikkerhet for dem som av helsemessige årsaker ikke kunne jobbe, eller som midlertidig sto utenfor arbeidsmarkedet av andre grunner. Samtidig understreket et flertall i sosialkomiteen, bestående av representanter fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, at trygdeordninger skulle utformes slik at arbeidslinja ble et førstevalg. Det innebar blant annet at den enkeltes rettigheter ikke bare var knyttet til ytelser, men også en rett og plikt til å arbeide, delta i såkalte attføringstiltak eller utdanning der det var mulig. Arbeidslinja innebar også at det skulle satses mer aktivt på å hindre utstøting og utestengning fra arbeidslivet. Det var blant annet et mål å motvirke tendenser til at sosiale eller mer generelle livsproblemer ble definert som helseproblemer.⁴⁵⁶

I Stortingsmelding nr. 35 (1994–95), *Velferdsmeldingen*, ble arbeidslinja definert slik: «Arbeidslinja betyr at virkemidler og velferdsordninger – enkeltvis eller samlet – utformes, dimensjoneres og tilrettelegges slik at de støtter opp under målet om arbeid til alle».⁴⁵⁷

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 47 (2005–2006), jf. Innst. O. nr. 55 (2005–2006) *Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)*, understreket arbeids- og sosialkomiteen at den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) skulle legge

⁴⁵³ Prop. 1 S (2023–2024) og foregående år.

⁴⁵⁴ Prop. 1 S (2023–2024), Innst. 15 S (2023–2024).

⁴⁵⁵ St. meld nr. 39 (1991–92), *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon* (Attføringsmeldingen).

⁴⁵⁶ St. meld nr. 39 (1991–92), , Innst.S.nr.11 (1992–93), møte 22.oktober 1992 [Stortinget](#).

⁴⁵⁷ Stortingsmelding nr. 35 (1994–95), s. 89.

vekt på arbeidslinja, der målet er at flere er i arbeid og færre er på stønad. Arbeidslinja måtte ifølge komiteen ha et bredt nedslagsfelt, der alle mennesker skal inkluderes.⁴⁵⁸

I Prop. 130 L (2010–2011) ble arbeidslinja definert som en politikk som sikrer høy sysselsetting, lav ledighet og lavt sykefravær. Arbeidslinja bygger på et prinsipp om at arbeid er et gode, og at det er best for den enkelte å forsørge seg selv gjennom innsats i arbeidslivet. Målene med arbeidslinja er å forebygge fattigdom, redusere sosiale forskjeller og trygge det økonomiske grunnlaget for velferdsstaten.⁴⁵⁹ I proposisjonen ble en fornyet og forsterket arbeidslinje omtalt. Sentrale mål for Stortingets vedtak om endringer i regelverket var å gjøre det enklere å bevege seg mellom uføretrygd og arbeid når helsen tillater dette, og at det alltid skal lønne seg å jobbe.⁴⁶⁰ Stortinget understrekte samtidig at det var viktig å styrke arbeidet med et inkluderende arbeidsliv, få på plass bedre opplæring og tiltak for å forebygge helseutfordringer slik at flere får anledning til å bruke sin arbeidsevne i det ordinære arbeidslivet.

I tillegg til bedre oppfølging av den enkelte, var det viktig å gjøre stønadsordninger mer målrettede og gi økonomisk motivasjon for å delta i arbeidslivet. Å redusere tilgangen til uføretrygd og/eller få personer med redusert arbeidsevne til å utnytte restarbeidsevnen var en prioritert oppgave.

I Prop. 74 L (2016–2017), *Endringer i folketrygdloven mv. (arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønader til arbeidsrettede tiltak mv.)*, omtales ikke eksplisitt begrepet arbeidslinja. Et mål for forslagene i proposisjonen var å redusere frafall fra arbeidslivet. Stortinget vedtok en smalere inngang til ordningen med arbeidsavklaringspenger, et strammere stønadsbeløp og styrkede insentiver til å jobbe.⁴⁶¹

I Prop. 114 LS (2021–2022), *Endringer i skatte-, avgifts- og tollovgivinga m.m. og folketrygdloven (arbeidsavklaringspenger m.m.)*, omtales blant annet endringer knyttet til forlengelse av stønadsperiode og karenperiode for arbeidsavklaringspenger. Stønadsperioden kan forlenges i inntil to år dersom medlemmet allerede er i arbeid og anses å være nær ved å kunne øke arbeidsevnen sin, eller nær ved å bli satt i stand til å skaffe eller gå tilbake i arbeid. Det er også et vilkår at medlemmet har eller kan oppnå en arbeidsevne på mer enn 50 prosent. I tillegg fjernet Stortinget vilkåret om karenperiode på 52 uker for personer som har mottatt arbeidsavklaringspenger ut maksimal stønadsperiode.⁴⁶²

16.2 Gradering av ytelsene

I Prop. 39 L (2014–2015) *Endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (adgang til midlertidig ansettelse mv. og vilkår om aktivitet for stønad til livsopphold)*, er det et mål at flere mottakere av helserelaterte ytelser skal kunne bruke sin faktiske arbeidsevne og at det i større grad skal tas i bruk graderte ytelser. Det skal stilles vilkår om arbeidsrett

⁴⁵⁸ Innst. O. nr. 55 (2005–2006), s. 10 og Ot.prp. nr. 47 (2005–2006).

⁴⁵⁹ Prop. 130 L (2010–2011).

⁴⁶⁰ Innst. 80 L (2011–2012).

⁴⁶¹ Prop. 74 L (2016–2017), punkt 1, Innst. 390 L (2016–2017), Lovvedtak 114 (2016–2017).

⁴⁶² Prop. 114 LS (2021–2022), punkt 11, Innst. 449 L (2021–2022), Lovvedtak 108 (2021–2022).

aktivitet overfor alle stønadsmottakere som er i stand til å delta. Målet er å styrke den enkelte stønadsmottakers muligheter for å komme i arbeid og bli selvforsørget.⁴⁶³

16.2.1 Gradering av sykefravær

Gradert sykmelding er en kombinasjon av arbeid og sykepenger som kan benyttes når arbeidstakeren er delvis arbeidsufør.

I folketrygdloven står det at hvis en person delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging, skal det ytes graderte sykepenger.⁴⁶⁴ I Arbeids- og velferdsdirektoratets rundskriv til folketrygdlovens kapittel 8, som handler om sykepenger, står det at gradert sykmelding er en viktig strategi for å få den sykmeldte raskest mulig tilbake i arbeid.⁴⁶⁵ Når sykmelding er nødvendig, skal førstevalget være gradert sykmelding.

16.2.2 Uføretrygd

Det følger av forarbeidene til den nye uføretrygden at det er et mål om økt bruk av gradert uføretrygd for at flere skal beholde tilknytning til arbeidslivet og utnytte restarbeidsevnen.⁴⁶⁶ Det ble ved innføringen av ny uførereform presisert i folketrygdloven § 12-10, at det i alle saker skal vurderes om uføregraden skal settes lavere enn 100 prosent. Sentrale mål for Stortingets vedtak var å gjøre det enklere å bevege seg mellom uføretrygd og arbeid når helsen tillater dette, og at det alltid skal lønne seg å jobbe.⁴⁶⁷

16.3 Innvilgelse av helserelaterte ytelser

I hht folketrygdlovens § 8-4 ytes sykepenger til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger. Dette forutsetter at det er en årsakssammenheng der sykdommen eller skaden leder til en funksjonsnedsettelse, som igjen reduserer arbeidsevnen. Tilsvarende krav til årsakssammenheng gjelder for uføretrygd, som det fremgår av folketrygdlovens § 12-6.

At funksjonsnedsettelse «klart» skyldes sykdom eller skade innebærer at det foreligger et skjerpet beviskrav. I dette ligger det at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for at sykdom/skade har ført til en funksjonsnedsettelse og dermed arbeidsuførhet.⁴⁶⁸

AAP kan innvilges når arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent og sykdom, skade eller lyte er en vesentlig medvirkende årsak til den nedsatte arbeidsevnen. I 2018 ble regelverket for AAP endret. En av målsetningene bak endringen var å gjøre inngangen til ordningen smalere.⁴⁶⁹ Det ble presisert i loven at sykdom, skade eller lyte må være en

⁴⁶³ Prop. 39 L (2014–2015), Innst. 208 L (2014–2015).

⁴⁶⁴ Folketrygdloven (1997, §8-6).

⁴⁶⁵ Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997).

⁴⁶⁶ Prop. 130 L (2010-2011) Endringer i folketrygdloven (nye uføretrygd og alderspensjon til uføre).

⁴⁶⁷ Innst.80 L (2011–2012).

⁴⁶⁸ Høyesterett (2018) HR-2018-2344-A.

⁴⁶⁹ Prop. 74 L (2016–2017) s. 25.

vesentlig medvirkende årsak til at arbeidsevnen er nedsatt. Dette innebærer at helseproblemer må ha en klart dokumenterbar betydning for arbeidsevnereduksjonen – det er ikke tilstrekkelig at sykdom spiller en mindre eller indirekte rolle. Samtidig ble formålsparagrafen justert for å understreke at AAP er en helserelatert ytelse.⁴⁷⁰

Uføretrygd kan gis dersom inntektsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent som følge av sykdom, skade eller lyte, og hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak er prøvd.

16.3.1 Krav om likebehandling

I forvaltningsretten er det et grunnleggende krav at like tilfeller skal behandles likt. Dette prinsippet gjelder ikke bare i situasjoner hvor forvaltningen utøver fritt skjønn, men også ved rettsanvendelsesskjønn – altså vurderinger der utøvelse skjer innenfor rammen av lovtolkning. Norges Høyesterett kom i en dom 12. februar 2019 med uttalelser om et krav om likebehandling når forvaltningen utøver rettsanvendelsesskjønn.⁴⁷¹

For Nav innebærer dette at saksbehandlingen av ytelser som sykepenger, AAP og uføretrygd må være strukturert slik at brukere med samme faktiske grunnlag og rettslige vilkår blir vurdert likt, uavhengig av saksbehandler eller tidspunkt.

16.4 Krav til Arbeids- og velferdsetaten

Arbeids- og velferdsetaten har en sentral rolle i gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken. Arbeids- og velferdsetaten skal bidra til et velfungerende arbeidsmarked med god utnyttelse av arbeidskraften og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Nav-loven § 4 fastsetter Arbeids- og velferdsetatens hovedoppgaver. Bestemmelsens tredje ledd inneholder de generelle kravene til etaten om å stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

16.4.1 Krav til å gjennomføre behovs- og arbeidsevnevurderinger

Det er tatt inn en rekke bestemmelser i Nav-loven som skal sikre at Nav retter tjenestene mot den enkelte brukers behov (blant annet § 14a om behovs- og arbeidsevnevurdering og § 15 om brukermedvirkning og tidlig og helhetlig behovsavklaring).

Fra og med 2010 er brukernes rett til behovsvurderinger regulert i Nav-loven § 14 a, som stadfester at alle som henvender seg til Nav, og som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt bistandsbehov.

Brukere som har behov for en mer omfattende vurdering av sitt bistandsbehov, har rett til å få en arbeidsevnevurdering. Brukeren skal få en skriftlig vurdering av

- a. sine muligheter for å komme i arbeid
- b. hva slags arbeid som skal være målet

⁴⁷⁰ Prop- 74 L (2016–2017).

⁴⁷¹ Høyesterett (2019) HR-2019-273-A.

- c. behovet for bistand for å komme i arbeid
- d. om, og eventuelt hvor mye, arbeidsevnen er nedsatt
- e. hvilken type bistand som kan være aktuell for brukeren

Ifølge forarbeidene til Nav-loven § 14 a dreier behovsvurderingene og arbeidsevnevurderingene seg i prinsippet om samme type vurderinger, men betegnelsen arbeidsevnevurdering brukes om en mer omfattende vurdering av bistandsbehovet, som en del av målgruppen skal få. Behovs- og arbeidsevnevurderingen skal ta utgangspunkt i arbeidssøkerens real- og formalkompetanse og ta hensyn til mulighetene på arbeidsmarkedet.⁴⁷²

Videre peker forarbeidene på at en systematisk vurdering av brukerens bistandsbehov vil være nyttig for å sikre at den enkelte får riktige tiltak og tjenester. Behovs- og arbeidsevnevurderingene skal være et verktøy som gir arbeids- og velferdsforvaltningen et best mulig grunnlag for å prioritere tiltaksressurser og tildele økonomiske ytelser.⁴⁷³

Behovs- og arbeidsevnevurderingene skal bidra til en målrettet og entydig avklaring av brukerens ressurser og barrierer og skal peke mot virkemidlene som er nødvendig for at brukeren skal kunne komme i arbeid. Vurderingen må kunne gi grunnlag for å prioritere hvem som skal få tilbud om tiltak og tjenester i regi av arbeids- og velferdsforvaltningen. Behovsvurderingen skal avdekke utfordringer som kan tas tak i med enklere virkemidler, for eksempel der brukeren kan ha nytte av trening i jobbsøking eller kortere kurs for å få innpass i arbeidslivet. Behovsvurderingen skal også identifisere brukere som har et mer omfattende bistandsbehov. Behovs- og arbeidsevnevurderingen gir et bilde av situasjonen på vurderingstidspunktet. Derfor vil det være nødvendig å gjøre en ny vurdering hvis brukerens situasjon endrer seg vesentlig.⁴⁷⁴

Stortinget vektla i behandlingen av Prop. 39 L (2014–2015) at gode behovs- og arbeidsevnevurderinger og riktig utvelgelse av deltakere til tiltakene har stor betydning for om tiltakene får den ønskede effekten.

16.4.2 Krav til å utarbeide aktivitetsplaner

Alle personer med et bistandsbehov har rett til å delta i utarbeidelsen av en aktivitetsplan for hvordan de skal komme i arbeid, jf. Nav-loven § 14 a tredje ledd. Arbeids- og velferdsetaten har ansvaret for at vurderingene blir gjennomført, og at aktivitetsplanene blir utarbeidet. Aktivitetsplanen skal være et arbeidsverktøy og gir ikke brukeren rett til de tiltakene og aktivitetene som er beskrevet i planen. Aktivitetsplanen må dermed følges opp med beslutninger om tildeling av tiltak, tjenester og ytelser.⁴⁷⁵ Det skal ikke utarbeides aktivitetsplaner for personer som har rett til kvalifiseringsprogram etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.⁴⁷⁶

⁴⁷² Ot.prp. nr. 4 (2008–2009). Innst. O. nr. 28 (2008–2009).

⁴⁷³ Ot.prp. nr. 4 (2008–2009).

⁴⁷⁴ Ot.prp. nr. 4 (2008–2009).

⁴⁷⁵ Ot.prp. nr. 4 (2008–2009).

⁴⁷⁶ NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>, § 14 a tredje ledd.

Arbeids- og sosialkomiteen har understreket viktigheten av at den arbeidsrettede bistanden skal vurderes og tilpasses den enkelte arbeidssøkerens behov, og at det jobbes systematisk med arbeidsevnevurdering og oppfølging av den enkelte med konkrete aktivitetsplaner.⁴⁷⁷

16.4.3 Arbeidsrettede tiltak

Arbeids- og velferdsetatens tiltak og virkemidler

Arbeids- og velferdsetatens tiltak og virkemidler er en samlebetegnelse for ulike former for bistand som skal bidra til at den enkelte øker sine arbeidsmuligheter. *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak* (tiltaksforskriften) § 1-3 fastslår at å delta i arbeidsmarkedstiltak bør vurderes å være nødvendig og hensiktsmessig for at deltakeren skal skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid. Videre angir forskriften at Arbeids- og velferdsetaten kan kreve at brukeren gjennomfører en behovs- eller arbeidsevnevurdering.

I rundskriv har Arbeids- og velferdsdirektoratet gitt utfyllende regler til hvordan Arbeids- og velferdsetaten skal ta i bruk forskriften om arbeidsmarkedstiltak. Rundskrivet fastsetter at Nav som hovedregel bør tildele tiltak i tråd med utfallet av en behovs- eller arbeidsevnevurdering. Når Arbeids- og velferdsetaten vurderer om et arbeidsmarkedstiltak er nødvendig og hensiktsmessig, bør etaten blant annet legge vekt på brukerens bakgrunn (alder, evner, helse mv.), totale kostnader ved tiltaket og arbeidsmuligheter. Brukerperspektivet bør veie tungt i vurderingen av hvilke tiltak som er hensiktsmessige.⁴⁷⁸

I Meld St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021*, ønsker regjeringen å vri bruken av arbeidsmarkedstiltak mot tiltak med dokumentert effekt på overgang til arbeid. Tiltak må i større grad se helse, kompetanse og arbeidsrettet oppfølging i sammenheng. Arbeidsgivere må stimuleres til å ansette personer som står utenfor arbeidslivet.

Krav til oppfølgingstjenester i Arbeids- og velferdsetatens egen regi

Ifølge § 2 i forskrift om oppfølgingstjenester i Arbeids- og velferdsetatens egen regi skal oppfølgingstjenester gi tiltaksdeltakeren bistand for jobbtilpasning, tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen, med ansettelse i lønnet arbeid som mål. Oppfølgingen skal sikre et individuelt tilpasset tilbud og følge metoden arbeid med støtte (*supported employment*) eller individuell jobbstøtte (*individual placement and support*).

Oppfølgingen skal blant annet omfatte bistand fra en intern jobbspesialist som skal

- a. bistå personen med å skaffe en jobb og tilby karriereveiledning og yrkesplanlegging i forkant av dette
- b. bistå med å tilpasse stillingen i samarbeid med arbeidsgiveren
- c. følge opp arbeidssøkeren og arbeidsgiveren etter at arbeidsforholdet er etablert
- d. ved behov samarbeide tett med eventuelle andre aktører som bistår deltakeren

⁴⁷⁷ Innst. 15 S (2011–2012).

⁴⁷⁸ Rundskriv R76-12-01-K14 *Utfyllende regler til Arbeids- og velferdsetatens anvendelse av forskrift om arbeidsrettede tiltak*.

Tiltaksdeltakere med psykiske helseproblemer kan få psykisk behandling parallelt med bistand knyttet til arbeid, jf. andre ledd.

16.4.4 Krav til oppfølging av mottakere av sykepenger

Arbeidsgiveren har hovedansvaret for å følge opp ansatte som blir sykmeldt. Dette følger av tilretteleggingsplikten i arbeidsmiljøloven. I arbeidsmiljøloven § 4-6 står det at arbeidsgiver skal tilrettelegge for arbeidstaker "så langt det er mulig". I tilfeller hvor den sykmeldte ikke har et arbeidsforhold, er det Nav som har oppfølgingsansvaret.

Selv om hovedansvaret for oppfølging ligger hos arbeidsgiver, har også Nav et ansvar for oppfølging av sykmeldte. Nav skal tidlig vurdere om arbeidsrettede tiltak er nødvendige hvis bedriftsinterne løsninger ikke virker eller hvis medlemmet er arbeidsledig. Innen 26 uker med sykefravær skal Nav arrangere et dialogmøte mellom den sykmeldte og arbeidsgiver, med mindre dette åpenbart er unødvendig. Sykmelder skal delta om Nav anser det som hensiktsmessig, men kan fritas ved spesielle omstendigheter. Et nytt dialogmøte kan kreves av partene. Ved slutten av sykepengeperioden skal Nav igjen vurdere arbeidsrettede tiltak.⁴⁷⁹

16.4.5 Krav til oppfølging av mottakere av arbeidsavklaringspenger

Personer som mottar arbeidsavklaringspenger, skal få jevnlig oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten. Nav skal fastsette individuelle oppfølgingstidspunkter når etaten innvilger arbeidsavklaringspenger. Personer skal også følges opp etter at behandling eller arbeidsrettede tiltak er gjennomført. På oppfølgingstidspunktet skal Arbeids- og velferdsetaten sammen med brukeren vurdere om personen har den ønskede framdriften mot målet om å komme i arbeid. Etaten skal også vurdere om vilkårene for retten til ytelsen fortsatt er oppfylt.⁴⁸⁰

Et medlem i folketrygden som mottar arbeidsavklaringspenger, skal få fastsatt oppfølgingstidspunkter i tråd med folketrygdloven § 11-11. Det skal være minst ett årlig oppfølgingstidspunkt.⁴⁸¹

Uføretrygdete får ikke nødvendigvis arbeidsrettet oppfølging fra Nav. Men personer som mottar uføretrygd og henvender seg til Nav og ønsker bistand til å komme helt eller delvis i arbeid, skal ha en ny vurdering etter Nav-loven § 14 a. Nav skal da vurdere tiltak og oppfølging på lik linje med andre personer som har nedsatt arbeidsevne.

16.5 Krav til sykmelder – sykmelders rolle

I forbindelse med helserelaterte ytelser har leger en portvokterrolle for folketrygden, ved at de skal attestere at arbeidsuførhet skyldes sykdom, skade eller lyte.⁴⁸²

⁴⁷⁹ Folketrygdloven § 8-7 a.

⁴⁸⁰ Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19), § 11-11.

⁴⁸¹ Forskrift om arbeidsavklaringspenger. (2017). *Forskrift om arbeidsavklaringspenger* (FOR-2017-12-13-2100), § 6.

⁴⁸² Forskrift om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for leger.

Leger som skal ha rett til å sykmelde eller dokumentere arbeidsuførhet, må som hovedregel ha gjennomgått obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid. Også manuellterapeuter, kiropraktorer og tannleger har rett til å sykmelde, med visse begrensninger. Men om lag 85 prosent av alle sykmeldinger skrives ut av fastleger.⁴⁸³

Lege skal vurdere hvorvidt det er aktuelt for den sykmeldte å være gradert sykmeldt, og skal i samarbeid med arbeidsgiver og Nav-kontoret delta i oppfølgingen av sykmeldte. Dette omfatter både kontakt med sykmeldte og deltakelse i dialogmøter som enten arbeidsgiver eller Nav-kontoret tar initiativ til.

For å få rett til sykepenges kreves i utgangpunktet personlig oppmøte hos sykmelder for at sykmelder skal kunne vurdere om vilkårene er oppfylt. Stortinget vedtok 11. mai 2023 en lovendring som åpner for at leger i noen tilfeller også skal kunne gi sykmelding ved e-konsultasjon.⁴⁸⁴

17 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å belyse problemstillingene i undersøkelsen har vi gjennomført dokumentanalyser, intervjuer og analyser av statistikk og registerdata. Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse til fastleger. Datainnsamlingen begynte september 2024 og ble avsluttet august 2025.

17.1 Innhenting av registerdata

Vi har hentet inn og analysert registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. I forbindelse med registerdataene har vi hatt møter med relevante fagmiljøer i Arbeids- og velferdsdirektoratet. I møtene har vi drøftet hvilke data som skulle bestilles, behandlingen av dataene, og analysene som er presentert i rapporten.

Registerdata er brukt til å belyse alle problemstillingene.

17.1.1 Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Vi har innhentet data for årene mellom 2015 og 2023 fra Arbeids- og velferdsdirektoratet om personer som oppfyller følgende kriterier:

- Personen må være født mellom 1949 og 2005.
- Personen må ha hatt et arbeidsforhold i Norge på et tidspunkt i perioden 2015–2023.
- Personen må ha vært bosatt i Norge.

I tillegg til kriteriet om fødselsår har vi kun inkludert data fra måneder hvor personen er mellom 18 og 66 år gammel.

Formålet med registerdataene fra Arbeids- og velferdsdirektoratet er blant annet å beskrive hva som kjennetegner personer som faller ut av arbeidslivet, hvilke ytelser de har

⁴⁸³ Prop. 42 L (2022–2023), del 2.1.

⁴⁸⁴ Prop. 42 L (2022–2023), Innst. 283 L (2022–2023).

mottatt, hvilke tiltak de har deltatt på, og om innvilgelsesgraden for arbeidsavklaringspenger varierer mellom Nav-kontorer. Dataene inneholder informasjon om

- bakgrunnen til brukere (blant annet alder, bostedskommune og fødeland)
- ytelser og diagnoser som ligger til grunn for ytelser (inkludert data for alle sykmeldinger)
- tiltak
- arbeidsforhold og lønn

Totalt har vi innhentet registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet om 3,6 millioner personer.

I noen av analysene har vi gjort avgrensninger i populasjonen. Disse er beskrevet i kapittel 17.2 og tilhørende vedlegg.

17.1.2 Registerdata om fastlegeordningen fra Helsedirektoratet

Formålet med analysene av registerdataene om fastlegeordningen fra Helsedirektoratet har vært å belyse sykmeldingspraksisen til sykmelderer og bruken av graderte sykmeldinger. Dette har vi gjort for alle leger som har vært praktiserende på et tidspunkt i løpet av perioden 2015–2023. Dataene inneholder blant annet informasjon om:

- størrelse på legelisten og antallet pasienter på listen
- legens kommunetilhørighet
- legens spesialisering
- legen er fastlønnet eller selvstendig næringsdrivende

Totalt har vi innhentet data om fastleger fra Helsedirektoratet for 7 660 leger.

17.2 Kvantitative analyser

Vi har brukt registerdata hovedsakelig til å analysere (i) frafall fra arbeidslivet over tid, (ii) varighet av sykmeldinger for utvalgte diagnoser sett opp mot anbefalinger i Helsedirektoratets faglige veileder, (iii) variasjon mellom kontorer og over år i behandling av søknader om arbeidsavklaringspenger, og (iv) aktivitet i AAP-løpet.

Alle kvantitative analyser er utført i R (versjon 4.4.2), og dokumentert i R-skript. Seniorforsker Øystein M. Hernæs, ved Frischsenteret, er blitt konsultert i forbindelse med gjennomføringen av de kvantitative analysene.

17.2.1 Utvikling av frafallsindikator

Frafall fra arbeidslivet kan defineres som at personer er utenfor arbeidslivet i en lang periode etter å ha vært i jobb. Faggruppen for IA-avtalen har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utviklet to indikatorer for frafall fra arbeidslivet: en indikator for

frafall etter langtidssykmelding og en indikator for frafall ved tidligpensjonering.⁴⁸⁵ I førstnevnte indikator regnes personer som frafalt om de ikke har arbeidsforhold seks måneder etter ni måneders sammenhengende sykefravær. En fordel ved indikatoren er at når man betinger på langtids sykefravær, luker man ut personer med veldig svak tilknytning til arbeidslivet i utgangspunktet. Men denne betingelsen medfører også at indikatoren ikke fullstendig fanger opp frafallsbegrepet, siden det er mulig å falle fra arbeidslivet uten å ha ni måneders sammenhengende sykefravær – for eksempel ved at man mister jobben. Indikatoren fanger heller ikke godt opp varighetsaspektet ved definisjonen, fordi den måler arbeid på ett bestemt tidspunkt.

Vi har utviklet en ny indikator for å bedre fange opp det brede frafallsbegrepet. Vi tar utgangspunkt i alle som er i arbeid i Norge i et kvartal. For å regnes som *i arbeid* i et kvartal må man ha en inntekt i kvartalet som er større enn en fjerdedel av grunnbeløpet for samme år, eller være sykmeldt i mer enn 30 dager i løpet av det gjeldende kvartalet.⁴⁸⁶ Personer regnes som frafalt fra arbeidslivet hvis de *etter kvartalet med arbeid har tolv sammenhengende kvartaler (tre år) uten arbeid*. Personer med sporadisk tilknytning over lengre tid vil da ikke bli kodet som frafalt, fordi de da ikke vil ha tolv sammenhengende kvartaler uten arbeid.

Vi har satt lønnsterskelen for arbeid noe høyere enn i Navs definisjon for å unngå å inkludere personer som har veldig svak tilknytning til arbeidslivet, som en liten sommerjobb. Samtidig er terskelen lav nok til å inkludere personer med en lavt lønnet jobb i 50 prosent stilling. Arbeidsterskelen er robusthetstestet ved flere nivåer av inntekt og produserer tilsvarende trender i frafallet over tidsperioden.⁴⁸⁷

Tidsrommet for måling av arbeid er satt til ett kvartal. Ulempen med dette er at personer som kun har vært i arbeid i ett kvartal kan bli kodet som frafalt, selv om de aldri har hatt en solid tilknytning til arbeidslivet.⁴⁸⁸ Fordelen er at personer med sporadisk tilknytning til arbeidslivet vil fanges opp i gruppen som er under risiko for å falle fra.

Valg av lønnsterskel og måleperiode innebærer avveininger mellom å inkludere for få og for mange, både når det gjelder hvem som er i arbeid og dermed kan frafalle og hvem som faktisk regnes som frafalt. Vi mener våre valg gir en rimelig balanse.

Undersøkelsesperioden for frafallsindikatoren er 2015 til 2023 (flere avgrensninger i datainnsamlingen er beskrevet i 17.1.1). Dermed kan vi analysere utviklingen i frafall fra arbeidslivet i perioden 2018 – 2023. For eksempel vil fjerde kvartal i 2020 være det siste tidspunktet en person kan være i arbeid for å regnes som frafalt i 2023.

⁴⁸⁵ Faggruppen for IA-avtalen 2024; 2021. Faggruppen ble etablert i 2010 for å styrke oppfølgingen av IA-avtalen. Gruppen er partssammensatt og ledes av en uavhengig fagperson.

⁴⁸⁶ Unntatt hvis du er registrert som sykmeldt uten arbeidsforhold. Grunnen til at vi inkluderer personer som er sykmeldt uten å ha inntekt er at sykepenger utbetalt direkte fra Nav ikke vil registreres som inntekt, og utbetaling av sykepenger krever at du er i, eller nylig har vært i, arbeid.

⁴⁸⁷ Arbeidsterskelen er testet ved en inntektsgrense på 0 G, ¼ G og ½ G i kvartalet.

⁴⁸⁸ Siden vi mangler arbeidsdata før startåret for frafallsanalysen (2015), er det vanskelig å anslå presist andelen av de som faller fra som har bare ett kvartal med arbeidserfaring. Ser vi på de som falt fra i 2023, og som vi har arbeidsdata lengst tilbake for, er det 3,6 prosent som har bare ett kvartal med arbeid før frafallskvartalet i datasettet.

Ved valg av måleperiode (tre år) har vi avveid hensynet om å redusere sjansen for at personer feilaktig blir klassifisert som frafalt, mot hensynet om å kunne undersøke endringer over tid. En lengre måleperiode gir færre feilklassifiseringer, men reduserer også tidsperioden vi kan undersøke endringer over. For å velge en rimelig måleperiode har vi analysert sjansen for å returnere til arbeid over tid etter ett kvartal uten arbeid (se vedlegg 3). Disse analysene viser at litt over halvparten er tilbake i arbeid etter tre år uten arbeid, men etter det er sjansen for å returnere betydelig mindre. Et stort flertall av de som er utenfor arbeidslivet i tre sammenhengende år er utenfor også tre år etter det (se kapittel 10.2.1).

Analysen av frafalte personer er ytterligere avgrenset fra kriteriene som er beskrevet i kapittel 17.1.1. Vi inkluderer kun personer som er mellom 23 og 66 år og som er registrert bosatt i Norge i hele måleperioden på tre år. Det er i tillegg gjort en avgrensning for å fjerne personer som pensjoneres i løpet av denne perioden. Avgrensningene er nærmere forklart i vedlegg 3. Kandidater til frafall og populasjonen for analysen er personer som oppfyller disse kriteriene og er i arbeid i gjeldende kvartal. Den årlige populasjonen beregnes som gjennomsnittet av kvartalstallene for personer i arbeid. Det tilsvarer omtrent to millioner personer per år.

En begrensning ved indikatoren er at vi mangler informasjon om personen er i utdanning. Det kan føre til feilkategorisering hvis en person først er i jobb og deretter begynner å studere uten å jobbe i noe kvartal i minst tre år. Vi forsøker å begrense denne feilkilden ved å ekskludere personer under 23 år. Vi viser også andelen frafalt som mottar ytelser, i tillegg til andelen frafalt samlet, siden vi kan være mer trygge på at de frafalte som mottar ytelser ikke er fulltidsstudenter. Med ytelse mener vi her sykepenges,⁴⁸⁹ arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, dagpenger, sosialhjelp, tiltakspenger og deltakelse i kvalifikasjonsprogram.

17.2.2 Analyser av varighet på sykmeldinger for utvalgte diagnoser

For å analysere varigheten til sykmeldinger opp mot anbefalt varighet fra Helsedirektoratets sykmeldingsveileder⁴⁹⁰, har vi sett på noen av de hyppigste diagnosene⁴⁹¹ blant psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer med tydelige anbefalinger for lengde i veilederen. Dette er diagnosene vi har sett på:

- Psykisk ubalanse (P02)
- Søvnforstyrrelse (P06)
- Angstlidelse (P74)
- Lumbago (korsrygg) (L03)
- Lumbago (rygg uten smerteutstråling) (L84)

⁴⁸⁹ Dette gjelder personer som har hatt minst 30 sykedager i et kvartal.

⁴⁹⁰ Helsedirektoratets sykmelderveileder: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>.

⁴⁹¹ De utvalgte P-diagnosene utgjør til sammen 36 prosent av P-diagnoser i våre data. P76 og P29 utelates selv om de utgjør 27 og 18 prosent av P-diagnosene. For P76 er det i utgangspunktet anbefalt å unngå sykmelding, og det blir dermed problematisk å vise til anbefalt varighet. Anbefalt varighet for P29 generelt er usikker, siden den omfatter to ulike diagnoser. De utvalgte L-diagnosene utgjør til sammen 12 prosent av L-diagnoser i våre data. De hyppigst brukte L-diagnosene, L86 og L92, utelates fordi sykmeldingsveilederen klassifiserer flere forskjellige diagnoser under hver av dem.

For å se på sykmeldingspraksisen blant fastleger har vi begrenset utvalget til kun fastlegemeldte sykmeldinger i perioden 2017–2023. Utvalget blir dermed bestående av omtrent 2,5 millioner sykmeldinger.⁴⁹² Vi har inkludert både fulltids- og deltidssykmeldinger for å gi et mest mulig representativt bilde av sykmeldingspraksisen og unngå skjevheter i lengde på sykmeldingene. Avgrensningene som er beskrevet i kapittel 17.1.1 for populasjonen, gjelder også i denne analysen.

Den anbefalte lengden i veilederen er normalt oppgitt i uker. Vi har tolket dette som en full uke på syv dager for å ta hensyn til helger. Der veilederen kun anbefaler *kortvarig sykmelding*, har vi valgt å definere dette som syv dager. Sammenligningen gjøres for hver enkelt sykmelding og ikke lengden på sammenhengende sykefravær.⁴⁹³

17.2.3 Analyser av variasjon i behandling av AAP-søknader

Vi bruker en regresjonsbasert tilnærming for å undersøke om det er forskjeller i hvor strengt søknader om AAP behandles på tvers av Nav-kontorer og over tid. Den analytiske utfordringen er at variasjon i andelen søknader som avslås, kan skyldes andre forhold enn forskjell i søknadsbehandlingen. Ikke minst kan søkergruppene være ulike; noen kontorer kan for eksempel ha en større andel av søkere med faktisk nedsatt arbeidsevne enn andre kontorer. Det kan også være variasjon i det lokale arbeidsmarkedet som påvirker søkerens mulighet til å komme i jobb. Avslagsraten kan også påvirkes av tilfeldigheter, særlig for kontorer som behandler få søknader.

Vi håndterer disse utfordringene med en tilnærming som ligner den som er brukt i Arbeids- og velferdsdirektoratets nye arbeidsindikator⁴⁹⁴ og i skolebidragsindikatoren for grunnskolen.⁴⁹⁵ I korte trekk bruker vi en regresjonsmodell for å kontrollere for forskjeller i søknadspopulasjonen og det lokale arbeidsmarkedet. Modellens prediksjoner gir en forventet avslagsrate for hvert Nav-kontor. Ved å sammenligne den forventede avslagsraten fra modellen med den faktiske avslagsraten, kan vi finne ut hvor mye av variasjonen mellom kontorene som kan forklares av ulik saksbehandlingspraksis snarere enn forskjeller i søkerpopulasjon og arbeidsmarked. Vi bruker samme tilnærming for å analysere om det er forskjell i søknadsbehandlingen nasjonalt over tid. Metoden beskrives i mer detalj nedenfor.

Populasjon, tidsperiode og utfallsvariabel

Analysen inkluderer bare *nye søknader om AAP* – det vil si at personen ikke kan ha mottatt AAP eller fått innvilget en AAP-søknad det siste året før vedtaket. Fordelen med en slik avgrensning er at vi sammenligner mer ensartede vedtak.⁴⁹⁶

⁴⁹² N = 2 454 586. Analyseperioden begynner i 2017, ettersom sykmeldingsveilederen først ble publisert 11. april 2016.

Dette gir tid til at den nye praksisen kunne etableres før analyseperioden.

⁴⁹³ Dette er et konservativt valg for å kunne ta høyde for at veilederen ofte gir anbefalinger som «*Ved behov for sykmelding etter X uker vurder tilstand og situasjon*» for våre utvalgte diagnoser. Vi tolker det som at hver enkelt sykmelding ikke bør overskride X uker før ny vurdering gjøres, men at det samlede sykefraværet kan være lenger.

⁴⁹⁴ Skjøstad et al. (2025).

⁴⁹⁵ Arnesen et al. (2022).

⁴⁹⁶ Avgrensningen har også fordelen at vi unngår å se på vedtak som bare er mindre korrigeringer eller fornyinger (både av Nav-kontor og av NAY). Hvis det er registrert to vedtak om nedsatt arbeidsevne (§11-5) og de har ulikt utfall, beholdes det som er innvilget.

Søknadspopulasjonen er også avgrenset til søknader fra 2017 til og med 2023⁴⁹⁷ for personer som har hatt et arbeidsforhold i Norge på et tidspunkt i perioden 2015 - 2023, som er populasjonsavgrensningen for undersøkelsen generelt.

Det er trolig en relativt liten andel av søkerne som ekskluderes av kriteriet om arbeidserfaring i perioden, ettersom omtrent fire av fem nye AAP-mottakere har tidligere arbeidserfaring.⁴⁹⁸ Avgrensningen i dataene våre har trolig ikke betydning for beregningen av variasjon i vedtakspraksis på tvers av Nav-kontorer og over år, siden avgrensningen er lik på tvers av kontorer og år. Men avgrensningen kan ha betydning for den gjennomsnittlige avslagsraten, siden personer uten arbeidserfaring i snitt har høyere sjanse for avslag på AAP-søknad enn personer med arbeidserfaring.⁴⁹⁹ Avslagsraten i våre data generelt er derfor trolig noe lavere enn i den fullstendige populasjonen.

I analysen av variasjon på tvers av Nav-kontorer ser vi på utfallet i vedtak om nedsatt arbeidsevne etter folketrygdloven § 11-5, som gjøres lokalt. I analysen av variasjon på tvers av år nasjonalt ser vi både på de lokale vedtakene om nedsatt arbeidsevne og på de endelige vedtakene til Nav arbeid- og ytelser (NAY) basert på vurdering av om øvrige vilkår er innfridd. Søknader kategoriseres som avslått hvis de får avslag lokalt eller av NAY, og som innvilget hvis de blir innvilget både lokalt og av NAY.⁵⁰⁰

Kontrollvariabler

Vi ønsker å kontrollere for variabler som plausibelt kan påvirke om personen oppfyller vilkårene om nedsatt arbeidsevne. Ifølge folketrygdloven § 11-5 skal vurderingen av nedsatt arbeidsevne blant annet legge vekt på helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter på steder der det er rimelig at medlemmet tar arbeid. Vi inkluderer flere indikatorer på helse (inkludert antall sykedager⁵⁰¹ siste to årene, somatisk primærdiagnose, og tidligere registrert nedsatt arbeidsevne), og flere indikatorer for å fange opp kompetanse og yrkesbakgrunn (arbeidserfaring, lønnsnivå og næringsgruppe). Vi mangler data om utdanning (i likhet med Arbeids- og

⁴⁹⁷ Tidsperioden for analysen av variasjon over år ender i oktober 2023, siden vi i mange tilfeller mangler data for NAY-vedtak som etterfølger positive § 11-5-vedtak etter dette.

⁴⁹⁸ Hetland, Hetland og Normann 2022, s. 17. Noen personer i våre data vil heller ikke ha arbeidserfaring før de søkte om AAP, men få slik erfaring i årene etter (frem til 2023). Avgrensningen i data ser ikke ut til å medføre betydelig skjevhet i utvalget over år – omtrent like stor andel av søkerne i 2017 hadde arbeidserfaring fra de siste to årene som i 2023 (henholdsvis 16,4 og 16,8 prosent).

⁴⁹⁹ I våre data er avslagsraten betydelig (9 prosentpoeng) høyere for personer uten lønnsarbeid i de to årene før søknadstidspunktet enn for personer med lønnsarbeid.

⁵⁰⁰ Vi inkluderer bare NAY-vedtak som kan kobles til et tidligere positivt lokalt vedtak på saksnummer. Positive lokale vedtak som mangler etterfølgende NAY-vedtak med likt saksnummer ekskluderes også i denne analysen. Det omfatter 2,3 prosent av alle lokale vedtak. Dette medfører trolig en liten overestimering av avslagsraten generelt, siden 97 prosent av positive lokale vedtak også får et positivt NAY-vedtak.

⁵⁰¹ Lande (2021) kontrollerer for mottak av sykepenges i en enklere regresjonsmodell for innvilgelse av AAP. I vår analyse kontrollerer vi for antall sykedager, siden det trolig er en minst like god indikator på helsetilstand. De aller fleste sykemeldte mottar også sykepenges. En kan derfor forvente at de to variablene korrelerer sterkt, noe som gjør det lite sannsynlig at det å kontrollere for sykepenges ville endret resultatene merkbart. Modellen vår inkluderer også antall måneder i arbeid siste to år, som i noen grad vil fange opp om personen har rett på sykepenges. For å teste robustheten har vi utført en ekstra regresjon der vi inkluderer en dummy-variabel som indikerer om den månedlige gjennomsnittslønnen i undersøkelsesperioden tilsvarer minst halvparten av folketrygdens grunnbeløp, hvilket tilsvarer inntektskravet for sykepenges. Vi legger også inn en interaksjonsvariabel mellom denne dummyen og antall sykedager for å fange opp faktisk mottak av sykepenges. Resultatene viser at dummy-variabelen har en positiv og signifikant koeffisient ($\beta = 0,13$, $p < 0,01$), mens interaksjonsleddet er ikke-signifikant ($\beta = -0,0003$, $p = 0,32$). Prediksjonene fra modellen er nesten uendret (korrelasjon $r > 0,99$ både på vedtaks- og kontornivå). Disse funnene indikerer at resultatene våre holder uavhengig av om sykepenges inkluderes som kontrollvariabel.

velferdsdirektoratet), men utdanning korrelerer med flere av indikatorene vi inkluderer, som lønnsnivå, arbeidserfaring, alder og innsatsgruppe, og vil derfor i noen grad fanges opp av disse. I tillegg til variablene på individnivå, inkluderer vi en variabel om arbeidsledigheten i personens bo- og arbeidsmarkedsregion i vedtaksmåned, siden det kan fange opp lokale arbeidsmuligheter.⁵⁰² Vi inkluderer ikke andre variabler på kommunenivå, som befolkningsstørrelse, siden slike variabler ikke er direkte forbundet med vilkårene om nedsatt arbeidsevne, og de kan tenkes å fange opp eventuell variasjon i praksis mellom Nav-kontorer som vi ønsker å identifisere.

For kontinuerlige variabler, som alder og lønn, inkluderer vi også et andregradsledd for å fange opp eventuelle kurvelineære effekter.⁵⁰³ Modellen inneholder til sammen 62 forklaringsvariabler.⁵⁰⁴

De følgende variablene (utenom kvadrerte variabler) inngår i regresjonsmodellen for analysen av forskjeller mellom kontorer.⁵⁰⁵

- | | |
|---|---|
| • Alder | • Lønnsnivå (gj.snitt siste 2 år) |
| • Arbeidsledighet (i bo- og arbeidsmarkedsregion) | • Nedsatt arbeidsevne (fra tidligere vurdering av arbeidsmarkedsstatus) |
| • Arbeidsrettet bistand (ant. md. siste 2 år) | • Norsk statsborgerskap |
| • Arbeidstimer (månedlig gj.snitt siste 2 år) | • Næringsgruppe (siste arbeidsforhold) |
| • Barn (antall under 18 år) | • Primærdiagnose (depressiv lidelse, annen psykisk, somatisk) |
| • Dagpenger (ant. md. siste 2 år) | • Sivilstatus |
| • Føderregion | • Sosialhjelp (ant. md. siste 2 år) |
| • Innsatsgruppe (ved tidligere arbeidsrettet bistand) | • Sykedager (siste 2 år) |
| • Kjønn | • Sykmelding gradert (siste 2 år) |
| • Kvalifiseringsstønad (dummy, siste 2 år) | • Tiltakspenger (dummy, siste 2 år) |
| • Lønnsarbeid (ant. md. siste 2 år) | • År |

Tabell 10 i vedlegg 4 inneholder en mer detaljert oversikt over datakilden for hver variabel og hvordan variablene operasjonaliseres. Deskriptiv statistikk for alle variablene finnes i tabell 11 i vedlegget.

Når vi analyserer variasjon over år på nasjonalt nivå bruker vi samme modell for å predikere forventet avslagsrate, med unntak av at år-dummies ekskluderes, siden vi ikke ønsker å kontrollere bort eventuell variasjon mellom år.

⁵⁰² Vi kobler andelen arbeidsledige per kommune og måned fra Navs nettsider med Transportøkonomisk institutts liste over 159 bo- og arbeidsmarkedsregioner, oppdatert i 2020. For individ-måneder som mangler kommuneinformasjon bruker vi landsgjennomsnittet for arbeidsledighet til å fylle inn manglende observasjoner.

⁵⁰³ Det kan for eksempel tenkes at å gå ut makstiden for sykepenger kan gi sterkere økonomiske incentiver til å søke AAP, og at sjansen for avslag derfor ikke stiger lineært med lengden på sykefraværet. Et alternativ til andregradsledd kunne vært å omkode disse variablene til flere dummy-variabler. Vi testet en modell med 5-10 dummies for hver kontinuerlige variabel, og fant at den gav lik prediksjonskraft som den valgte modellen, målt ved AUC. Vi velger å ikke bruke dummy-omkoding, siden det gjør modellen betydelig større.

⁵⁰⁴ Det mangler verdier for en eller flere variabler for 0,2 prosent av observasjonene. Disse ekskluderes fra analysen.

⁵⁰⁵ Kategoriske variabler, som føderregion og innsatsgruppe, er representert ved dummy-variabler. Se tabell 10.

Estimering av forventet og faktisk avslagsandel

Vi bruker en logistisk regresjonsmodell for å estimere koeffisienter og predikere hver søknads sannsynlighet for avslag. Dette er et vanlig valg for binære avhengige variabler, siden man da unngår å få predikerte sannsynligheter under 0 eller over 1, som man kan få med vanlig lineær regresjon.⁵⁰⁶

Den forventede andelen avslag for hvert kontor, gitt karakteristikker ved søkerne og regional arbeidsledighet, finner vi ved å ta gjennomsnittet av modellens predikerte sannsynligheter for avslag per søknad. Så sammenligner vi denne andelen med den faktiske avslagsandelen blant kontorets vedtak. Differansen mellom disse to gir da en indikasjon på forskjell i utfall som skyldes ulik saksbehandlingspraksis, eller strenghet, ved kontorene.

I regresjonsanalysen inkluderer vi alle nye AAP-søknader, også for kontorer som har behandlet få søknader. Når vi deretter sammenligner kontorer ekskluderer vi kontorer som har behandlet under 50 søknader, siden estimatene er veldig usikre for disse.

I analysen av variasjon over tid nasjonalt bruker vi samme tilnærming, unntatt at regresjonsmodellen estimeres bare for 2017, og ikke for hele tidsperioden. Det gjør vi for å få et klart referansepunkt (2017), som gjøre det enklere å tolke resultatene. Det blir da noe mindre data å estimere modellen på, men siden vi fortsatt har mange observasjoner ($n = 44\,403$), er det ikke et betydelig problem.⁵⁰⁷ Denne analysen gjøres samlet på data for alle kontorer, og kontor er ikke med som variabel i regresjonsmodellen. Analysen er derfor ikke sensitiv for antall søknader per kontor.

Vi har også testet en alternativ tilnærming, der regresjonsmodellen estimeres for alle år og de aggregerte estimatene deretter justeres for å kunne sammenlignes med 2017. Det gir i hovedsak like resultater. For alle år har avviket mellom faktisk og forventet avslagsrate samme fortegn som med hovedmodellen, og for alle år unntatt 2019 er avviket signifikant forskjellig fra 0. Resultatene finnes i tabell 14 i vedlegg 4.⁵⁰⁸

Både den forventede og den faktiske avslagsraten er forbundet med noe usikkerhet. Grunnen til at vi behandler den faktiske avslagsandelen som usikker er at vi har en begrenset tidsperiode, og særlig for små kontorer kan tilfeldigheter påvirke hvilke saker som er med i datasettet. Vi bruker *bootstrapping* til å estimere usikkerhet rundt begge andelenes. Bootstrapping er godt egnet her, siden metoden er robust også for små utvalg (noen kontorer har få observasjoner) og ikke forutsetter normalfordeling. Med bootstrapping estimerer man usikkerheten rundt en parameter ved å trekke nye utvalg med tilbakelegging fra datasettet. For hvert bootstrap-utvalg beregner man parameterne

⁵⁰⁶ Vi har testet OLS, og den gir noen negative prediksjoner og marginalt dårligere prediksjon ($AUC = 0,70$). Vi har også testet en lasso-logistisk modell. Den legger et straffeledd til i regresjonen, som gjør at koeffisienter som bidrar lite eller ingenting til prediksjonen kan reduseres ned til null. Lasso gir samme prediksjonskraft ($AUC = 0,71$), men tar mye lengre tid å beregne enn en vanlig logistisk modell. Vi velger derfor ikke å bruke den. Den forventede avslagsandelen for kontorene blir veldig lik for alle de tre estimeringsmetodene (Pearson's $r > 0,995$).

⁵⁰⁷ En annen tenkelig ulempe er at regional arbeidsledighet varierer mindre innenfor 2017 enn for hele tidsperioden. Men arbeidsledighet-koeffisienten har samme fortegn og er større når den estimeres bare for 2017.

⁵⁰⁸ Den største forskjellen er i estimatet for 2020, der forskjellen fra 2017 blir mindre med den alternative tilnærmingen. Forskjellen blir på den andre siden litt større for 2022 og 2023.

man er interessert i. Resultatene for hvert bootstrap-utvalg gir da en fordeling som man kan lage konfidensintervaller fra, uten å forutsette noe om den underliggende fordelingen. Vi beregner konfidensintervaller rundt kontorenes faktiske og forventede avslagsrate, og rundt differansen mellom de to.

Mer konkret følger vi disse stegene i analysene på kontornivå:

1. *bootstrap-utvalg stratifisert etter Nav-kontor.* For hvert kontor trekkes like mange vedtak som kontoret har i hele datasettet, med tilbakelegging.⁵⁰⁹ Det innebærer at noen vedtak kanskje trekkes flere ganger, mens andre kanskje ikke trekkes. Hvert utvalg blir dermed noe forskjellig;
2. *logistisk regresjon.* For hvert bootstrap-utvalg tilpasses en logistisk regresjonsmodell, som beskrevet ovenfor. Siden bootstrap-utvalgene er forskjellige, vil koeffisientene – som sier hvordan den avhengige variabelen forventes å endre seg når forklaringsvariabelen øker med en enhet – kunne variere noe for hver kjøring;
3. *prediksjoner:* Vi anvender den estimerte regresjonsmodellen på hele datasettet for å trekke ut en predikert sannsynlighet for avslag for hver individuelle søknad. Sannsynligheten for avslag beregnes da ved å kombinere de estimerte koeffisientene og individets verdi på hver variabel;
4. *beregne parameterne på kontornivå:* Den forventede avslagsraten per kontor finner vi så ved å ta gjennomsnittet av de predikerte sannsynlighetene for kontorets vedtak. Den faktiske avslagsraten kalkuleres ved å ta andelen avslag per kontor. Forskjellen kalkuleres ved å trekke den forventede raten fra den faktiske;
5. *repetere 1,000 ganger:* Steg 1–4 gjennomføres 1000 ganger, slik at vi får 1000 estimater for alle parameterne per kontor;
6. *konfidensintervaller:* Til slutt konstruerer vi 95 % konfidensintervaller rundt faktisk rate, forventet rate, og differansen mellom faktisk og forventet rate ved å ta persentilene 2,5 og 97,5 i fordelingen for de 1000 bootstrap-estimatene.

Analysen av variasjon over år på nasjonalt nivå bruker samme framgangsmåte, med unntak av at bootstrap-utvalgene bare trekkes for 2017 (uten stratifisering), og at parameterne estimeres for hvert år i stedet for hvert kontor.

Konfidensintervallene fanger opp usikkerhet knyttet til utvalgsstørrelse og antall variabler i modellen. En annen, og trolig større, usikkerhet handler om regresjonsmodellen er riktig spesifisert. Det største spørsmålet er om modellen fanger opp alle relevante forskjeller i søknadsmassen mellom kontorene. Selv om modellen er basert på et stort, solid datagrunnlag og mange variabler er det mulig at modellens prediksjoner har noe systematisk skjevhet. Slik modellusikkerhet er vanskelig eller umulig å estimere fra dataene, og man kan heller ikke vite hvilken type skjevhet eventuelle feil ved modellen vil gi. Resultatene bør derfor tolkes med varsomhet, og man bør ha i mente at usikkerheten er større enn konfidensintervallene indikerer.

⁵⁰⁹ Ved å stratifisere etter Nav-kontor sikrer vi at også Nav-kontorer med få vedtak i datasettet får estimater for hvert bootstrap-utvalg.

17.2.4 Analyser av aktivitet i AAP-løpet og ventetid på tiltak

Vi belyser aktivitet i AAP-løpet ved å kalkulere *andelen som har vært i arbeid og/eller deltatt i arbeidsmarkedstiltak i løpet av det første året på AAP*, fordelt på antall måneder i aktivitet. Populasjonen er avgrenset til personer som begynte på AAP tidligst i februar 2015, slik at kun personer som begynte AAP-løpet mellom 2015 og 2023 inngår. Videre har vi begrenset utvalget til personer som har minst tolv sammenhengende måneder på AAP, slik at vi kan måle aktivitet i hele det første året.

For at en person skal regnes som i aktivitet i en måned, må personen enten være registrert i et tiltak⁵¹⁰ eller ha hatt arbeidsinntekt. Arbeid er i denne analysen definert som registrert lønn over 1 000 kroner i måneden. Terskelen er satt lavt for å fange opp personer som faktisk prøver seg i arbeid eller aktivitet. Resultatet av denne analysen blir framstilt i figur 30 i avsnitt 13.4.3.

I tillegg beregner vi *gjennomsnittlig ventetid for tiltak* for personer som har mottatt AAP i tolv måneder eller mer, og som ikke har arbeidet i AAP-løpet. Vi avgrenser også til personer som startet AAP-løpet før 2020 for å redusere utfordringer med høyresensurering av personer som ikke har fått tiltak innen slutten av tidsserien (desember 2023). Med avgrensningen blir 1,6 prosent høyresensurert av denne grunnen. I tillegg ender 29,6 prosent av AAP-episodene uten at personen har mottatt tiltak. I begge tilfeller av høyresensurering settes ventetiden lik tiden fra starten av AAP-perioden til sensureringstidspunktet. Det medfører at den totale varigheten blir underestimert, men i mindre grad enn om observasjonene ekskluderes.

Som et alternativt mål på ventetid for tiltak estimerer vi begrenset gjennomsnittlig overlevelsestid (RMST). Vi setter tidshorisonten (τ) til 5 års ventetid, siden det som hovedregel er maksimal varighet av AAP. Ved 5 års ventetid er det 1,2 prosent igjen av utvalget (449 personer). Resultatet er ikke veldig sensitivt til tidshorisont: om τ endres fra 5 til 4 år går RMST fra 23 måneder til 21 måneder. Vi rapporterer primært aritmetisk gjennomsnitt, da dette er et mer kjent og lett forståelig mål, men viser også RMST siden det håndterer høyresensurering bedre.

17.3 Statistikk

For å belyse utviklingen i antall personer som mottar helserelaterte ytelser i Norge har vi brukt statistikk fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk Sentralbyrå.

Statistikken fra Arbeids- og velferdsdirektoratet er blant annet brukt for å belyse utvikling i legemeldt sykefravær, og utvikling i arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. I tillegg har vi brukt Arbeids- og velferdsdirektoratets statistikk for å belyse kjennetegnene til personer som mottar helserelaterte ytelser. Statistisk sentralbyrå har statistikk som legger arbeidskraftsundersøkelsen til grunn, og som også inneholder informasjon om det egenmeldte sykefraværet.

⁵¹⁰ Vi koder mottak av tiltak basert på om personen er registrert som «Arbeidssøkere på tiltak», «Nedsatt arbeidsevne, på tiltak» eller «Andre på tiltak».

17.3.1 Internasjonal statistikk

Vi har innhentet statistikk fra flere aktører for å belyse utviklingen i Norge i en internasjonal sammenheng:

- Statistisk Sentralbyrå
- Danmarks Statistik
- Försäkringskassan
- OECD

For å belyse utviklingen i sykefravær i en internasjonal sammenheng, har vi brukt SSBs statistikk om arbeidskraftsundersøkelsen for Norge, Danmark, Sverige og Nederland. I tillegg har vi brukt statistikk fra Försäkringskassan og Danmarks Statistik for å belyse hvordan antallet og andelen personer som mottar helserelaterte ytelser, har utviklet seg over tid.

Vi har brukt statistikk fra OECD for å belyse utviklingen i sysselsettingsandelen, utgifter til helserelaterte ytelser og sosiale utgifter.

17.4 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse har vært en sentral metode i arbeidet med alle problemstillingene. Formålet med dokumentanalysene var å få informasjon om Arbeids- og velferdsetatens arbeid med å forhindre frafallet fra arbeidslivet. Dokumentanalyse er brukt til å belyse alle problemstillingene.

Vi har analysert ulike typer dokumenter, blant annet

- lover, forskrifter, dommer (fra Høyesterett og Trygderetten)
- lov- og budsjettproposisjoner, stortingsmeldinger og innstillinger
- offentlige utredninger (NOU-er) og rapporter fra ekspertutvalg

I tillegg har vi analysert en rekke dokumenter som gjelder Arbeids- og velferdsdirektoratets arbeid, som tildelingsbrev, mål- og disponeringsbrev, årsrapporter og andre rapporter som kvalitetsrapporter fra Nav klageinstans. Videre har vi analysert interne rutiner, retningslinjer, evalueringer og veiledninger. Analysene har også omfattet dokumenter utgitt av Helsedirektoratet, for eksempel den nasjonale sykmelderveilederen.

Som en del av revisjonen har vi også lest relevante forskningsartikler og rapporter for å få innsikt i den forskningsbaserte kunnskapen som finnes på området.

17.4.1 Internasjonale dokumenter

Dokumentanalyse er også en sentral metode for å belyse innretningen på norske helserelaterte og sosiale ytelser i en internasjonal sammenheng. Dokumentanalysen av de internasjonale dokumentene er brukt til å belyse problemstilling 2.

I den forbindelse har vi analysert dokumenter fra

- Arbetsförmedlingen og Försäkringskassan i Sverige
- Borger.dk og Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering i Danmark
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering (UWV) i Nederland
- OECD

Vi har også analysert publikasjoner som har analysert norske ytelser i et internasjonalt perspektiv.

17.5 Spørreundersøkelser

17.5.1 Spørreundersøkelse til fastleger

Når en person søker om helserelaterte ytelser, er det ofte fastlegen deres som dokumenterer arbeidsuførhet. Som en del av revisjonen belyser vi hvordan fastleger erfarer og utøver denne oppgaven, som gjerne omtales som å ha en portvokterrolle for folketrygden. For å få bedre innsikt i hvilke erfaringer fastleger har med å vurdere og dokumentere pasienters arbeidsuførhet, sendte vi ut en spørreundersøkelse til 1 535 fastleger. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om blant annet sykmeldingsarbeid og oppgaver knyttet til å vurdere pasienters arbeidsevne. Flere av spørsmålene ble utformet på bakgrunn av funn fra kvalitative studier av fastlegenes portvokterrolle overfor folketrygden.

Vi sendte først ut epost til fastlegekontorene, og ba om epostadresser til fastlegene. Etter dette hadde vi 1 535 epostadresser til fastleger. Per april 2025 var det totalt 5 594 fastleger i Norge.⁵¹¹

Undersøkelsen ble sendt ut via Questback i februar 2025. 388 respondenter svarte på undersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 25 prosent. 99 prosent av respondentene jobbet med sykmeldinger og/eller søknader om arbeidsavklaringspenger og uføretrygd på vegne av pasienter i sin praksis.

Respondentene som svarte på undersøkelsen, er representative for populasjonen når det gjelder hvor mange pasienter de har på sin liste og hvordan de fordeler seg mellom fastlønnede og privatpraktiserende. Respondentene hadde i gjennomsnitt 1 030 pasienter på listen sin, noe som er omtrent på nivå med gjennomsnittet nasjonalt i 2023.⁵¹² Videre var 20 prosent av respondentene fastlønnet, 75 prosent var privatpraktiserende og resten en kombinasjon. Dette er også på et ganske likt nivå med nasjonale tall, hvor 21 prosent av fastlegene i 2024 var fastlønnet og 79 prosent næringsdrivende.⁵¹³ Også når det gjelder størrelsen på kommunen legene jobber i, er respondentene representative.⁵¹⁴

⁵¹¹ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

⁵¹² [Listelengden reduseres i de fleste kategorier av leger og i by og land - Helsedirektoratet](#)

⁵¹³ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

⁵¹⁴ Helsedirektoratet (2023), s. 115.

77 prosent av respondentene oppga at de er godkjent spesialist i allmennmedisin. Dette er en høyere andel enn nasjonalt, hvor 63,3 prosent av fastlegene i 2023 var spesialist i allmennmedisin.⁵¹⁵ Derfor kan det være en skjevhet i hvem som har besvart undersøkelsen, knyttet til respondentenes kompetanse i og interesse for trygdemedisinske spørsmål.

17.5.2 Spørreundersøkelse fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Vi har brukt data fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet i november 2022. Spørreundersøkelsen inneholdt blant annet spørsmål om

- hvor mange brukere hver veileder har ansvar for å følge opp
- hvilken kapasitet og hvilke ressurser der har til å utføre arbeidsoppgaver
- hvilken kjennskap der har til tiltak og virkemidler som er relevant for brukere
- hvor god tilgang det er til relevante tiltaksplasser

Spørreundersøkelsen ble sendt til 13 735 ansatte ved Nav-kontorer. Av disse svarte 5 575 på undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 41. Vi har utelatt respondenter som kun jobber med kommunale oppgaver, ledere og dem som ikke jobber med oppfølging av brukere.

I analysene har vi kun beholdt saksbehandlere som svarer at de har mer enn halvparten av brukere som mottar arbeidsavklaringspenger. Analyser av spørreundersøkelsen er kun brukt til å belyse veilederes praksis og kunnskap i forbindelse med oppfølging og tiltak til brukere på AAP. Det resulterer i 819 respondenter fordelt på 196 Nav-kontorer.

Spørreundersøkelsen er brukt for å belyse problemstilling 5.

17.6 Intervjuer

Vi har intervjuet tre lokale Nav-kontorer, og to enheter i Nav arbeid og ytelser. Ledere for enhetene, fagansvarlige og/eller veiledere deltok i intervjuene. Formålet med intervjuene var å få informasjon om Arbeids- og velferdsetatens vedtaksprosesser og individuelle oppfølging av brukere på helserelaterte ytelser. Videre var formålet å få bedre innsikt i ulike utfordringer i etatens arbeid for et inkluderende arbeidsliv.

For å få brukerperspektiver har vi også intervjuet Revmatikerforbundet og Mental Helse, to organisasjoner som jobber for et inkluderende arbeidsliv, og har medlemmer som mottar helserelaterte ytelser.

I tillegg har vi intervjuet Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Formålet med å intervju departementet og direktoratet var å få informasjon om hva de gjør for å få flere i arbeid og færre på helserelaterte ytelser. Alle referatene fra intervjuene har blitt verifiserte. Intervjuene blir brukt til å belyse problemstilling 3, 4 og 5.

⁵¹⁵ [Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin - Helsedirektoratet](#) (sist endret 22.05.2024).

18 Referanseliste

Lover

- Nav-loven (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20>

Forskrifter

- Forskrift om arbeidsavklaringspenger (2017). *Forskrift om arbeidsavklaringspenger* (FOR-2017-12-13-2100). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-12-13-2100>
- Forskrift om arbeidsmarkedstiltak (Tiltaksforskriften) (2015). *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak* (FOR-2015-12-11-1598). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-12-11-1598>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for leger (2012). *Forskrift om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for leger* (FOR-2012-12-07-1147). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-12-07-1147>
- Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi (2023). *Forskrift om oppfølgingstiltak i Arbeids- og velferdsetatens egenregi* (FOR-2023-06-20-1073). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2023-06-20-1073>
- Forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring. (2005). *Forskrift om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring* (FOR-2005-12-21-1668). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2005-12-21-1668>

Dommer

- Borgarting lagmannsrett (2018). Borgarting lagmannsrett - Dom - LB-2018-29837. Lovdata.
- Borgarting lagmannsrett (2023), [Borgarting lagmannsrett - Dom - LB-2022-118666](#)
- Norges Høyesterett (2018). Dom HR-2018-2344-A. Lovdata. [Norges Høyesterett - Dom: HR-2018-2344-A - Lovdata](#)
- Norges Høyesterett (2019). Dom: HR-2019-2336-A. Lovdata. [Norges Høyesterett - Dom: HR-2019-2336-A - Lovdata](#)
- Norges Høyesterett (2022). Dom. HR-2022-390-A. Lovdata. [hr-2022-390-a.pdf](#)
- Trygderetten (1993). Dom. TRR-1993-2922. Lovdata. [Trygderetten - Kjennelse.: TRR-1994-21 \(1994 158\) - TRR-1993-2922 - Lovdata](#)

- Trygderetten (2024). Dom. TRR-2024-433. Lovdata. [Trygderetten - Kjennelse: TRR-2024-433 - Lovdata](#)

Stortingsdokumenter

Innstillinger

- Innst. S. nr. 11 (1992–1993). Innstilling fra sosialkomiteen om trygdeoppgjøret 1992. Sosialkomiteen.
- Innst. O. nr. 71 (1992–1993). Innstilling fra sosialkomiteen om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd. Sosialkomiteen. [Stortinget](#)
- Innst. O. nr. 55 (2005–2006). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven). Arbeids- og sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2005-2006/inno-200506-055/?lvl=0>
- Innst. O. nr. 28 (2008–2009). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner). Arbeids- og sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2008-2009/inno-200809-028/?lvl=0>
- Innst. 80 L (2011–2012). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om endringer i folketrygdloven (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre). Arbeids- og sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2011-2012/inns-201112-080/?lvl=0>
- Innst. 208 L (2014–2015). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (midlertidig ansettelse mv.). Arbeids- og sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/Inns-201415-208/>
- Innst. 390 L (2016–2017). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om endringer i folketrygdloven mv. (arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønader). Arbeids- og sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-390/?all=true>
- Innst. 15 S (2021–2022). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2022, kapitler under Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet (rammeområde 7). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-015s/?all=true>

- Innst. 449 L (2021–2022). Innstilling fra finanskomiteen om Endringer i skatte-, avgifts- og tollovgivinga m.m. og folketrygdloven (arbeidsavklaringspenger m.m.)
Finanskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-449I/?all=true>
- Innst. 283 L (2022–2023). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i folketrygdloven (adgang til å sykmelde etter e-konsultasjon). Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2022-2023/inns-202223-283I/?all=true>
- Innst. 15 S (2023–2024). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Energidepartementet (rammeområde 7).
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-015s/?all=true>
- Innst. 150 S (2024–2025). Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd. [Innst. 150 S \(2024-2025\) - stortinget.no](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-150S/?all=true)

Proposisjoner

- Ot.prp. nr. 39 (1992–1993). Om lov om endringer i lov 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd. Sosialdepartementet.
- Ot.prp. nr. 42 (1994–1995) Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon). Sosialdepartementet.
- Ot.prp.nr. 29 (1995-96). [Om ny lov om folketrygd \(folketrygdloven\)](#). Sosial- og helsedepartementet Ot prp nr 29 (1995–96). [Stortinget](#)
- Ot.prp. nr. 47 (2005–2006). Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven). Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-47-2005-2006-/id187143/>
- Ot.prp. nr. 4 (2008–2009). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner). Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-4-2008-2009-/id531652/>
- Prop. 130 L (2010–2011). Endringer i folketrygdloven (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre). Arbeidsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-130-l-2010--2011/id644804/>
- Prop. 39 L (2014–2015). Endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (adgang til midlertidig ansettelse mv. og vilkår om aktivitet for stønad til livsopphold). Arbeids- og sosialdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-39-L-20142015/id2342898/>

- Prop. 74 L (2016–2017). Endringer i folketrygdloven mv. (arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønader til arbeidsrettede tiltak mv.). Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-74-l-20162017/id2546419/>
- Prop. 135 L (2019–2020). Endringer i arbeids- og velferdsforvaltningsloven, sosialtjenesteloven, lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (behandling av personopplysninger). Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-135-l-20192020/id2714572/>
- Prop. 114 LS (2021–2022). Endringer i skatte-, avgifts- og tollovgivinga m.m. og folketrygdloven (arbeidsavklaringspenger m.m.). Finansdepartementet. [Prop. 114 LS \(2021–2022\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-114-ls-2021-2022/id2714572/)
- Prop. 42 L (2022–2023). Endringer i folketrygdloven (adgang til å sykmelde etter e-konsultasjon). Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-42-l-20222023/id2961772/>
- Prop. 1 S (2023–2024). For budsjettåret 2024 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. [Prop. 1 S \(2023–2024\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-2023-2024/id3049290/)
- Prop 146 (2024–2025). Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025. [Prop 146 S \(2024–2025\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-146-s-2024-2025/id3052167/)

Meldinger

- St.meld.nr. 39 (1991–1992). *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon*. Sosial- og helsedepartementet. [Stortinget](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=3&wid=c&psid=DIVL443).
- St.meld.nr. 35 (1994–1995). *Velferdsmeldingen*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=3&wid=c&psid=DIVL443>
- Meld. St. 31 (2023–2024). *Perspektivmeldingen 2024*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/>
- Meld. St. 33 (2023–2024). *En forsterket arbeidslinje – flere i jobb og færre på trygd*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20232024/id3052167/>

Lovvedtak

- Lovvedtak 114 (2016–2017).
- Lovvedtak 108 (2021–2022).

Stortingsvedtak

- Vedtak 612 [Sak - stortinget.no](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=3&wid=c&psid=DIVL443)

Offentlige utredninger

- NOU 1990: 23. (1990). *Sykelønnsordningen*. Sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154739-nou1990-23.pdf>
- NOU 2019: 7. (2019). *Arbeid og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-7/id2637967/>
- NOU 2021: 2. (2021). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-2/id2832582/>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsministerens kontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>

Riksrevisjonsrapporter

- Riksrevisjonen (2018a). *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeidsmarkedstiltak rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne* (Dokument 3:4, 2017–2018). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/arbeidsmarkedstiltak.pdf>
- Riksrevisjonen (2018b). *Revisjonsrapport for 2017 om utførereformen*. Del av dokument 1 (2018–2019). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/revisjonsrapport2017ufoerereformen.pdf>
- Riksrevisjonen (2020). *Undersøkelse av Navs forvaltning av tilskudd til arbeidsmarkedstiltak*. Del av dokument 1 (2020–2021). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/Undersokelse-av-Navs-forvaltning-av-tilskudd-til-arbeidsmarkedstiltak>
- Riksrevisjonen (2024a). *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*. Dokument 3:12 (2023–2024). Riksrevisjonen. [Dokument 3:12 \(2023–2024\)](#)
- Riksrevisjonen (2024b). *Arbeidsretta bistand fra styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet*. Dokument 3:17, 2023–2024. Riksrevisjonen. [Dokument 3:17 \(2023–2024\)](#)

Styringsdokumenter

(Årsrapporter, tildelingsbrev)

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2016b). *Årsrapport 2015 for Arbeids- og velferdsdirektoratet*. NAV. <https://www.nav.no/ /en/attachment/inline/92050be3-ed7d-40a1-a645-84c8795ccc6d:05c66b2bece2bd88b81e813ea3d21d4693e49294/arsrapport-2015-for-arbeids-og-velferdsdirektoratet.pdf>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2023). *Mål- og disponeringsbrev 2023 til NAV fylke/region*. <https://www.ks.no/contentassets/eb3b47c0ab0a48b1a19e6094551ba19e/Vedlegg-Mal-og-disponeringsbrev-2023-til-fylkene.pdf>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025d) *Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2025*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/954d78080cab4585a4b15c8b67ab113b/1.combinepdf.pdf>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b). *Årsrapport 2024 for Arbeids- og velferdsdirektoratet*. NAV. <https://www.nav.no/ /en/attachment/inline/e89e93e3-3056-47ce-b374-de424818be8a:15067f1398be3d3be4129e606c7d69641c9e3274/%C3%85rsrapport%202024%20NAV.pdf>

Strategier, handlingsplaner, veiledere, nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og råd, og rundskriv

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025a). *Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025–2028*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/aid/bilder/nyhetsbilder/2025/signering-av-ny-ia-avtale-2025/avtale-om-reduert-sykefravar-og-frafall-fra-arbeidslivet-endelig.pdf>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). *Rundskriv til folketrygdloven kapittel 8 – Sykepengen* (R08-00). [Rundskriv til ftrl kap 8 – Sykepengen - Lovdata](#)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). *Rundskriv til folketrygdloven kapittel 11 – Arbeidsavklaringspenger* (R11-00). [Rundskriv til ftrl kap. 11 – Arbeidsavklaringspenger - Lovdata](#)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (1997). *Rundskriv til folketrygdloven kapittel 12 – Uføretrygd* (R12-00). [Rundskriv til ftrl kap 12 – Uføretrygd - Lovdata](#)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2013). *Rundskriv R76-12-01-K14 Utfyllende regler til Arbeids- og velferdsetatens anvendelse av forskrift om arbeidsrettede tiltak*. [Rundskriv – Utfyllende regler til Arbeids- og velferdsetatens anvendelse av forskrift om arbeidsmarkedstiltak - Lovdata](#)

- Arbeids- og velferdsetaten (1997). Vedlegg 1 til ftrl kap 12: Definisjon av kurantsaker. Nav. [Vedlegg 1 til ftrl kap 12: Definisjon av kurantsaker - Lovdata](#)
- Digitaliseringsdirektoratet (2025). Veileder digitaliseringsvennlig regelverk, Flere vurderingspunkter i skjæringspunktet mellom digitalisering og regelverk. [Flere vurderingspunkter i skjæringspunktet mellom digitalisering og regelverk | Digdir](#)
- Helsedirektoratet (2016). Sykmelderveileder. Nasjonal veileder. [Sykmelderveileder - Helsedirektoratet](#)

Evalueringer, rapporter og annet

- Aamland, A. & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging: en scoping-oversikt . *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2016;19(2):148-178 [10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04](#)
- Alpino, M., Hauge, K. E., Kotsadam, A., & Markussen, S. (2022). Effects of dialogue meetings on sickness absence: Evidence from a large field experiment. *Journal of Health Economics*, 83, 102615. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102615>
- Arbeidsdepartementet (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. [Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform](#)
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024). Utvikling av sykefraværsoppfølgingen. Rapport fra arbeidsgruppe. Avgitt 24. september 2024 (upublisert intern rapport). Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025b) Brev til Riksrevisjonen: Tilbakemeldinger på utkast til hovedanalyserapport - Myndighetenes innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2025c). Høring - Forslag om et forsøk med ungdomsprogram og ny statlig ytelse til deltakere i programmet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forsok-med-ungdomsprogram/id3093085/>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2016a). Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2015. Statistikknotat.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021a). Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger: En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten. En rapport utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet i samråd med Helsedirektoratet og på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021b) Høring - NOU 2019: 7 Arbeid og inntektssikring og NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring. Hentet 27.5.2025 fra [Høring - NOU 2019: 7 Arbeid og inntektssikring og NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring - regjeringen.no](#)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2022b). «Rådgivende overleges rolle i forvaltning og saksbehandling i NAV, sett fra et juridisk ståsted». Notat.

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2023) «Sluttrapport prosjekt Morgendagens SYFO».
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025a). *Utviklingen i uføretrygd 2024 - Statistikknotat*.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025b). *Kun 3 av 100 unge uføre har angst eller depresjon*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/kun-3-av-100-unge-ufore-har-angst-eller-depresjon>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016). *Nytt nasjonalt konsept HelselArbeid*. [Nytt nasjonalt konsept – HelselArbeid.PDF](#)
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet (2025). *Utviklingstrekk i folketrygden 2013–2033* (NAV-rapport nr. 1–2025). NAV. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nav-rapportserie/utviklingstrekk-i-folketrygden-20132033>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2023). *Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten*. Rapport. [Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgssektoren. Oktober 2023.pdf](#)
- Arnesen, H. S., R. Ekren & B. Perlic (2022). Dokumentasjon av skolebidragsindikatorer for grunnskolen: Indikatorer beregnet for Utdanningsdirektoratet 2022. *SSB notater*, 2022/10.
- Barth, E., Moene, K., & Pedersen, A. W. (2023). *Myten om det norske utenforskapet*. [Myten om det norske utenforskapet | Søkelys på arbeidslivet](#)
- Borger.dk. (u.å.a). *Sygedagpenge hvis du er lønmodtager*. Hentet 3. juli 2025 fra <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Sygedagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager>
- Borger.dk. (n.d.b). *Førtidspension – nye regler*. <https://www.borger.dk/pension-og-efterloen/Foertidspension-oversigt/Foertidspension-nye-regler>
- Bratsberg, B., Fevang, E. og Røed, K. (2010): Disability in the welfare state: An unemployment problem in disguise? IZA Discussion Paper no. 4897.
- Breivold, J., Røb, K.I. & Hjörleifsson, S. (2022). Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: a focus group study. *Family Practice*, 2022, s. 125–129 doi:10.1093/fampra/cmab072.
- Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K., & Straume, O. R. (2020). How does the type of remuneration affect physician behavior? Fixed salary versus fee-for-service. *American Journal of Health Economics*, 6(1), 94–123. <https://doi.org/10.1086/706788>
- Bruer-Skarsbø, Ø., & Vigtel, T. C. (2022). *Sykefravær og frafall fra arbeidsmarkedet: Betydningen av sammensetningen av sykemeldte* (Rapporter 2022/10). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/sykefravar-og-frafall-fra->

[arbeidsmarkedet/ /attachment/inline/be3dd08b-ba03-494a-b13b-3ca44bd5b917:3020461017cdf9fd406cb0dd148eb6159c6f1c28/RAPP2022-10.pdf](#)

- Bruusgaard, D., Heiberg, A., Lie, R., Malterud, K., Noreik, K., Westin, S. (1995). *Konsensusrapporten: Sykdomsbegrepet i folketrygdloven § 8-3*. Gruppe for trygdemedisin Rapport 95:2 Hentet fra <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/asset/Bok/trygdemedisin/Konsensusrapporten.pdf>
- Delalic, L., Helde, I., & Nossen, J. P. (2024). *Hyppig gjentakende sykefravær – grunn til bekymring?* (Arbeid og velferd nr. 1-2024). Arbeids- og velferdsetaten. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.1-2024/hyppig-gjentakende-sykefravaer--grunn-til-bekymring>
- Danielsen, Mia, Å. M. Kalstø og E. Grønlien (2023). Innstramminger i regelverk og pandemi – Nye AAP-mottakere fra 2016 til 2022. *Arbeid og velferd*, 1, 33–47.
- Datatilsynet (2022). *Sluttrapport fra sandkasseprosjektet med NAV*. Datatilsynet. <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/sandkasse-for-kunstig-intelligens/ferdige-prosjekter-og-rapporter/nav-sluttrapport/>
- Ellingsen, J (2025) *Utviklingen i diagnoser for unge uføretrygdde i 2024*. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Faggruppen for IA-avtalen (2011). *Delrapport fra faggruppen for IA-avtalen nr. 2/2011* Arbeidsdepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/ia_rapport_faggruppens_2_halvar_2011.pdf
- Faggruppen for IA-avtalen (2024). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk: Rapport 2024. Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen*. [Rapport 2024](#).
- Fevang, E., Markussen, S., Røed, K. og Vigtel, T.C. (2016). Bevegelser inn i, mellom og ut av NAVs ytelser. *Frisch report nr. 2, 2016*. [Bevegelser inn i, mellom og ut av NAVs ytelser - Frischsenteret](#).
- Fevang, E. (2020). Helserelaterte ytelser og skjult arbeidsledighet – en diskusjon om mulige sammenhenger. *Søkelys på arbeidslivet*, 37(3), 201-215. [Helserelaterte ytelser og skjult arbeidsledighet – en diskusjon om mulige sammenhenger - Frischsenteret](#)
- Folkehelseinstituttet (2018). *Effekt av gradert sykmelding vs. full sykmelding på sykefravær og arbeidstilknytning: en systematisk kartleggingsoversikt*. [Effekt av gradert sykmelding vs full sykmelding](#)
- Folkehelseinstituttet (2022, 20.mai). *Arbeid og helse i Norge, Arbeid som helsefremjande faktor i Folkehelse rapporten-Helsetilstanden i Norge*. [Arbeid og helse - FHI](#)

- Försäkringskassan. (u.å.a). Rehabiliteringskedjan.
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/rehabiliteringskedjan> hentdato 4. juli 2025.
- Försäkringskassan. (u.å.b). *Sjokersättning resten av arbetslivet (sjukpension)*.
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/vuxen-med-funktionsnedsattning/sjokersattning-resten-av-arbetslivet-sjukpension> hentdato: 4. juli 2025.
- Försäkringskassan. (u.å.c.). *Aktuella belopp*.
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/e-tjanster-blanketter-och-informationsmaterial/aktuella-belopp> hentdato: 4. juli 2025.
- Grønlien, E. (2025). *Arbeidsavklaringspenger 2024: Statistikknotat*. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikkseksjonen.
- Hagelund, A & A. Bryngelson (2014). Change and Resilience in Welfare State Policy. The Politics of Sickness Insurance in Norway and Sweden. *Social Policy and Administration*, 48(3). [Change and Resilience in Welfare State Policy. The Politics of Sickness Insurance in Norway and Sweden](#)
- Helfo (2024). *Fastlegestatistikk*. Helfo.
<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>
- Helsedirektoratet (2024a). *Arbeidet med fastlegeordningen, legevakt og øvrig allmennlegetjenester*. Helsedirektoratet. [Arbeidet med fastlegeordningen, legevakt og øvrig allmennlegetjenester - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2024b). *Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024*. Helsedirektoratet. [Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024 - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet (2025, 19.juni). *Konsultasjoner hos egen fastlege*. Helsedirektoratet. [Konsultasjoner hos egen fastlege - Helsedirektoratet](#)
- Hetland, A., Hetland A., & Normann, T.M. (2022). «Yrker og næringer blant nye mottakere av uføretrygd og arbeidsavklaringspenger». *SSB rapporter*, 2022/19.
- Hoff, E. H., Kraft, K. B., Moe, C. F., Nylenna, M., Østby, K. A., & Mykletun, A. (2024). The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health*, 24(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17993-1>.
- Holbæk-Hanssen, J. D. (2020). Holdninger til sykefravær: Hva mener befolkningen? *Arbeid og velferd*, 1/2020. [04 mat arbeid og velferd 0120.pdf](#)
- Holgersen, G. (2015) *Arbeidsavklaring og trygdeytelser*. Fagbokforlaget.
- Holte, K. A., Øyeflaten, I. L., Radlick, R. L., Slotsvik, T. N., & Høyland, S. A. (2024). *Kunnskapsproduksjon med relevans for IA-avtalen 2019–2024 – en systematisering og oppsummering* (Rapport nr. 12-2024). NORCE Helse og samfunn.

- Horgen, E. (2023). *Norge blant landene med flest i jobb*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/norge-blant-landene-med-flest-i-jobb>
- International Monetary Fund (2025). *Norway: Staff concluding statement for the 2025 Article IV consultation mission*. <https://www.imf.org/en/News/Articles/2025/06/25/norway-staff-concluding-statement-for-the-2025-article-iv-consultation-mission>
- Kann, I. C., & Grønlien, E. (2024). *Tilbake til fortiden? Reverserte AAP-regler – igjen lettere å forlenge*. *Arbeid og velferd*, 3(2024). [https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/issue/2024/03/06-0324-Arbeid og velferd-Reverserte%20AAP-regler.%20I%20gjeng%20etter%20%C3%A5%20forlenge.pdf](https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/issue/2024/03/06-0324-Arbeid%20og%20velferd-Reverserte%20AAP-regler.%20I%20gjeng%20etter%20%C3%A5%20forlenge.pdf)
- Kann, I. C., & I. Å. Lima (2015). *Tiltak i Nav Hedmark ga færre nye mottakere av arbeidsavklaringspenger*. *Arbeid og velferd*, 2(2015).
- Kostøl, A. & Myhre, A. (2020). *Informasjon og økonomiske insentiv i ny uføretrygd*. NAV. [Informasjon og økonomiske insentiv i ny uføretrygd - nav.no](https://www.nav.no/Informasjon-og-ekonomiske-insentiv-i-ny-uforetrygd)
- Kreftforeningen (2025). *Høringsinnspill fra Kreftforeningen*. Høring om «En forsterket arbeidslinje- flere i jobb og færre på trygd. Meld.St.33 (2023-2024). Arbeids- og sosialkomiteen. [Høringsinnspill - stortinget.no](https://www.stortinget.no/horingsinnspill)
- Lande, S. (2021). AAP-innstramming: Midlertidig strengere praksis og flere tilbake etter karen. *Arbeid og velferd*, 3, 71–89.
- Legeforeningen (2025). *Ny IA-avtale i havn*. [Ny IA-avtale i havn](https://www.legeforening.no/ny-ia-avtale-i-havn)
- Lima, I og Nicolaisen, H. (2016). Helse og legeerklæring i arbeidsevnevurderingen. *Arbeid og velferd*, 2016(1) [Helse og legeerklæring i arbeidsevnevurderingen - nav.no](https://www.nav.no/Helse-og-legeerklaring-i-arbeidsevnevurderingen)
- LO (2021) *Høringsuttalelse til NOU 2019:7 Arbeid og inntektssikring og NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring*. [Høring – NOU 2019: 7 Arbeid og inntektssikring og NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring - regjeringen.no](https://www.lo.no/Horing-NOU-2019-7-Arbeid-og-inntektssikring-og-NOU-2021-2-Kompetanse-aktivitet-og-inntektssikring-regjeringen.no)
- LO (2024). Minst en av tre har full lønn under sykdom i tariffavtalene. [Minst en av tre har full lønn under sykdom i tariffavtalene | Landsorganisasjonen i Norge](https://www.lo.no/minst-en-av-tre-har-full-lonn-under-sykdom-i-tariffavtalene)
- Mandal, R., Ofte, H. J., Jensen, C., & Ose, S. O. (2015). *Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger som ytelse og ordning?* SINTEF & Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. [Microsoft Word - EndeligInnmat6april Final.docx](#)
- Markussen, S., K. Røed, S. Gaure, O. Røgeberg (2011) The Anatomy of Absenteeism. *Journal of Health Economics*, 30 (2), 277-292. [The anatomy of absenteeism - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629610000800).
- Markussen, S., & Røed, K. (2017). The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics*, 55, 244-261. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.07.008>

- Markussen, S., Røed, K., & Schreiner, R. C. (2018). Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work? *The Economic Journal*, 128(610), 1276–1303.
- Markussen, S., & Røed, K. (2020). Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet*, 37(4), 219–237.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2020-04-01>
- Moberg, L. L., & Aldridge, A. (2025). Årsnotat sykefravær: Året 2024. Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://www.nav.no/ /attachment/inline/929bb61f-d99c-4edd-881b-dc2439acabc0:5ba00cbca51fa6ec9cbc5e256a198b5f13aa7fcb/%C3%85rsnotat%20sykefrav%C3%A6r%20%C3%A5ret%202024.pdf>
- Mullen, K. J., & Staubli, S. (2016). Disability benefit generosity and labor force withdrawal. *Journal of Public Economics*, 143, 49-63.
<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2016.08.007>
- Myhre, A., & Vattø, T. E. (2024). *Utredning av modeller for kombinasjon av arbeidsinntekt og uføretrygd* (Rapporter 2024/16). Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/artikler/utredning-av-modeller-for-kombinasjon-av-arbeidsinntekt-og-uforetrygd/ /attachment/inline/fabcd637-b287-4634-838c-0d57c180b015:dd9432982df91eddd2691cb4daf429eaf03c13b3/RAPP2024-16.pdf>
- Mykletun, A., Kraft, P., Hoff, T., & Østby, K. (2025). *Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen*. Folkehelseinstituttet. [Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen](#)
- Nav (2008). *Legeerklæring ved arbeidsuførhet*. NAV 08-07.08. [Legeerklæring ved arbeidsuførhet | www.nav.no](#)
- Nav Arbeid og ytelser (2024b) Virksomhetsrapport 2. tertial 2024.
- Nav Klageinstans (2019, 30. august). Brev til Arbeids- og velferdsdirektoratet: *Varsel om meget ulik forvaltningspraksis i NAV kontorene ved behandling av AAP-saker*. Nav.
- Nav klageinstans Vest (2024, 25. oktober). *Sykepengereglene bør revideres*. Referanse 24/38793. Vedlegg til brev fra Nav klageinstans (07.11.2024) til Nav Seksjon fag- og ytelsesutvikling.
- Nav klageinstans styringsenhet (2024, 7. november). *Bør sykepengeregelverket revideres?* Brev til Nav Seksjon fag- og ytelsesutvikling. Referanse 24/38793.
- Nav klageinstans (2024a). *Kvalitetsrapport fra Nav klageinstans 2024*. Nav.
- Nav klageinstans (2024b). Virksomhetsrapport 2.tertial 2024. 11.september 2024. Nav.
- Nav Seksjon fag- og ytelsesutvikling (2025, 14. januar). *Bør sykepengeregelverket revideres?* Svarbrev til Nav klageinstans styringsenhet. Notat. Referanse 24/38793.
- Nav (2025). *Kraftig vekst i antallet AAP-mottakere*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/kraftig-vekst-i-antallet-aap-mottakere>

- Nav (2023). *Mål- og disponeringsbrev 2023 til NAV fylke/region*. <https://www.ks.no/contentassets/eb3b47c0ab0a48b1a19e6094551ba19e/Vedlegg-Mal-og-disponeringsbrev-20...>
- Nav (2025, mai 1). *Grunnbeløpet i folketrygden*. Nav. <https://www.nav.no/grunnbelopet>
- Nav (u.å.). *Oppfølging fra Nav arbeidslivssenter*. Nav. <https://www.nav.no/arbeidsgiver/navarbeidslivssenter>
- Nilsen, S., Malterud, K., Werner, E. L., Mæland, S., & Magnussen, L. H. (2015). GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 40–46. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1001943>
- Nilsen, S., & Malterud, K. (2017). What happens when the doctor denies a patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 201–207. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333309>
- Nossen, J. P. (2014). *Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer*. *Arbeid og velferd*, 2, 75–88. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/utviklingen-i-sykefravaeret-betydningen-av-arbeidsmarkedet-gradering-og-regelendringer>
- Nossen, J. P. & S. Brage (2016). *Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt?*. *Arbeid og velferd*, 3, 75-99.
- OECD (2024). *OECD Economic Surveys: Norway 2024*. OECD Publishing. Hentet 3. Juni 2025 fra <https://doi.org/10.1787/cb13475f-en>
- OECD (2025). *Social spending* [Data indicator]. OECD. Hentet July 10, 2025, fra <https://www.oecd.org/en/data/indicators/social-spending.html>
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Brattlid, I., Slettebak, R., Jensberg, H., Mandal, R., Lippestad, J. W., & Pettersen, I. (2013). *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner* (SINTEF rapport A24297). SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-oppfolging-av-sykmeldte-fungerer-dagens-regime-april13.pdf>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Kalseth, J. (2018). *Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland* (SINTEF-rapport nr. 2018-01047). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2578102/SINTEF%2B2018-01047.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oslo Economics (2021). *Bruk av dialogmøte 2 i sykefraværsoppfølgingen: En kvalitativ studie av hvordan NAV-veiledere vurderer behov for dialogmøte 2, gjennomført på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet* (OE-rapport nr. 2021_61).

- Oslo Economics (2023). *Kartlegging av Nav Arbeidslivssentres arbeid*, gjennomført på oppdrag av Arbeids- og velferdsdirektoratet. [2023_05_08-Kartlegging-av-NAV-Arbeidslivssentrenes-arbeid-1.pdf](#)
- Oslo Economics (2024a). *Effekter av arbeidsmarkedstiltak: Bidrar arbeidsmarkedstiltak til å styrke deltakernes tilknytning til arbeidslivet?* Utarbeidet for Arbeids- og inkluderingsdepartementet. OE-rapport 2024-26. Oslo Economics. [rapport-effekter-av-arbeidsmarkedstiltak.pdf](#)
- Oslo Economics (2024b). *Sykefravær og uførhet – hva kan bedriftene gjøre for å hindre frafall fra arbeid?* (Rapport på oppdrag fra Storebrand). OE-rapport 2024-35. Oslo Economics. [2024-rapport-oslo-economics-uforhet.pdf](#)
- Oslo Economics, Proba samfunnsanalyse, Stiftelsen Frischsenteret & CMS Kluge. (2024d). *Områdegjennomgang av arbeidsmarkedstiltak: Anbefalinger for effektiv og kunnskapsbasert bruk* (OE-rapport 2023-88). Gjennomført på oppdrag av Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ae26238ff6584d45abd7a8fbcdf070df/omradegjennomgang-av-arbeidsmarkedstiltak-anbefalinger-for-effektiv-og-kunnskapsbasert-bruk-1.pdf>
- Oslo Economics, Stiftelsen Frischsenteret og OsloMet. (2025a). *Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 1 – Kartlegging og oppsummering av kunnskap*. Gjennomført på oppdrag for Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cd3d5bef8fb84c9e967b7edee656509e/helserelaterte-ytelser-delrapport-1.pdf>
- Oslo Economics, OsloMet og Stiftelsen Frischsenteret. (2025b). *Områdegjennomgang av helserelaterte ytelser i folketrygden: Delrapport 2 – Tiltak*. Gjennomført på oppdrag for Finansdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cd3d5bef8fb84c9e967b7edee656509e/helserelaterte-ytelser-delrapport-2.pdf>
- Oxford Research (2023). *Kartlegging og evaluering av ordningen «Friskmelding til arbeidsformidling»*: Sluttrapport. Rapport 2023:12. Oxford Research. [Kartlegging-og-evaluering-av-ordningen-Friskmelding-til-arbeidsformidling.pdf](#)
- Pedersen, A. W., Grødem, A. S., Rasmussen, M. B., & Wagner, I. (2019). *Inntektssikring for befolkningen i yrkesaktiv alder – en sammenligning av syv nordeuropeiske land*. Institutt for samfunnsforskning. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2584626>
- Proba samfunnsanalyse. (2011). *Arbeidsevnevurdering i NAV: Evalueringsrapport* (Rapport 2011-06). Proba. <https://proba.no/rapporter/evaluering-av-arbeidsevnevurderinger-i-nav-oppfolgingsundersokelse/>
- Proba samfunnsanalyse. (2012). *Evaluering av arbeidsevnevurderinger i NAV: Oppfølgingsundersøkelse* (Rapport 2012-10). Proba.

- Proba samfunnsanalyse. (2014). Internasjonal sammenligning av sykefravær (Rapport 2014-05) Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet. [Microsoft Word - Rapport 2014 - 05 Internasjonal sammenligning av sykefravær - del 2 .docx](#)
- Proba samfunnsanalyse (2024). NAVs oppfølging av personer som mottar AAP (Rapport 2024-08). Utarbeidet for Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://proba.no/wp-content/uploads/2024/06/Rapport-2024-8-NAVs-oppfolging-av-personer-som-mottar-AAP.pdf>
- PwC (2023). *Evaluering av Prosjekt 3 i Nav*. Sluttrapport. Arbeids- og velferdsdirektoratet / NAV. <https://www.nav.no/ /attachment/inline/.../Evalueringsrapport%20P3%20-%20versjon%201.0.pdf>
- Rege, M., Telle, K., og Votruba, M. (2009). "The effect of plant downsizing on disability pension utilization". *Journal of the European Economic Association* 7 (4): 754-785. [Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization | Journal of the European Economic Association | Oxford Academic](#)
- Regjeringen (2022). *Bransjeprogrammer under IA-avtalen 2019–2022*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/21819f43d6b84966ab4a30416ece31e5/bransjeprogrammer-under-ia-avtalen-20192022.pdf>
- Regjeringen (2025). *Nytt ungdomsprogram fra høsten: Skal få flere unge i arbeid*. Pressemelding. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-ungdomsprogram-fra-hosten-skal-fa-flere-unge-i-arbeid/id3093044/>
- Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastleger (2025). Intern.
- Skjøstad, O., Danielsen, M. & Kann, I.C. (2025). Ny arbeidsindikator i Nav: En beskrivelse. *Arbeid og velferd* nr.2025-2.
- Statistisk sentralbyrå (2023, 26. juni). *Flere utføre med lav utdanning*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/uforetrygdede/artikler/flere-ufore-med-lav-utdanning>
- Statistisk sentralbyrå. (2025, 24. juni). *Uforetrygdede*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/uforetrygdede>
- Strand, A. H. & Svalund, J. (2021). *Velferdsordninger til unge. Bruk av arbeidsavklaringspenger og kvalifiseringsprogram blant unge utenfor arbeid og utdanning* (Fafo-rapport 2021:35). Fafo. [fafo---velferdsordninger-til-unge-2021.pdf](#)
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (u.å.). Sygedagpenge hvis du er lønmodtager. Hentet 3. juni 2025 fra <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Sygedagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager>
- UWV (u.å.a). Return-to-work process. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering. <https://www.uwv.nl/en/individuals/sickness-benefit/return-to-work-process>. Hentedato: 3. Juni 2025.

- UWV (u.å.b). *WGA and IVA benefit*. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. <https://www.uwv.nl/en/individuals/occupational-disability/wia-benefit/wga-and-iva-benefit>
- von Simson, K. (2023). Hva virker for hvem? Oppsummering av forskning om effekter av arbeidsmarkedstiltak på sysselsetting. *Arbeid og velferd*, 1, 1-2023. [Hva virker for hvem? Oppsummering av forskning om effekter av arbeidsmarkedstiltak på sysselsetting - nav.no](#)
- Winde, L. D., Alexanderson, K., Carlsen, B., Kjeldgård, L., Löfgren Wilteus, A., & Gjesdal, S. (2012). General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*, 13:10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-10>
- Øverland, R., Overland, S., Johansen, K. N., & Mykletun, A. (2008). Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on "gatekeeping" among general practitioners in Norway. *BMC Public Health*, 8, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-137>

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Arbeids- og inkluderingsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler

Knut Jervell Steinfeld 22241447

Vår dato

07.11.2025

Deres dato

Vår referanse

2024/00889-43

Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

ARBEIDS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENTET

Postboks 8019 Dep

0030 OSLO

Oversendelse av Dokument 3:5 (2025-2026) Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:5 (2025–2026) Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet, del I.

Dokumentet bygger på rapporten som ble sendt til Arbeid- og inkluderingsdepartementet i brev datert 12. september 2025, og på departementets svar fra 10. oktober 2025.

Vi ber statsråden redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 20. november 2025

Etter fullmakt

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Postadresse

Postboks 6835 St Olavs plass
0130 Oslo

Kontoradresse

Storgata 16

Telefon

22 24 10 00

E-post

postmottak@riksrevisjonen.no

Nettside

www.riksrevisjonen.no

Bankkonto

7694 05 06774

Org.nr.

974760843

Vedlegg 2:

Statsrådets svar



DET KONGELIGE
ARBEIDS- OG INKLUDERINGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olav Plass
0130 OSLO

Deres ref
2024/00889-43

Vår ref
24/2041-

Dato
20. november 2025

Statsrådets svar til Riksrevisjonens undersøkelse av Navs innsats for å forhindre frafall fra arbeidslivet

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 7. november 2025 med vedlagt Dokument 3:5. Riksrevisjonen har bedt meg redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Målet med undersøkelsen er å vurdere om Arbeids- og velferdsetatens arbeid bidrar til å forhindre frafall fra arbeidslivet, og om det er i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. I undersøkelsen legger Riksrevisjonen til grunn en bred definisjon av frafall fra arbeidslivet: «at personer som har vært i jobb, havner utenfor arbeidslivet i en lengre periode. Dette skjer før ordinær pensjonsalder og kan skyldes for eksempel at personen har nedsatt arbeidsevne på grunn av sykdom og uførhet, har vansker med å få seg jobb eller velger å ikke jobbe.»

Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger sammenfaller i stor grad med den kunnskapen og forståelse jeg har i dag om sentrale utfordringer Arbeids- og velferdsetaten står overfor i sitt arbeid for å forhindre frafall fra arbeidslivet. Dette er forhold som i stor grad har vært kjent, og der årsakene til utviklingen er sammensatt. Det er derfor allerede iverksatt flere tiltak som vil kunne bidra til å styrke Arbeids- og velferdsetatens innsats for at flere kommer i arbeid og færre går på stønad og for å bedre samarbeidet med helse- og utdanningssektorene. Revisjonens konklusjoner og tilrådninger peker på områder som jeg vil fortsette å ha oppmerksomhet på fremover og utvikle videre.

Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger

Under følger en oppstilling av Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger med min redegjørelse for pågående og planlagt arbeid.

5.1. Målet om å redusere frafallet fra arbeidslivet er ikke nådd

Jeg deler Riksrevisjonens bekymring for at innsatsen for å redusere frafall fra arbeidslivet, definert som overgang fra arbeid til en helserelatert ytelse, ikke har gitt bedre resultater. Det har i lang tid vært et tydelig politisk mål å redusere denne formen for frafall fra arbeidslivet. Antall personer som står utenfor arbeid av helsemessige årsaker øker fortsatt, og jeg mener at veksten i sykefravær og langvarige trygdeløp er særlig bekymringsfull. Dette rammer både enkeltmennesker og samfunnets bærekraft, og legger økt press på helse- og velferdstjenestene. Samtidig må vi holde fast ved prinsippet om at de som er for syke til å arbeide, skal ha økonomisk trygghet. Utfordringen er i første omgang å øke sysselsettingen gjennom å gi bedre muligheter for arbeidsdeltakelse og tidlig innsats for dem som trenger hjelp og tilrettelegging for å kunne jobbe. Dette vil også kunne gi lavere utgifter i folketrygden. Regjeringen tar Riksrevisjonens funn på alvor og arbeider bredt og langsiktig for at flere skal kunne stå i jobb.

Gjennom *Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025–2028* har myndighetene og partene i arbeidslivet forpliktet seg til en rekke tiltak for å redusere sykefraværet, blant annet gjennom forbedret forebygging, oppfølging og innsats på arbeidsplassen. Regjeringen har også gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene (sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd), som kommer med anbefalinger om en rekke tiltak som vil kunne bidra til å redusere frafall. Felles for IA-avtalen og områdegjennomgangen er oppmerksomheten om å få til bedre oppfølging fra alle aktørene – arbeidsgiver og arbeidstaker, helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Flere av tiltakene skal på sikt bidra til å svare ut flere av de utfordringene Riksrevisjonen peker på. Samtidig krever flere av tiltakene regelverksendringer eller systemendringer. Det gjelder blant annet arbeidet for en mer behovsrettet sykefraværsoppfølging som må utredes og gjennomføres på en forsvarlig måte. Departementet tar også sikte på i løpet av 2025 å sende på høring forslag til endringer som kan presisere og eventuelt forsterke medvirknings- og aktivitetsplikten til den sykmeldte.

Jeg vil samtidig påpeke at det er flere faktorer som påvirker om folk blir stående i jobb over tid enn Arbeids- og velferdsetatens arbeid. Det er behov for en samtidig innsats på flere områder – særlig innen arbeid, helse og utdanning – for å lykkes med å redusere frafallet og styrke arbeidsdeltakelsen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider derfor om felles oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om blant annet videreutvikling av takstsystemet og informasjons- og veiledningsverktøyene for fastlegene. Det prøves også ut samhandlingsmodeller mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten for personer som trenger både helserettede og arbeidsrettede tjenester.

5.2 Andelen som mottok helserelaterte ytelser, har økt siden 2019

Sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er helserelaterte ytelser i folketrygden, som skal sikre livsopphold til personer som av helsemessige årsaker har nedsatt arbeids-/inntektsevne. Utfordringene til mottakere av disse ytelsene varierer når det gjelder

personens avstand til arbeidsmarkedet, kompetanse, sykdomsbilde og om arbeids-/inntektsevnen er midlertidig eller varig nedsatt. Potensialet for økt sysselsetting og hensiktsmessige tiltak for å bedre tilknytningen til arbeidsmarkedet vil derfor variere ut fra kompleksiteten i utfordringene.

Regjeringen har som nevnt fått gjennomført en områdegjennomgang av de helserelaterte ytelsene i folketrygden. Utrederne har levert to rapporter der de kartlegger og oppsummerer kunnskap om drivere bak utviklingen i bruken, identifiserer barrierer for sysselsetting og anbefaler en rekke tiltak for økt sysselsetting innenfor fire ulike tiltaksområder. Regjeringen arbeider nå med oppfølging av anbefalingene. Mange av de anbefalte tiltakene må utredes videre og ses i sammenheng med annet pågående og planlagt arbeid. Ikke minst gjelder dette tiltakene for redusert sykefravær, hvor oppfølgingen må ses i nær sammenheng med oppfølging av IA-avtalen 2025–2028. Jeg viser for øvrig til omtale i Prop. 1 S (2025–2026) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Det er også en rekke andre utredninger og kunnskapsoversikter som ser på sammenhenger og foreslår mulige tiltak innenfor de helserelaterte ytelsene. Riksrevisjonens funn vil, sammen med kunnskap og anbefalinger fra områdegjennomgangen og andre kilder, inngå i departementets grunnlag for forvaltning og videre utvikling av de helserelaterte ytelsene.

5.3 Det kan stilles spørsmål ved om Arbeids- og velferdsetaten i tilstrekkelig grad kontrollerer folketrygdlovens vilkår for rett til sykepenger

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet påser at Arbeids- og velferdsetaten systematisk fanger opp og håndterer svakheter knyttet til automatiseringen av saksbehandlingen for sykepenger.

Det er stadig flere mennesker som trenger tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen. Derfor er det viktig å frigjøre tid og ressurser fra oppgaver som kan automatiseres. Bare i 2024 mottok Arbeids- og velferdsetaten ca. 4,4 millioner enkeltsykmeldinger, satt sammen til ca. to millioner sykefraværstilfeller. Det er altså en stor saksmengde som skal håndteres, og det har vært en ønsket utvikling å digitalisere og automatisere saksbehandlingen på sykepengeområdet.

Riksrevisjonen gjør en kobling mellom frafall fra arbeidslivet og spørsmål knyttet til automatisering av sykepenger og eventuelle manglende vurderinger av arbeidsuførhet i forbindelse med vedtak om sykepenger. Jeg kan ikke se at Riksrevisjonens undersøkelser gir tydelig grunnlag for å anta at Arbeids- og velferdsetatens vurdering av søknader om sykepenger fører til at personer kommer inn i ordningen som skulle vært avvist iht. folketrygdloven.

Sykepengeregelverket er krevende å digitalisere, og det lar seg ikke automatisere fullt ut. Implementering av sykepengeregelverket i den nye saksbehandlingsløsningen Speil har krevd en grundig regelspesifisering for å fastslå hva som er riktig tolkning av dagens regelverk, hvilket informasjonsbehov som kreves for at vilkårene skal kunne prøves og hvilke

automatiseringsmuligheter som finnes innenfor dagens handlingsrom. Videre viser regelspesifiseringen hva som var Arbeids- og velferdsdirektoratets tolkning på implementeringstidspunktet. Regelspesifiseringen vil, sammen med etatens rundskriv, være et sentralt element i dokumentasjonen av forvaltningens rettsanvendelse på det enkelte fagområde. For tiden arbeides det med å overføre rundskrivet til nytt format, og i den forbindelse gjøres det igjen en grundig gjennomgang av regelverket. Dersom det kommer frem endringer som følge av dette, vil disse endringene bli implementert i den nye løsningen.

I Prop. 135 L (2019–2020) ble sykepengeområdet brukt som et eksempel på saker som egner seg til automatisering av skjønnet i kurante saker. Av proposisjonen framgår det at når det foreligger en attest fra lege med gyldig diagnose, legger Arbeids- og velferdsetaten i kurante tilfeller til grunn at medlemmet fyller lovens vilkår om arbeidsuførhet som klart skyldes sykdom.

For å avdekke saker det er grunn til å se nærmere på, har sykepengeløsningen en integrert risikomodul som automatisk velger ut søknader som må utredes nærmere. Disse sakene utredes gjennom manuell saksbehandling. I tillegg gjennomføres det manuelle stikkprøver for å ha fortløpende kontroll med at automatiserte vedtak i Speil er korrekte. Nav arbeid og ytelse melder også fra om de oppdager feil i automatiske eller delautomatiske vedtak i henhold til samhandlingsrutinene som er etablert. Den nye sykepengeløsningen sørger for høyere rettsikkerhet til brukerne enn den gamle løsningen og sikrer samtidig likebehandling, og Arbeids- og velferdsdirektoratet har på nåværende tidspunkt ingen indikasjoner på at automatiseringen fører til at det stilles lavere krav for å få rett til sykepenger. Departementet ønsker imidlertid å få mer innsikt i hvilke kontroller som er etablert på sykepengeområdet, og har dialog med direktoratet om forvaltningen av folketrygdloven § 8-4 i den nye saksbehandlingsløsningen. Samtidig understreker jeg at det er svært viktig at legene utøver sitt ansvar som portvokter, og ikke sykmelder personer som ikke fyller vilkåret i § 8-4 om å være arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade mv.

5.4 Sykmeldte får for lite oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet forsterker arbeidet med å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan identifisere hvilke brukere som har behov for sykefraværsoppfølging.

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet sørger for bedre informasjonsutveksling og samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og fastlegene i sykefraværsoppfølgingen

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet, i samarbeid med helsemyndighetene, understreker lovens intensjon om bruk av gradert sykemelding.

I dagens system for sykefraværsoppfølging har alle aktørene, både den sykmeldte, arbeidsgiver, sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten, fastsatte roller og plikter, og det er etablert «stoppunkter» med konkrete krav til oppfølging innen gitte tidsfrister. Det er samtidig krevende for Arbeids- og velferdsetaten å drive masseforvaltning av et omfattende antall sykmeldingssaker i tråd med de lovpålagte «stoppunktene» og samtidig gi tilstrekkelig tilpasset oppfølging til sykmeldte med behov for bistand, slik også Riksrevisjonen peker på.

Departementet har sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet utredet behovet for konkrete tiltak knyttet til utvikling av sykefraværsoppfølgingen, bl.a. i lys av erfaringer med dagens system og nye teknologiske muligheter. Det er blant annet behov for endringer i regelverk. Departementet har igangsatt et lovarbeid for å regulere en mer behovstilpasset sykefraværsoppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten, i tråd med IA-avtalen (2025–2028). Et slikt system vil kunne endre eller erstatte deler av dagens system for sykefraværsoppfølging. Etaten skal da prioritere sykmeldte etter behov. Tidlig dialog mellom aktørene, individuell veiledning og bruk av arbeidsmarkedstiltak vil være sentralt. Målet er at flere skal komme raskere tilbake i arbeid og at ressursene i etaten skal brukes mest mulig effektivt. Å utvikle et system for å identifisere sykmeldte med behov for oppfølging er også en sentral del av arbeidet, og sykmelders rolle i dette arbeidet skal vurderes.

En sentral forutsetning for å bedre sykefraværsoppfølgingen, er å få til god samhandling og dialog mellom alle aktørene i sykefraværarbeidet. Systemene for utveksling av informasjon er i dag sykmeldingen, dialogmeldinger mellom sykmelder og Arbeids- og velferdsetaten og oppfølgingsplanen fra arbeidsgiver. Det er behov for å forbedre informasjonsutvekslingen i sykefraværsoppfølgingen mellom de ulike aktørene. I tråd med *IA-avtalen 2025-2028* er det igangsatt et forprosjekt for utvikling av et digitalt samhandlingsrom for enklere og bedre informasjonsdeling mellom alle aktørene i sykefraværsoppfølgingen. Arbeids- og velferdsdirektoratet er gitt i oppdrag å lede utredningen, som skal foreligge innen utgangen av 2025.

Jeg vil også trekke fram at det er bred enighet om at gradert sykmelding er et viktig verktøy for å redusere sykefravær og få sykmeldte raskere tilbake i jobb. Det antas også å redusere faren for varig frafall fra arbeidslivet. I tråd med dette er hovedregelen i dag at sykemeldinger skal graderes. Dersom den sykmeldte delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak, skal det ytes graderte sykepenger. Jeg er enig i at det trolig likevel er rom for mer gradering i praksis, og Arbeids- og inkluderingsdepartementet jobber med tiltak som vil kunne bidra til dette. Blant annet vil det foreslås å tydeliggjøre lovens intensjon om bruk av gradert sykemelding og plikten til å være i arbeidsrelatert aktivitet innen åtte uker i forbindelse med lovarbeidet for å presisere og eventuelt forsterke medvirknings- og aktivitetsplikten til den sykmeldte, som er forankret i IA-avtalen 2025–2028.

5.5 Behandlingen av AAP-søknader varierer mellom Nav-kontor og har blitt mindre streng siden 2018

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet forsterker arbeidet med å heve kvaliteten i søknadsbehandlingen for helserelaterte ytelser, for å bedre likebehandlingen av søknader og sikre at folk får riktig ytelse.

Inngangsvilkårene for arbeidsavklaringspenger (AAP) er skjønnsmessige, og det er derfor naturlig at det er en viss variasjon i avslagsraten på AAP-søknader mellom Nav-kontor. Selv om det er grunn til å følge med på variasjoner over tid og mellom geografiske områder, kan jeg ikke se at slik variasjon i seg selv er kritikkverdig. Nav-kontoret skal blant annet vurdere lokale forhold ved steder det er naturlig at brukeren tar arbeid, i tillegg til forhold ved personens arbeidsevne. Videre kan det også være lokale variasjoner i hvor stor andel av søknadene som kommer fra personer som ikke mottar sykepenger, noe som er relevant ettersom søkere som ikke har mottatt sykepenger oftere får avslag på AAP-søknaden enn personer som mottar sykepenger. Når det gjelder funnet om en mindre streng praksis etter 2018, så bør det ses hen til at det har vært betydelige regelverksendringer knyttet til AAP-ordningen i perioden som er undersøkt, dels i form av midlertidige lettelser i regelverket under pandemien og dels gjennom regelverksendringer i 2022 (fjering av karenperiode og endringer i adgangen til unntak fra varighetsbegrensningen), som kan ha påvirket praktiseringen.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har orientert departementet om at det er igangsatt tiltak for å øke kvaliteten i Nav-kontorets vurderinger og sikre en mer enhetlig praksis nasjonalt. Dette vil også gi et bedre grunnlag til å vurdere om dagens praksis er på riktig nivå, og om praksisen har blitt mindre streng siden 2018. På bakgrunn av dette vil departementet vurdere behov for videre oppfølging.

5.6 Mange AAP-mottakere deltar ikke i arbeidsmarkedstiltak

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet sikrer at AAP i større grad blir en aktiv arbeidsrettet ytelse, slik at mottakernes arbeidsevne avklares.

Mottakere av AAP er en sammensatt gruppe. Individuell, arbeidsrettet oppfølging er derfor viktig for å bidra til så raske avklaringsløp som mulig. Områdegjennomgangen av de helserelaterte ytelsene peker på at Arbeids- og velferdsetaten gir mye god oppfølging av mottakere av AAP, men at det likevel ser ut til å være utfordringer med oppfølgingen, særlig for personer med sammensatte utfordringer eller med psykiske helseplager. I områdegjennomgangen foreslås det flere tiltak som på ulikt vis er ment å styrke Arbeids- og velferdsetatens oppfølging av mottakere av AAP. Forslagene støtter opp om arbeidet som allerede blir gjort i etaten på dette området, ikke minst som oppfølging av en studie gjennomført av Proba på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (*NAVs oppfølging av personer som mottar AAP*, Proba samfunnsanalyse 2024).

Arbeidsmarkedstiltakene er sentrale virkemidler i arbeidet for at flest mulig skal komme i arbeid og for å hindre utstøting fra arbeidslivet. Målet med de fleste arbeidsmarkedstiltakene er å sette deltakerne bedre i stand til å skaffe seg eller beholde arbeid. Tiltakene kan også brukes for å avklare arbeidsevne eller gi et meningsfullt arbeid til personer som har vansker

med å få arbeid på ordinære lønns- og arbeidsvilkår. Samtidig kan det være gode grunner til at enkelte ikke deltar i tiltak, for eksempel knyttet til helsemessige forhold. Som det fremkommer i rapporten har imidlertid Riksrevisjonen valgt å ikke se nærmere på oppfølgingen som helsetjenesten gir til personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, eller virkemidler og tiltak i utdanningssektoren som skal hindre at folk faller ut av arbeidslivet. Jeg mener dette svekker Riksrevisjonens funn, da mottakers helsesituasjon, ventetid på helsetilbud, samt eventuelle tiltak i utdanningssektoren vil påvirke når det er aktuelt å tilby arbeidsmarkedstiltak.

For å styrke mulighetene til å gi oppfølging, har Regjeringen har økt bevilgningen til arbeidsmarkedstiltak de siste årene. Regjeringen har også foreslått en ytterligere økning i bevilgningen til arbeidsmarkedstiltak i 2026, som vil kunne bidra til at flere som står utenfor arbeidslivet får tilbud om kvalifisering og bistand til å komme i jobb, og reduserte ventetider. Jeg viser her også til Meld. St. 33 (2023-2024) der regjeringen har varslet at vi vil trappe opp og forbedre bruken av arbeidsmarkedstiltak for å få flere i arbeid og færre på trygd. Dette vil også gi mulighet for bedre oppfølging av AAP-mottakere.

Jeg vil bruke Riksrevisjonens rapport, sammen med annen kunnskap, som grunnlag for videre arbeid med å styrke måloppnåelsen i AAP-ordningen og med at arbeidsmarkedstiltakene skal bidra til at flere kommer i arbeid.

5.7 Arbeids- og velferdsetaten har ikke alltid god nok informasjon om arbeidsevnen til søkere av uføretrygd

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet sørger for hensiktsmessig bruk av rådgivende leger i Arbeids- og velferdsetaten, slik at deres medisinske kompetanse styrker kvaliteten i vedtaksprosessene og oppfølgingen av mottakere av helserelaterte ytelser.

Jeg er enig i at Arbeids- og velferdsetaten må ha god informasjon om søkeres arbeidsevne. Dette er generelt viktig for helserelaterte ytelser, og særskilt viktig for søkere av uføretrygd, som er en varig yttelse som innvilges helt fram til pensjonsalder. Arbeids- og velferdsdirektoratet jobber kontinuerlig for å sikre en mer målrettet og hensiktsmessig bruk av rådgivende leger. Arbeidet omfatter blant annet å tydeliggjøre roller og ansvarsområder, videreutvikle rutiner for når og hvordan medisinsk kompetanse skal involveres, og å styrke den trygdemedisinske kompetansen i etaten.

Departementet planlegger i første omgang å følge opp Riksrevisjonens konklusjon ved å be Arbeids- og velferdsdirektoratet om mer utfyllende informasjon om gjeldende praksis for involvering av rådgivende leger ved saksbehandling av uføretrygd. Dette vil gi et nærmere grunnlag for å vurdere mulige endringer.

Jeg er også enig i at det er ønskelig å øke andelen som får innvilget gradert uføretrygd. Det er viktig at det ved innvilgelse av uføretrygd ikke fastsettes en høyere gradering enn det som

følger av inntektsmulighetene, slik departementet blant annet har slått fast i tildelingsbrevet til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2025.

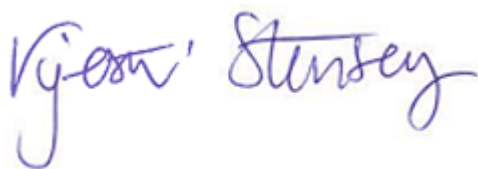
5.8 Rammene for jobben som fastlege gjør det krevende å ivareta portvokterrollen for folketrygden

Riksrevisjonen anbefaler at Arbeids- og inkluderingsdepartementet utreder fastlegenes portvokterrolle.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet er kjent med utfordringene sykmeldere står i. Å vurdere arbeidsevne krever at sykmelder har oversikt over den sykmeldtes helse-, arbeids- og livssituasjon, regelverket i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven, samt mulighetene for oppfølging og tilrettelegging fra Arbeids- og velferdsetaten og arbeidsgiver. Det er derfor utviklet flere kurs i sykmeldingsarbeid av flere ulike aktører, hvorav noe også er obligatorisk for leger. I tillegg tilbyr rådgivende leger i Arbeids- og velferdsetaten opplæring og veiledning. Samtidig er det viktig både med god og tilgjengelig informasjon og med veilednings- og støtteverktøy om sykmeldingsarbeid. Et sentralt støtteverktøy er de diagnosespesifikke anbefalingene til sykmelder, som både gir generelle råd om sykmeldingsarbeid og beslutningsstøtte for de mest brukte diagnosene – bl.a. behov for sykmelding, anbefalinger om lengde og bruk av gradering.

Områdegjennomgangen av de helserelaterte ytelsene anbefaler at eksisterende kurs i sykmeldingsarbeid og veiledningsverktøyene til sykmelder videreutvikles. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har derfor gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet, i samarbeid med Helsedirektoratet, i oppdrag å igangsette et utviklingsarbeid om informasjons- og veiledningsverktøyene til sykmeldere. Dette arbeidet skal ses i sammenheng med igangsatte prosesser og tiltak som skal bidra til å støtte opp under fastlegens sykmeldingsarbeid og portvokterrolle. Jeg viser her blant annet til arbeidet med utveksling av helseopplysninger mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten, samarbeidsprosjektet *Bærekraft på legekontoret – sykmelding* i regi av Legeforeningen, og en helhetlig gjennomgang av takstsystemet til fastlegene.

Med hilsen



Kjersti Stenseng

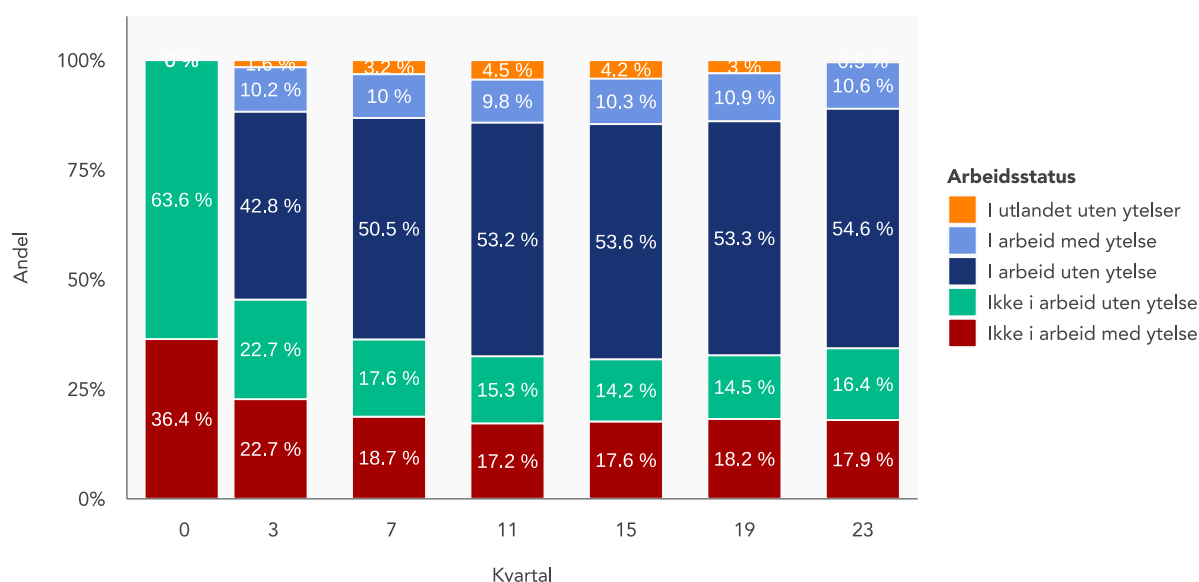
Vedlegg 3:

Om frafallsindikatoren

Frafallsindikatoren er laget ut fra analyser av hvordan sjansen for å returnere til arbeid utvikler seg over tid. Utvalget for denne utforskende analysen består av personer som har vært i arbeid i minst ett kvartal, etterfulgt av minst ett kvartal uten arbeid. Der arbeid er definert som inntekt over ¼ G i gjeldende kvartal. I tillegg må de ha minst seks år igjen av tidsserien, slik at vi kan følge utviklingen seks år fram i tid.

Figur 44 viser utviklingen etter ett kvartal uten arbeid, uten at det tas hensyn til en sammenhengende periode uten arbeid per individ. Kvartal 0 viser det første kvartalet uten arbeid, hvor om lag 36 prosent står uten arbeid og mottar ytelser, mens rundt 64 prosent er uten arbeid og uten ytelser. Vi ser at mange er kommet tilbake til arbeid tre kvartaler etter dette, men at det blir mindre overgang til arbeid etter hvert. Ved kvartal 11 er omtrent 63 prosent tilbake i arbeid med eller uten ytelse. Etter dette er andelen som ikke er i arbeid relativt stabil.

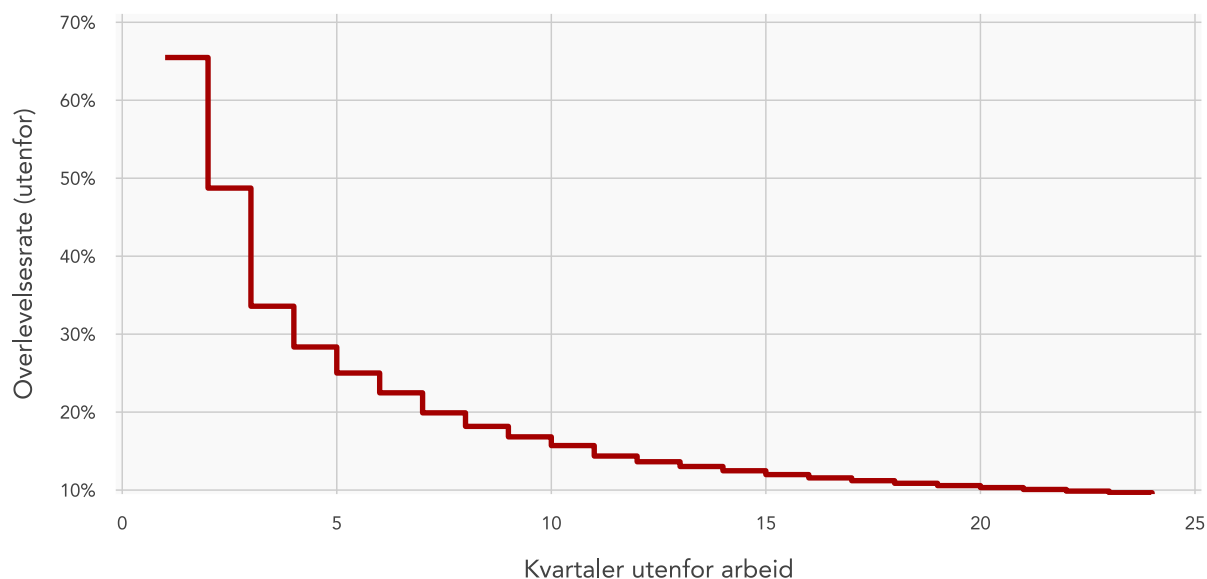
Figur 44 Utvikling i arbeidsstatus etter ett kvartal uten arbeid



Kilde: Riksrevisjonen. N = 557 842.

Vi har også laget en Kaplan-Meier-kurve for å illustrere hvordan sannsynligheten for å returnere til arbeid utvikler seg med kumulert antall kvartaler utenfor arbeid (figur 45). Figuren viser at kvartalet etter det første kvartalet utenfor arbeid er 66 prosent fortsatt uten arbeid. Kurven går bratt ned de første kvartalene. Det viser at sannsynligheten for å komme tilbake til jobb er relativt stor. Rundt 10–15 kvartaler utenfor flater kurven ut. Sjansen for å returnere har altså blitt betydelig mindre for dem som har vært så lenge utenfor.

Figur 45 Kaplan-Meier-kurve for å forbli utenfor arbeid



Kilde: Riksrevisjonen. $N = 757\,022$.

Basert på disse analysene og vår definisjon av frafall som overgang ut av arbeidslivet har vi kommet fram til følgende to kriterier for frafall:

- En person må ha tolv sammenhengende kvartaler uten arbeid (tre år) for å regnes som frafalt.
- Personen må ha minst ett kvartal i arbeid før de tolv sammenhengende kvartalene uten arbeid.

Avgrensinger

Vi har avgrensninger etter alder, bosted og pensjon. Personer som er utenfor grensene, blir fjernet fra populasjonen. Disse inngår ikke i antallet frafalte personer og heller ikke i antallet personer i arbeid.

Aldersavgrensning

Vi har en nedre og øvre aldersgrense for å begrense problemet med å inkludere personer som studerer eller går av med pensjon i løpet av perioden. Den nedre aldersgrensen er 23 år, mens den øvre aldersgrensen er 66 år.

For å begrense problemet med at personer under utdanning blir regnet som frafalt, har vi satt en nedre aldersgrense på 23 år ved start av måleperiode (tolv kvartaler før frafall). Dette innebærer at personer må begynne på de tolv sammenhengende kvartalene tidligst det året de fyller 23 år. Denne grensen er satt for å minske problemet med at studenter kan regnes som frafalt. Statistikk fra SSB viser at gjennomsnittsalderen for førstegangsstudenter var 22 år i 2021.

Den øvre aldersgrensen for frafallsindikatoren er 66 år ved slutten av måleperiode (i frafallskvartalet).

Bostedsavgrensning

Vi har inkludert et kriterium om bosted for å sikre at personer som flytter ut av Norge uten å motta ytelser, ikke skal regnes som frafalt. Vi ekskluderer observasjoner der personen

- ikke har registrert arbeid i de neste tolv kvartalene
- ikke har mottatt ytelser i de neste tolv kvartalene
- ikke har registrert bosted i Norge i de neste tolv kvartalene

Eventuelle observasjoner der personen ikke oppfyller disse kriteriene, beholdes i analysene.

Pensjonsavgrensning

Personer som går av med pensjon i løpet av måleperioden blir fjernet fra populasjonen i frafallsanalysen. Dette for å sikre at personer som går av med pensjon, ikke skal regnes som frafalt.

Vedlegg 4:

Analyser av AAP-vedtak: variabler, deskriptiv statistikk og resultater

Tabell 10 Operasjonalisering og datakilder for variabler i regresjonsmodeller

Variabel	Operasjonalisering	Datakilde
Utfall (Avhengig var.)	Dummyvariabel for om søknadsvedtaket er avslag (1) eller innvilgelse (0).	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Alder*	Alder basert på fødselsår.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Arbeidsledighet i bo- og arbeidsmarkedsregion	Andel helt arbeidsledige av arbeidsstyrken i personens bo- og arbeidsmarkedsregion i vedtaksmånedens. ⁵¹⁶	Vi kobler andel arbeidsledige per kommune og måned fra Navs nettsider ⁵¹⁷ med Transportøkonomisk institutts liste over 159 bo- og arbeidsmarkedsregioner, oppdatert i 2020 ⁵¹⁸
Arbeidsrettet bistand*	Antall måneder personen har mottatt arbeidsrettet bistand fra Nav (dvs. har en innsatsgruppe) siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Arbeidstimer*	Gjennomsnittlig antall arbeidstimer per måned siste 2 år før vedtak. ⁵¹⁹	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Barn (antall u/18 år)*	Antall barn under 18 år.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Dagpenger*	Antall måneder personen har mottatt dagpenger siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Føderegion	Tre dummyvariabler som indikerer om personen er født i (i) EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia eller New Zealand, (ii) Resten av verden (utenfor Norge), (iv) Ukjent land/statsløs. Referansekategori er Norge. Dette følger SSBs standard for landgruppering. ⁵²⁰	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, og SSB (2024) Standard for gruppering av land (https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/546)

⁵¹⁶ For individ-måneder som mangler kommuneinformasjon bruker vi landsgjennomsnittet for arbeidsledighet til å fylle inn manglende observasjoner.

⁵¹⁷ NAV (2023) «Historisk statistikk om arbeidsmarkedet: Kommune. Beholdning måned. 1995–2022 (csv)». URL: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/historisk-statistikk>.

⁵¹⁸ Regjeringen (2024) Inndeling av kommuner i bo- og arbeidsmarkedsregioner. URL: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/inndeling-av-kommuner-i-bo-og-arbeidsmarkedsregioner/id2662614/>.

⁵¹⁹ Verdier over 300 timer per måned settes til 300 timer, siden høyere månedlig arbeidstid enn det ikke er realistisk.

⁵²⁰ SSB (2024) Standard for gruppering av land. URL: <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/546>.

Innsatsgruppe	Dummies for om personen siste to år før vedtaksmåned er registrert i en av Navs fire innsatsgrupper: situasjonsbestemt, spesielt tilpasset, standard, og varig tilpasset innsats. Hvis personen har hatt flere innsatsgrupper velges den siste før vedtaksmåned. Referansekategori er ingen innsatsgruppe siste 2 år.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Kjønn	Dummyvariabel som tar verdien 1 for kvinne og 0 for mann.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Kvalifiseringsstønad	Dummyvariabel for om personen har mottatt kvalifiseringsstønad siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Lønnsarbeid*	Antall måneder med registrert lønn siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Lønnsnivå*	Gjennomsnittlig lønn (i 1 000 kr) registrert per måned siste 2 år, justert til lønnsnivå for 2015 ved å deflatere nominelle lønnstall med SSBs lønnsindeks for påløpt årslønn. Settes til 0 for personer som ikke har hatt lønnsarbeid. ⁵²¹	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, og SSB (2025) Statistikkbanken: Årslønn, påløpt. Nominelt og reelt. Gjennomsnitt for alle lønnstakere 1970 – 2024. (https://www.ssb.no/statbank/table/09786/)
Nedsatt arbeidsevne	Dummyvariabel for om personen har hatt arbeidsmarkedsstatus nedsatt arbeidsevne i løpet av siste 2 år før vedtaksmåned.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Norsk statsborgerskap	Dummy for om personen har norsk statsborgerskap.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Næringsgruppe	Dummies for 19 næringsgrupper. Tar utgangspunkt i 21 hovedgrupper i SN 2007, og samler tre grupper med under 1 000 observasjoner under «Andre», som er referansekategori. Bruker næringsgruppen i siste måned med arbeid innenfor siste 2 år. Hvis arbeider i flere næringer	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

⁵²¹ Vi håndterer urealistisk høye verdier slik: For verdier over 1 mill. NOK i kvartalet sjekkes forskjell fra forrige og neste kvartal. Hvis verdien er over fem ganger høyere enn forrige eller neste kvartal, brukes verdien av forrige eller neste kvartal.

samtidig brukes jobben med flest arbeidstimer. Personer uten arbeidserfaring legges i kategorien «Ingen».

Primærdiagnose depressiv lidelse	Dummy for om mesteparten av sykefravær siste 2 år er relatert til depressiv lidelse (P76). ⁵²²	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Primærdiagnose annen psykisk	Dummy for om mesteparten av sykefravær siste 2 år er relatert til annen psykisk diagnose enn P76.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Primærdiagnose somatisk	Dummy for om mesteparten av sykefravær siste 2 år er relatert til somatisk diagnose.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Sivilstatus	Dummies for (1) skilt/separert/enkel, og (2) ugift/ukjent sivilstatus. Referansekategori er gift.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Sosialhjelp*	Antall måneder personen har mottatt sosialhjelp siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Sykedager*	Antall dager med legemeldt sykefravær siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Sykmelding gradert	Dummy for om mesteparten av registrert sykefravær siste 2 år var gradert. ⁵²³	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
Tiltakspenger	Dummyvariabel for om personen har mottatt tiltakspenger siste 2 år før vedtak.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet
År	Dummies for vedtaksår.	Registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Note: *Modellen inkluderer også en kvadrert versjon av variabelen.

⁵²² Vi kontrollerer for depressiv lidelse fordi det er den klart hyppigste hoveddiagnosen blant nye AAP-mottakere.

⁵²³ Vi testet å i tillegg inkludere dummy for om mesteparten av sykefravær var 100 prosent, men den ble kastet ut av analysen på grunn av multikollinearitet.

Tabell 11 Deskriptiv statistikk for variabler i regresjonsmodell for kontoranalyse

Variabler	N	Gj.snitt	Std.avvik	Min	Maks
Utfall (avslag=1, innvilget=0)	328 748	0,126	0,332	0	1
Alder	328 748	42,918	13,015	16	70
Alder^2	328 748	2 011,353	1 110,754	256	4 900
Arbeidsledighet i region	328 748	2,604	1,590	0,000	20,600
Arbeidsrettet bistand (måneder)	328 748	4,734	7,719	0	24
Arbeidsrettet bistand (måneder)^2	328 748	82,002	171,819	0	576
Arbeidstimer	328 748	135,510	83,140	0,000	300,000
Arbeidstimer^2	328 748	25 275,120	23 992,070	0,000	90 000,000
Barn (antall under 18 år)	328 748	0,673	1,016	0	11
Barn (antall under 18 år)^2	328 748	1,485	3,232	0	121
Dagpenger (måneder)	328 748	1,303	4,101	0	24
Dagpenger (måneder)^2	328 748	18,511	74,582	0	576
Føderegion: EU/EFTA, UK, USA, Canada, Australia eller New Zealand	328 748	0,098	0,297	0	1
Føderegion: Resten av verden (utenfor Norge)	328 748	0,123	0,328	0	1
Føderegion: Ukjent/statsløs	328 748	0,0003	0,016	0	1
Innsatsgr: Situasjonsbestemt	328 748	0,157	0,364	0	1
Innsatsgr: Spesielt tilpasset	328 748	0,170	0,376	0	1
Innsatsgr: Standard	328 748	0,106	0,308	0	1
Innsatsgr: Varig tilpasset	328 748	0,013	0,115	0	1
Kjønn (kvinne=1)	328 748	0,576	0,494	0	1
Kvalifiseringsstønad	328 748	0,014	0,119	0	1
Lønnsarbeid (måneder)	328 748	16,373	8,496	0	24
Lønnsarbeid (måneder)^2	328 748	340,270	229,166	0	576
Lønnsnivå	328 748	24,941	18,038	0	712,837
Lønnsnivå^2	328 748	947,450	2 626,160	0	508 136,30

Nedsatt arbeidsevne	328 748	0,259	0,438	0	1
Norsk statsborgerskap	328 748	0,894	0,307	0	1
Næring: Annen tjenesteyting	328 748	0,021	0,145	0	1
Næring: Bergverksdrift og utvinning	328 748	0,009	0,093	0	1
Næring: Bygge- og anleggsvirksomhet	328 748	0,077	0,267	0	1
Næring: Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	328 748	0,029	0,168	0	1
Næring: Finansierings- og forsikringsvirksomhet	328 748	0,008	0,087	0	1
Næring: Forretningsmessig tjenesteyting	328 748	0,074	0,262	0	1
Næring: Helse og sosialtjenester	328 748	0,231	0,422	0	1
Næring: Industri	328 748	0,063	0,242	0	1
Næring: Informasjon og kommunikasjon	328 748	0,016	0,127	0	1
Næring: Ingen	328 748	0,102	0,303	0	1
Næring: Jordbruk, skogbruk og fiske	328 748	0,011	0,106	0	1
Næring: Kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter	328 748	0,014	0,116	0	1
Næring: Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	328 748	0,028	0,164	0	1
Næring: Omsetning og drift av fast eiendom	328 748	0,007	0,086	0	1
Næring: Overnattings- og serveringsvirksomhet	328 748	0,050	0,218	0	1
Næring: Transport og lagring	328 748	0,049	0,217	0	1
Næring: Undervisning	328 748	0,062	0,241	0	1
Næring: Vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet	328 748	0,006	0,074	0	1

Næring: Varehandel, reparasjon av motorvogner	328 748	0,139	0,346	0	1
Primærdiagnose depressive lidelse	328 748	0,085	0,279	0	1
Primærdiagnose annen psykisk	328 748	0,135	0,342	0	1
Primærdiagnose somatisk	328 748	0,564	0,496	0	1
Sivilstatus: Skilt/separert/enke	328 748	0,162	0,368	0	1
Sivilstatus: Ugift/ukjent	328 748	0,479	0,500	0	1
Sosialhjelp (måneder)	328 748	1,581	4,524	0	24
Sosialhjelp (måneder)^2	328 748	22,964	87,441	0	576
Sykmelding gradert	328 748	0,383	0,486	0	1
Sykedager	328 748	251,658	172,218	0	731
Sykedager^2	328 748	92 990,37	74 663,840	0	534 361
Tiltakspenger	328 748	0,059	0,235	0	1
År: 2018	328 748	0,124	0,330	0	1
År: 2019	328 748	0,135	0,342	0	1
År: 2020	328 748	0,146	0,353	0	1
År: 2021	328 748	0,148	0,355	0	1
År: 2022	328 748	0,148	0,355	0	1
År: 2023	328 748	0,162	0,369	0	1

Note: Tabellen er basert på utvalget for alle år (som for regresjonsmodell 1 i Tabell 12).

Tabell 12 Regresjonstabell. Logistiske regresjoner med avhengig variabel utfall (avslag=1).

	(1) Alle år, AV=avslag (§11-5) (for kontor-analyse)	(2) Bare 2017, AV=avslag (AAP- søknad) (for tidsanalyse)
Alder	0,013***	-0,008
	(0,004)	(0,008)
Alder^2	-0,0003***	0,00003
	(0,00004)	(0,0001)
Arbeidsledighet i region	0,077***	0,134***
	(0,004)	(0,020)
Arbeidstimer	0,001*	-0,00001
	(0,0003)	(0,00002)
Arbeidstimer^2	0,00000	0,000
	(0,00000)	(0,000)
Barn (antall under 18 år)	0,096***	0,063*
	(0,013)	(0,033)
Barn (antall under 18 år)^2	-0,006	-0,004
	(0,003)	(0,009)
Dagpenger (måneder)	-0,017***	-0,012
	(0,004)	(0,011)
Dagpenger (måneder)^2	0,001***	0,001
	(0,0002)	(0,001)
Føderegion: EU/EFTA, UK, USA, CA, AU, eller NZ	0,346***	0,372***
	(0,024)	(0,062)
Føderegion: Resten av verden (utenfor Norge)	0,616***	0,739***
	(0,017)	(0,043)
Føderegion: Ukjent/statsløs	-0,487	-0,106
	(0,466)	(0,762)

Arbeidsrettet bistand (måneder)	-0,025***	-0,041***
	(0,004)	(0,010)
Arbeidsrettet bistand (måneder)^2	0,001***	0,002***
	(0,0002)	(0,0004)
Innsatsgruppe: Situasjonsbestemt	0,633***	0,553***
	(0,022)	(0,056)
Innsatsgruppe: Spesielt tilpasset	-0,132***	-0,219***
	(0,027)	(0,070)
Innsatsgruppe: Standard	0,524***	0,463***
	(0,022)	(0,053)
Innsatsgruppe: Varig tilpasset	-1,479***	-0,243
	(0,095)	(0,149)
Kvalifiseringsstønad	-0,023	-0,218**
	(0,041)	(0,108)
Kjønn (kvinne=1)	-0,155***	-0,087***
	(0,013)	(0,031)
Lønnsarbeid (måneder)	0,002	-0,021**
	(0,004)	(0,009)
Lønnsarbeid (måneder)^2	-0,0003***	0,001**
	(0,0001)	(0,0003)
Lønnsnivå	-0,005***	-0,005***
	(0,001)	(0,001)
Lønnsnivå^2	0,00001**	0,00001*
	(0,00000)	(0,00001)
Nedsatt arbeidsevne	0,299***	0,322***
	(0,018)	(0,048)
Norsk statsborgerskap	-0,144***	-0,163***
	(0,022)	(0,059)

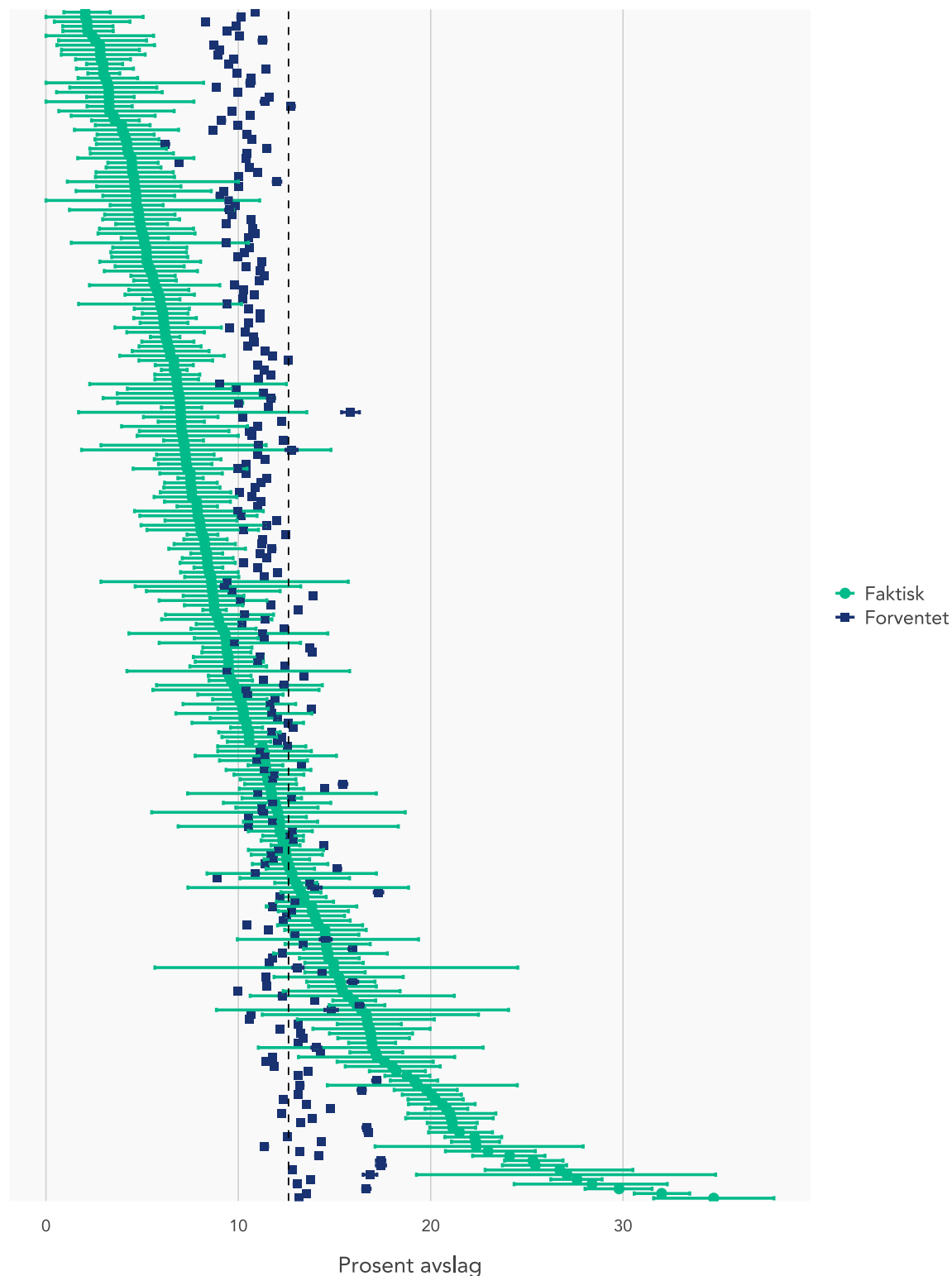
Næring: Annen tjenesteyting	0,405***	-0,089
	(0,125)	(0,256)
Næring: Bergverksdrift og utvinning	0,297**	-0,248
	(0,138)	(0,279)
Næring: Bygge- og anleggsvirksomhet	0,366***	-0,103
	(0,121)	(0,245)
Næring: Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	0,232*	-0,374
	(0,124)	(0,255)
Næring: Finansierings- og forsikringsvirksomhet	-0,051	-0,487
	(0,145)	(0,297)
Næring: Forretningsmessig tjenesteyting	0,493***	-0,080
	(0,121)	(0,245)
Næring: Helse og sosialtjenester	0,277**	-0,227
	(0,120)	(0,243)
Næring: Industri	0,117	-0,353
	(0,122)	(0,246)
Næring: Informasjon og kommunikasjon	0,160	-0,177
	(0,128)	(0,261)
Næring: Ingen	0,357***	-0,173
	(0,122)	(0,247)
Næring: Jordbruk, skogbruk og fiske	0,243*	-0,183
	(0,129)	(0,266)
Næring: Kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter	0,299**	-0,148
	(0,128)	(0,266)
Næring: Offentlig administrasjon, forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	0,101	-0,332
	(0,126)	(0,257)
Næring: Omsetning og drift av fast	0,307**	-0,228

eiendom	(0,135)	(0,288)
Næring: Overnattings- og	0,374***	-0,107
serveringsvirksomhet	(0,121)	(0,247)
Næring: Transport og lagring	0,438***	-0,110
	(0,122)	(0,247)
Næring: Undervisning	0,092	-0,139
	(0,122)	(0,248)
Næring: Vannforsyning, avløps- og	0,489***	-0,461
renovasjonsvirksomhet	(0,139)	(0,311)
Næring: Varehandel, reparasjon av	0,306**	-0,206
motorvogner	(0,120)	(0,243)
Primærdiagnose depressive lidelse	-0,057*	0,129*
	(0,032)	(0,076)
Primærdiagnose annen psykisk	0,038	0,097
	(0,028)	(0,070)
Primærdiagnose somatisk	0,241***	0,215***
	(0,024)	(0,060)
Sivilstatus: Skilt/separert/enke	0,086***	0,035
	(0,017)	(0,041)
Sivilstatus: Ugift/ukjent	0,052***	0,107***
	(0,016)	(0,038)
Sosialhjelp (måneder)	0,021***	0,029***
	(0,004)	(0,009)
Sosialhjelp (måneder)^2	-0,0004**	-0,001***
	(0,0002)	(0,0005)
Sykmelding gradert	0,314***	0,263***
	(0,015)	(0,035)
Sykedager	-0,003***	-0,002***

	(0,0002)	(0,0005)
Sykedager^2	0,00000***	-0,00000
	(0,00000)	(0,00000)
Tiltakspenger	0,084***	0,015
	(0,022)	(0,058)
År: 2018	0,299***	
	(0,020)	
År: 2019	0,158***	
	(0,020)	
År: 2020	-0,354***	
	(0,023)	
År: 2021	-0,314***	
	(0,021)	
År: 2022	-0,341***	
	(0,021)	
År: 2023	-0,368***	
	(0,021)	
Konstantledd	-2,262***	-1,188***
	(0,141)	(0,302)
AUC	0,71	0,68
Observasjoner (n)	328 748	44 403

Note: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$. Koeffisienter i log-odds. Enhet er vedtak.

Figur 46 Forventet og faktisk avslagsrate for hvert kontor



Kilde: Riksrevisjonen. $N(\text{Nav-kontor}) = 253$. $N(\text{vedtak}) = 328\,748$. Data for perioden 2017–2023. Stiplet vertikal linje viser andel avslag av alle vedtak i datasettet (12,6 prosent). Navn er utelatt.

Figur 46 viser avviket mellom faktisk og forventet avslagsrate ved hvert Nav-kontor. Bare Nav-kontor med minst 50 vedtak totalt i undersøkelsesperioden er inkludert. Grønne punkter angir kontorenes faktiske avslagsrate, mens blå punkter viser den forventede avslagsraten fra regresjonsmodellen. Konfidensintervall for den faktiske avslagsraten vises

med grønn linje, mens konfidensintervall for forventet avslagsrate vises med blå linje.⁵²⁴ Avviket mellom faktisk og forventet rate er statistisk signifikant på 95 prosent-nivå der den grønne linjen ligger utenfor den blå linjen.⁵²⁵

Vi ser at den forventede avslagsraten i noen grad følger den faktiske avslagsraten, noe som indikerer at en del av de observerte forskjellene mellom kontorer kan forklares av forskjeller ved søkerne og arbeidsledighet. Likevel ligger den faktiske avslagsraten for mange kontorer utenfor konfidensintervallet til forventet rate. Flertallet av disse kontorene har lavere enn forventet avslagsrate.

Tabell 13 Resultater for analyser av variasjon over år

År	Antall vedtak	Faktisk avslagsrate (estimat)	Forventet avslagsrate (estimat)	Forskjell faktisk-forventet rate	Forskjell nedre konf.int.	Forskjell øvre konf.int.
2017	44 403	16,8	16,8	0,0	-0,1	0,1
2018	40 631	19,8	16,8	3,0	2,4	3,5
2019	44 163	17,7	17,1	0,6	0,0	1,1
2020	47 754	14,1	22,3	-8,2	-10,0	-6,5
2021	48 237	13,9	18,6	-4,6	-5,2	-4,0
2022	48 218	12,2	16,2	-4,0	-4,6	-3,5
2023	38 075	12,7	16,2	-3,6	-4,2	-3,0

*Note: *Bare vedtak frem til oktober 2023 er inkludert. Det forklarer mye av reduksjonen i antall vedtak i utvalget det året.*

⁵²⁴ Konfidensintervallet for den forventede raten fanger opp usikkerhet knyttet til datagrunnlaget for regresjonsmodellen, som utvikles på hele datasettet. Konfidensintervallet for den faktiske raten fanger derimot opp usikkerhet knyttet til utvalget per kontor, og er derfor større enn intervallet for den forventede raten.

⁵²⁵ Avviket kan også være signifikant der linjene overlapper noe. Vi har utført signifikanstesting på avviket mellom den forventede og faktiske raten.

Tabell 14 Resultater for analyser av variasjon over år: Alternativ tilnærming

År	Antall vedtak	Forskjell faktisk-forventet rate	Forskjell, nedre konf.int.	Forskjell, øvre konf.int.
2017	44 403	0,0	0,0	0,0
2018	40 631	2,7	2,2	3,2
2019	44 163	0,4	-0,1	0,9
2020	47 754	-4,4	-4,8	-3,9
2021	48 237	-3,6	-4,0	-3,1
2022	48 218	-4,7	-5,1	-4,2
2023	38 075	-4,1	-4,6	-3,6

Note: Resultater basert på alternativ tilnærming der regresjonsanalysen baseres på data for alle år, og estimatene deretter justeres slik at 2017 blir nullpunkt.

Vedlegg 5:

Erfaringer fra sykefraværsreduksjon i Sverige og Nederland

Figur 39 viser at sykefraværet i Sverige og Nederland på starten av 2000-tallet var høyere enn i Norge. Men i dag har fraværet stabilisert seg på henholdsvis 2,5 og 2 prosent.

Nederland og Sverige har begge opplevd en betydelig reduksjon i sykefraværet sammenlignet med Norge. På 1990-tallet var sykefraværet i disse landene høyere enn i Norge, men utover 2000-tallet falt det først i Nederland, og så i Sverige til betydelig under norsk nivå. Disse fallene sammenfaller med reformer i lover, regler og praktiseringen av disse i begge landene. Både Sverige og Nederland innførte på denne tiden strengere oppfølging, tidsbegrensninger og økt ansvar for arbeidsgivere. Mens Sverige fokuserte på strammere regler for sykepenger og rehabilitering, har Nederland flyttet kostnadene og ansvaret over på arbeidsgiverne.

I Sverige var sykefraværet høyere enn i Norge tidlig på 2000-tallet, men mellom 2003 og 2010 falt det kraftig, noe som er blitt tilskrevet en strammere praktisering av regelverket.⁵²⁶ I 2005 ble de svenske trygdeetatene sammenslått, noe som bidro til en mer strukturert, streng og effektiv oppfølging av sykmeldte. I 2007 - 2008 ble det innført et detaljert sett med anbefalinger til sykmeldende leger (beslutningsstøtten). Man innførte også tidsbegrensninger i sykepengeordningen og progressivt strengere krav for å få beholde sykepenger over tid. Disse endringene kan ha vært med på å forlenge fallet i sykefravær, men kan ikke alene forklare fallet som startet i 2003. Blant andre faktorer som trolig spiller inn, er endringer i arbeidsmarkedet – et dårligere arbeidsmarked henger sammen med lavere sykefravær. Det har også vært en mindre nedgang i sykefraværet i Sverige siden 2015. I denne perioden er søknader om sykepenger stadig oftere avslått, og i 2019 var dette årsaken til 7,1 prosent av alle avsluttede sykefravær – en økning fra 1,7 prosent i 2013. Dette har trolig bidratt til en betydelig reduksjon i sykefraværet, samt en lavere tilgang til uføretrygd enn tidligere.⁵²⁷

Innretningen av ytelsene i Norge og Sverige gjør også at det svenske sykefraværet kan fremstå lavere. Etter 180 dagers sykefravær blir retten til sykepenger vurdert opp mot arbeidsmarkedet generelt, og ikke bare mot egen arbeidsplass, i motsetning til praksis i Norge. Kun dersom det er stor sannsynlighet for at arbeidstakeren kan gå tilbake til sin tidligere jobb innen ett år, kan sykepenger videreføres. Dersom sykmeldte skyves over til andre ytelser vil dette trekke sykefraværet ned. På den andre siden er det lengre maksimal grense på sykefravær i Sverige og Nederland enn i Norge, noe som kan være med på å trekke sykefraværet opp. Likevel virker det som at sykefraværet i Norge er høyere enn i Sverige og Nederland, også når man prøver å kompensere for slike effekter.⁵²⁸

Nederland har gjennomført flere reformer fra 1990 til i dag. Hovedtrekkene går ut på at arbeidsgivere har fått et større ansvar for de helserelaterte ytelsene. I 1994 fikk arbeidsgiverne først finansieringsansvar for sykepenger de første seks ukene av sykefraværet. Dette ble økt til å gjelde det første året i 1996, og utvidet til de første to årene i 2004. I tillegg til det økte ansvaret knyttet til finansieringen av sykepenger, har

⁵²⁶ Sysselsettingsutvalget del 2.

⁵²⁷ Sysselsettingsutvalget del 1 og del 2.

⁵²⁸ Gleinsvik, A. (2014) Internasjonal sammenligning av sykefravær: Hovedrapport og Delrapport 1. Rapport 2014:05 og 2014:03, Proba samfunnsanalyse.

arbeidsgivere også fått større ansvar for tilrettelegging for arbeidstakere. For eksempel ble arbeidsgivernes uføreforsikring justert slik at de som har høyere andel ansatte som ender opp på uføretrygd, betaler høyere premier. Ansvar for tilrettelegging innebærer at arbeidsgiver har hovedansvaret for å få arbeidstakeren tilbake i arbeidslivet ved å finne passende arbeid internt i virksomheten.⁵²⁹

I Nederland plikter arbeidsgiver også til å finne en alternativ arbeidsplass for sykmeldte arbeidstakere dersom det ikke finnes passende arbeid internt i virksomheten. Arbeidsgiver og arbeidstaker må også utarbeide en aktivitetsplan for hvordan arbeidstaker skal komme tilbake i arbeidslivet innen åtte uker. Dersom arbeidstakeren søker om uføretrygd etter to år, kan myndighetene kreve at arbeidsgiver betaler sykepengene i noen måneder lenger dersom aktivitetsplanen ikke er fulgt opp tilstrekkelig.⁵³⁰

⁵²⁹ [Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland | OECD](#)

⁵³⁰ NOU 2019: 7. (2019). *Arbeid og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*.