



SINTEF

```
logit type i.kjonn i.agecat, or
estimates store dagp_type1
logit type i.kjonn i.agecat i.SOM i.PHV i.TSB i.REH, or
estimates store dagp_type2
coefplot dagp_type1 dagp_type2, baselevels drop(_cons) xline(1) efc
    headings(0.kjonn = "{bf:Kjønn}"          ///
             21.agecat = "{bf:Aldersgruppe}"  ///
             0.SOM = "{bf:SOM}"             ///
             0.PHV = "{bf:PHV}"             ///
             0.TSB = "{bf:TSB}"             ///
             0.REH = "{bf:REH}"            ///
            )
```

Rapport

Fullføring av søknad om ytelser på nav.no og behandling i spesialisthelsetjenesten

En registerdatakobling av alle som søkte om en ytelse på nav.no i 2018 og deres bruk av spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020

Forfattere:

Solveig Osborg Ose & Kari Sand

Rapportnummer: 2024:00688

Finansiering:

FoU-midler fra NAV



SINTEF

SINTEF Digital
Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim

Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919303808 MVA

Rapport

Fullføring av søknad om ytelser på nav.no og behandling i spesialisthelsetjenesten

En registerdatakobling av alle som søkte om en ytelse på nav.no i 2018 og deres bruk av spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020

EMNEORD

NAVs datavarehus
Norsk pasientregister (NPR)
Registerdata
Regresjonsanalyser
Deskriptive analyser
Fullføring av søknader
Digitale søknader
Pdf-søknader
Dagpenger
Foreldre- og
svangerskapspenger
AAP
Sykepenger
Diagnoser (ICD-10)

VERSJON

1

DATO

2024-06-10

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose & Kari Sand

FINANSIERING

FoU-midler fra NAV

HOVEDPROSJEKT

Digital ekskludering i NAV -
hvem, når, hvorfor?

PROSJEKTNUMMER

102020215

ANTALL SIDER

80

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose

SIGNATUR

KONTROLLERT AV

Silje L. Kaspersen

SIGNATUR

Silje L. Kaspersen (Aug 16, 2024 19:07 GMT+2)

GODKJENT AV

Line Melby

SIGNATUR

COMPANY WITH
MANAGEMENT SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
ISO 9001 • ISO 14001
ISO 45001

RAPPORT NR.

2024:00688

ISBN

978-82-14-07037-8

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Fullføring av søknad om ytelser på nav.no og behandling i spesialisthelsetjenesten

Solveig Osborg Ose & Kari Sand

Juni 2024

Sammendrag

Bakgrunn

I dette delprosjektet har vi koblet data fra datavarehuset i NAV med data fra Norsk pasientregister (NPR) for å få mer kunnskap om sammenhengen mellom helseproblemer (målt med behandling i spesialisthelsetjenesten) og fullføring av søknad om ytelser. Registerkoblingen inkluderer alle som søkte om en ytelse fra NAV i 2018 og alle deres kontakter med Norsk pasientregister (NPR) i perioden 2010-2020. Det var totalt 465 333 personer som sendte inn totalt over 1,4 millioner søknader om ytelser på nav.no i 2018. 65 prosent av søknadene var digitale søknader, og 35 prosent var søknader levert som pdf-dokument.

Av alle søknader var det 61 prosent som ble fullført på korrekt måte, mens 25 prosent ble avbrutt av systemet fordi bruker ikke overholdt tidsfristen, og 14 prosent ble avbrutt av bruker av ukjent årsak. Det kan være mange årsaker til at en søknad ikke fullføres, og søkers helseproblemer kan være én årsak. I dette delprosjektet undersøker vi sammenhengen mellom bruk av spesialisthelsetjenester og hvorvidt søknader om ulike ytelser fullføres eller avbrytes. Det er fra før lite kunnskap om slike sammenhenger, og vi har derfor et utforskende design og gjør ingen forsøk på å indentifisere kausale sammenhenger. Så langt vi kjenner til, er dette første gang uttrekk fra datavarehuset i NAV er koblet med data fra NPR.

Resultater

Resultatene viser at det er 15,3 prosent av de som har opprettet en søknad om **dagpenger** i 2018 som ikke har fullført søknaden i 2018. Fullføringsgraden er la-

vere blant kvinner enn blant menn, og de yngste søkerne har lavest fullføringsgrad. Det er ingen systematisk forskjell i fullføringsgrad mellom de som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020, og de som ikke har hatt det, men vi finner at de som har hatt kontakt i 2017 systematisk har høyere fullføringsgrad av dagpengesøknad enn de som har hatt kontakt andre år. De som har hatt kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020, har systematisk lavere fullføringsgrad enn de som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern i denne perioden, og særlig lav er fullføringsgraden blant de som har hatt kontakt i perioden 2016-2020. De som har vært i rusbehandling, har lavere fullføringsgrad enn de som ikke har vært det, men det er ikke tydelige forskjeller etter hvilket år i perioden 2010-2020 de har vært i behandling. Også de som har vært i kontakt med rehabiliteringstjenester i denne perioden, har lavere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt, men det er ikke systematiske forskjeller etter når de har hatt kontakt med rehabiliteringstjenester. Jo flere kontakter søker har hatt med spesialisthelsetjenesten, jo lavere er fullføringsgraden.

Når det gjelder **foreldre- og svangerskapspeng** er det 11,4 prosent av de som har opprettet en søknad i 2018, som ikke fullfører søknaden samme år. Menn har systematisk lavere fullføringsgrad enn kvinner, og de yngste og eldste har lavest fullføringsgrad. Søkere som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2018, har høyere fullføringsgrad, mens de som har hatt kontakt med psykisk helsevern, TSB eller rehabiliteringstjenester i perioden 2010-2020 har systematisk lavere fullføringsgrad, også når vi kontrollerer for kjønn og alder. Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten ser ikke ut til å ha sammenheng med fullføringsgrad.

Det er 8,6 prosent av de som opprettet en **AAP** søknad i 2018, som ikke fullførte søknaden. Fullføringsgraden er lavere blant menn enn blant kvinner, og de eldste søkerne (66+) har lavest fullføringsgrad. De i aldersgruppen 26-30 år har også lavere fullføringsgrad enn andre. Søkere som har hatt kontakt med somatiske helsetjenester i perioden 2017-2020, har høyere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt i samme periode, og jo flere kontakter de har hatt, jo høyere er fullføringsgraden. De som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2018-2020 har høyere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt. Fullføringen av AAP søknad er også høyere blant de som har vært i kontakt med rehabiliteringstjenester, men vi finner ingen forskjell i fullføringsgrad mellom de som har vært i rusbehandling i perioden 2010-2020 og de som ikke har vært det.

Av de som har opprettet en søknad om **sykepeng** i 2018, er det 37,9 prosent som ikke har fullført søknaden samme år. Det er ikke systematiske kjønnsforskjeller i fullføringsgrad, men betydelige forskjeller mellom aldersgrupper. Det er de yngste

og eldste som har systematisk lavere fullføringsgrad enn andre. De som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2018 og 2019, har i større grad enn de som ikke har hatt kontakt fullført søknaden om sykepenger. De som har vært i kontakt med psykisk helsevern, TSB og rehabiliteringstjenester, har lavere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt med disse tjenestene.

Det er kun mulig å analysere forskjeller mellom digitale søknader og pdf-søknader for dagpenger og AAP. Vi finner at de som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og TSB i årene 2017-2019, i større grad velger digital dagpengesøknad enn de som ikke har vært det. Men det er ikke systematiske forskjeller i valg av digital søknad og pdf mellom de som har vært i rehabilitering og de som ikke har vært det. Vi finner det samme når det gjelder søknad om AAP; de som har hatt kontakt med somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og TSB i perioden 2017-2019 sender i større grad digital søknad enn de som ikke har hatt kontakt. Igjen er det ingen forskjell om søker har vært i rehabilitering eller ikke.

Diskusjon

I denne studien fant vi at en nokså stor andel brukere ikke fullførte sine påbegynte søknader på nav.no. Studien viste videre at det er flere ulike diagnoser innen både somatikk og psykiatri som henger sammen med fullføringsgraden av digitale søknader til nav.no. Sammenhengen mellom helse og digital sårbarhet er lite adressert i tidligere forskning, selv om det er funnet sammenhenger mellom god helse og selvrapporterte gode dataferdigheter og sammenhenger mellom eldres internettbruk og diagnoser som revmatisme, grå stær og Parkinsons.

I en tidligere rapport fra samme prosjekt har vi identifisert helseutfordringer som barrierer for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger på nav.no. Vi fant at helseutfordringer i denne sammenhengen inkluderte fysiske, mentale og kognitive helseutfordringer samt lav motivasjon, lav mestringstro og lav selvtillit. Sykdom og redusert helse kan føre til redusert kognisjon og mangel på energi, overskudd og motivasjon som gjør det tungt eller uoverkommelig å bruke digitale tjenester. Dette gjelder ikke minst ved sammensatte helseutfordringer, når byrden oppleves ekstra stor, og man i tillegg kan ha krav på - og behov for - flere ytelser samtidig og dermed må løse flere digitale oppgaver for å få det man har rett på.

Opplevelsen av at det er vanskelig, slitsomt eller helt uoverkommelig å interagere med offentlige myndigheter, kan forklares ved hjelp av begrepet administrativ byrde – et begrep som omfatter alle de personlige kostnadene som følger med kontakt med det offentlige for å få hjelp eller ytelser man har krav på. Administrativ

byrde innebærer læringskostnader, krav til overholdelse av regler og mentale kostnader som stress og usikkerhet. Administrativ byrde blir ofte forsterket av dårlig helse, og byrden kan også forsterkes av at den offentlige interaksjonen digitaliseres. For personer med helseproblemer kan det være krevende å forstå og fullføre de nødvendige oppgavene digitalt, spesielt når de har komplekse behov som de opplever at ikke passer i de digitale søknadsmalene. Konsekvensene av administrativ byrde er større for mennesker med færre ressurser.

I denne registerstudien fant vi at de yngste (gruppen 16-21 år) hadde lavere sannsynlighet for å fullføre sine søknader enn eldre, bortsett fra de eldste (over 66 år). Ungdommers utfordringer med å bruke digitale selvbetjeningsløsninger i kontakt med det offentlige har blitt forklart med lav byråkratisk kompetanse, dvs. at de ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å finne, forstå og bruke offentlig informasjon til å få gjort det de trenger, for eksempel å søke om dagpenger eller sykepenger. Ungdommer har ikke rukket å ha særlig mye kontakt med det offentlige og dermed ikke fått mulighet til å opparbeide seg byråkratisk kompetanse. Interessant nok er det ikke bare de yngre som har lav byråkratisk kompetanse, dette er også identifisert hos eldre. Det vil si at både for de yngste og de eldste brukerne kan lav byråkratisk kompetanse være en barriere for å nyttiggjøre seg digitale løsninger på f.eks. nav.no.

Mange som sliter med å bruke digitale tjenester, får hjelp fra for eksempel venner og familie eller fra tjenesteytere hos NAV, på bibliotek eller i helsetjenesten. I den forrige rapporten fra dette prosjektet fortalte mange ansatte i helsetjenesten at de opplevde stor pågang fra pasienter/brukere som trengte hjelp. Resultatene fra registeranalysen viser i noen tilfeller høyere fullføringsgrad blant søkere som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, noe som kan henge sammen med muligheten til å få hjelp eller motivasjon fra ansatte. Tidligere forskning på bistand og motivasjon til å bruke digitale tjenester har hovedsakelig handlet om støtte fra sitt eget sosiale nettverk, mens resultatene fra våre studier viser behov for å forske mer på tjenesteyteres rolle i digital inkludering - særlig ansatte som ikke har det som sin oppgave eller sin kompetanse å veilede andre i å bruke digitale offentlige tjenester.

Konklusjon

Rapporten dokumenterer og viser resultater fra et første forsøk på å koble data fra datavarehuset i NAV med informasjon fra Norsk pasientregister. Kun kjønn og alder ble inkludert denne gangen, men vi ønsker også å undersøke om det er geografiske forskjeller basert på bostedsinformasjon (som finnes både i NPR og i NAV), om det er forskjeller etter utdanningsnivå (finnes i NAV) og etter inntekt (finnes også i NAV).

Rapportens oppbygging

Bakgrunn for studien og problemstillingene som analyseres er presentert i kapittel 1, datagrunnlaget beskrives i kapittel 2 og kapittel 3-6 tar for seg søknader om hhv. ytelsene dagpenger, foreldre- og svangerskapspenger, AAP og sykepenger som kobles til episoder i sektorene somatikk, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering (REH). I kapittel 7 presenterer vi kjennetegn på de som valgte digital søknad og de som valgte pdf-søknad der det var mulig å velge. Resultatene diskuteres til slutt i kapittel 8.

Innhold

1	Bakgrunn	8
1.1	Nye relevante studier	8
1.2	Erfaringer etter den første delrapporten	9
1.3	Målet med registerstudien	11
2	Datagrunnlag	12
2.1	Data fra NAV	12
2.2	Data fra NPR	15
2.2.1	Somatikk	17
2.2.2	Psykisk helsevern (PHV)	17
2.2.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	17
2.2.4	Rehabilitering (REH)	18
3	Dagpenger	19
3.1	Dagpenger/somatikk	19
3.2	Dagpenger/PHV	23
3.3	Dagpenger/TSB	26
3.4	Dagpenger/REH	29
4	Foreldre- og svangerskapspenger	32
4.1	Foreldre- og svangerskapspenger/somatikk	32
4.2	Foreldre- og svangerskapspenger/PHV	36
4.3	Foreldre- og svangerskapspenger/TSB	39
4.4	Foreldre- og svangerskapspenger/REH	42
5	Arbeidsavklaringspenger (AAP)	45
5.1	AAP/somatikk	46
5.2	AAP/PHV	49
5.3	AAP/TSB	52
5.4	AAP/REH	55
6	Sykepenger	58
6.1	Sykepenger/somatikk	59
6.2	Sykepenger/PHV	62
6.3	Sykepenger/TSB	65
6.4	Sykepenger/REH	68

7	Hva kjennetegner de som velger å søke digitalt?	71
7.1	Digital søknad om dagpenger	72
7.2	Digital søknad om AAP	73
8	Diskusjon	76
8.1	Oppsummering av resultater	76
8.2	Helseutfordringer som barriere	77
8.3	Styrker og svakheter	81
8.4	Videre forskning	81

1 Bakgrunn

Det overordnede målet prosjektet *Digital ekskludering i NAV - hvem, når, hvorfor?* var å undersøke om det er noen grupper som har problemer med å bruke de nye digitale løsningene som etableres. Vi ønsket også å identifisere hvilke konkrete barrierer og utfordringer de møter når de skal ta i bruk digitale velferdstjenester som innebærer selvbetjening, som nav.no.

Underveis i prosjektet har vi funnet ut at det vil være mer konstruktivt å bevege seg bort fra tankegangen om at utfordringer med å bruke digitale tjenester er knyttet til spesifikke grupper av brukere. Det er ikke hovedsakelig det å tilhøre en gruppe som gjør at en person har utfordringer med digitale løsninger, det er heller ulike former for barrierer knyttet til livssituasjonen man er i, som kan føre til at det oppleves som vanskelig eller umulig å logge seg på nav.no eller å gjennomføre oppgaver digitalt. Vi foreslår å bruke begrepet digital sårbarhet, og har undersøkt hvilke barrierer som utgjør denne formen for sårbarhet. I prinsippet kan alle mennesker i løpet av livet oppleve å være mer eller mindre digitalt sårbare.

Resultatene i den første rapporten var basert på en litteraturgjennomgang, intervju og spørreskjemadata. Data i intervju og spørreskjema ble samlet inn fra fagpersoner som bistår brukere av nav.no som del av jobben sin. Dette er ansatte som jobber i kommunale tilbud til flyktninger, ansatte som jobber i lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus, sosionomer som jobber på sykehus og ansatte på biblioteket. Påførende fikk også mulighet til å besvare et spørreskjema. Totalt var det 793 fagpersoner som besvarte spørreskjema, og 30 ble intervjuet.

Vi fant at digital sårbarhet består av forhold som helserelevante barrierer, sosiale barrierer, lav digital kompetanse, lav byråkratisk kompetanse og språkutfordringer. Jo flere av disse barrierene en bruker opplever, jo mer digitalt sårbar er vedkommende. Å ikke mestre digitale selvhjelpsløsninger kan ha både økonomiske, helse-relaterte og juridiske konsekvenser for brukerne. I tillegg kom det fram at fagpersonene i dette prosjektet opplever at digitalisering ikke fører til styrkning for de brukerne de møter og hjelper – men heller det motsatte: Mange brukere føler seg som tapere i møtet med digitale selvhjelpsløsninger.

1.1 Nye relevante studier

Litteraturgjennomgangen som ble presentert i den første rapporten fra prosjektet viste blant annet at hovedtyngden av forskning på barrierer for å bruke digitale løsninger var gjort innen helsefeltet, mens det fantes langt mindre forskning innen velferd [1]. Forskning publisert etter denne litteraturgjennomgang er også hovedsa-

kelig innen helse. Nye studier adresserer også utfordringer som ulike utsatte eller sårbare personer eller grupper møter i digitale møter med tjenesteytere for eksempel etniske minoriteter og flyktninger; mennesker med ulike språkutfordringer, som annet morsmål; mennesker med redusert kognitiv funksjon eller lett utviklingshemming; og lavinntektsgrupper eller andre marginaliserte grupper [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Barrierer og utfordringer som identifiseres i nye studier er langt på vei de samme som identifisert i tidligere forskning og i de empiriske studiene presentert i den første delrapport, feks tilgangsbARRIERER pga. dårlig økonomi [4, 6], lav mestrings- tro og selvtillit [4], lav motivasjon [7], mangel på sosialt nettverk [7], utfordringer med å forstå språket i offentlige digitale tjenester [5], informasjonsoverload [3] og mangel på erfaring med eller kjennskap til digitale tjenester [9, 8].

Det er fortsatt få studier som spesifikt adresserer hvordan helseutfordringer er relatert til barrierer med å bruke digitale løsninger eller hvordan helse i seg selv kan være en barriere. Nyere omfattende oversikter over komponenter i digitalt utenforskap inkluderer ikke helsebarrierer i det hele tatt [10].

Kulturelt relaterte barrierer var i svært liten grad adressert i forrige delrapport, sannsynligvis pga. manglende interesse eller bevissthet om denne tematikken både i internasjonal forskning og i norsk offentlig sektor. I nyere studier er derimot kulturelle barrierer adressert [11, 3]. Usman et al. undersøkte helseinformasjonssøkeatferd kvalitativt blant mennesker med afrikansk opphav i Storbritannia. Deltakerne fortalte blant annet hvordan konservative og tradisjonelle oppfatninger i enkelte afrikanske miljø førte til at en del personer ikke ser behovet for digitale løsninger, ikke stoler på informasjon fra internett - eller at de foretrekker helsehjelp “[in]African ways”, som den ene deltakeren beskrev det. Forfatterens løsning for å komme over denne type barrierer er å utvikle kulturelt tilpassede og inkluderende tjenester som anerkjenner ulike kulturelle verdier [3]. En forklaring på økt bevissthet om kulturelle barrierer, er erfaringer fra Covid19-pandemien av at informasjon om smittesporing, vaksiner og sosiale restriksjoner ikke alltid ble forstått eller anerkjent i en del minoritetsmiljø [12].

1.2 Erfaringer etter den første delrapporten

Resultatene i den første rapporten har vakt oppmerksomhet særlig blant offentlig aktører i Norge, og er brukt i Regjeringens strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen [13], regjeringens handlingsplan for økt inkludering i et digitalt samfunn [14], av Digitaliseringsdirektoratet [15] og av KS [16]. Resultatene har også vært etterspurt og presentert på en rekke konferanser og seminarer

arrangert av blant andre Digitaliseringsdirektoratet, Likestillings- og diskrimineringsombudet, NAV, KS, HKdir, St. Olavs hospital og Pasientreiser i perioden 2022-2024.

De resultatene som har fått særlig oppmerksomhet, er de som kommer fra fokuset på barrierene for digital sårbarhet heller den mer tradisjonelle tilnæringsen der forskningen var rettet mot hvilke sosiodemografiske grupper som faller utenfor når tjenester digitaliseres. Det har blitt ansett som svært konstruktivt for eksempel at vi nå ikke lenger isolert sett tenker at eldre mennesker sannsynligvis er digitalt ekskludert, men heller går inn i de faktiske barrierene, som kan være at eldre mennesker har liten erfaring med å bruke digitale tjenester, at de kan være redd for hva som skjer med informasjon de legger igjen på internett eller at de ikke har noen i nærheten som kan hjelpe dem å logge inn dersom de trenger det. Det er altså ikke alderen i seg selv som gjør det vanskelig å bruke en digital tjeneste, men noen helt konkrete barrierer som det er mulig å fjerne.

Den offentlige samtalen om digitalt utenforskap i Norge har i løpet av de siste to årene endret seg fra først og fremst å handle om problembeskrivelsen til nå å være basert på en felles erkjennelsen av at vi vi vet nok om hva som kan gjøre det vanskelig å ta i bruk digitale selvbetjeningsløsninger for mange mennesker - nå er det konsensus blant de fleste aktører om at det er på tide å handle. Samtalen handler nå i større grad om digital inkludering i stedet for digital ekskludering: Nå skal vi bruke det vi vet om barrierer til å sikre likeverdig tilgang og kvalitet for alle.

Hittil har det meste av innsatsen for å få alle med blitt lagt på å utvikle ulike typer hjelp, som kurs og veiledning (for eksempel Digihjelpen som utviklet av KS og implementert av bl.a. bibliotek og kommunale servicetorg eller bydelshus over hele landet, initiativ fra organisasjoner som Seniornett og fra frivillige organisasjoner som Caritas), mens mindre innsats er foreløpig lagt på et tett samarbeid med teknologileverandører for å la dem få mulighet til å bidra med reelt inkluderende og brukervennlige digitale tjenester – som de har all mulighet til å levere dersom bestillingene de får fra offentlig sektor har de spesifikasjonene og rammene som er nødvendig.

1.3 Målet med registerstudien

I denne andre og siste delrapporten går vi nærmere inn på de helserelaterte barrierene gjennom å studere bruk av spesialisthelsetjenester blant de som oppretter en søknad om ytelse på nav.no.

Formålet er å undersøke om det er noen pasientgrupper som i større grad enn andre ikke fullfører søknader om ytelse på nav.no. Dersom det finnes pasientgrupper som har høyere sannsynlighet for å ikke fullføre søknad om ytelser, kan dette for eksempel brukes til å foreslå økt sosialfaglig kompetanse i noen områder av spesialisthelsetjenesten. Resultatene kan også være til nytte for NAV som kan bli mer oppmerksom på visse pasientgrupper som kanskje trenger mer støtte og veiledning i prosessen med å søke om ytelser enn andre.

Dersom vi ikke finner særlig variasjon mellom ulike pasientgruppers fullføringsgrad av søknader om ulike ytelser, kan dette bety helseutfordringer i liten grad påvirker fullføringsgraden av søknader om ytelser på nav.no, og at løsningene kanskje er godt tilpasset ulike pasientgruppers utfordringer.

Hovedproblemstillingene i delprosjektet er:

- Problemstilling 1: Hvordan er kombinasjon av fullførte og avbrutte søknader for den enkelte ytelse i 2018?
- Problemstilling 2: Er det kjønns- og aldersforskjeller i sannsynlighet for at søknaden avbrytes?
- Problemstilling 3: Er det høyere sannsynlighet for at søknad om ytelse i 2018 (Dagpenger, AAP, Sykepenger & foreldrepenger) avbrytes om de har hatt behandling i spesialisthelsetjenesten (somatikk (SOM), PHV, TSB og rehabilitering (REH)) i perioden 2010-2020?
- Problemstilling 4: Øker sannsynligheten for at søknaden avbrytes når behandlingen i spesialisthelsetjenesten er nærmere søknadsår (2018)?
- Problemstilling 5: Hvilke diagnosegrupper har høyest og lavest sannsynlighet for å fullføre søknaden?

Som en tilleggsanalyse til disse problemstillingene, undersøker vi i kapittel 7 om det er systematiske forskjeller mellom de som velger å fylle ut digital søknad om dagpenger og AAP og de som velger å sende pdf-søknad.

2 Datagrunnlag

Populasjonen er alle personer som i 2018 opprettet en søknad om ytelse på nav.no. Dette omfatter 465 444 unike personer som ble identifisert og trukket ut fra NAVs datavarehus. Prosjektet er en ren registerstudie og det er derfor ikke direkte kontakt med deltakerne. Deltakerne vil derfor ikke få individuell informasjon om behandlingen av opplysninger i prosjektet. NAV sendte informasjon om fødselsnummer til alle søkerne av ytelse på nav.no i 2018 til NPR, som tok ut informasjon om behandling i spesialisthelsetjenesten for hele populasjonen. Fødselsnummer ble erstattet med et anonymt løpenummer fra både NPR og NAV og forskerne koblet datakildene. Ingen informasjon om bosted eller behandlingssted ble innhentet.

Følgende variabler er hentet fra NAVs datavarehus:

- Kjønn
- Fødselsår
- Type søknad (type ytelse)
- Behandlingstype (sende digital søknad eller pdf)
- Behandlingsstatus (avbrutt, avsluttet)
- Avslutningsstatus (avbrutt av bruker, bruker ikke overholdt tids-frist, behandling avsluttet)

Følgende fire variabler er hentet fra NPR:

- Fagområde (somatikk, psykisk helsevern, TSB eller rehabilitering)
- Diagnose/diagnosekoder (ICD-10)
- Behandling/prosedyrekode (Norsk klinisk prosedyrekodeverk, NKPK)
- Tidspunkt for oppstart og avslutning av behandling (dato)

2.1 Data fra NAV

Tabell 1 viser antall og prosent av alle søknader om alle ytelser i 2018. Totalt var det registrert 1 412 740 søknader i 2018 og 61 prosent av alle søknader ble fullført, 14 prosent ble avbrutt av bruker og 25 prosent ble avbrutt av systemet fordi bruker ikke har overholdt tidsfristen.

Tabell 1: Fullførte og avbrutte søknader etter type søknad, alle ytelser

	pdf-søknad		digital søknad		Totalt alle søknader	
	antall	prosent	antall	prosent	antall	prosent
Fullført	213 164	43	646 182	70	859 346	61
Avbrutt av bruker	46 652	10	149 787	16	196 439	14
Avbrutt av system	230 412	47	126 543	14	356 955	25
Totalt	490 228	100	922 512	100	1 412 740	100

Digitale søknader er i større grad fullført (70 prosent) enn pdf-søknader (43 prosent), og pdf-søknader er oftere avbrutt av systemet (47 prosent) enn digitale søknader (14 prosent).

Det er 465 333 unike personer som har opprettet de 1,4 millioner søknadene. Summen av kolonne 3 i tabell 2 er høyere enn antall unike personer fordi noen søker på flere ytelser, se tabell 3. Høyest antall søknader per person er for tilleggsstønad, der gjennomsnittet er 3,6 søknader og lavest er omsorgspenger, pleiepenger og opplæringspenger, med i gjennomsnitt 1,4 søknader per person (uavhengig av utfall av søknaden).

Som vist i tabell 3 er det 59,3 prosent som har søkt om kun én ytelse og litt over hver fjerde søker har søkt om to ytelser. For de som har søkt om to ulike ytelser, er de vanligste kombinasjonene individstønad/tilleggsstønad for arbeidssøkere, AAP/oppfølging, sykepenger/AAP og foreldre- og svangerskapspen-ger/kontantstøtte.

Tabell 4 viser at det er stor variasjon i hvor stor andel av søknadene som avbrytes og fullføres mellom ytelsene det søkes om. Det er flest som fullfører søknad om AAP (72 prosent), dagpenger (70 prosent), individstønad/tiltaks-penger (69 prosent) og tilleggsstønad (69 prosent).

Tabell 2: Antall personer som har søkt, antall søknader og antall søknader per person

Kode	Ytelse	Personer (n)	Søknader (n)	Søkn./pers
AAP	Arbeidsavklaringspenger	82,605	144,683	1,8
BAR	Barnetrygd	40,186	91,712	2,3
BID	Bidrag	29,990	71,831	2,4
BIL	Bil	2,318	4,006	1,7
DAG	Dagpenger	137,826	335,515	2,4
ENF	Enslig forsørger	18,384	54,670	3
FOR	Foreldre- og svangerskapsp.	96,406	239,282	2,5
FOS	Forsikring	1,851	2,715	1,5
GRA	Gravferdsstønad	971	1,682	1,7
IND	Individstønad/tiltakspenger	36914	66,879	1,8
KON	Kontantstøtte	34,147	75,472	2,2
MED	Medlemskap	247	402	1,6
OMS	Omsorgsp., pleiep. og oppl.p	137	190	1,4
OPP	Oppfølging	21,473	40,387	1,9
PEN	Pensjon	1,195	1,918	1,6
SYK	Sykepenger	37,627	85,822	2,3
TSO	Tilleggsstønad	26,600	96,816	3,6
TSR	Tilleggsstønad arbeidssøkere	32,089	88,331	2,8
UFO	Uførepensjon/uføretrygd	4297	7,315	1,7
Ukjent	Ukjent	165	433	2,6
VEN	Ventelønn	72	106	1,5
YRK	Yrkesskade / Menerstatning	1,725	3,285	1,9
	I alt	607 205	1,413,452	2,3

Systemavbrudd pga manglende overholdelse av tidsfristen er særlig høy når det gjelder pensjon (59 prosent), forsikring (59 prosent), gravferdsstønad (56 prosent) og ventelønn (52 prosent). Avbrudd fra bruker, skjer hyppigst for stønad til bil (28 prosent), foreldre –og svangerskapspenger (20 prosent) og for tilleggsstønad (19 prosent) og sjeldnest for kontantstøtte (7 prosent), barnetrygd (8 prosent), forsikring (8 prosent) og gravferdsstønad (8 prosent).

Tabell 3: Antall personer som har søkt etter antall ytelser

Antall ytelser	Antall personer	Prosent
1	359 802	59,3
2	158 324	26,1
3	58 380	9,6
4	20 016	3,3
5	6 405	1,1
6	2 250	0,4
7	840	0,1
8	304	0,1
9	234	0,0
10	190	0,0
11	187	0,0
12	132	0,0
13	65	0,0
14	28	0,0
15	30	0,0
18	18	0,0
Total	607 205	100

I resten av rapporten studerer vi følgende ytelser: dagpenger, foreldre- og svangerskapspenger, AAP og sykepenger. Men først ser vi på datagrunnlaget fra NPR.

2.2 Data fra NPR

Det er to filer fra hver sektor (somatikk, PHV, TSB og Rehabilitering), én episodefil og én kodefil. Episodefilene har episodenøkler som kobles med kodefilene, og hver episodenøkkel har flere kodeverdier. Kodeverdiene fordeles på diagnosekoder (ICD-10) og prosedyrekoder. Prosedyrekodeverk kan for eksempel være NCSP (kirurgiske prosedyrer) eller NCMP (medisinske prosedyrer). I denne studien benytter vi kun diagnosekodene, og kun hovedtilstand eller hoveddiagnose. Dette er den tilstanden som helsehjelpen i hovedsak har vært rettet inn mot i forbindelse med den aktuelle episoden. Fra en medisinsk synsvinkel er dette den tilstanden

Tabell 4: Prosent av søknadene etter utfall og antall søknader totalt

Ytelse	Fullført ok	Avbrutt av bruker	Avbrutt av system	Totalt	Antall søknader
AAP	72	9	19	100	144 632
BAR	45	8	47	100	91 675
BID	42	9	49	100	71 795
BIL	25	28	47	100	4 005
DAG	70	15	15	100	335 333
ENF	53	10	37	100	54 633
FOR	64	20	16	100	239 117
FOS	34	8	59	100	2 714
GRA	35	8	56	100	1 681
IND	69	16	14	100	66 851
KON	46	7	47	100	75 451
MED	31	11	58	100	402
OMS	37	12	51	100	190
OPP	38	13	49	100	40 355
PEN	31	11	59	100	1 918
SYK	43	9	48	100	85 779
TSO	69	19	12	100	96 777
TSR	68	18	14	100	88 297
UFO	36	15	49	100	7 312
Ukj	45	17	37	100	433
VEN	32	16	52	100	106
YRK	44	11	46	100	3 284
Total	61	14	25	100	1 412 740

som har vært viktigst i forbindelse med en helsehjelpsepisode, bedømt ved episodens avslutning. Ved episoden avslutning, uavhengig av hvor lenge den har vart, må man ta stilling til hva helsehjelpen hovedsakelig har vært rettet inn mot i den aktuelle tidsperioden. Dette trenger ikke være det samme som det pasienten i utgangspunktet fikk helsehjelp for.

2.2.1 Somatikk

Det er nesten 7 millioner observasjoner i somatikkfila. Det betyr at de som søkte om en ytelse i 2018, til sammen har hatt nesten 7 millioner kontakter med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010 til 2020. Totalt er det 413 308 unike personer i somatikkfila, og det betyr at nesten 90 prosent av søkerne har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester. Episodefila kobles med kodefila for å få med diagnoser. Dette gir totalt over 17 millioner observasjoner fordelt på 53 prosent ICD-10, 29 prosent fagområdet medisin (NCMP), 13 prosent fagområdet kirurgi (NCSP) og 6 prosent fagområdet bildediagnostikk, bildeveiledet intervensjon og nukleærmedisin (NCRP). I denne studien ser vi bare på ICD-10 diagnoser og bruker ikke prosedyrekodeverket.¹ Det er 10,1 prosent av de 6,96 millioner episodene som er døgnopphold, mens de resterende 89,9 prosentene er polikliniske konsultasjoner eller dagopphold.

2.2.2 Psykisk helsevern (PHV)

Det er i overkant av 3,9 millioner episoder i PHV-fila fra NPR. Det betyr at av de som søkte NAV om en ytelse i 2018, til sammen har hatt nesten fire millioner kontakter med psykisk helsevern i perioden 2010-2020. Det er totalt 112 766 personer i fila, og det betyr at av alle 465 333 som søkte om en ytelse, er det 24,2 prosent som har vært i kontakt med psykisk helsevern én eller flere ganger i perioden 2010-2020. Det er totalt 25 991 episoder som ikke har treff i kodefila, og dette utgjør 6963 personer. Men de aller fleste av disse har episodekoder som har andre treff i kodefila, og det er totalt 522 personer som har ikke har noen episoder som har verdier i kodefila, og disse utgår. Av de 3,9 millioner episodene er det kun 1,8 prosent som er døgnopphold. Men totalt er det 22 223 personer som har hatt døgnopphold i perioden, dvs 19,7 prosent av alle i utvalget som har vært i behandling i psykisk helsevern i perioden.

2.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er 984 177 episoder i TSB fila og det er totalt 20 605 personer som inngår i episodene. Det er 174 personer som utgår grunnet manglende informasjon (0,8 prosent). Det er 3,1 prosent av episodene som er døgnbehandling, og dette omfatter 7 410 personer (36,3 prosent).

¹Kun 13 personer har kun prosedyrekoder knyttet til episoder og ikke ICD-10, så dette innebærer kun en marginal nedgang i antall personer fra bruttoutvalg.

2.2.4 Rehabilitering (REH)

Det er 158 307 episoder i rehabiliteringsfila, og det er totalt 23 946 personer i utvalget som har fått rehabilitering i perioden 2010 til 2020. Totalt er det 2 383 episoder som ikke har treff i kodefila, disse omfatter 770 personer og disse episodene utgår fordi de ikke kan kobles til en diagnose eller prosedyrekode. Det er også noen som ikke har diagnosekoder, og det totale utvalget med nok informasjon er på 22 861 personer, dvs. det er utilstrekkelig informasjon for 1 085 personer (4,5 prosent av bruttoutvalg).

3 Dagpenger

I dette kapittelet kobler vi informasjon om dagpengesøknader med informasjon fra NPR for henholdsvis sektorene somatikk, PHV, TSB og rehabilitering.

Problemstilling 1

Som vist i tabell 5 er det 55,1 prosent av personene som har søkt dagpenger som har fullført søknaden på første forsøk, mens resten har ulike kombinasjoner av fullførte og avbrutte søknader. Totalt er det 84,7 prosent som har minst en fullført søknad, mens 15,3 prosent ikke har noen fullførte søknader om dagpenger. Det er disse to gruppene vi sammenlikner når vi kobler data fra NAV med NPR-data.

Tabell 5: Antall og prosent etter kombinasjon av fullførte og avbrutte søknader for dagpenger i 2018

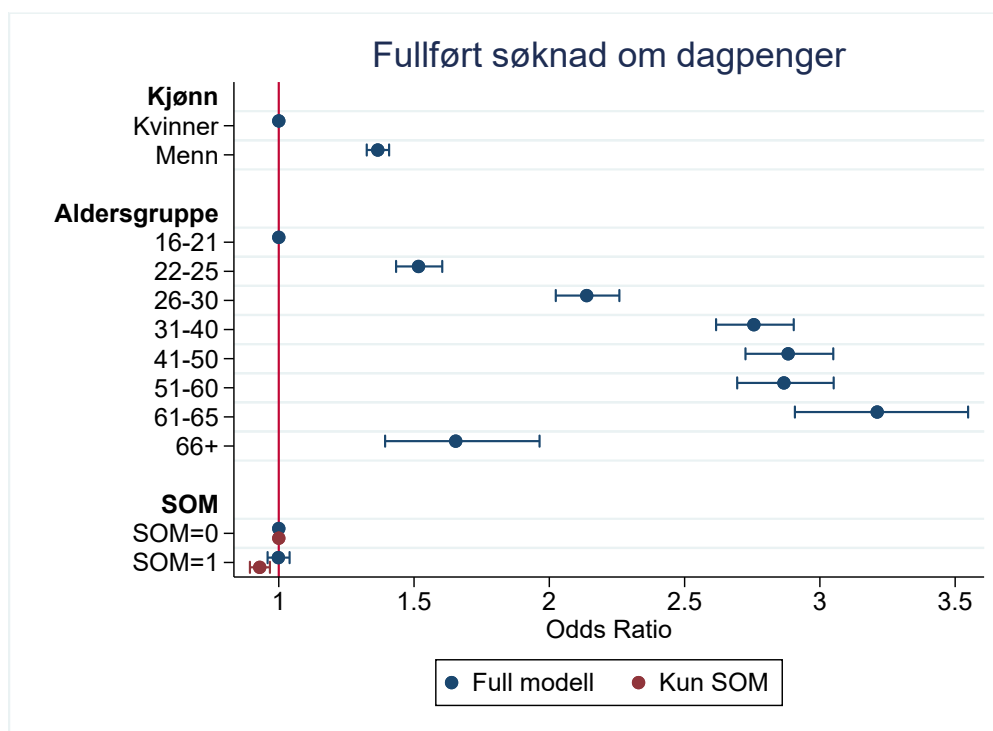
	Antall personer	Prosent	Totalt
1 Fullført på første forsøk (ingen avbrudd)	75 904	55,1	84,7 %
2 Fullført, men også avbrudd fra bruker	22 399	16,3	
3 Fullført, men avbrudd både fra bruker og system	5 072	3,7	
4 Fullført, men avbrudd av system	13 373	9,7	
5 Ikke fullført og ikke avbrudd	32	0,0	15,3 %
6 Ikke fullført, og avbrudd fra bruker	4 305	3,1	
7 Ikke fullført, avbrudd både fra bruker og system	680	0,5	
8 Ikke fullført, men avbrudd fra system	16 056	11,7	

3.1 Dagpenger/somatikk

Det er 83 prosent av de som søkte om dagpenger i 2018 som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020 og da 17 prosent som ikke har vært det. Mannlige søkere om dagpenger har i mindre grad fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester enn kvinnelige søkere, OR=0.379 [KI: 0.367-0.391], og de to yngste aldersgruppene har i litt mindre grad vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester enn de som er eldre, og det er særlig dagpengesøkere over 60 år som i større grad enn andre har vært i kontakt.

Problemstilling 2 og 3

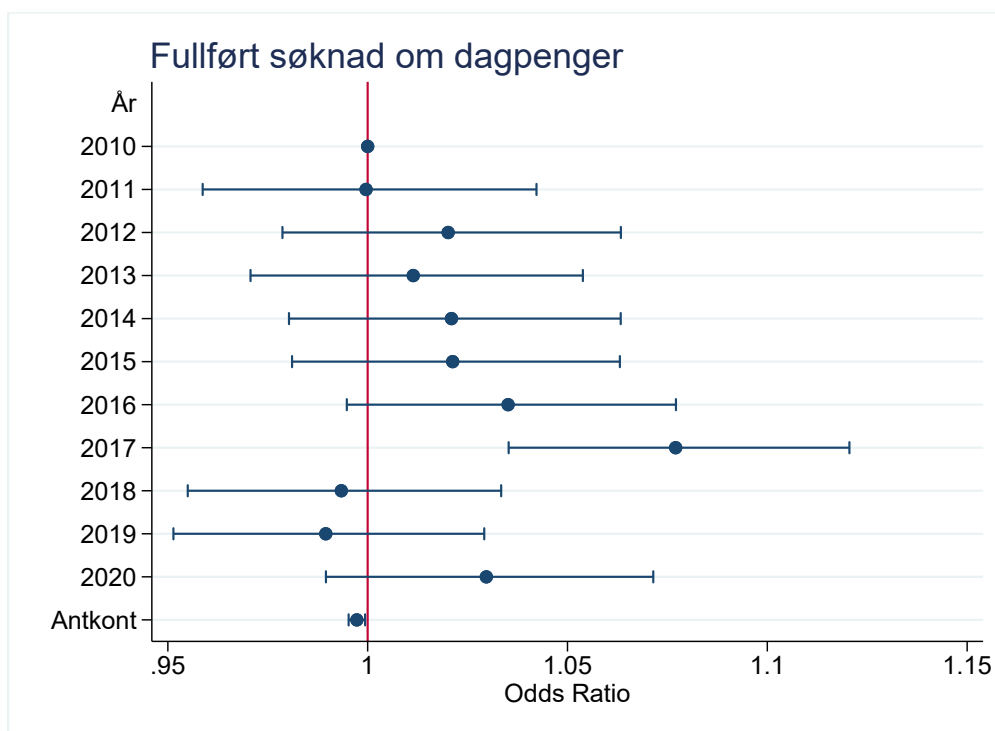
Som vist i figur 1 har menn høyere odds for å fullføre søknad om dagpenger enn kvinner, og høyere alder øker oddsen for å fullføre, men de over 66 år har omtrent samme odds for å fullføre som de i aldersgruppen 22-25 år. De aller yngste (16-21 år) har aller lavest odds for å fullføre. De som har vært i behandling i somatikken i løpet av årene 2010 til 2020 har litt lavere odds for å fullføre søknad om dagpenger enn de som ikke har vært det (SOM=0), men når vi kontrollerer for kjønn og alder, er det ikke systematiske forskjeller i fullføringsgraden blant de som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester og de som ikke har vært det.



Figur 1: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 2, er oddsen for å fullføre dagpengesøknad høyest for de som var i behandling året før søknaden (2017), men ellers fant vi ingen systematiske forskjeller. Jo flere kontakter de har hatt med somatiske spesialisthelsetjenester, jo lavere er oddsen for å fullføre dagpengesøknad - betinget på at de har fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester.



Figur 2: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 6, har kvinner med diagnosen uspesifisert seropositiv reumatoid artritt lavest sannsynlighet for å fullføre søknad om dagpenger (67 prosent fullfører), mens for eksempel 93 prosent av kvinner med uspesifisert ondartet svulst i livmorhals fullfører søknaden om dagpenger. Sistnevnte diagnose omfatter 104 personer blant de som har søkt om dagpenger, og median alder er 44 år.

Blant menn er det lavest fullføringsgrad (69 prosent) blant de med kronisk mukoid mellomørebetenelse og høyest fullføringsgrad blant de med karokklusjoner i netthinne (100 prosent).

Tabell 6: Ti diagnoser i somatikk med lavest og høyest fullføring av søknad om dagpenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
M059	Uspesifisert seropositiv reumatoid artritt	49	223	67
G933	Postviralt utmattelsessyndrom	29	135	71
G403	Generalisert idiopatisk epilepsi og epileptiske syndromer	29	256	71
Z223	Bærer av annen spesifisert bakteriesykdom	35	148	72
J351	Hypertrofi av mandler	25	104	72
M468	Andre spesifiserte inflammatoriske lidelser i ryggspylen	37	133	73
Z224	Bærer av seksuelt overførbar infeksjon	28	171	73
R11	Kvalme og oppkast	28	151	74
M412	Annen idiopatisk skoliose	24	119	74
R522	Annen kronisk smerte	36	117	75
Kvinner, høyest fullføring				
K449	Mellomgulvsbrokk uten obstruksjon eller gangren	43	137	89
O630	Forlenget åpningsfase (under fødsel)	35	209	89
K429	Navlebrokk uten obstruksjon eller gangren	39	224	90
J348	Andre spesifiserte forstyrrelser i nese og nesebihuler	32	116	91
N816	Rektocele	44	135	91
O621	Sekundær risvekkelse	33	173	91
O033	Spontan abort, inkomplett, m. andre og uspes. komplikasjoner	32	101	92
M722	Plantar fascial fibromatose	41	143	92
C539	Ondartet svulst i livmorhals, uspesifisert	44	104	93
Z089	Etterundersøkelse etter ikke spes. behand., ondartet svulst	46	112	95
Menn, lavest fullføring				
H653	Kronisk mukoid mellomøbetennelse	22	131	69
K508	Annen Crohns sykdom, spesifisert	31	130	70
Z713	Diettveiledning og -tilsyn	29	114	73
K509	Uspesifisert Crohns sykdom	33	358	75
J458	Blandet astma	23	125	75
J304	Uspesifisert allergisk rinit	27	179	77
K900	Cøliaki	24	192	78
G403	Generalisert idiopatisk epilepsi og epileptiske syndromer	29	317	78
R53	Uvelhet og tretthet	33	110	78
F190	Akutt intoksikasjon med flere stoffer	27	149	79
Menn, høyest fullføring				
M170	Primær kneleddsartrose, bilateral	56	203	93
M058	Annen spesifisert seropositiv reumatoid artritt	55	172	94
K644	Marisker	45	100	94
D170	Lipom i hud og subkutant vev i hode, ansikt og på hals	46	134	94
D179	Lipom, uspesifisert	47	105	94
Z461	Kont. m. helsetj. for tilpasning og justering av høreapparat	50	143	94
M130	Uspesifisert polyartritt	41.5	108	94
C621	Ondartet svulst i descendert testikkel	41	172	95
H401	Primært glaukom med åpen forkammervinkel	54	151	96
H348	Andre spesifiserte karokklusjoner i netthinne	56	111	100

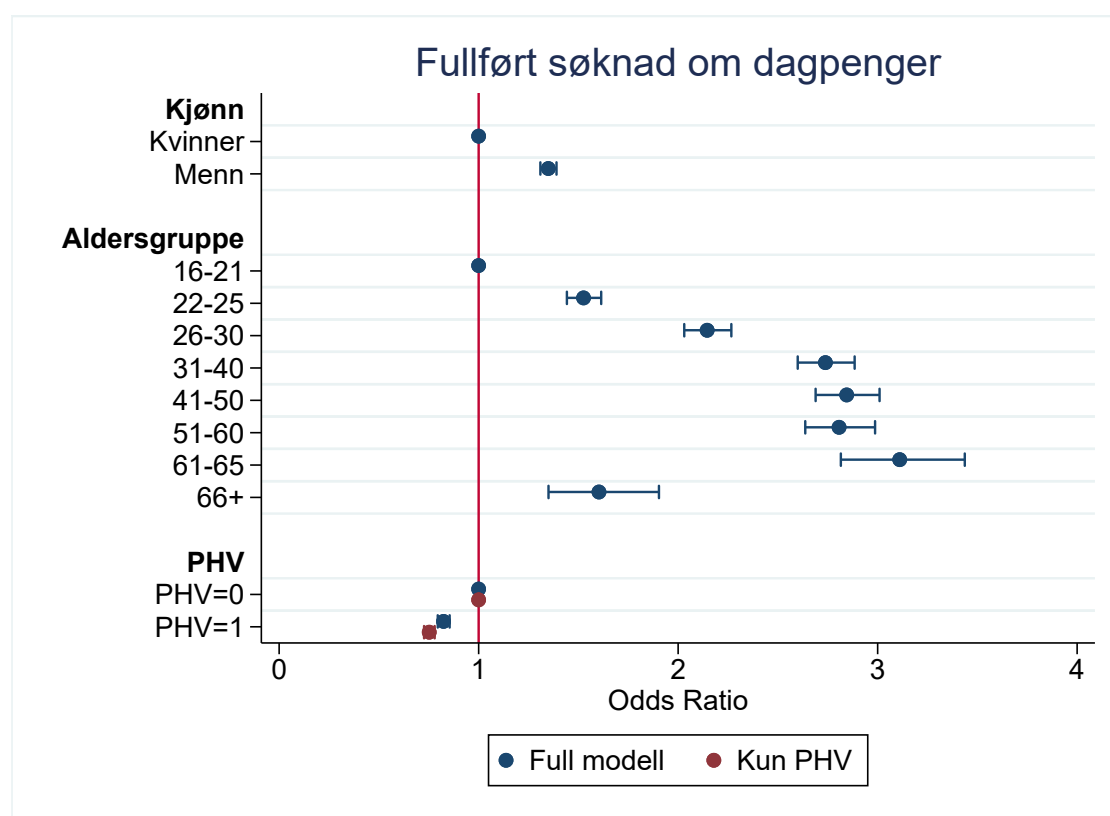
3.2 Dagpenger/PHV

Det er 19 prosent av søkere om dagpenger i 2018 som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020. Mannlige søkere har i mindre grad enn kvinnelige søkere vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020 (OR=0.684, 95 % KI:0,666-0,702) og andelen er høyere for de tre yngste aldersgruppene (22-25 prosent) enn blant de som er eldre.

Problemstilling 2 og 3

Som vist i figur 3 har menn høyere sannsynlighet for å fullføre søknad enn kvinner, og høyere alder øker oddsene for å fullføre, men de over 66 år har omtrent samme odds for å fullføre som de i aldersgruppen 22-25 år.

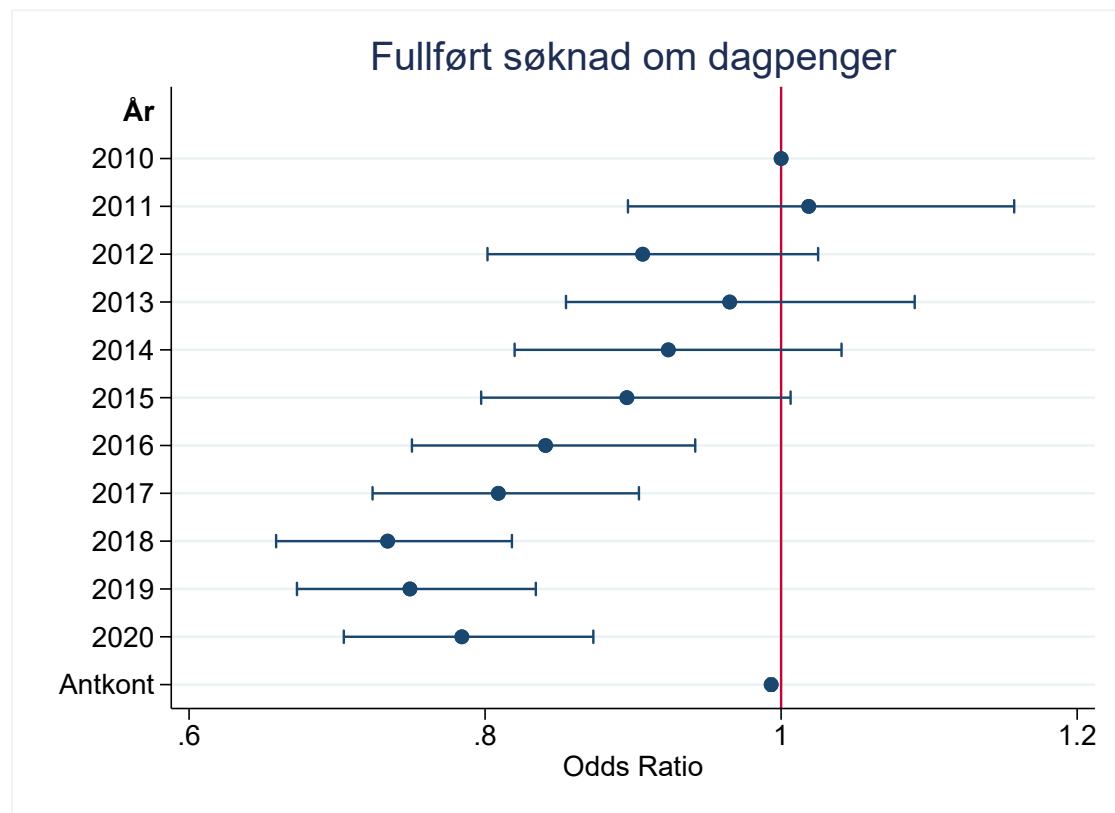
Oddsene for å ha fullført søknad om dagpenger lavere om søker har vært behandlet i psykisk helsevern i perioden 2010-2020 enn om de ikke har vært i behandling. Oddsene for å fullføre øker litt når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 3: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 4, reduseres oddsen for å fullføre dagpengesøknad jo nærmere de behandlingsår er søknadsår (2018). Flere kontakter gir litt lavere odds for å fullføre, betinget på at de har fått behandling i psykisk helsevern i perioden.



Figur 4: OR med 95 % konfidensinterval

Problemstilling 5

Som vist i tabell 7, har kvinner med uspesifisert spiseforstyrrelse og anorexia nervosa lavest odds for å fullføre søknad om dagpenger, mens for eksempel kvinner og menn som er behandlet for alkoholavhengighetssyndrom har relativt høy fullføringsgrad av dagpengesøknad.

Tabell 7: Ti diagnoser i PHV med lavest og høyest fullføring av søknad om dagpenger fordelt på kjønn

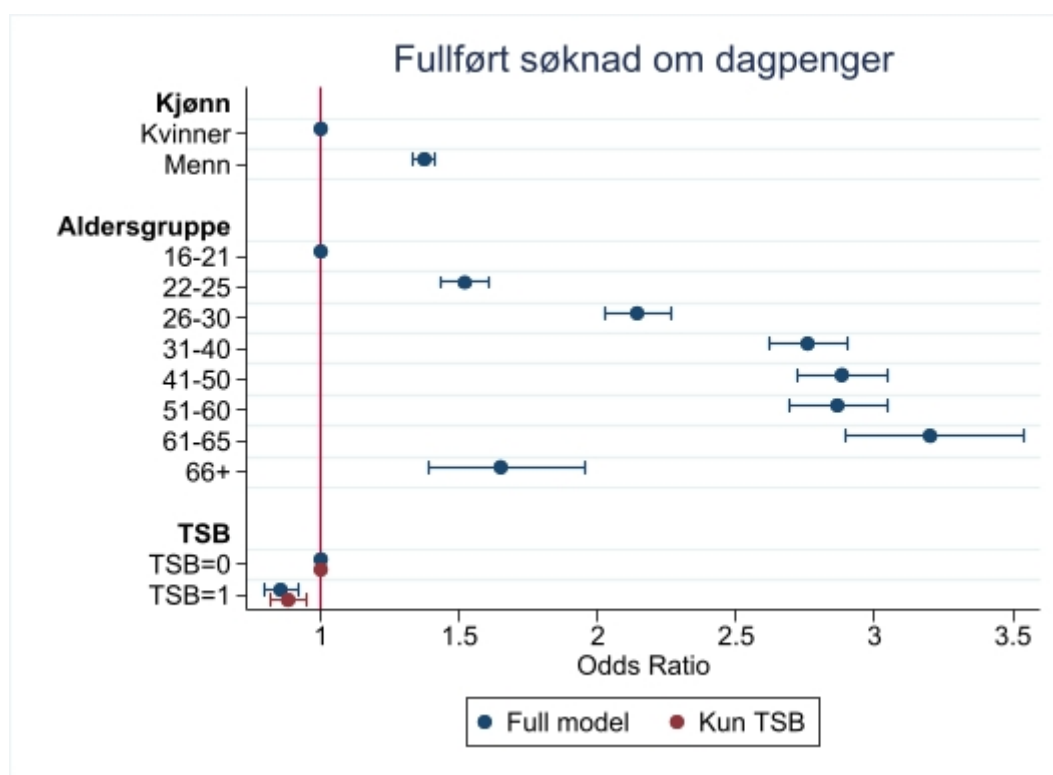
Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F509	Uspesifisert spiseforstyrrelse	29	205	68
F500	Anorexia nervosa	28	145	69
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	28	824	72
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	31	121	72
F606	Engstelig [unnavikende] personlighetsforstyrrelse	30	264	72
F610	Blandede personlighetsforstyrrelser	32	194	73
F400	Agorafobi	30	408	74
F401	Sosiale fobier	27	846	74
F609	Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	30	108	74
F318	Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser	32	327	75
Kvinner, høyest fullføring				
F419	Uspesifisert angstlidelse	29	304	81
F422	Tvangslidelse, blandede tvangstanker og tvangshandlinger	30	312	81
F430	Akutt belastningslidelse	35	158	82
F317	Bipolar affektiv lidelse i remisjon	37	191	82
F101	Skadelig bruk av alkohol	32	104	82
F334	Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon	33	294	82
F410	Panikklidelse [episodisk paroksysmal angst]	29	476	83
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	43	134	84
Z504	Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted	40	145	84
F313	Bipolar affektiv lid, aktuell episode mild/moderat depresjon	35	195	85
Menn, lavest fullføring				
F606	Engstelig [unnavikende] personlighetsforstyrrelse	33	227	71
F329	Uspesifisert depressiv episode	31	181	75
F845	Aspergers syndrom	26	187	76
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	27	147	79
F200	Paranoid schizofreni	32	238	79
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	28	119	79
F419	Uspesifisert angstlidelse	30	255	80
F341	Dystymi	33	222	81
R450	Nervøsitet	29	362	81
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild	34	322	81
Menn, høyest fullføring				
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	35	1141	85
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	32	147	85
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	43	358	85
F400	Agorafobi	32	226	85
F432	Tilpasningsforstyrrelser	36	1775	86
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	30	129	87
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	36	168	89
F317	Bipolar affektiv lidelse i remisjon	38	159	89
Z504	Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted	38	107	90
F430	Akutt belastningslidelse	35	186	91

3.3 Dagpenger/TSB

Det er 4 % som har mottatt behandling i TSB i løpet av perioden av alle som søkte om dagpenger, og da 96 % som ikke har vært innom TSB.

Problemstilling 2 og 3

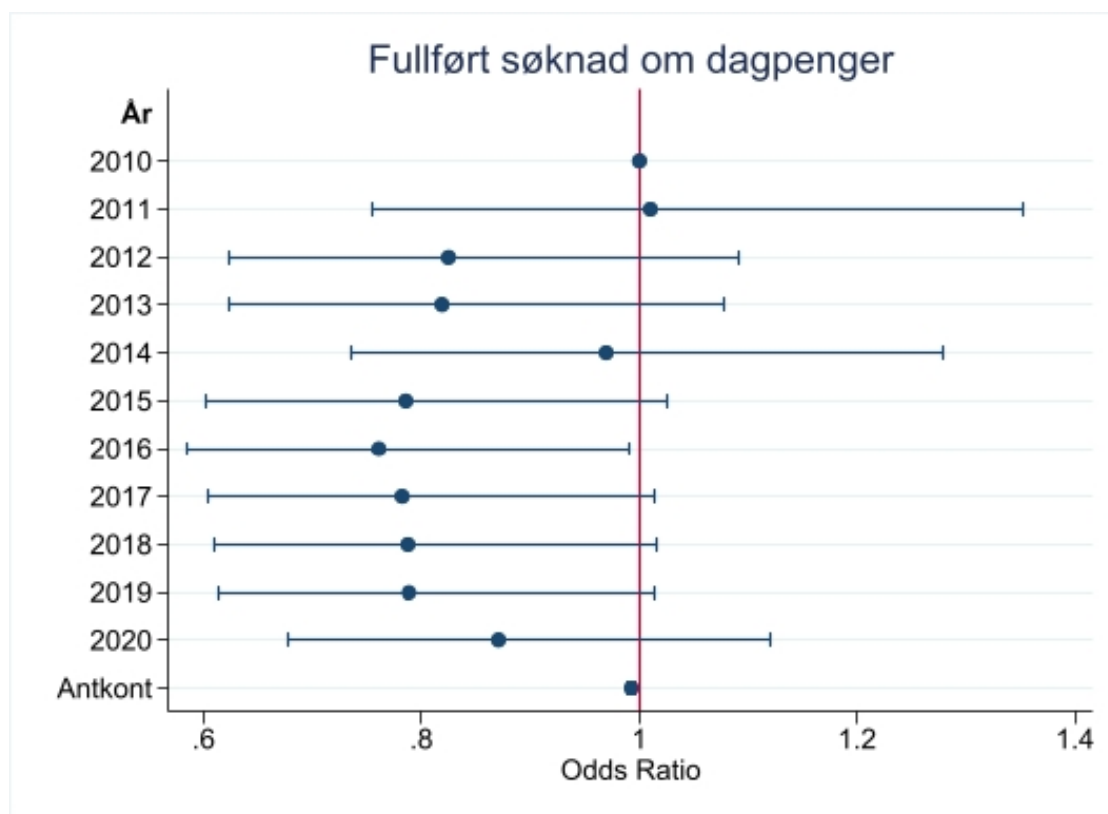
Som vist i figur 5 er oddsen for å ha fullført søknad om dagpenger lavere om søker har vært behandlet i TSB i perioden 2010-2020 enn for de som ikke har vært i behandling i TSB i perioden, også når vi kontrollerer for ulik fullføringsgrad mellom kjønn og aldersgrupper. Oddsen for å fullføre reduseres marginalt når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 5: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 6, er det liten forskjell i oddsen for å fullføre dagpengesøknad etter hvilket år pasientene er behandlet i TSB. Dette indikerer at det er stor variasjon i fullføringsgraden innen hvert år (stort standardavvik) og at fullføringsgraden i 2018 er omtrent den samme for de som fikk behandling i 2010 og i 2020.



Figur 6: OR med 95 % konfidensinterval

Problemstilling 5

Tabell 8 viser at det er lavest fullføringsgrad om søknad om dagpenger blant kvinner med tilbakevendende depressiv lidelse med kun 54 prosent som har fullført søknad, mens for menn er det lavest fullføringsgrad blant de som lider av hyperkinetisk atferdsforstyrrelse.

For begge kjønn er fullføringsgraden lav blant de som har avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika. Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet gir også lav fullføringsgrad hos begge kjønn.

Dagpengesøkere som er behandlet for patologisk spillelidenskap har høy fullføringsgrad både blant kvinner (90 prosent) og blant menn (95 prosent).

Tabell 8: Ti diagnoser TSB med lavest og høyest fullføring av søknad om dagpenger fordelt på kjønn

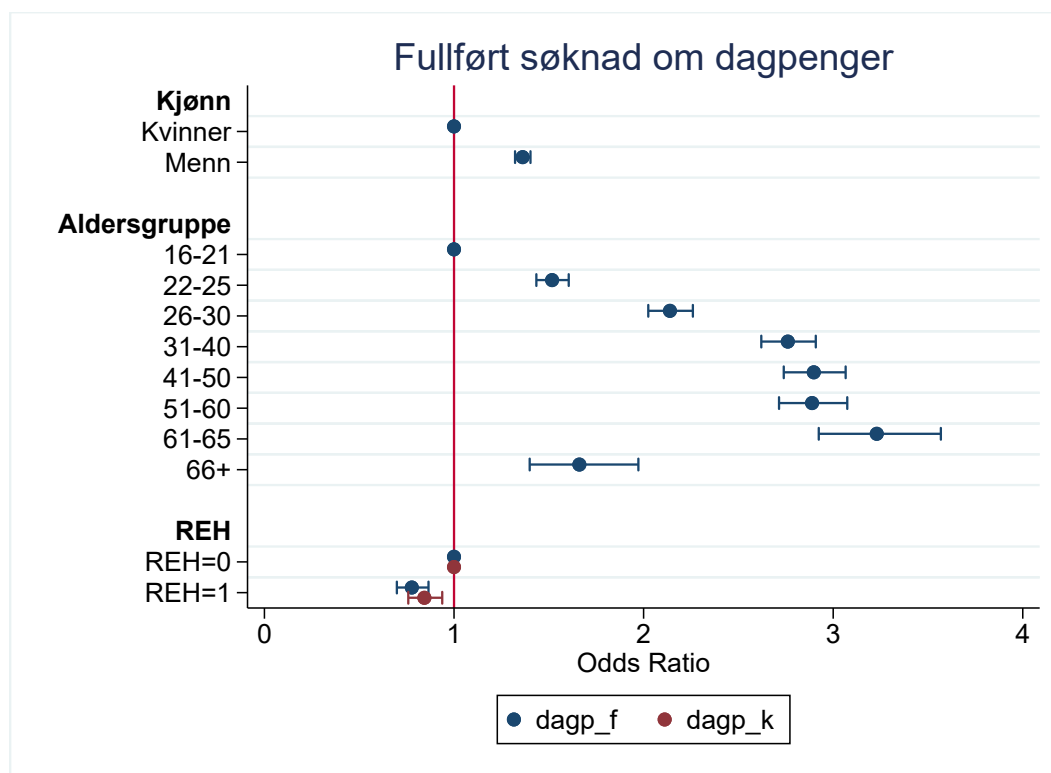
Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	32	54	54
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	35	72	64
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	30	83	65
F122	Cannabinoidavhengighetssyndrom	27	290	66
F121	Skadelig bruk av cannabinoider	25	107	66
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	29	122	66
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	30	52	67
F152	Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av andre stimulanter	30	185	68
F192	Avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer	31	134	70
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	27	73	74
Kvinner, høyest fullføring				
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	44	588	77
Z631	Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre	27	58	78
F101	Skadelig bruk av alkohol	38	430	79
Z637	Andre stressende livsoppl. som påvirker familie og husstand	47	120	81
Z630	Problemer i forhold til ektefelle eller partner	41	40	83
F151	Skadelig bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein	29	48	85
F321	Moderat depressiv episode	26	49	86
F630	Patologisk spillelidenskap	38	68	90
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	41	41	90
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	32	43	93
Menn, lavest fullføring				
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	32	35	69
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	32	160	72
F432	Tilpasningsforstyrrelser	31	57	77
F199	Uspesif psykisk lidelse/atferdsforstyrr pga flere stoffer	31	58	78
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	30	272	79
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	28	130	79
Z008	Andre generelle undersøkelser	31	40	80
F320	Mild depressiv episode	34	32	81
F192	Avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer	32	456	81
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	31	54	81
Menn, høyest fullføring				
F401	Sosiale fobier	30	61	87
F151	Skadelig bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein	34	103	87
F142	Kokainavhengighetssyndrom	31	82	88
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	31	68	88
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	44	1904	89
F101	Skadelig bruk av alkohol	38	781	89
F321	Moderat depressiv episode	30	81	90
F109	Uspesifisert alkoholbetinget psykisk lidelse/atferdsforstyrr	44	53	92
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	28	62	94
F630	Patologisk spillelidenskap	32	545	95

3.4 Dagpenger/REH

Det er få som har søkt om dagpenger i 2018 som har vært i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010-2020, kun 2 412 personer (1,8 prosent). Mannlige søkere om dagpenger har i mindre grad vært i rehabilitering (OR=0,531, 95% KI:0,489-0,576) og andelen øker tydelig med alder, fra 0,7 prosent blant de yngste til 3,3 prosent blant søkere i 50-årene.

Problemstilling 2 og 3

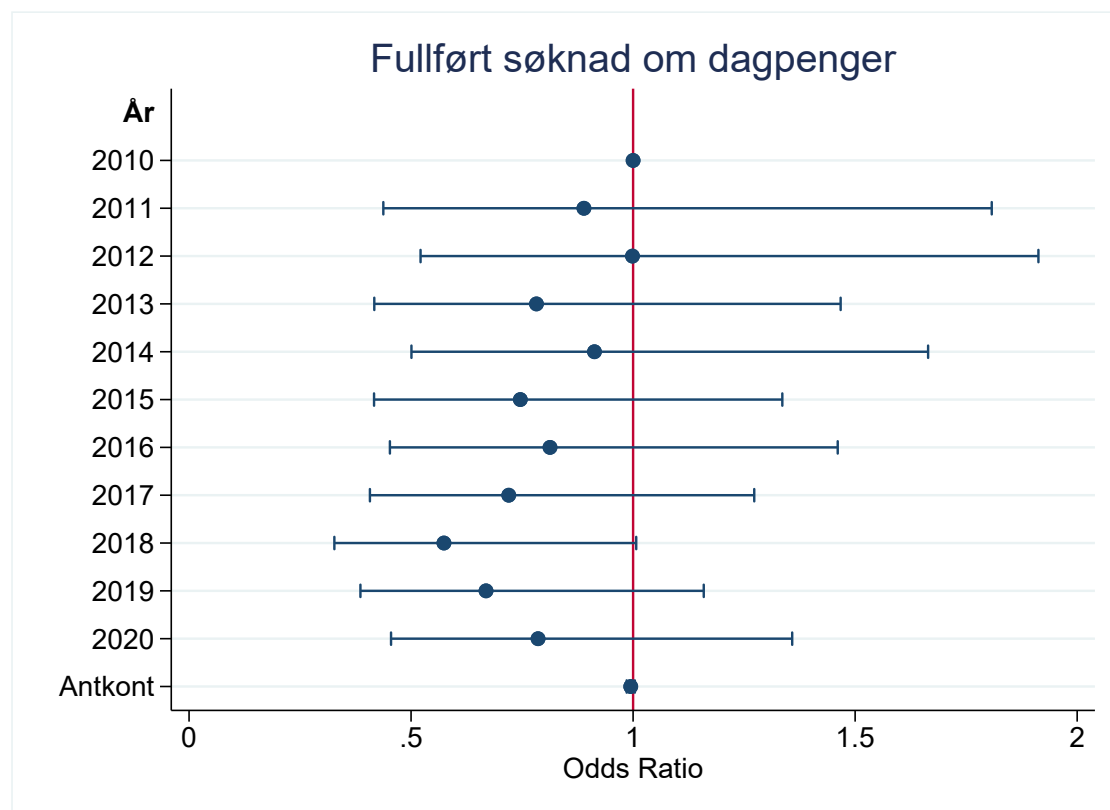
Som vist i figur 7 er oddsen for å ha fullført søknad om dagpenger lavere om søker har vært behandlet i rehabiliteringstjenester i perioden 2010-2020 enn for de som ikke har vært i behandling i rehabiliteringstjenester i perioden, også når vi kontrollerer for ulik fullføringsgrad mellom kjønn og aldersgrupper. Oddsen for å fullføre reduseres marginalt når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 7: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 8, er det ingen systematiske forskjeller i odds for å fullføre dagpengesøknad etter hvilket år pasientene har vært i rehabilitering. Dette indikerer at det er stor variasjon i fullføringsgraden innen hvert år (stort standardavvik) og at fullføringsgraden i 2018 er omtrent den samme for de som fikk behandling i 2010 og i 2020. Det er heller ikke noen systematiske forskjeller etter hvor mange kontakter søkeren har hatt med rehabiliteringstjenester.



Figur 8: OR med 95 % konfidensinterval

Problemstilling 5

Vi tar med diagnosekoder som er brukt mer enn 10 ganger i tabell 9. Lavest fullføringsgrad av søknad om dagpenger er blant kvinner med MS, der 61 prosent har fullført søknad, mens for menn er det lavest fullføring blant mennesker som tidligere har hatt hjerteinfarkt. Her er median alder er 56 år. For begge kjønn er fullføringsgraden lav blant de som har leddsmerte og isjias som skyldes lidelse i mellomvirvelskive (M511).

Tabell 9: Ti diagnoser i rehabilitering med lavest og høyest fullføring av søknad om dagpenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
G35	Multippel sklerose (MS)	36	36	61
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehabiliteringstiltak	39	73	67
G933	Postviralt utmattelsessyndrom	29	26	69
M790	Uspesifisert reumatisme	48	24	71
C509	Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	53	21	71
R53	Uvelhet og tretthet	47	18	72
M255	Leddsmerter	37	22	73
M511	Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	46	16	75
F432	Tilpasningsforstyrrelser	37	12	75
M797	Fibromyalgi	41	243	76
Kvinner, høyest fullføring				
M791	Myalgi	43	100	85
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	37	52	87
M548	Annen spesifisert ryggsmerte	48	16	88
M545	Lumbago	38	33	88
Z507	Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering IKAS	48	66	91
M754	«Impingement syndrome» i skulder	44	11	91
Z509	Behandling som omfatter bruk av uspes. rehabiliteringstiltak	45	25	92
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	43	11	100
M544	Lumbago med isjialgi	45	15	100
F329	Uspesifisert depressiv episode	43	12	100
Menn, lavest fullføring				
I252	Gammelt hjerteinfarkt	56	13	69
M255	Leddsmerter	47	25	76
M511	Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	45	18	78
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehabiliteringstiltak	47	54	78
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	41	94	81
E669	Uspesifisert fedme	41	91	82
M549	Uspesifisert ryggsmerte	42	72	83
Z509	Behandling som omfatter bruk av uspes. rehabiliteringstiltak	46	19	84
M542	Smerte i nakke	44	22	86
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	58	54	87
Menn, høyest fullføring				
E668	Annen spesifisert fedme	44	80	88
M797	Fibromyalgi	49	17	88
M791	Myalgi	45	26	88
H931	Øresus	45	26	88
M545	Lumbago	43	30	90
M513	Annen spesifisert degenerativ lidelse i mellomvirvelskive	42	15	93
Z507	Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering IKAS	48	61	93
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	45	18	94
E107	Diabetes mellitus type 1 med flere komplikasjoner	47	14	100

4 Foreldre- og svangerskapspenger

I dette kapittelet kobler vi informasjon om søknader om Foreldre- og svangerskaps-
penger med informasjon fra NPR for henholdsvis sektorene somatikk, PHV, TSB
og rehabilitering.

Problemstilling 1

Som vist i tabell 10 er det 50,1 prosent av personene som har søkt foreldre- og svan-
gerskapspenger som har fullført søknaden på første forsøk, mens resten har ulike
kombinasjoner av fullførte og avbrutte søknader. Totalt er det 88,6 prosent som har
minst én fullført søknad, mens 11,4 prosent ikke har fullført noen søknader i 2018
om foreldre- og svangerskapspenger. Det er disse to gruppene vi sammenlikner når
vi kobler data fra NAV med NPR-data.

**Tabell 10: Antall og prosent etter kombinasjon av fullførte og avbrutte
søknader om foreldre- og svangerskapspenger i 2018**

	Antall personer	Prosent	Totalt
1 Fullført på første forsøk (ingen avbrudd)	48323	50,1	
2 Fullført, men også avbrudd fra bruker	20197	21,0	88,6 %
3 Fullført, men avbrudd både fra bruker og system	4829	5,0	
4 Fullført, men avbrudd av system	12046	12,5	
5 Ikke fullført og ikke avbrudd	37	0,0	
6 Ikke fullført, og avbrudd fra bruker	2975	3,1	11,4 %
7 Ikke fullført, avbrudd både fra bruker og system	694	0,7	
8 Ikke fullført, men avbrudd fra system	7303	7,6	

Det er totalt 96 404 personer som har søkt foreldre- og svangerskapspenger i 2018.
Det er 50,9 prosent kvinner og 49,1 prosent menn. Det er naturlig nok få søkere
over 60 år, så i resten av dette kapittelet ser vi bare på de mellom 16 og 60 år, se
tabell 11. Totalt er det da 96 320 personer når de over 60 utelates.

4.1 Foreldre- og svangerskapspenger/somatikk

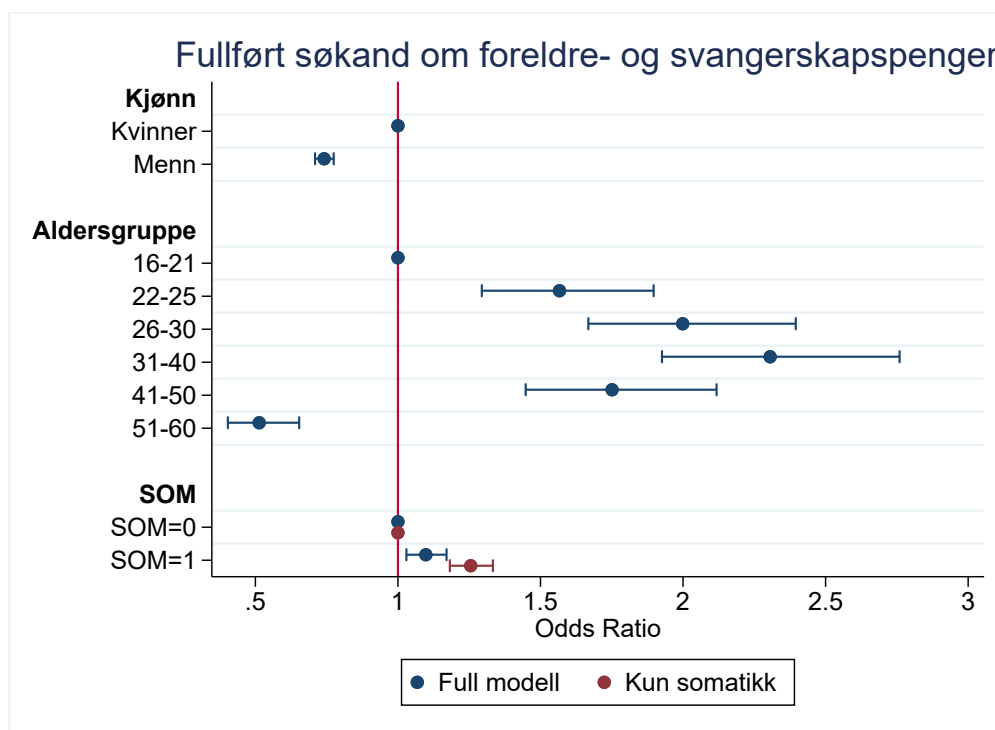
Problemstilling 2 og 3

Det er 89 prosent av de som søkte om foreldre- og svangerskapspenger i 2018 som
har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020 og
11 prosent som ikke har vært det. Mannlige søkere om foreldre- og svangerskaps-
penger har lavere odds for å ha fått behandling i spesialisthelsetjenesten $OR=0,011$
 $95\% \text{ KI: } 0,0095-0,0131$ og den yngste aldersgruppene har i større grad vært i kon-
takt med somatiske spesialisthelsetjenester enn eldre søkere.

Tabell 11: Alders- og kjønnsfordeling for søkere om foreldre- og svangerskapspengene i 2018

	Kvinner	Menn	Total
16-21	712	95	807
22-25	4579	1658	6237
26-30	16695	10457	27152
31-40	25245	28544	53789
41-50	1719	5978	7697
51-60	110	528	638
61-65	18	52	70
66+	4	10	14
Total	49082	47322	96404

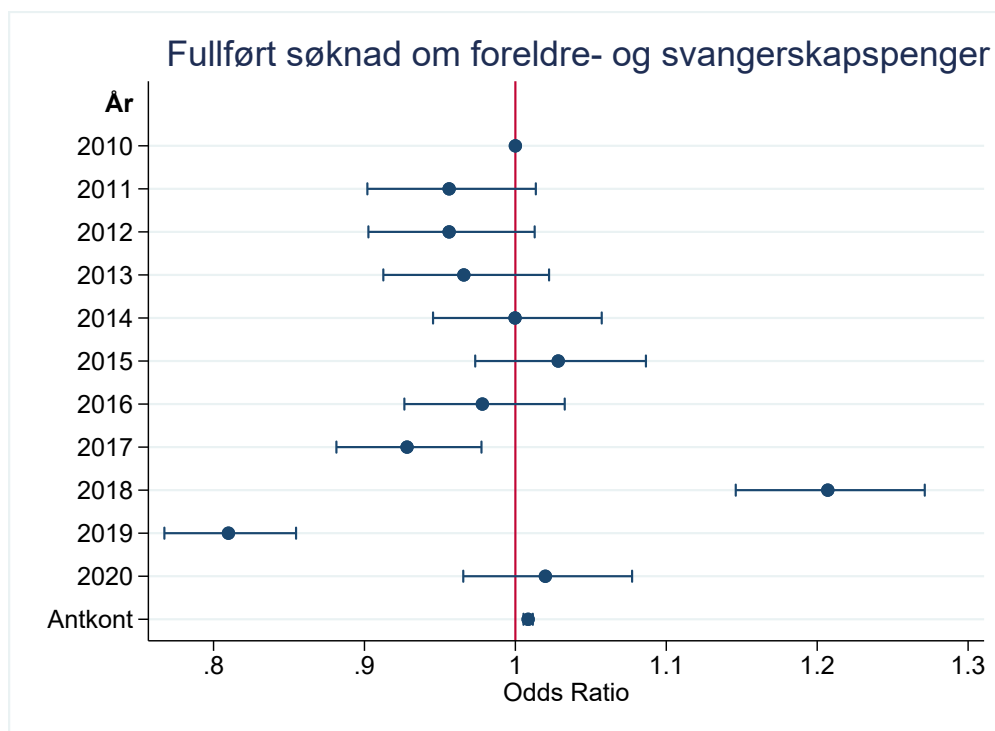
Som vist i figur 9 har menn lavere odds for fullført søknad enn kvinner, og høyere alder øker oddsen for å fullføre, men de over 50 år har lavest odds for å fullføre når vi kontrollerer for kjønn og om de har fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester. De som har vært i behandling i somatiske helsetjenester i løpet av årene 2010 til 2020 har høyere odds for å fullføre søknad om foreldre- og svangerskapspengene, men oddsen går litt ned når vi kontrollerer for kjønn og alder. Det er altså menn og de yngste og de eldste som i minst grad fullfører søknaden om foreldre- og svangerskapspengene.



Figur 9: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 10, er oddsen for å fullføre søknad om foreldre- og svangerskaps-
penger i 2018 høyest for de som var i behandling samme år, mens de som hadde
kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester året før eller året etter, hadde lavere
sannsynlighet for å fullføre søknaden. Ellers er det ingen systematiske forskjeller.
Jo flere kontakter de har hatt med somatiske spesialisthelsetjenester, jo høyere er
oddsen for å fullføre søknaden, betinget på at de har fått behandling i somatiske
spesialisthelsetjenester.



Figur 10: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 12, er de med hiv-sykdom lavest sannsynlighet for å fullføre
søknad foreldre- og svangerskapspenger både blant kvinner og menn, med hhv 67
og 45 prosent som fullfører.

Søkere med patellofemorale lidelser (M222) eller problemer i knær, har høy fullføringsgrad
både blant kvinner (98 prosent) og blant menn (95 prosent).

Tabell 12: Ti diagnoser i somatikk med lavest og høyest fullføring av søknad om foreldre- og svangerskapspengene fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
B24	Uspesifisert humant immunsviktvirus-sykdom (hiv-sykdom)	33	102	67
H903	Bilateralt nevrogen hørselstap	31	126	75
L405	Psoriasis med artropati (M07.0 -M07.3*, M09.0*)	32	213	78
Z223	Bærer av annen spesifisert bakteriesykdom	30	105	78
E119	Diabetes mellitus type 2 uten kompl	34	125	80
J159	Uspesifisert bakteriell pneumoni	31	128	82
C509	Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	36	124	82
N946	Uspesifisert dysmenoré	29	113	82
L732	Purulent hidradenitt	32	130	83
O440	Forliggende morkake spesifisert som uten blødning	32	244	84
Kvinner, høyest fullføring				
G409	Uspesifisert epilepsi	31	225	95
E282	Polycystisk ovarialt syndrom	31	292	96
O860	Infeksjon i sår etter obstetrisk inngrep	32	164	96
O901	Ruptur av obstetrisk sår i perineum	32	118	96
Z208	Kontakt med og eksposisjon for annen smittsom sykdom	31	126	96
O210	Ukompliserte svangerskapsbrekninger	30	117	97
Z316	Generell veiledning og rådgivning vedrørende forplantning	32	178	97
M059	Uspesifisert seropositiv reumatoid artritt	35	145	97
M222	Patellofemorale lidelser	29	122	98
E221	Hyperprolaktinemi	34	124	98
Menn, lavest fullføring				
B24	Uspesifisert humant immunsviktvirus-sykdom (hiv-sykdom)	40	103	45
M060	Seronegativ reumatoid artritt	37	103	74
B182	Kronisk virushepatitt C	38	164	76
E668	Annen spesifisert fedme	33	259	77
B181	Kronisk virushepatitt B uten delta-agens	35	331	77
M131	Monoartritt, ikke klassifisert annet sted	36	105	78
I471	Supraventrikulær takykardi	33	147	79
T814	Infeksjon etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, IKAS	33	120	80
M544	Lumbago med isjialgi	35	155	80
E780	Ren hyperkolesterolemi	35	188	80
Menn, høyest fullføring				
J310	Kronisk rinitt	35	108	93
K929	Uspesifisert sykdom i fordøyelsessystemet	35	123	93
Z501	Annen fysikalsk behandling	34	170	93
K640	Hemoroider grad 1	34	131	93
S611	Åpent sår på finger med skade på negl	32	182	93
S936	Forstuvning og forstrekking av andre og uspes. deler av fot	33	154	94
K510	Ulcerøs (kronisk) pankolitt	34	449	94
H160	Hornhinnesår	34	144	94
D225	Melanocyttnævus på trunkus	35	117	95
M222	Patellofemorale lidelser	32	145	95

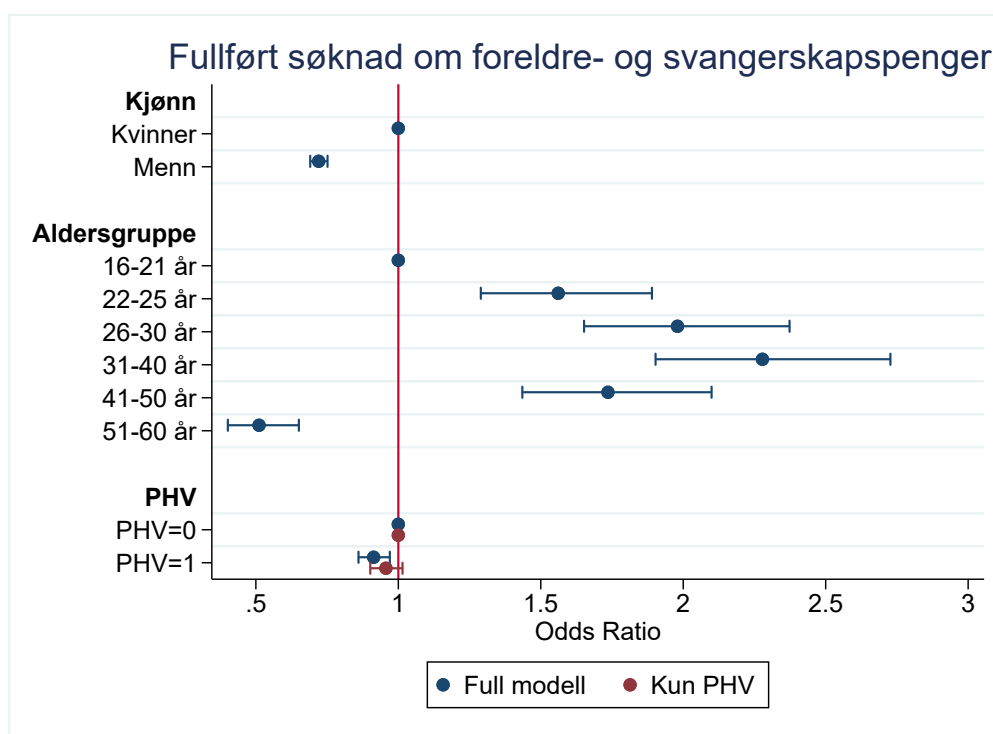
4.2 Foreldre- og svangerskapspenger/PHV

Problemstilling 2 og 3

Det er 12,6 prosent av de som søkte om foreldre- og svangerskapspenger i 2018 som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020 og da 87,4 prosent som ikke har vært det.

Mannlige søkere om foreldre- og svangerskapspenger har i mindre grad vært i behandling i psykisk helsevern i perioden enn kvinner (OR=0,410 95 % KI: 0,394-0,427), og de yngste aldersgruppene har i større grad vært i kontakt med psykisk helsevern enn resten. 26 % blant søkerne i alderen 16-21 år har vært i kontakt med psykisk helsevern, 21 % blant søkere i alderen 22-25 år, 14 % blant de i alderen 26-30 år, 11 % blant de i alderen 31-40 år og 10 % i de to siste aldersgruppene som er inkludert.

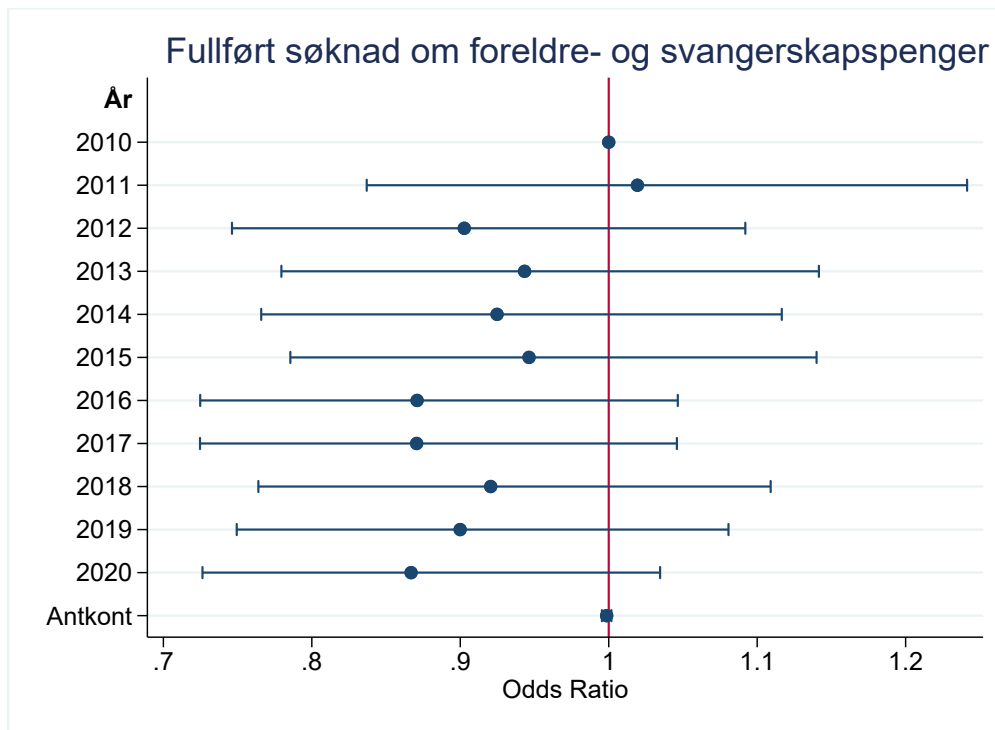
De som har vært i behandling i psykisk helsevern i løpet av årene 2010 til 2020 har litt lavere odds for å fullføre søknad om foreldre- og svangerskapspenger, men når vi kontrollerer for kjønn og alder er det ikke systematiske forskjeller mellom de som har vært i psykisk helsevern og de som ikke har vært det.



Figur 11: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 12, varierer ikke oddsen for å fullføre systematisk med behandlingsår. Det betyr at de som har fått behandling i psykisk helsevern har lavere odds for å fullføre uansett om de var i behandling i 2010 eller i 2018. Antall kontakter med psykisk helsevern ser ikke ut til å påvirke fullføringsgraden.



Figur 12: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 13, er det noen av de samme diagnosene som har relativ lav fullføring blant kvinner og menn. F99 (Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse) og R458 (Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand).

Kvinner med hypokondrisk lidelse har høyest fullføringsgrad blant søkere av foreldre- og svangerskapspengene (99 prosent).

Tabell 13: Ti diagnoser i psykisk helsevern med lavest og høyest fullføring av søknad om foreldre- og svangerskapsenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F609	Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	31	66	71
F845	Aspergers syndrom	31	53	83
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	30	290	85
F317	Bipolar affektiv lidelse i remisjon	31	129	85
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	32	62	87
R450	Nervøsitet	30	256	87
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	29	798	88
F530	Lette psykiske/atferdsmessige barseltidsforstyrrelser IKAS	30	73	88
F401	Sosiale fobier	29	502	88
Z504	Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted	31	101	88
Kvinner, høyest fullføring				
F318	Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser	30	270	92
F430	Akutt belastningslidelse	31	108	94
F422	Tvangslidelse, blandede tvangstanker og tvangshandlinger	31	343	94
F503	Atypisk bulimia nervosa	31	115	94
F332	Tilbakev depressiv lid, alvorlig episode u/ psykot symptomer	31	119	94
F410	Panikk lidelse [episodisk paroksysmal angst]	30	333	94
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	32	127	95
F402	Spesifikke (isolerte) fobier	32	97	96
F341	Dystymi	31	129	96
F452	Hypokondrisk lidelse	32	73	99
Menn, lavest fullføring				
R450	Nervøsitet	32	80	73
F317	Bipolar affektiv lidelse i remisjon	36	74	76
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	34	114	78
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	32	698	79
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	34	281	81
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	33	243	81
R452	Ulykkelighet	33	173	82
F318	Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser	34	82	83
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	33	309	83
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	36	329	84
Menn, høyest fullføring				
F321	Moderat depressiv episode	34	499	86
F606	Engstelig [unnavikende] personlighetsforstyrrelse	34	74	86
F410	Panikk lidelse [episodisk paroksysmal angst]	33	163	87
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	34	157	87
F430	Akutt belastningslidelse	34	55	87
F422	Tvangslidelse, blandede tvangstanker og tvangshandlinger	33	108	88
F320	Mild depressiv episode	35	228	89
F334	Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon	35	67	91
F313	Bipolar affektiv lid, aktuell episode mild/moderat depresjon	36	56	91
F419	Uspesifisert angstlidelse	33	71	96

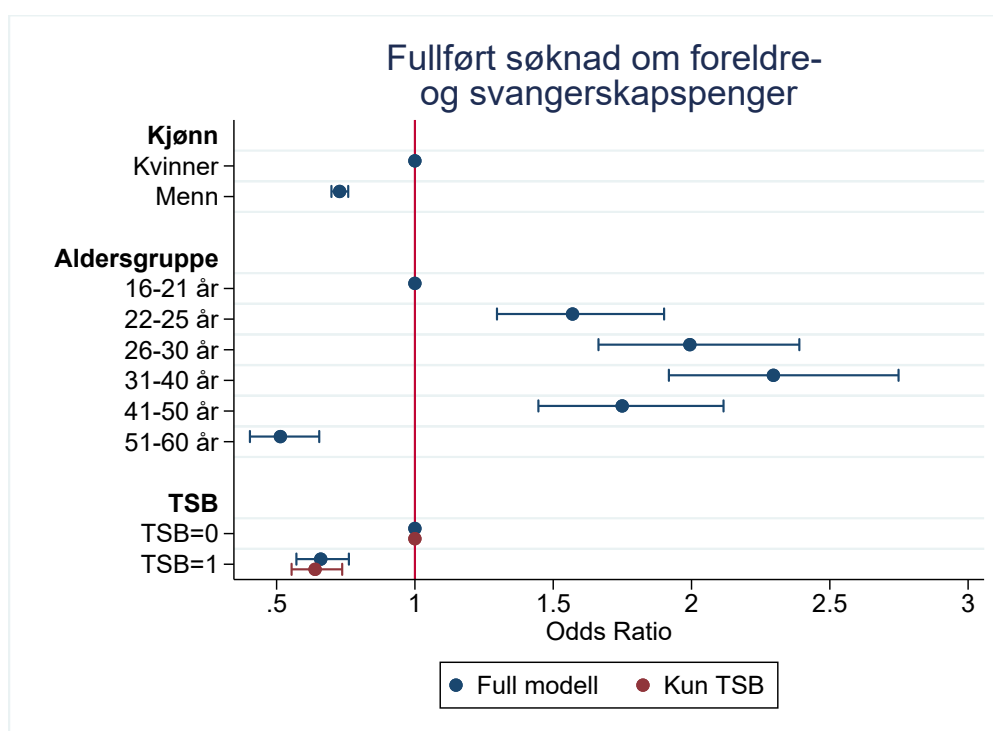
4.3 Foreldre- og svangerskapspengeser/TSB

Problemstilling 2 og 3

Av de 96 320 personene under 61 år som søkte foreldre- og svangerskapspengeser i 2018 er det 1,4 prosent som har vært i kontakt med TSB i perioden 2010-2020 og da 98,6 prosent som ikke har vært det.

Mannlige søkere om foreldre- og svangerskapspengeser har høyere odds for å ha fått behandling i TSB enn kvinner (OR=1,325 95 % KI: 1,191-1,474), men det er ingen systematiske forskjeller mellom ulike aldersgrupper blant søkerne.

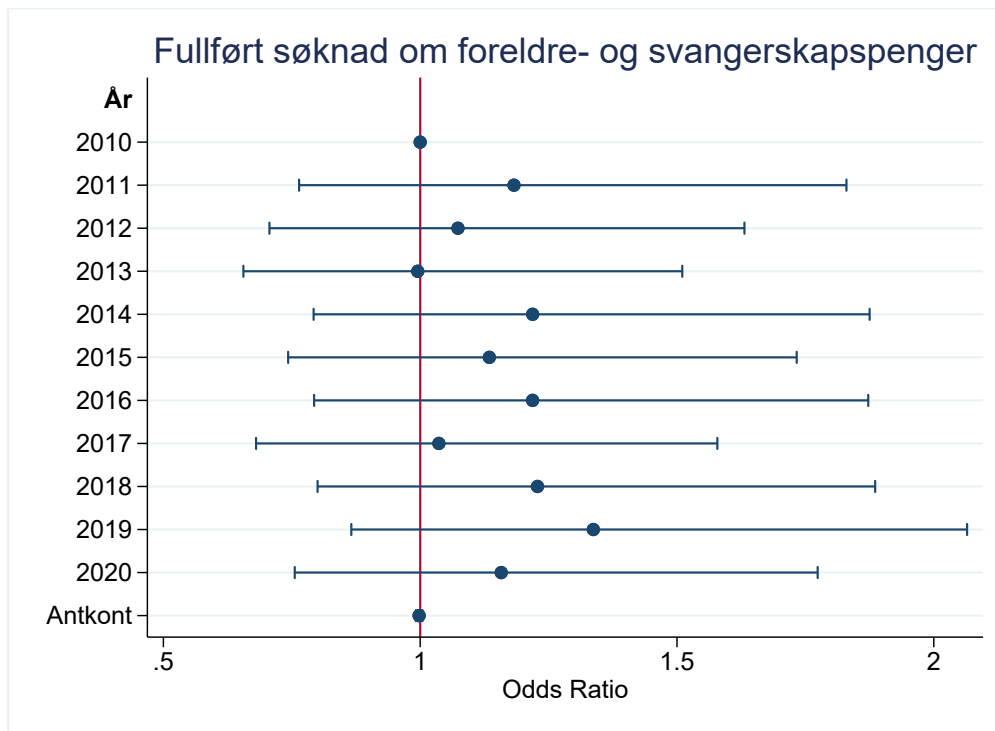
De som har vært i behandling i TSB i løpet av årene 2010 til 2020 har lavere odds for å fullføre søknad om foreldre- og svangerskapspengeser, og forskjellene består når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 13: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 14, varierer ikke oddsen for å fullføre systematisk med behandlingsår. Det betyr at de som har fått behandling i TSB har lavere odds for å fullføre uansett om de var i behandling i 2010 eller i 2018. Antall kontakter med TSB ser heller ikke ut til å påvirke fullføringsgraden på en systematisk måte.



Figur 14: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 14, er det relativt lav fullføringsgrad om søknad om foreldre- og svangerskapspengene blant kvinner med PTSD som behandles i TSB (71 prosent) og blant menn med uspesifisert psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse pga andre stimulanter (58 prosent).

Både kvinner og menn med opiatavhengighetssyndrom har relativt lav fullføringsgrad med hhv. 79 prosent og 73 prosent. Det gjelder 75 kvinner og 216 menn.

Tabell 14: Ti diagnoser i TSB med lavest og høyest fullføring av søknad om foreldre- og svangerskapsenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	33	28	71
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	34	96	74
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	25	12	75
R457	Uspesifisert tilstand av emosjonelt sjokk og stress	30	21	76
F121	Skadelig bruk av cannabinoider	29	31	77
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild	31	14	79
F112	Opiatavhengighetssyndrom	32	75	79
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	28	51	80
F401	Sosiale fobier	31	11	82
F122	Cannabinoidavhengighetssyndrom	27	135	84
Kvinner, høyest fullføring				
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	30	41	90
R452	Ulykkelighet	29	21	90
F152	Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av andre stimulanter	31	105	92
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	32	43	93
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	34	17	94
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	32	29	97
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	30	11	100
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	32	19	100
F320	Mild depressiv episode	32	17	100
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	31	25	100
Menn, lavest fullføring				
F159	Uspes psykisk lidelse/atferdsforstyrret pga andre stimulanter	39	12	58
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	33	54	61
F151	Skadelig bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein	32	13	62
Z637	Andre stressende livsoppl. som påvirker familie og husstand	32	30	67
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	32	61	69
F152	Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av andre stimulanter	34	99	73
F112	Opiatavhengighetssyndrom	37	216	73
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	33	65	77
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	37	13	77
F101	Skadelig bruk av alkohol	36	167	77
Menn, høyest fullføring				
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	32	13	85
F142	Kokainavhengighetssyndrom	36	27	85
F638	Andre spesifiserte vane- og impulsforstyrrelser	38	14	86
F630	Patologisk spillelidenskap	33	242	86
F141	Skadelig bruk av kokain	34	16	88
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	35	42	90
R452	Ulykkelighet	32	13	92
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	31	21	95
F321	Moderat depressiv episode	35	18	100
Z631	Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre	31	11	100

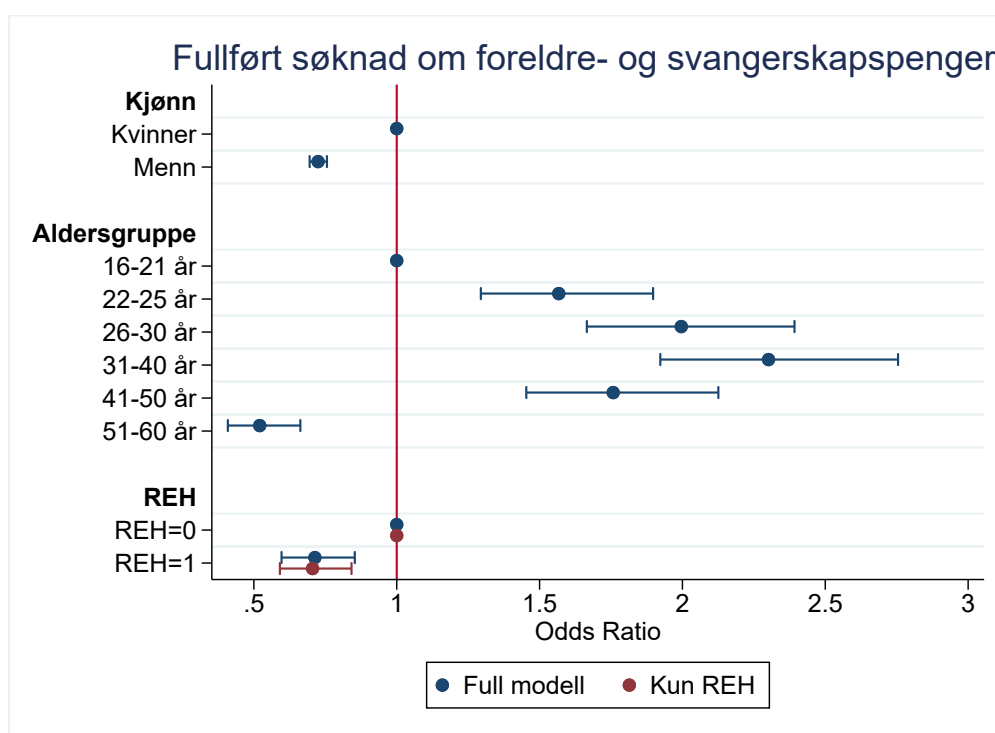
4.4 Foreldre- og svangerskapspenger/REH

Problemstilling 2 og 3

Av de 96 320 personene under 61 år som søkte foreldre- og svangerskapspenger i 2018, er det én prosent som har vært i rehabilitering i perioden 2010-2020 og da 99 prosent som ikke har vært det.

Mannlige søkere om foreldre- og svangerskapspenger har lavere odds for å ha vært i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten enn kvinner (OR=0,636 95 % KI: 0,558-0,725), men det er ingen systematiske forskjeller mellom ulike aldersgrupper.

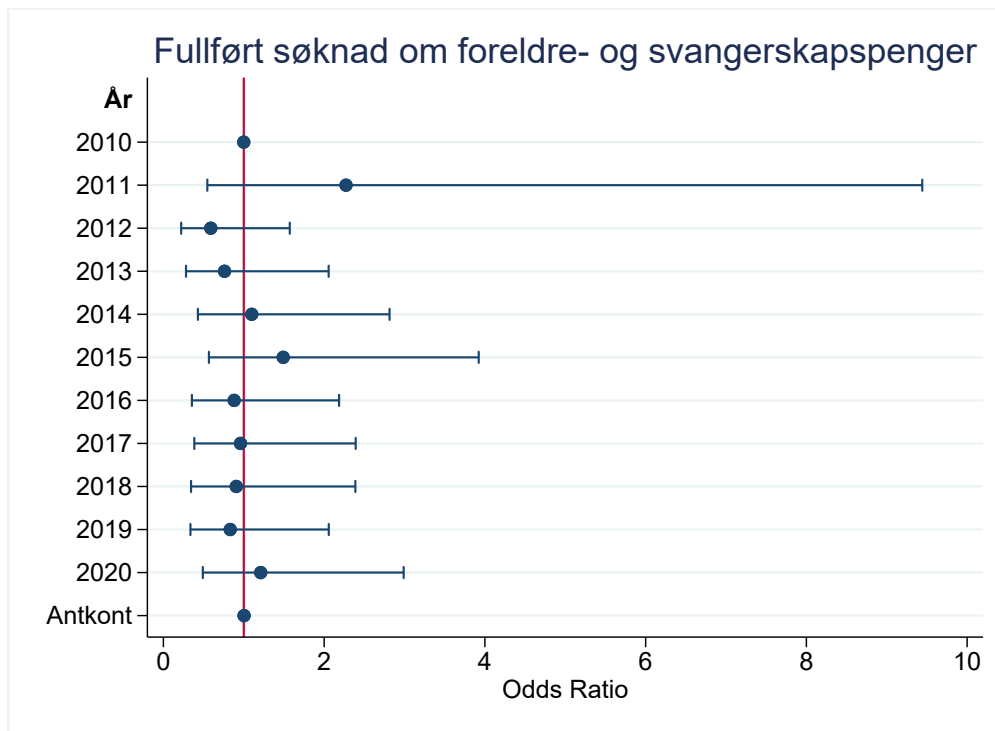
De som har vært i rehabilitering løpet av årene 2010 til 2020 har lavere odds for å fullføre søknad om foreldre- og svangerskapspenger, og forskjellene består når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 15: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 16, varierer ikke oddsen for å fullføre systematisk med behandlingsår. Det betyr at de som har vært i rehabilitering har lavere odds for å fullføre uansett om de var i behandling i 2010 eller i 2018. Antall kontakter med rehabiliteringstjenester ser heller ikke ut til å påvirke fullføringsgraden på en systematisk måte.



Figur 16: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Det er få pasienter i rehabiliteringstjenester som har søkt foreldre- og svangerskaps-
penger i 2018, og det er derfor ikke nok pasienter (minst 11) i hver diagnosegruppe
til at vi kan rangere de ti laveste og høyeste.

Lavest fullføringsgrad er blant menn som behandles for fibromyalgi (55 prosent),
mens de som får rehabiliteringstjester på grunn av myalgi (samlebegrep for en rek-
ke ulike tilstander med smerter i muskulaturen), generelt har høy fullføringsgrad
(90 og 91 prosent).

Tabell 15: Diagnoser i rehabilitering med lavest og høyest fullføring av søknad om foreldre- og svangerskapsenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
E668	Annen spesifisert fedme	33	44	68
M542	Smerte i nakke	36	20	80
M790	Uspesifisert reumatisme	31	11	82
G35	Multipel sklerose (MS)	33	17	82
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehab.tiltak	31	33	85
Z507	Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering IKAS	30	28	86
M797	Fibromyalgi	30	87	87
M545	Lumbago	32	16	88
M549	Uspesifisert ryggsmerte	32	34	88
E669	Uspesifisert fedme	29	43	88
Kvinner, høyest fullføring				
M791	Myalgi	32	29	90
G933	Postviralt utmattelsessyndrom	29	44	93
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	32	15	93
F480	Nevrasteni	30	17	94
E107	Diabetes mellitus type 1 med flere komplikasjoner	38	15	100
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	31	88	100
Menn, lavest fullføring				
M797	Fibromyalgi	36	11	55
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehab.tiltak	36	20	60
M545	Lumbago	39	13	62
E107	Diabetes mellitus type 1 med flere komplikasjoner	39	12	67
E669	Uspesifisert fedme	38	21	71
Menn, høyest fullføring				
E668	Annen spesifisert fedme	38	26	73
Z507	Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering IKAS	35	22	77
M549	Uspesifisert ryggsmerte	35	24	83
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	39	77	90
M791	Myalgi	38	11	91

5 Arbeidsavklaringspenger (AAP)

I dette kapittelet kobler vi informasjon fra søknader om AAP med informasjon fra NPR for henholdsvis sektorene somatikk, PHV, TSB og rehabilitering.

Problemstilling 1

Som vist i tabell 16 er det 67,7 prosent av de som har søkt AAP som har fullført søknaden på første forsøk, mens resten har ulike kombinasjoner av fullførte og avbrutte søknader. Totalt er det 91,4 prosent som har minst én fullført søknad, mens 8,6 prosent har påbegynt, men ikke fullført søknad om AAP i 2018. Det er disse to gruppene vi sammenlikner når vi kobler data fra NAV med NPR-data.

Tabell 16: Antall og prosent etter kombinasjon av fullførte og avbrutte søknader om AAP i 2018

	Antall personer	Prosent	Totalt
1 Fullført på første forsøk (ingen avbrudd)	55 927	67,7	
2 Fullført, men også avbrudd fra bruker	6 409	7,76	91,4 %
3 Fullført, men avbrudd både fra bruker og system	1 733	2,1	
4 Fullført, men avbrudd av system	11 398	13,8	
5 Ikke fullført og ikke avbrudd	22	0,03	
6 Ikke fullført, og avbrudd fra bruker	1 318	1,6	8,6 %
7 Ikke fullført, avbrudd både fra bruker og system	303	0,37	
8 Ikke fullført, men avbrudd fra system	5 495	6,65	

Det er ingen kjønns- eller aldersgrupper som er for små for analyser når det gjelder AAP, se tabell 17. Det er 62 prosent av søkerne som er kvinner.

Tabell 17: Alders- og kjønnsfordeling for søkere om AAP på nav.no i 2018

	Kvinner	Menn	Totalt
16-21	293	240	533
22-25	867	643	1 510
26-30	2 339	1 299	3 638
31-40	5 332	3 690	9 022
41-50	5 505	4 072	9 577
51-60	5 158	3 920	9 078
61-65	1 742	1 699	3 441
66+	332	495	827
Total	21 568	16 058	37 626

5.1 AAP/somatikk

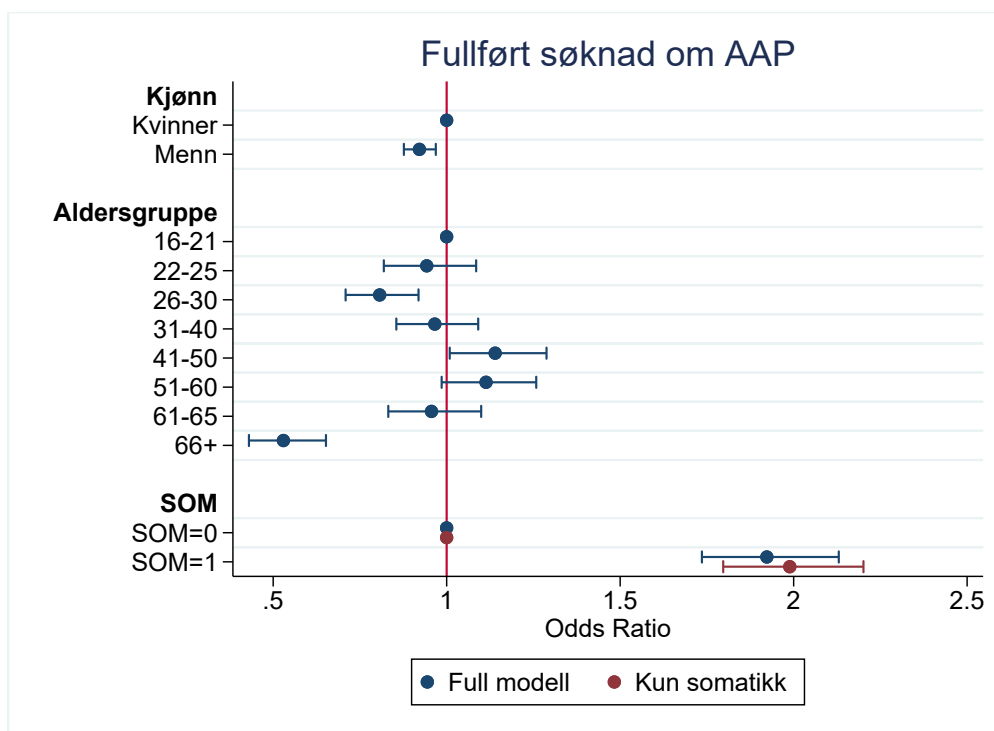
Problemstilling 2 og 3

Av de 82 605 personene som søkte om AAP i 2018, er det 79 552 eller 96 prosent som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020 og kun 4 prosent som ikke har det.

Mannlige søkere om AAP har i mindre grad fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester (OR=0,423 95 % KI: 0,393-0,455) enn kvinner, og de to yngste aldersgruppene har i mindre grad vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester enn resten. Men forskjellene mellom aldersgrupper er små, 94 prosent av de to yngste aldersgruppene har hatt kontakt, mens 95 prosent av de to neste, 96 prosent av de to neste, og 97 prosent av de mellom 61-65 år og 98 prosent blant de over 66 år.

Som vist i figur 18 har menn noe lavere odds for å fullføre digital søknad om AAP enn kvinner, og de mellom 26 og 30 og de over 66 år har systematisk lavere odds for å fullføre enn resten.

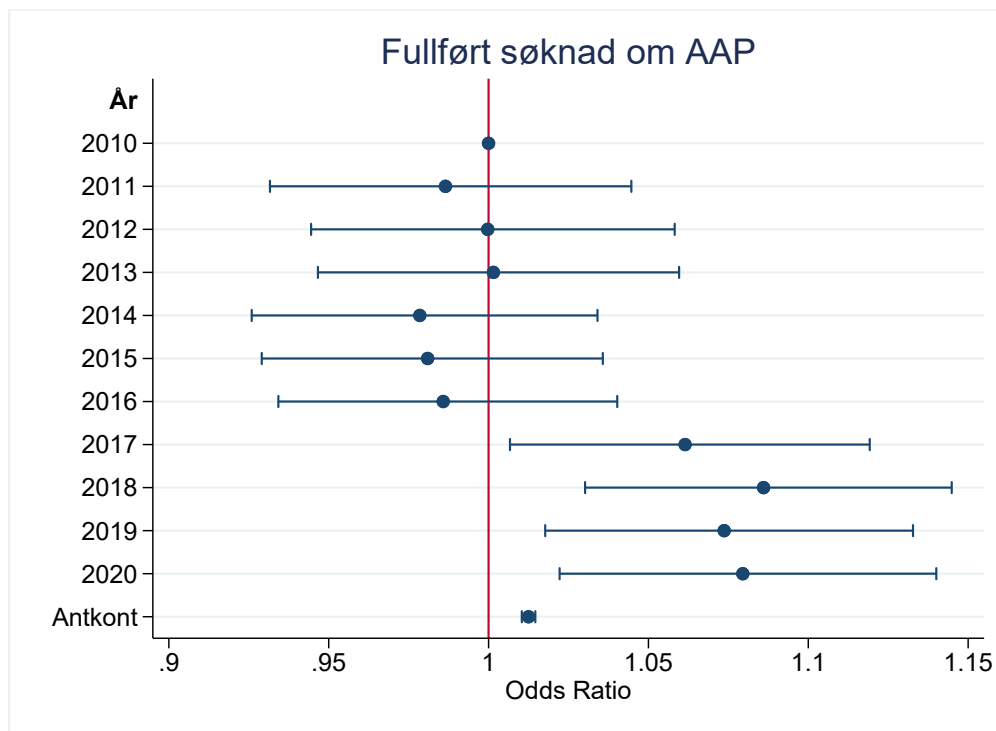
De som har vært i behandling i somatikken i løpet av årene 2010 til 2020 har betydelig høyere odds for å fullføre søknad om AAP, men oddsen går noe ned når vi kontrollerer for kjønn og alder. Det er altså menn og de eldste som i minst grad fullfører digital søknad om AAP.



Figur 17: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 18, er oddsen for å fullføre søknad om AAP i 2018 høyest for de som var i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2017-2020, mens de som hadde kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2016 eller tidligere, hadde lavere sannsynlighet for å fullføre søknaden. Jo flere kontakter søker har hatt med somatiske spesialisthelsetjenester, jo høyere er oddsen for å fullføre søknaden, betinget på at de har fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester.



Figur 18: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 18 har kvinner med hiv-sykdom lavest sannsynlighet for å fullføre søknad om AAP (76 prosent).

Blant menn ligger fore eksempel de som har uspesifisert ondartet svulst i urinblære lavest med 82 prosent fullføring, mens de med ondartet svulst i nyre har en fullføringsgrad på 99 prosent i gjennomsnitt.

Tabell 18: Ti diagnoser i somatikk med lavest og høyest fullføring av digital søknad om AAP fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
B24	Uspesifisert humant immunsviktvirus-sykdom (hiv-sykdom)	45	273	76
I351	Ikke-reumatisk aortainsuffisiens	54	122	83
I730	Raynauds syndrom	44	120	84
E890	Hypotyreose etter kirurgiske og medisinske prosedyrer	45	130	85
F845	Aspergers syndrom	24	105	85
S202	Kontusjon av brystkasse	38	101	85
S636	Forstuvning og forstrekking av finger	36	229	86
S519	Åpent sår på underarm, uspesifisert del	27	114	86
O631	Forlenget utdrivningsfase (under fødsel)	34	153	86
F190	Akutt intoksikasjon med flere stoffer	27	155	86
Kvinner, høyest fullføring				
G438	Annen spesifisert migrene	39	121	98
R33	Urinretensjon	45	141	98
C811	(Klassisk) Hodgkin lymfom, nodulær sklerose	33	100	98
M472	Annen spondylose med radikulopati	53	116	98
G500	Trigeminusneuralgi	46	176	98
N300	Akutt cystitt	34	124	98
G243	Torticollis som skyldes spasmer	51	143	99
G474	Narkolepsi og katapleksi	35	110	99
G700	Myasthenia gravis	39	142	100
G932	Godartet intrakraniell hypertensjon	33	101	100
Menn, lavest fullføring				
C679	Ondartet svulst i urinblære, uspesifisert	59	144	82
K642	Hemoroider grad 3	48	101	83
C629	Ondartet svulst i testikkel, uspesifisert	38	181	83
T905	Følgetilstander etter intrakraniell skade	36	121	84
J300	Vasomotorisk rinitt	41	104	85
Z113	Popul.basert screening for infek. som overføres seksuelt	33	173	87
S923	Brudd i metatarsalben	37	113	87
H919	Uspesifisert hørselstap	44	115	87
S431	Dislokasjon av akromioklavikularledd	42	124	87
R05	Hoste	48	124	87
Menn, høyest fullføring				
R522	Annen kronisk smerte	44	337	97
I269	Lungeemboli uten opplysning om akutt cor pulmonale	52	109	97
E780	Ren hyperkolesterolemi	49	113	97
G430	Migrene uten aura	37	193	97
M244	Residiverende dislokasjon og sublaksasjon av ledd	32	185	98
C900	Myelomatose	57	198	98
C811	(Klassisk) Hodgkin lymfom, nodulær sklerose	38	104	98
I472	Ventrikulær takykardi	50	112	98
G403	Generalisert idiopatisk epilepsi og epileptiske syndromer	28	205	99
C64	Ondartet svulst i nyre, unntatt nyrebekken	55	128	99

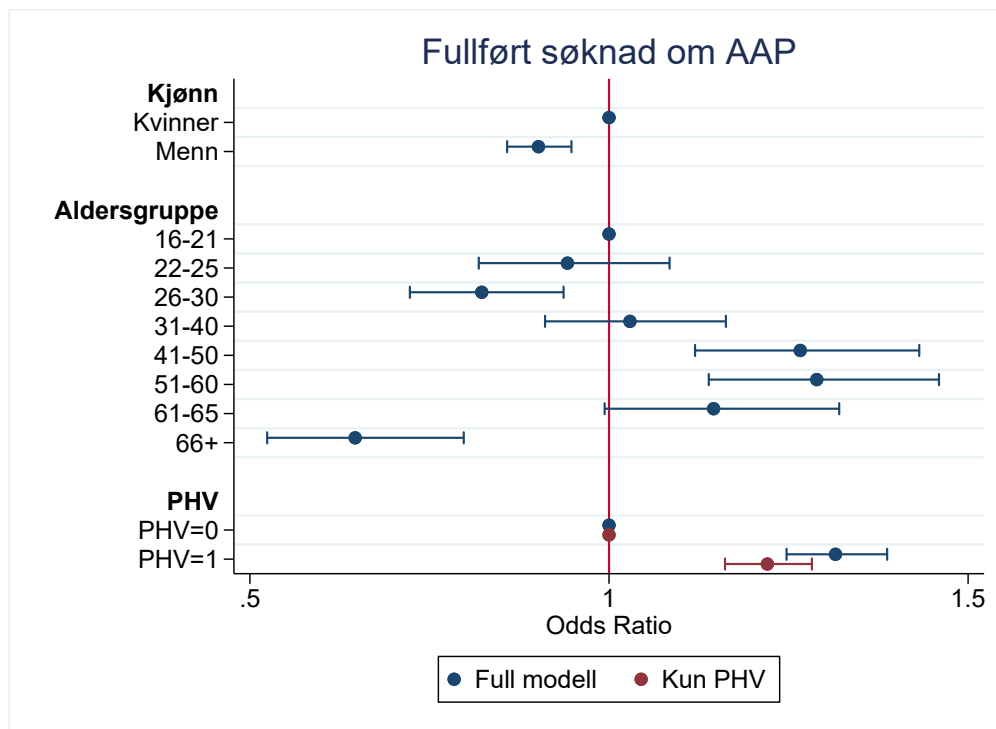
5.2 AAP/PHV

Problemstilling 2 og 3

Av de 82 605 personene som søkte om AAP i 2018, er det 36 376 eller 44 prosent som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020, og dermed 56 prosent som ikke har det.

Mannlige søkere av AAP har i litt mindre grad enn kvinnelige søkere fått behandling i psykisk helsevern (OR=0,920 95 % KI: 0,895-0,947), og de to yngste aldersgruppene har oftere vært i kontakt med psykisk helsevern enn de øvrige aldersgruppene. Forskjellene er betydelige, 70 prosent av de to yngste aldersgruppene har hatt kontakt, mens andelen faller med omtrent 10 prosentpoeng for hver aldersgruppe, og blant de over 66 år er det 9 prosent som har vært i kontakt med psykisk helsevern blant søkerne.

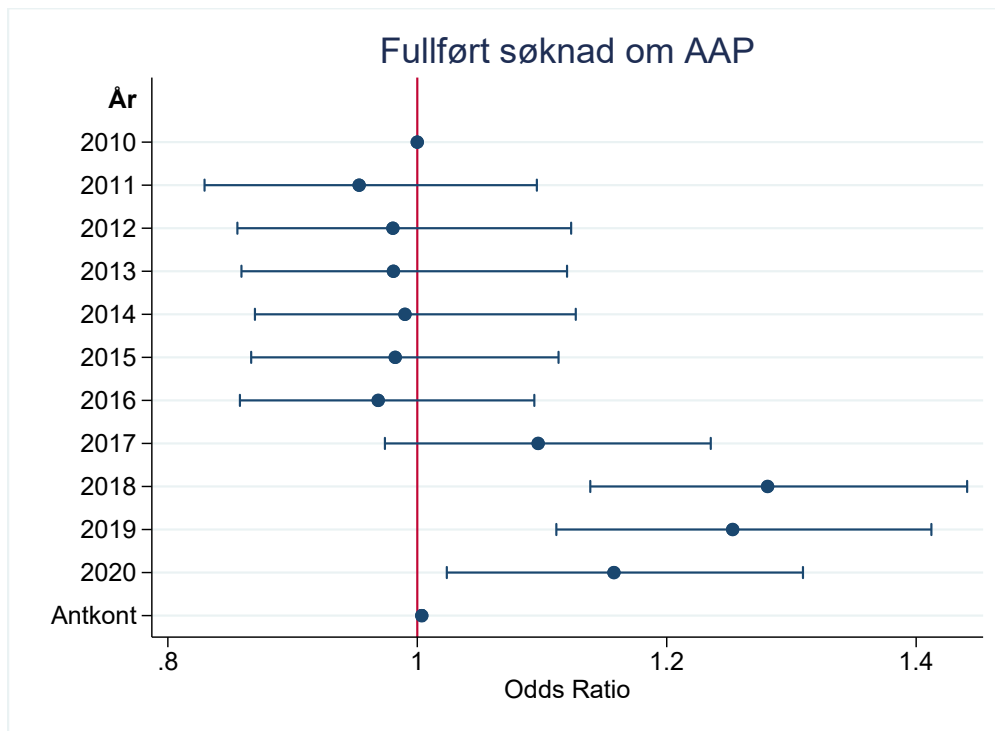
De som har vært i behandling i psykisk helsevern i løpet av årene 2010 til 2020, har betydelig høyere odds for å fullføre søknad om AAP enn de som ikke har vært i kontakt, og oddsen øker når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 19: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 20, er oddsen for å fullføre søknad om AAP i 2018 høyest for de som var i kontakt med PHV etter 2017, mens de som var i kontakt med PHV i 2016 eller tidligere, hadde lavere odds for å fullføre søknaden om AAP i 2018. Antall kontakter med PHV ser i liten grad ut til å ha sammenheng med fullføringsgrad av AAP-søknad.



Figur 20: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 19 har kvinner med opiatavhengighetssyndrom og menn med psykotisk lidelse som skyldes bruk av cannabinoider, lavest fullføringsgrad med hhv 84 og 85 prosent som fullfører.

Både blant kvinner og menn er det mange som har fått behandling for shizotyp lidelse som fullfører søknad om AAP, henholdsvis 97 prosent og 98 prosent i gjennomsnitt.

Tabell 19: Ti diagnoser i psykisk helsevern med lavest og høyest fullføring av digital søknad om AAP fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F112	Opiatavhengighetssyndrom	31	102	84
F605	Tvangspreget personlighetsforstyrrelse	35.5	78	85
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	34	379	87
F152	Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av andre stimulanter	31.5	98	87
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	45	228	87
F203	Udifferensiert schizofreni	34	54	87
F988	Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder	30	58	88
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	38.5	70	89
F101	Skadelig bruk av alkohol	32	148	89
F420	Tvangslidelse, mest tvangstanker eller tvangsgrubling	35	186	89
Kvinner, høyest fullføring				
F421	Tvangslidelse, hovedsakelig tvangshandlinger	36	116	97
F21	Schizotyp lidelse	27	62	97
F448	Andre spesifiserte dissosiative lidelser	30	68	97
Z027	Utstedelse av legeerklæring	33.5	78	97
F251	Schizoaffektiv lidelse, depressiv type	28	99	98
F510	Ikke-organisk insomni	43	102	98
Z637	Andre stressende livsoppl. som påvirker familie og husstand	49	53	98
F340	Cyklotymi	31	67	99
Z730	Utbrenthet	48	99	100
F259	Uspesifisert schizoaffektiv lidelse	28	70	100
Menn, lavest fullføring				
F125	Psykotisk lidelse som skyldes bruk av cannabinoider	27	71	85
F251	Schizoaffektiv lidelse, depressiv type	36	53	85
F61	Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	34	53	85
F200	Paranoid schizofreni	32	744	86
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild	36	431	86
F849	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	23	74	88
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	38	314	88
F195	Psykotisk lidelse som skyldes bruk av flere stoffer	28	118	89
F339	Uspesifisert tilbakevendende depressiv lidelse	39	85	89
F400	Agorafobi	34	503	89
Menn, høyest fullføring				
F601	Schizoid personlighetsforstyrrelse	27	61	97
F316	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet	32	96	97
F421	Tvangslidelse, hovedsakelig tvangshandlinger	32	68	97
F602	Dyssosial personlighetsforstyrrelse	35	91	98
F21	Schizotyp lidelse	30	107	98
F233	Akutt paranoid psykose	32	54	98
F39	Uspesifisert affektiv lidelse	43	55	98
F209	Uspesifisert schizofreni	29	63	98
F314	Bipolar affektiv lid, alvorlig depr, ikke psykotisk episode	43	78	99
F312	Bipolar affektiv lidelse, manisk episode, psykotiske sympt	33	105	99

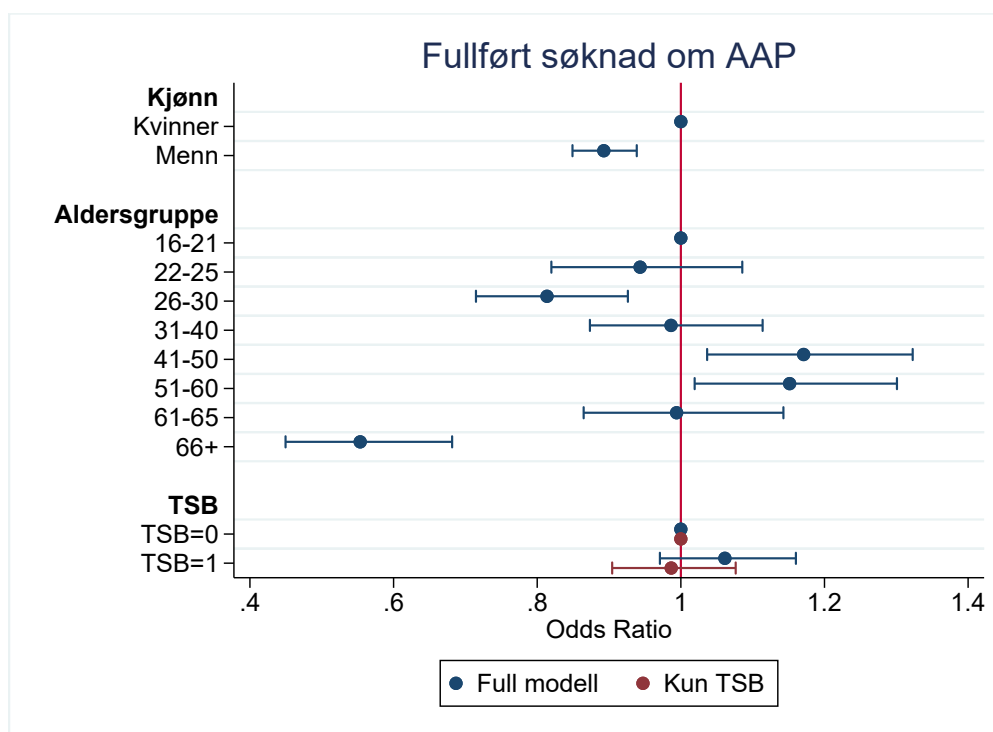
5.3 AAP/TSB

Av de 82 605 personene som søkte digitalt om AAP i 2018, var det 8,4 prosent som hadde vært i behandling i TSB i perioden 2010-2020.

Mannlige søkere om AAP har betydelig høyere odds for å ha vært i behandling i TSB enn kvinner OR=2,735 [KI:2,600-2,876], og aldersgruppene 22-25 år og 26-30 år hadde høyest andel med hhv 15 og 16 prosent. Andelen faller deretter systematisk med alder, fra 11 prosent blant de mellom 26 og 39 år, til mindre enn 2 prosent blant de over 66 år.

Problemstilling 2 og 3

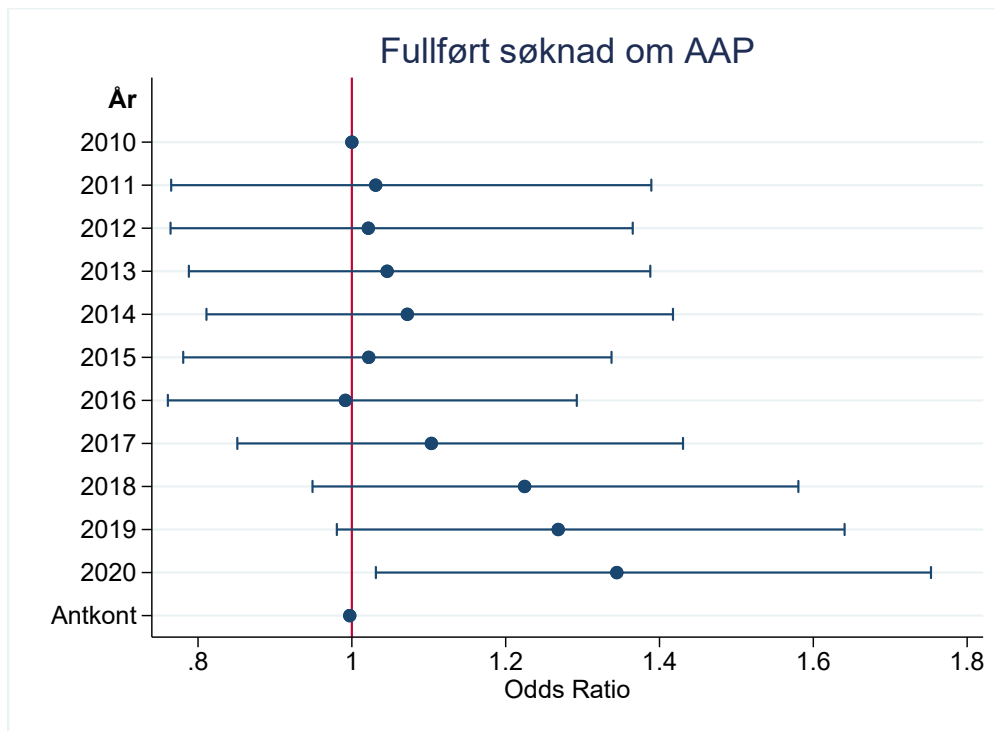
Det er ingen systematiske forskjeller i fullføringsgrad blant søkere som har vært i kontakt med TSB i perioden 2010 til 2020, heller ikke når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 21: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 22, er oddsen for å fullføre søknad om AAP i 2018 høyest blant de som var i kontakt med TSB i 2020, med økende tendens fra 2017. Antall kontakter med TSB ser i liten grad ut til å ha sammenheng med fullføringsgrad.



Figur 22: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 20 har menn med psykotisk lidelse som skyldes bruk av cannabinoider lavest fullføringsgrad (69 prosent), mens både menn og kvinner som har hovedtilstand F141 (Skadelig bruk av kokain) har relativt lav fullføringsgrad, hhv. 75 og 73 prosent.

Tabell 20: Ti diagnoser i TSB med lavest og høyest fullføring av digital søknad om AAP fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
R448	Andre og uspes. symp./tegn tilkn. gen. sensasjoner/persep.	32	14	71
F141	Skadelig bruk av kokain	25	11	73
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	50	11	73
Z631	Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre	30	83	83
O359	Omsorg/behandl. mor ved uspes. (mist.) pat. tils./fost.sk.	30	12	83
Z811	Opplysning om alkoholmisbruk i familieanamnesen	39	12	83
F630	Patologisk spillelidenskap	40	99	84
F320	Mild depressiv episode	49	33	85
F111	Skadelig bruk av opiater	31	40	85
F101	Skadelig bruk av alkohol	41	568	87
Kvinner, høyest fullføring				
F430	Akutt belastningslidelse	39	11	100
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	26	31	100
F313	Bipolar affektiv lid, aktuell episode mild/moderat depresjon	37	14	100
Z813	Oppl. om misbruk av andre psykoaktive stoffer i fam.anamn.	49	23	100
F610	Blandede personlighetsforstyrrelser	33	11	100
F200	Paranoid schizofreni	31	11	100
F333	Tilbakev depressiv lid, alvorlig episode m/ psykot symptomer	34	14	100
F332	Tilbakev depressiv lid, alvorlig episode u/ psykot symptomer	44	14	100
Z638	Annet spesifisert problem i forbindelse med primærkontaktene	43	26	100
Z632	Utilstrekkelig støtte fra familie	45	13	100
Menn, lavest fullføring				
F125	Psykotisk lidelse som skyldes bruk av cannabinoider	21	13	69
F141	Skadelig bruk av kokain	30	32	75
Z768	Kontakt med h.tj. under andre spesifiserte omstendigheter	38	14	79
F313	Bipolar affektiv lid, aktuell episode mild/moderat depresjon	34	27	81
F318	Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser	31	33	82
F195	Psykotisk lidelse som skyldes bruk av flere stoffer	27	18	83
R450	Nervøsitet	31	45	84
Z721	Alkoholbruk	44	13	85
F400	Agorafobi	31	28	86
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	29	380	86
Menn, høyest fullføring				
Z637	Andre stressende livsoppl. som påvirker familie og husstand	48	45	98
F142	Kokainavhengighetssyndrom	31	120	98
F131	Skadelig bruk av sedativa og hypnotika	30	68	99
F606	Engstelig [unnavikende] personlighetsforstyrrelse	29	22	100
F410	Panikk lidelse [episodisk paroksysmal angst]	28	22	100
F21	Schizotyp lidelse	28	12	100
F845	Aspergers syndrom	24	38	100
Z631	Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre	28	17	100
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	28	20	100
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	46	21	100

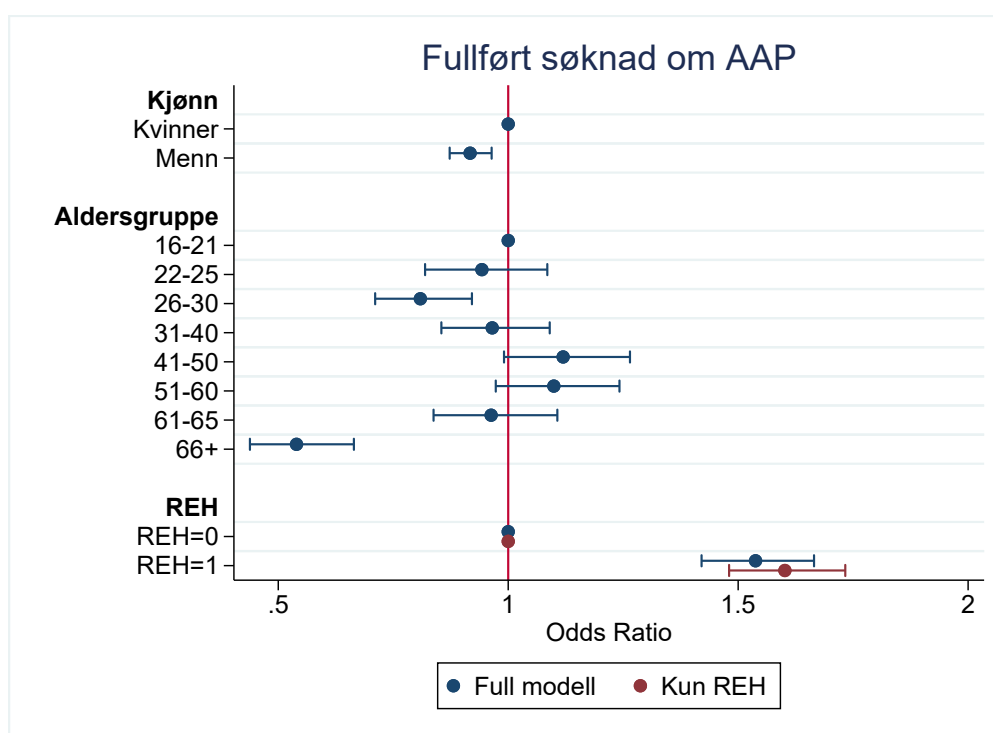
5.4 AAP/REH

Av de 82 605 personene som søkte digitalt om AAP i 2018, var det 12 417 personer (15,1 prosent) som hadde vært i rehabilitering i perioden 2010-2020.

Mannlige søkere om AAP har lavere odds for å ha vært rehabilitering enn kvinner (OR=0,598 95 % KI: 0,574-0,624), og de to yngste aldersgruppene har lavest andel med 8 prosent. Andelen øker deretter frem til 41-60 år (19 prosent) og avtar deretter til 14 og 12 prosent for de to eldste aldersgruppene.

Problemstilling 2 og 3

De som har vært i rehabilitering i løpet av årene 2010 til 2020 har betydelig høyere odds for å fullføre søknad om AAP, og oddsen øker når vi kontrollerer for kjønn og alder.

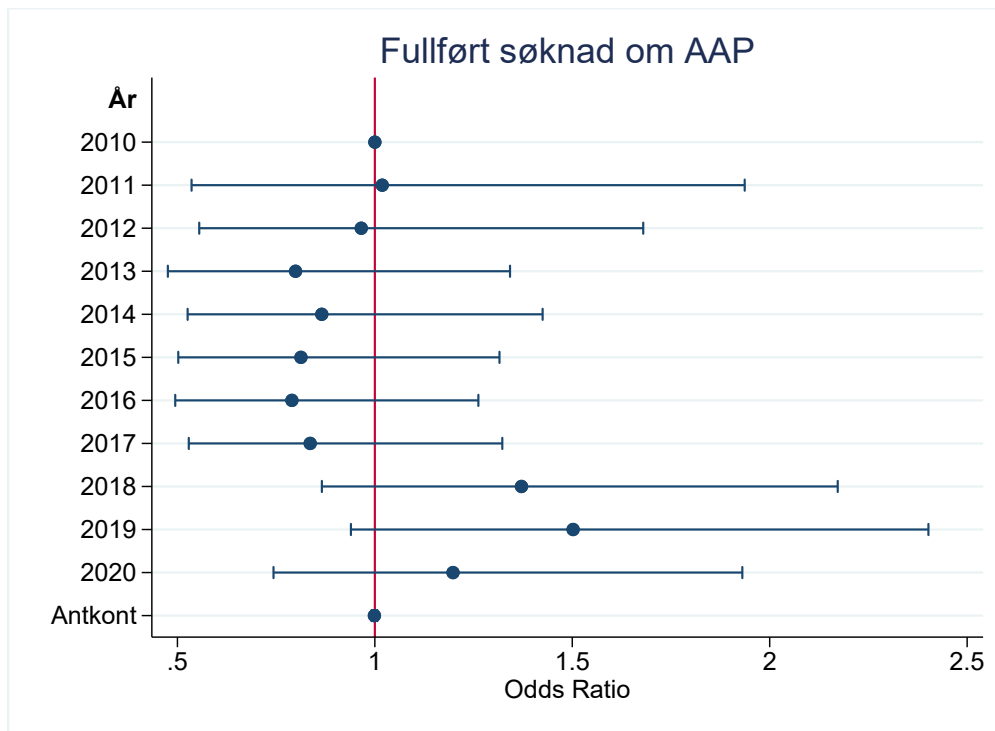


Figur 23: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 24, har de som har vært i rehabilitering i 2018 eller senere høyere odds for å fullføre søknad om AAP i 2018, men forskjellene er ikke statistisk signifikante.

Antall kontakter med rehabiliteringstjenester ser i liten grad ut til å ha sammenheng med fullføringsgrad.



Figur 24: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 21 er har menn med diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner lavest fullføringsgrad (55 prosent), mens kvinner som er behandlet for seronegativ reumatoid artritt ligger lavest blant kvinner (72 prosent).

For kvinner med Ménières sykdom er fullføringsgraden på 82 prosent i gjennomsnitt, mens menn med samme diagnose, ligger på 100 prosent.

Tabell 21: Ti diagnoser i rehabilitering med lavest og høyest fullføring av digital søknad om AAP fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
M060	Seronegativ reumatoid artritt	54	18	72
Z980	Status etter tarmbypass og anastomose	50	11	73
F320	Mild depressiv episode	44	23	74
M469	Uspesifisert inflammatorisk lidelse i ryggspylen	52	16	75
M468	Andre spesifiserte inflammatoriske lidelser i ryggspylen	52	16	75
C56	Ondartet svulst i eggstokk	49	17	76
M546	Ryggsmerter i torakaldelene	49	13	77
I639	Uspesifisert hjerneinfarkt	53	14	79
L83	Acanthosis nigricans	51	16	81
H810	Ménières sykdom	54	22	82
Kvinner, høyest fullføring				
G629	Uspesifisert polyneuropati	55	14	100
C20	Ondartet svulst i endetarm	47	19	100
J459	Uspesifisert astma	50	29	100
M058	Annen spesifisert seropositiv reumatoid artritt	47	19	100
M890	Regionalt smertesyndrom	37	14	100
C55	Ondartet svulst i livmor, uspesifisert del	55	12	100
Z501	Annen fysikalsk behandling	42	17	100
G10	Huntingtons sykdom	50	11	100
R298	Andre og uspes. sympt. m/tilkn. til nerve og muskelskj.syst.	45	15	100
F339	Uspesifisert tilbakevendende depressiv lidelse	46	13	100
Menn, lavest fullføring				
E103	Diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner	55	11	55
T905	Følgetilstander etter intrakraniell skade	41	12	75
M45	Ankyloserende spondylitt	47	22	77
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	53	69	80
G629	Uspesifisert polyneuropati	58	21	81
I252	Gammelt hjerteinfarkt	60	27	85
J449	Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom	61	36	86
Z730	Utbrenthet	46	16	88
M511	Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	46	78	88
M759	Uspesifisert skulderlidelse	51	27	89
Menn, høyest fullføring				
H810	Ménières sykdom	50	11	100
G442	Tensjonshodepine	40	11	100
M543	Isjialgi	47	25	100
I639	Uspesifisert hjerneinfarkt	58	13	100
M171	Primær kneleddsartrose, uten opplysning om bilat. manifest.	60	13	100
I694	F.tilst. etter hjerneslag, ikke spes. som blødning el. inf.	59	11	100
M790	Uspesifisert reumatisme	50	19	100
J459	Uspesifisert astma	59	12	100
C349	Ondartet svulst i bronkie eller lunge, uspesifisert	60	13	100
Z895	Erv. mangel på underekstremitet fra eller nedenfor knehøyde	53	11	100

6 Sykepenger

I dette kapitlet kobler vi informasjon om digital søknad om sykepenger med informasjon fra NPR for henholdsvis sektorene somatikk, PHV, TSB og rehabilitering.

Problemstilling 1

Som vist i tabell 22 er det 30 prosent av de som har søkt sykepenger som har fullført søknaden på første forsøk, mens resten har ulike kombinasjoner av fullførte og avbrutte søknader. Totalt er det 62,1 prosent som har minst én fullført søknad, mens 37,8 prosent har påbegynt søknad, men ikke fullført søknad om sykepenger i 2018. Det er disse to gruppene vi sammenlikner når vi kobler data fra NAV med NPR-data.

Tabell 22: Antall og prosent etter kombinasjon av fullførte og avbrutte søknader om sykepenger i 2018

	Antall personer	Prosent	Totalt
1 Fullført på første forsøk (ingen avbrudd)	11 254	29,9	
2 Fullført, men også avbrudd fra bruker	1 733	4,6	62,1 %
3 Fullført, men avbrudd både fra bruker og system	1 025	2,7	
4 Fullført, men avbrudd av system	9 334	24,8	
5 Ikke fullført og ikke avbrudd	16	0,0	
6 Ikke fullført, og avbrudd fra bruker	2 150	5,7	37,9 %
7 Ikke fullført, avbrudd både fra bruker og system	547	1,5	
8 Ikke fullført, men avbrudd fra system	11 567	30,7	

Det er ingen kjønns- eller aldersgrupper som er for små for analyser når det gjelder sykepenger, se tabell 23. Det er 57 prosent av søkerne som er kvinner.

Tabell 23: Alders- og kjønnsfordeling for søkere om sykepenges på nav.no i 2018

	Kvinner	Menn	Totalt
16-21	293	240	533
22-25	867	643	1 510
26-30	2 339	1 299	3 638
31-40	5 332	3 690	9 022
41-50	5 505	4 072	9 577
51-60	5 158	3 920	9 078
61-65	1 742	1 699	3 441
66+	332	495	827
Total	21 568	16 058	37 626

6.1 Sykepenges/somatikk

Av de 37 626 personene som søkte sykepenges på nav.no i 2018, er det 34 994 eller 93 prosent som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020 og da kun 4 prosent som ikke har det.

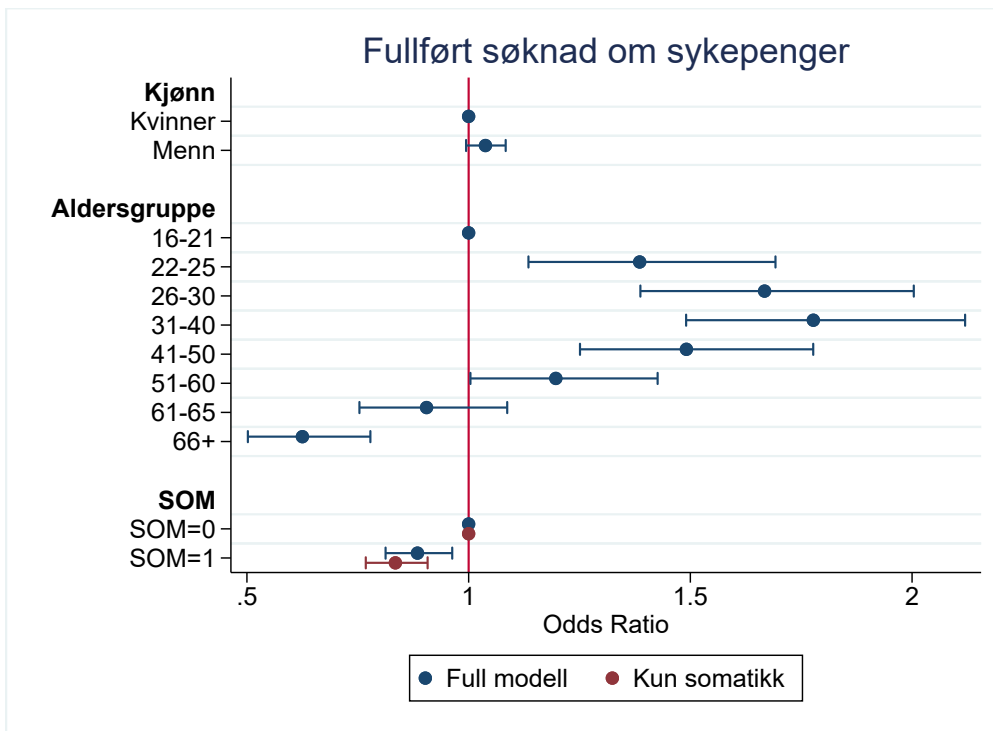
Mannlige søkere om sykepenges har i mindre grad fått behandling i somatiske spesialisthelsetjenester enn kvinnelige søkere (OR=0,320 95 % KI: 0,294-0,348), og den yngste og de eldste aldersgruppene i større grad vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester enn resten. Men forskjellene er små, 95 prosent av de yngste og eldste, og 92 prosent av de øvrige har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden.

Problemstilling 2 og 3

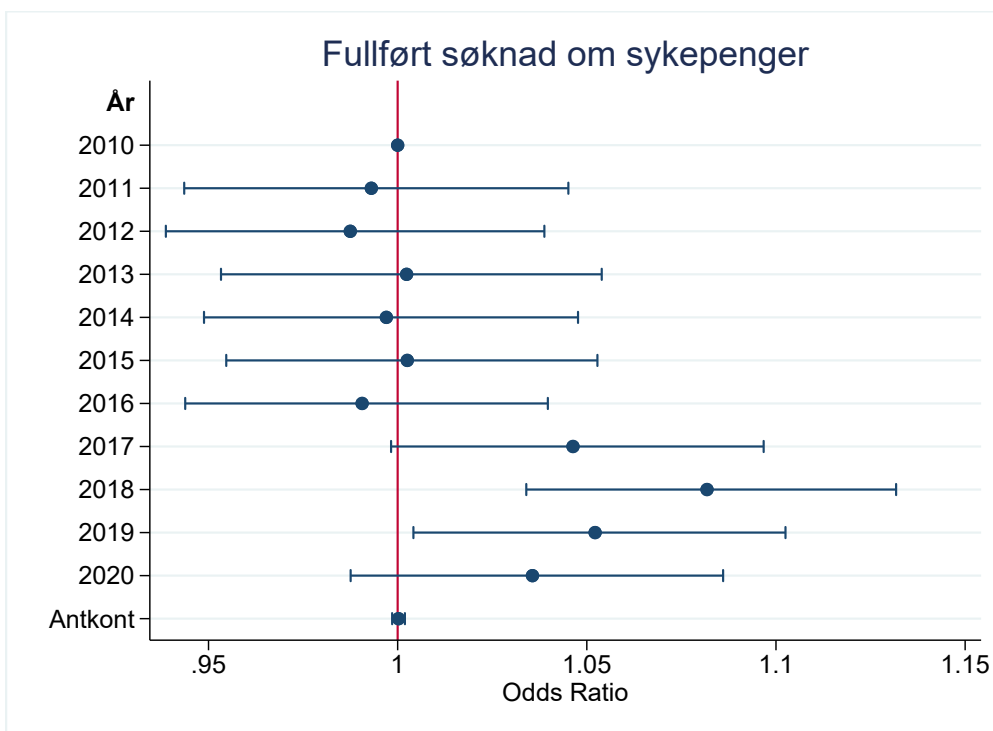
Som vist i figur 25 er det ikke systematiske kjønnsforskjeller i fullføring av søknad om sykepenges. Men det er lavest fullføringsgrad blant de eldste søkerne. De som har vært i behandling i somatiske spesialisthelsetjenester i løpet av årene 2010 til 2020 har lavere odds for å fullføre søknad om sykepenges, men oddsen går litt opp når vi kontrollerer for kjønn og alder.

Problemstilling 4

Som vist i figur 26, er oddsen for å fullføre søknad om sykepenges i 2018 høyest for de som var i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2018 og 2019, mens de som hadde kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2017 eller tidligere, hadde lavere sannsynlighet for å fullføre søknaden. Antall kontakter ser ikke ut til å sammenheng med fullføringsgraden av søknad om sykepenges.



Figur 25: OR med 95 % konfidensintervall



Figur 26: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 24 har kvinner med diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner og menn som får annen fysikalsk behandling lavest fullføringsgrad (44 prosent).

Tabell 24: Ti diagnoser i somatikk med lavest og høyest fullføring søknad om sykepenginger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
E103	Diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner	46	123	44
G402	Lok.rel.(fok./part.)sympt. epi./epi.syndr., komp. part. anf.	41	158	46
M653	Triggerfinger	57	101	49
M544	Lumbago med isjialgi	46	187	51
L600	Inngrodd negl	32	106	51
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	57	100	51
Z800	Opplysning om ondartet svulst i fordøy.org. i fam.anamn.	52	117	51
I10	Essensiell (primær) hypertensjon	53	255	51
H903	Bilateralt nevrogen hørselstap	58	236	52
K510	Ulcerøs (kronisk) pankolitt	46	205	52
Kvinner, høyest fullføring				
N979	Uspesifisert kvinnelig infertilitet	36	455	70
D24	Godartet svulst i bryst	47	224	70
R101	Smerte lokalisert til øvre abdomen	39	194	70
O993	Psyk. lid./sykd. i n.syst. som komp. sv.sk., fødsel og b.tid	37	114	70
H353	Degenerasjon av makula og bakre pol	57	117	72
M080	Juvenil reumatoid artritt	42	124	73
N816	Rektocele	49	107	74
B181	Kronisk virushepatitt B uten delta-agens	42	120	74
Z713	Diettveiledning og -tilsyn	45	102	75
N840	Polypp i livmorlegeme	49	115	76
Menn, lavest fullføring				
Z501	Annen fysikalsk behandling	54	126	44
Z940	Status etter transplantert nyre	48	125	46
C61	Ondartet svulst i blærehalskjertel	63	340	48
S525	Brudd i distal ende av radius	46	101	50
G629	Uspesifisert polyneuropati	57	103	50
M751	Rotator cuff syndrome	57	427	51
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	48	106	51
F100	Akutt alkoholintoksikasjon	36	104	51
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehabiliteringstiltak	52	164	51
H903	Bilateralt nevrogen hørselstap	57	267	51
Menn, høyest fullføring				
R55	Synkope og kollaps	48	166	68
S934	Forstuvning og forstrekking av ankelligament	35	343	69
Z087	Etterundersøkelse etter kombinasjonsbehand., ondartet svulst	54	111	70
C629	Ondartet svulst i testikkel, uspesifisert	41	126	71
K603	Anal fistel	46	105	71
M235	Kronisk ustabilitet i kne	36	167	72
Z202	Kontakt med og eksposisjon for seksuelt overførbart infeksjon	36	511	73
G35	Multipel sklerose (MS)	47	325	73
K500	Crohns sykdom i tynntarm	46	150	81
B24	Uspesifisert humant immunsviktvirus-sykdom (hiv-sykdom)	48	152	85

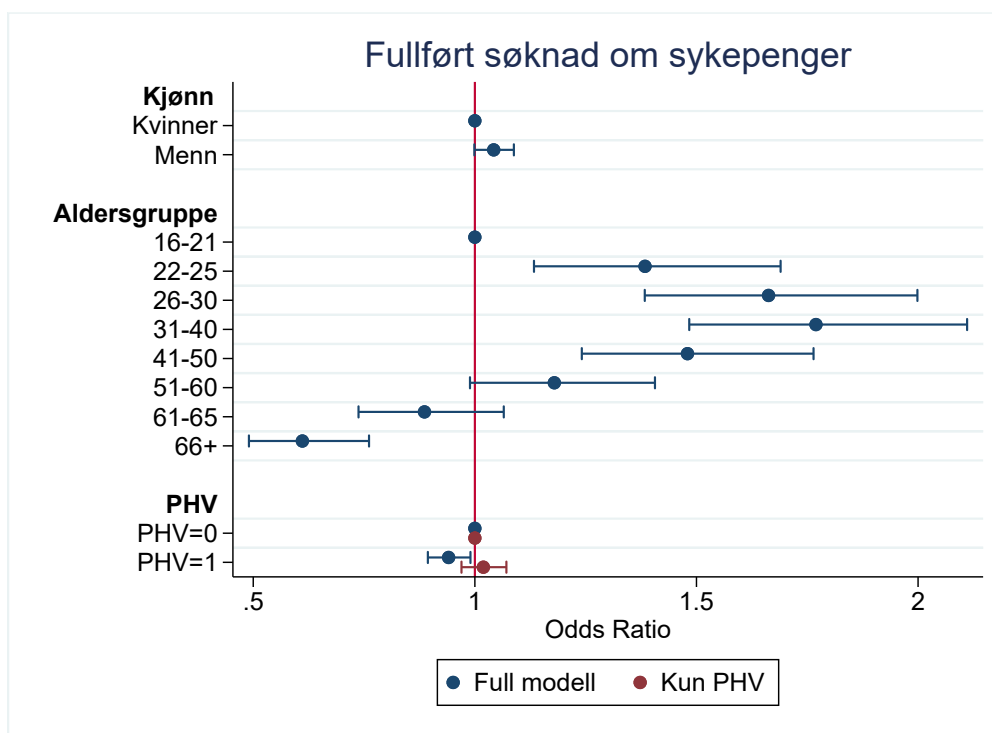
6.2 Sykepenger/PHV

Av de 37 626 personene som søkte om sykepenger i 2018, er det 8 581 eller 23 prosent som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020.

Mannlige søkere om sykepenger har i mindre grad fått behandling i psykisk helsevern ($OR=0,621$ 95 % $KI: 0,591-0,654$), og den yngste aldersgruppen har i størst grad hatt kontakt med psykisk helsevern (42 prosent). Andelen faller med alder, og blant de eldste er det 6 prosent som har hatt kontakt med psykisk helsevern.

Problemstilling 2 og 3

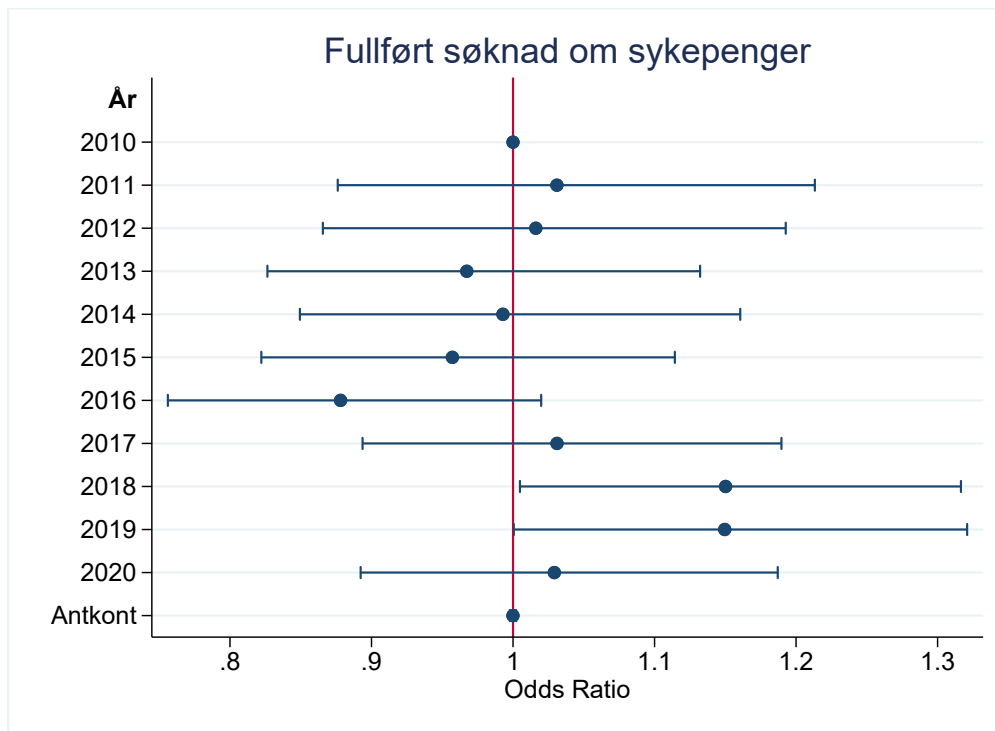
Som vist i figur 27 er det heller ikke systematiske kjønnsforskjeller i fullføring av søknad om sykepenger når vi kontrollerer for alder og om de har hatt behandling i psykisk helsevern. Men det er systematisk lavest fullføringsgrad blant de eldste. De som har vært i behandling i psykisk helsevern i løpet av årene 2010 til 2020 har lavere odds for å fullføre søknad om sykepenger, men forskjellene er ikke statistisk signifikant når vi kontrollerer for kjønn og alder. Det er altså de eldste som i minst grad fullfører digital søknad om AAP og dette kan for eksempel skyldes at de heller går av med pensjon.



Figur 27: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 28, er oddsen for å fullføre søknad om sykepenger i 2018 høyest for de som var i kontakt med psykisk helsevern i 2018 og 2019, mens de som hadde kontakt i 2017 eller tidligere, hadde lavere sannsynlighet for å fullføre søknaden. Antall kontakter ser ikke ut til å sammenheng med fullføringsgraden av søknad om sykepenger.



Figur 28: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 25 er det lavest fullføringsgrad (27 prosent) blant menn med diagnosen R418 (Andre, uspes. symp./tegn tilkn. kognitive funk./bevissthet) og blant kvinner (37 prosent) som er behandlet for F200 (Paronid schizofreni) og F220 (Paranoid psykose) med 38 prosent som har fullført søknad om sykepenger.

Mannlige søkere som er behandlet for paranoid schizofreni har relativ høy fullføringsgrad (73 prosent).

Tabell 25: Ti diagnoser i psykisk helsevern med lavest og høyest fullføring av digital søknad om sykepenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F200	Paranoid schizofreni	44	54	37
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	49	45	38
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	38	31	42
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	45	23	43
F313	Bipolar affektiv lid, aktuell episode mild/moderat depresjon	41	140	50
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	30	245	51
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	39	174	52
F606	Engstelig [unnavikende] personlighetsforstyrrelse	36	117	52
F430	Akutt belastningslidelse	40	70	53
F402	Spesifikke (isolerte) fobier	36	34	53
Kvinner, høyest fullføring				
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	31	33	73
Z504	Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted	41	93	73
F510	Ikke-organisk insomni	48	45	73
F501	Atypisk anorexia nervosa	32	80	74
F620	Vedvar personlighetsforandr etter katastrofale livshendelser	41	21	76
F500	Anorexia nervosa	35	118	76
F420	Tvangslidelse, mest tvangstanker eller tvangsgrubling	35	43	77
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	42	126	79
F413	Andre blandede angstlidelser	34	35	80
F314	Bipolar affektiv lid, alvorlig depr, ikke psykotisk episode	44	23	91
Menn, lavest fullføring				
R418	Andre, uspes. symp./tegn tilkn. kognitive funk./bevissthet	45	22	27
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	52	36	39
F310	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode hypoman	48	24	42
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	45	93	48
F845	Aspergers syndrom	31	45	49
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	41	26	50
F480	Nevrasteni	41	30	50
F430	Akutt belastningslidelse	48	38	55
F400	Agorafobi	41	65	57
F411	Generalisert angstlidelse	44	99	58
Menn, høyest fullføring				
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	47	100	72
F200	Paranoid schizofreni	37	89	73
Z504	Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted	46	28	75
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	36	37	76
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	41	33	76
R457	Uspesifisert tilstand av emosjonelt sjokk og stress	47	30	77
F312	Bipolar affektiv lidelse, manisk episode, psykotiske sympt	42	30	77
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	43	43	77
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	43	30	80
F112	Opiatavhengighetssyndrom	37	27	89

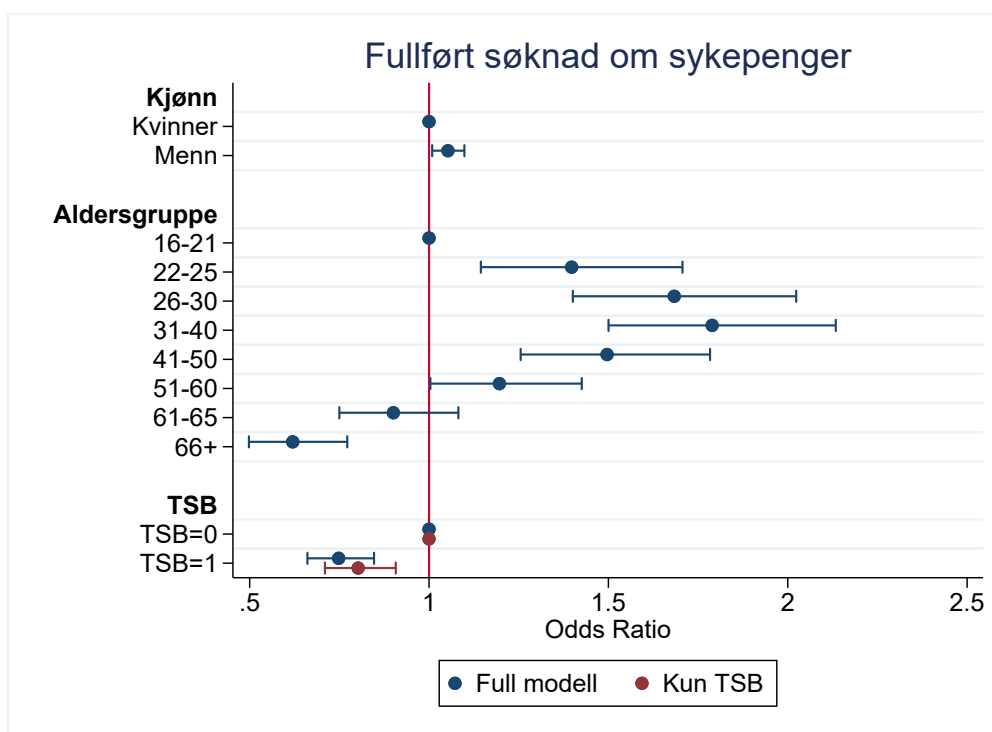
6.3 Sykepenger/TSB

Av de 37 626 personene som søkte sykepenger på nav.no i 2018, er det 1 072 eller 3 prosent som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020 og da 97 prosent som ikke har vært i kontakt med psykisk helsevern .

Mannlige søkere om sykepenger har i større grad enn kvinnelige søkere fått behandling i psykisk helsevern (OR=1,818 95 % KI:1,608-2,056), men det er ikke systematiske forskjeller mellom aldersgrupper.

Problemstilling 2 og 3

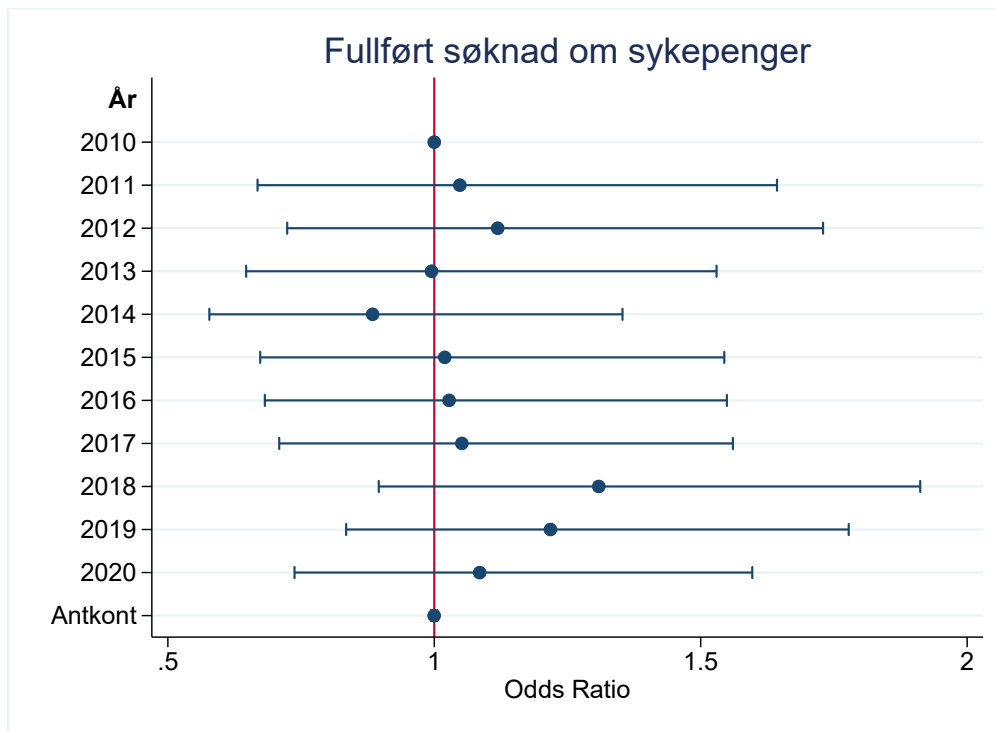
Som vist i figur 29 har de som har vært i behandling i TSB i løpet av årene 2010 til 2020 lavere odds for å fullføre søknad om sykepenger, og oddsen er lavere når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 29: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 30, er det ikke systematiske forskjeller i fullføringsgrad når det gjelder søknad om sykepenger blant de som fikk behandling i TSB i 2010 eller andre år. Antall kontakter med TSB ser heller ikke ut til å sammenheng med fullføringsgraden av søknad om sykepenger.



Figur 30: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 26 har kvinner som har fått hoveddiagnose F333 (Tilbakevendende depressiv lidelse, alvorlig episode m/ psykotiske symptomer) særlig lav fullføringsgrad med 8 prosent som fullfører en søknad. Også kvinner som behandles for F192 (Avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer) har særlig lav fullføringsgrad om sykepenger (22 prosent).

Blant menn er det personer som lider av tilpasningsforstyrrelser og PTS som ligger lavt med hhv. 36 og 44 prosent som fullfører søknad om sykepenger.

Tabell 26: Ti diagnoser i TSB med lavest og høyest fullføring av digital søknad om sykepenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
F333	Tilbakev depressiv lid, alvorlig episode m/ psykot symptomer	34	12	8
F192	Avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer	34	37	22
F121	Skadelig bruk av cannabinoider	30	17	35
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	44	15	40
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	44	39	41
F151	Skadelig bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein	28	14	43
F112	Opiatavhengighetssyndrom	36	60	43
Z630	Problemer i forhold til ektefelle eller partner	49	11	45
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	49	222	46
Z631	Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre	40	19	47
Kvinner, høyest fullføring				
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	32	21	52
F630	Patologisk spillelidenskap	35	30	53
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	42	17	59
F321	Moderat depressiv episode	31	17	59
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	27	11	64
F101	Skadelig bruk av alkohol	44	111	66
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	31	13	69
F122	Cannabinoidavhengighetssyndrom	35	34	71
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	41	31	71
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	47	41	76
Menn, lavest fullføring				
F432	Tilpasningsforstyrrelser	43	11	36
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	33	46	37
F431	Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	41	16	44
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	36	13	46
F191	Skadelig bruk av flere stoffer	33	17	47
F321	Moderat depressiv episode	33	22	50
F102	Alkoholavhengighetssyndrom	48	432	53
R458	Andre spes. symp./tegn med tilkn. til emosjonell tilstand	35	11	55
F132	Avhengighetssyndrom som skyldes sedativa og hypnotika	29	29	55
F152	Avhengighetssyndrom som skyldes bruk av andre stimulanter	37	77	56
Menn, høyest fullføring				
F192	Avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer	33	73	58
F112	Opiatavhengighetssyndrom	44	158	58
F101	Skadelig bruk av alkohol	46	172	59
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat	46	20	60
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	41	41	61
F122	Cannabinoidavhengighetssyndrom	29	149	61
F142	Kokainavhengighetssyndrom	32	11	64
F121	Skadelig bruk av cannabinoider	28	28	68
F630	Patologisk spillelidenskap	35	98	72
F151	Skadelig bruk av andre stimulanter, inklusive kaffein	36	11	91

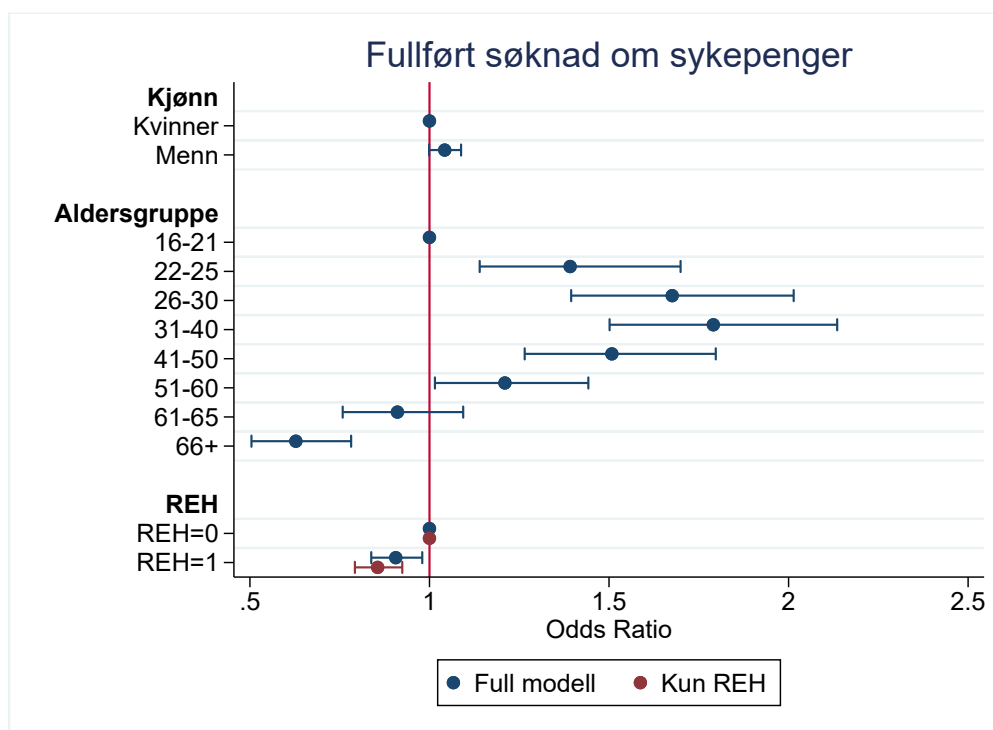
6.4 Sykepenger/REH

Problemstilling 2 og 3

Av de 37 626 personene som søkte sykepenger på nav.no i 2018, er det 2 897 eller 8 prosent som har vært i rehabilitering i perioden 2010-2020 og da 92 prosent som ikke har vært i kontakt.

Mannlige søkere om sykepenger har lavere odds for å vært i rehabilitering enn kvinnelige søkere (OR=0,533 95 % KI: 0,491-0,579), og de tre yngste aldersgruppene har lavest bruk av rehabiliteringstjenester (2-3 prosent) og de i alderen 51-60 år har høyest bruk (11 prosent).

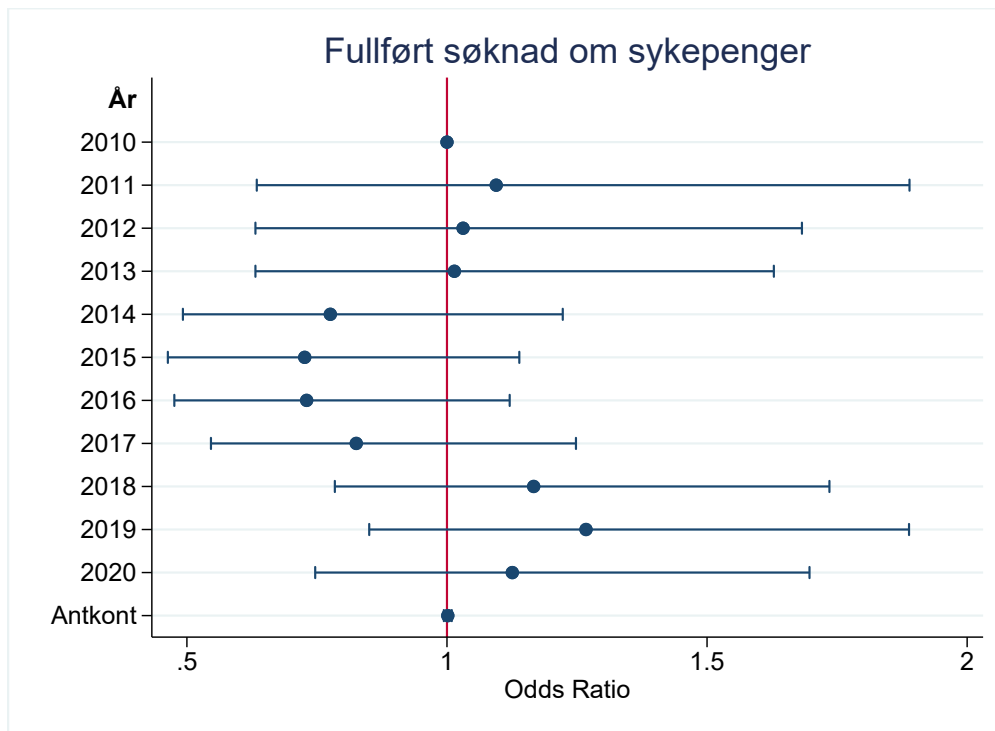
Som vist i figur 31 har personer som har vært i rehabilitering i løpet av årene 2010 til 2020 lavere odds for å fullføre søknad om sykepenger enn de som ikke har vært i rehabilitering, men oddsen går opp når vi kontrollerer for kjønn og alder.



Figur 31: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 4

Som vist i figur 32, er oddsen for å fullføre søknad om sykepenger i 2018 høyest for de som var i kontakt med rehabiliteringstjenester i 2019, men det er ikke statistisk signifikante forskjeller. Antall kontakter ser ikke ut til å sammenheng med fullføringsgraden av søknad om sykepenger.



Figur 32: OR med 95 % konfidensintervall

Problemstilling 5

Som vist i tabell 27 er det kvinnelige søkere om sykepenger med øresus og uspesifisert skulderlidelse som har lavest fullføringsgrad (33 prosent).

Blant mannlige søkere av sykepenger er det personer med leddsmerter og annen spesifisert ryggsmerte som har lavest fullføringsgrad med hhv. 36 prosent og 41 prosent som fullfører minst en søknad om sykepenger.

Tabell 27: Ti diagnoser i rehabilitering med lavest og høyest fullføring av digital søknad om sykepenger fordelt på kjønn

Diagnose	Beskrivelse	Median alder	Antall personer	Prosent fullført
Kvinner, lavest fullføring				
H931	Øresus	51	39	33
M759	Uspesifisert skulderlidelse	45	12	33
L405	Psoriasis med artropati (M07.0 -M07.3*, M09.0*)	54	17	41
M060	Seronegativ reumatoid artritt	58	12	42
M790	Uspesifisert reumatisme	51	32	44
M549	Uspesifisert ryggsmerte	52	74	45
M059	Uspesifisert seropositiv reumatoid artritt	51	11	45
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	43	59	46
M169	Uspesifisert hoftedeedsartrose	60	15	47
M545	Lumbago	49	24	50
Kvinner, høyest fullføring				
M45	Ankyloserende spondylitt	49	25	68
G35	Multippel sklerose (MS)	48	104	68
M511	Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	47	19	68
M548	Annen spesifisert ryggsmerte	41	20	70
M179	Uspesifisert kneleddsartrose	60	17	71
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	38	21	71
G20	Parkinsons sykdom	57	11	73
R53	Uvelhet og tretthet	46	25	76
Z509	Behandling som omfatter bruk av uspes. rehabiliteringstiltak	47	38	76
F329	Uspesifisert depressiv episode	47	30	83
Menn, lavest fullføring				
M255	Leddsmerter	49	11	36
M548	Annen spesifisert ryggsmerte	41	17	41
E109	Diabetes mellitus type 1 uten komplikasjoner	51	18	44
Z507	Arbeidsterapi og yrkesinnrettet rehabilitering IKAS	52	29	45
H931	Øresus	50	26	46
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	38	15	47
M545	Lumbago	48	15	47
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	60	46	48
M791	Myalgi	49	32	50
M797	Fibromyalgi	50	25	56
Menn, høyest fullføring				
M542	Smerte i nakke	45	25	60
G20	Parkinsons sykdom	53	17	65
Z508	Beh. som omfatter bruk av annet spes. rehabiliteringstiltak	55	77	65
E668	Annen spesifisert fedme	53	39	67
M544	Lumbago med isjialgi	52	15	67
Z509	Behandling som omfatter bruk av uspes. rehabiliteringstiltak	55	26	69
M549	Uspesifisert ryggsmerte	48	33	70
G35	Multippel sklerose (MS)	51	38	71
F454	Vedvarende somatoform smertelidelse	49	11	73
I693	Følgetilstander etter hjerneinfarkt	56	15	73

7 Hva kjennetegner de som velger å søke digitalt?

For noen av ytelsene kan søkerne velge å enten fylle ut et digitalt skjema (digital søknad) eller å sende pdf-søknad. Det kan være interessant å se på hvem som velger å søke digitalt og hvem som velger å skrive ut søknadsskjema og enten sende det i posten eller laste opp på sin brukers område. Slike analyser kan gi oss mer kunnskap om digital sårbarhet, ved at digitale løsninger av ulike årsaker velges bort.

Som vist i tabell 28 er de fleste av ytelsene basert på enten digital eller pdf-løsning i 2018. Av de fire ytelsene vi har sett på i første del av rapporten, er det er kun dagpenger og AAP som har både pdf og digital søknadsmulighet. I resten av dette kapittelet ser vi på disse to ytelsene.

Tabell 28: Fordeling av type søknad for alle ytelser, første søknad

ytelse	pdf	digital	Total	Prosent digital
AAP	9 636	72 969	82 605	88
BAR	40 185	0	40 185	0
BID	29 989	0	29 989	0
BIL	131	2 186	2 317	94
DAG	10 189	127 632	137 821	93
ENF	18 383	0	18 383	0
FOR	8	96 396	96 404	100
FOS	1 851	0	1 851	0
GRA	971	0	971	0
IND	310	36 603	36 913	99
KON	34 141	0	34 141	0
MED	247	0	247	0
OMS	137	0	137	0
OPP	21 473	0	21 473	0
PEN	1 195	0	1 195	0
SYK	37 626	0	37 626	0
TSO	0	26 600	26 600	100
TSR	0	32 089	32 089	100
UFO	4 297	0	4 297	0
Ukj	61	103	164	63
VEN	72	0	72	0
YRK	1 725	0	1 725	0
Total	212 627	394 578	607 205	65

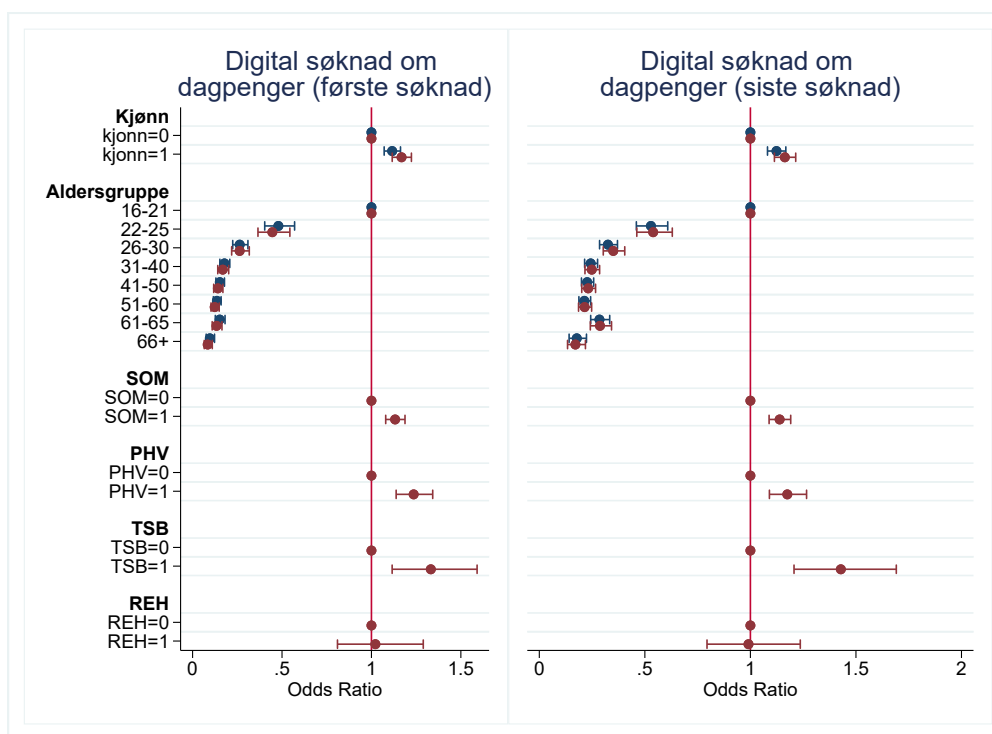
7.1 Digital søknad om dagpenger

Det er i gjennomsnitt 7 prosent som velger å sende første søknad om dagpenger som pdf, og 8 prosent som sender den siste søknaden om dagpenger i 2018 som pdf (se siste rad i tabell 29).

Tabell 29: Deskriptiv statistikk for første og siste søknad om dagpenger

	Første søknad (%)		Siste søknad (%)		Antall personer	Andel
	pdf	digital	pdf	digital		
Kvinner	8	92	9	91	59 382	43
Menn	7	93	8	92	78 439	57
16-21	2	98	3	97	10 800	8
22-25	3	97	5	95	16 934	12
26-30	6	94	7	93	23 416	17
31-40	8	92	10	90	37 518	27
41-50	10	90	10	90	26 019	19
51-60	11	89	11	89	17 293	13
61-65	10	90	8	92	4 924	4
66+	14	86	13	87	917	1
SOM:						
Nei	8	92	9	91	60 658	44
Ja	7	93	8	92	77 163	56
PHV:						
Nei	8	92	9	91	123 959	90
Ja	5	95	6	94	13 862	10
TSB:						
Nei	7	93	8	92	134 874	98
Ja	5	95	5	95	2 947	2
REH:						
Nei	7	93	8	92	136 816	99
Ja	8	92	9	91	1 005	1
Total	7	93	8	92	137 821	100

Det er særlig variasjon etter alder, og både på første og siste søknad om dagpenger i 2018 går andelen som søker digitalt ned med økende alder. Det er de over 66 år som har lavest andel, men de utgjør kun 1 prosent av dagpengesøkerne. De som har vært i behandling i somatikk, PHV og TSB sender oftere digital søknad enn de som ikke har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i årene 2017-2019. Det er ingen systematisk variasjon i andelen som sender digital søknad om dagpenger etter om de har vært i kontakt med rehabiliteringstjenester i perioden 2017-2019 og de som ikke har vært i rehabilitering året før, samme år eller året etter søknad om dagpenger ble sendt.



Figur 33: OR med 95 % konfidensintervall

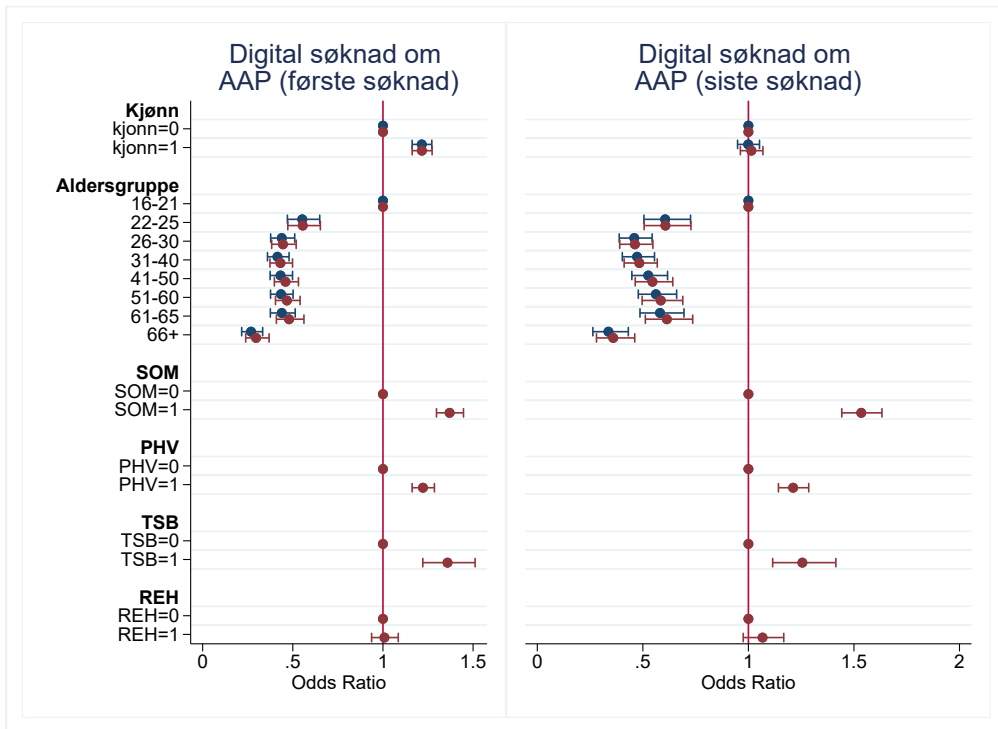
7.2 Digital søknad om AAP

Det er i 12 prosent som sendte første søknad om AAP i 2018 på pdf, og 8 prosent som sendte siste søknaden om AAP i 2018 på pdf (se siste rad i tabell 30). Andelen som sender digital søknad er høyere for siste søknad enn første søknad for begge kjønn og alle aldersgrupper.

Tabell 30: Deskriptiv statistikk for første og siste søknad om AAP

	Første søknad (%) om AAP		Siste søknad (%) om AAP		Antall personer	Andel
	pdf	digital	pdf	digital		
Kvinner	12	88	8	92	50 969	62
Menn	10	90	8	92	31 636	38
Aldersgruppe						
16-21	6	94	4	96	3 932	5
22-25	10	90	7	93	5 941	7
26-30	12	88	9	91	8 574	10
31-40	13	87	9	91	17 502	21
41-50	12	88	8	92	19 854	24
51-60	12	88	8	92	19 403	23
61-65	12	88	7	93	6 439	8
66+	18	82	12	88	960	1
SOM:						
Nei	14	86	11	89	13 804	17
Ja	11	89	7	93	68 801	83
PHV:						
Nei	12	88	8	92	56 486	68
Ja	10	90	7	93	26 119	32
TSB:						
Nei	12	88	8	92	77 646	94
Ja	8	92	6	94	4 959	6
REH:						
Nei	12	88	8	92	74 861	91
Ja	12	88	7	93	7 744	9
Total	12	88	8	92	82 605	100

Som for søknad om dagpenger, er det alder som ser ut til å bety mest av de variablene som er med i denne analysen, og høyere alder gir lavere andel som sender digital søknad. Det er de over 66 år som har lavest andel digitale søknader, men de utgjør kun 1 prosent av søkerne om AAP. De som har vært i behandling i somatiske spesialisthelsetjenester sender digital søknad oftere enn de som er i kontakt med andre spesialisthelsetjenester. De som er i kontakt med alle typer spesialisthelsetjenester, med unntak av rehabiliteringstjenester, sender oftere digital søknad enn de som ikke er i kontakt med disse tjenestene.



Figur 34: OR med 95 % konfidensintervall

8 Diskusjon

8.1 Oppsummering av resultater

Fra analysene som er gjort i dette delprosjektet, vet vi at det er 15,3 prosent av de som har opprettet en søknad om dagpenger i 2018 som ikke har fullført søknaden i 2018. Fullføringsgraden er lavere blant kvinner enn blant menn, og de yngste søkerne har lavest fullføringsgrad. Det er ingen systematisk forskjell i fullføringsgrad mellom de som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020, og de som ikke har hatt det, men vi finner at de som har hatt kontakt i 2017 systematisk har høyere fullføringsgrad av dagpengesøknad enn de som har hatt kontakt andre år. De som har hatt kontakt med psykisk helsevern i perioden 2010-2020, har systematisk lavere fullføringsgrad enn de som ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern i denne perioden, og særlig lav er fullføringsgraden blant de som har hatt kontakt i perioden 2016-2020. De som har vært i rusbehandling, har lavere fullføringsgrad enn de som ikke har vært det, men det er ikke tydelige forskjeller etter hvilket år i perioden 2010-2020 de har vært i behandling. Også de som har vært i kontakt med rehabiliteringstjenester i denne perioden har lavere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt, men det er ikke systematiske forskjeller etter når de har hatt kontakt med rehabiliteringstjenester. Jo flere kontakter søker har hatt med spesialisthelsetjenesten, jo lavere er fullføringsgraden.

Når det gjelder foreldre- og svangerskapspengene er det 11,4 prosent av de som har opprettet en søknad i 2018, som ikke fullfører søknaden samme år. Menn har systematisk lavere fullføringsgrad enn kvinner, og de yngste og eldste har lavest fullføringsgrad. Søkere som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2018, har høyere fullføringsgrad, mens de som har hatt kontakt med psykisk helsevern, TSB eller rehabiliteringstjenester i perioden 2010-2020 har systematisk lavere fullføringsgrad, også når vi kontrollerer for kjønn og alder. Antall kontakter med spesialisthelsetjenesten ser ikke ut til å ha sammenheng med fullføringsgrad.

Det er 8,6 prosent av de som opprettet en AAP søknad i 2018, som ikke fullførte søknaden. Fullføringsgraden er lavere blant menn enn blant kvinner, og de eldste søkerne (66+) har lavest fullføringsgrad. De i aldersgruppen 26-30 år har også lavere fullføringsgrad enn andre. Søkere som har hatt kontakt med somatiske helsetjenester i perioden 2017-2020, har høyere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt i samme periode, og jo flere kontakter de har hatt, jo høyere er fullføringsgraden. De som har vært i kontakt med psykisk helsevern i perioden 2018-2020 har høyere fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt. Fullføringen av AAP søknad er også høyere blant de som har vært i kontakt med rehabiliteringstjenester, men vi finner ingen forskjell i fullføringsgrad mellom de som har vært i rusbehandling i perioden 2010-2020 og de som ikke har vært det.

Det er 37,9 prosent av de som har opprettet en søknad om sykepenger i 2018 som ikke har fullført søknaden samme år. Det er ikke systematiske kjønnsforskjeller i fullføringsgrad, men betydelige forskjeller mellom aldersgrupper. Det er de yngste og eldste som har systematisk lavere fullføringsgrad enn andre. De som har hatt kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester i 2018 og 2019, har i større grad enn de som ikke har hatt kontakt fullført søknaden om sykepenger. De som har vært i kontakt med psykisk helsevern, TSB og rehabiliteringstjenester, har lavere

fullføringsgrad enn de som ikke har vært i kontakt med disse tjenstene.

Det er kun mulig å analysere forskjeller mellom digitale søknader og pdf-søknader for dagpenger og AAP. Vi finner at de som har vært i kontakt med somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og TSB i årene 2017-2019, velger i større grad digital dagpengesøknad. Men det er ikke systematiske forskjeller i valg av digital søknad og pdf mellom de som har vært i rehabilitering og de som ikke har vært det.

Vi finner det samme når det gjelder søknad om AAP; de som har hatt kontakt med somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og TSB i perioden 2017-2019 sender i større grad digital søknad enn de som ikke har hatt kontakt. Igjen er det ingen forskjell om søker har vært i rehabilitering eller ikke.

8.2 Helseutfordringer som barriere

Som vi skrev om i den forrige rapporten fra prosjektet, er helseutfordringer en av barrierene for å ta i bruk digitale selvhjelps løsninger [1]. Dette inkluderer fysiske helseutfordringer, kognitive utfordringer og lav motivasjon, lav mestringstro og lav selvtillit. I litteraturgjennomgangen av internasjonale studier fant vi at psykiske helseutfordringer imidlertid svært sjeldent var adressert i de inkluderte artiklene, kun i studien av Seo et al. (2020) om kvinner som skal tilbake til samfunnet etter å ha sittet i fengsel. Flere av disse kvinnene fortalte i intervju om at det var vanskelig å lære seg å bruke digitale løsninger på grunn av mentale helseutfordringer. Noen hadde sinneutfordringer, mens andre fortalte om hvordan alvorlige diagnoser som paranoia eller schizofreni påvirket mulighetene deres til å lære [17].

Kognitive utfordringer som redusert hukommelse og lav konsentrasjon er barrierer som mange opplever i forbindelse med bruk av selvhjelps løsninger. Det er særlig vanskelig for mange å huske innloggingsinformasjon (brukernavn, passord eller e-postadresse) [18, 19, 20, 21].

I en studie av ungdommer som prøver å søke jobber på internett, fant Buchanan og Tuckerman [20] at ungdommene verken husket hvilke kvalifikasjoner de selv hadde eller sin egen e-postadresse. Videre hadde de konsentrasjonsvansker og lite tålmodighet til å sitte i ro og fikk dermed ikke gjennomført oppgavene de var i gang med på internett. Å ikke huske innloggingsinformasjon var i denne studien også knyttet til manglende motivasjon og interesse for teknologi eller for å utføre oppgaver selv ved hjelp av internett. Lav mestringstro og lav selvtillit er andre identifisert barrierer for å bruke eller å lære å bruke selvhjelps løsninger, som allerede nevnt i forbindelse med studien av Seo et al. [17] over [22, 23]. Lav motivasjon for å bruke digitale løsninger kan være relatert til mestringstro og selvtillit, og ble av sosialarbeidere i studien av Buchanan og Tuckerman, nevnt over, også koblet til rusmisbruk[20].

En helt annen form for lav motivasjon ble funnet i en studie med data fra flere europeiske land. Her fant forskerne at deltakernes motivasjon for å bruke en app sank etter hvert som de hadde oppnådd målet som appen ment å bidra til – de trengte den altså ikke lenger [24]. Mangel på interesse for digitale løsninger blir også identifisert i en stor studie av over 16000 pasienter med nesten 24000

sykehusinnleggelse, hvor bare 35.9 prosent av pasientene var interessert i å bruke en digital pasientportal [25].

Fysiske helseutfordringer ble identifisert som barrierer for å bruke digitale selvhjelps løsninger i den innledende litteraturgjennomgangen i forrige rapport, var revmatisk smerte i fingrene, nakke- og ryggsmerte, nevropati, nedsatt funksjon, kronisk fatigue/utmattelse og andre tilstander som påvirker konsentrasjonsevnen og muligheten til å sitte i en lengre periode, dårlig hørsel, grønn stær og andre synsutfordringer [22, 26, 25, 27, 28]. Grossman et al. (2019) fant at alvorlig sykdom ble knyttet lite frekvent bruk av teknologi, også når deltakerne hadde tilgang til både teknologien og hjelp til å bruke den [29]. I spørreskjemastudien, der respondentene er ulike tjenesteytere som har hjulpet brukere med å bruke nav.no, presentert i forrige rapport var lese- og skrivevansker og svekket kognitiv funksjon de barrierene som flest hadde opplevd skapte utfordringer for brukerne i møte med digitale løsninger [1].

Som vist i resultatene fra denne registeranalysen, var det overordnet sett en relativt stor andel brukere som ikke fullførte sine påbegynte søknader på nav.no om de fire ytelsestypene inkludert i analysene. Funn fra forrige rapport i prosjektet [1] kan bidra til å sannsynliggjøre forklaringer på hvorfor noen brukere med helseutfordringer ikke fullfører søknadene sine. Sykdom og redusert helse kan føre til redusert kognisjon og mangel på energi, overskudd og motivasjon som påvirker en persons kapasitet til å bruke digitale selvbetjeningsløsninger. Dette gjelder ikke minst ved sammensatte helseutfordringer da byrden oppleves ekstra stor, og man i tillegg kan ha krav på - og behov for - flere ytelser samtidig og dermed må løse flere digitale oppgaver for å få det man har rett på. I tillegg fant vi i forrige delprosjekt at personer med sammensatte behov opplever at deres hjelpebehov ikke passer inn i søknadsmalene eller systemene på nav.no, noe som gjør det ytterligere utfordrende å fullføre søknader ved hjelp av digital selvbetjening.

Slike opplevelser av at det er tungt, slitsomt eller uoverkommelig å interagere med offentlige myndigheter, kan forklares ved hjelp av begrepet administrativ byrde, som er et felles begrep for alle kostnadene innbyggere kan oppleve i f.eks. interaksjon med NAV. Disse kostnadene kan kategoriseres i tre typer: 1) kostnader i form av alt man må lære eller tilegne seg for å være i stand til å gjennomføre de oppgavene man må gjøre selv (man må f.eks. kjenne til hvilke rettigheter som arbeidsledig, man må vite hvordan man søker om de ytelsene man har krav på, og man må ha digitale ferdigheter til å bruke selvbetjeningsløsninger), 2) kostnader knyttet til etterlevelse, dvs. alt du som bruker må gjøre for å følge regler og forpliktelser, som å sørge for å sende søknad om ytelse innen fristen eller sende meldekort hver fjortende dag, og 3) de mentale kostnadene ved interaksjon med offentlige etater i form av stress, usikkerhet, stigma eller tap av autonomi [30].

Mange som sliter med å bruke digitale løsninger, har tilgang på en eller annen form for hjelp, enten fra personer i sitt sosiale nettverk eller fra tjenesteytere f.eks. hos NAV eller i helsetjenesten. I den forrige rapporten fra dette prosjektet, uttrykte mange ansatte i helsetjenesten at opplevde stor pågang fra pasienter som trengte hjelp, at de ikke alltid følte seg kompetente til å hjelpe, og at de var frustrerte over å måtte bruke så mye tid på å hjelpe pasienter med nav.no - noe de mente burde vært NAV sitt ansvar. Av de 793 som svarte på spørreskjemastudien presentert i

forrige delrapport, svarte 90 prosent at de hadde bistått noen med å bruke digitale tjenester fra NAV på jobb. Av disse svarte 58 prosent at dette egentlig ikke er en del av jobben deres, men at de gjør det fordi det er behov for det. Det var flest ansatte i rehabilitering og bibliotek som svarte dette. I intervjuene ble det tydelig at mange tjenesteytere ønsker å gi hjelp til pasienter/brukere de møter, helst med mål om at brukerne skal klare å håndtere de digitale løsningene selv på sikt, men at det ikke alltid er tid til å gi så god veiledning [1]. Resultatene fra registeranalysen viser høyere fullføringsgrad blant søkere som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten, noe som kan henge sammen med muligheten til å få hjelp eller motivasjon fra tjenesteytere eller høyere helsekompetanse. Tidligere forskning på sosial støtte i bruk av digitale offentlige tjenester har hovedsakelig handler om støtte fra familie og venner [31], og det er behov for mer forskning på brukeres bistand fra tjenesteytere.

Administrativ byrde kan man oppleve uavhengig av om interaksjonen med det offentlige er digital eller ikke. Digital selvbetjening stiller nye krav til brukernes kompetanse, og den administrative byrden kan øke – men også reduseres – av f.eks. automatisering som stiller færre krav til hva brukeren må klare selv [32]. Dårlig helse påvirker den administrative byrden negativt [33, 34].

For alle gruppene i registeranalysene så vi at den yngste aldersgruppen (16-21 år) hadde lavere sannsynlighet for å fullføre sine søknader enn eldre brukere (bortsett fra de eldste, over 66 år). Årsaken til at ungdommer ikke klarer å bruke digitale selvbetjeningsløsninger i kommunikasjon med offentlige myndigheter har blitt forklart med lav byråkratisk kompetanse, dvs. evnen til å finne, forstå og bruke offentlig informasjon til å få løst aktuelle oppgaver eller møtt dine aktuelle behov – som å søke om dagpenger eller sykepenger. Byråkratisk kompetanse omfatter kunnskap om velferdssystem, rettigheter og forpliktelser og ikke minst om navigering i offentlige tjenester. Ungdommer har sjelden hatt behov for eller mulighet til å opparbeide seg byråkratisk kompetanse, og dette kan dermed bli en barriere for bruk av digitale selvbetjeningsløsninger i møtet med det offentlige. I rapporten *Digital ekskludering i NAV. Hvem, når, hvorfor?* [1] viste vi blant annet til en kanadisk studie der sosialarbeidere måtte hjelpe utsatte ungdommer med å forstå all informasjon i brev og skjema. Sosialarbeidene måtte ”oversette” informasjonen til et språk som ungdommene forstår [35]. I tillegg hadde ungdommene en forventning om at informasjonen fra det offentlige skulle være vanskelig å forstå, dvs. at de i utgangspunktet hadde lav motivasjon og mestringsstro. Den omtalte studien gjaldt ekstra sårbare ungdommer, og kan ikke overføres til hele ungdomspopulasjonen. Det er likevel verdt å merke seg at konsekvensene av administrativ byrde, som adressert over, er ulikt fordelt mellom mennesker og at konsekvensene er større for mennesker med færre ressurser [30].

I norsk setting har Finne et al. også funnet at ungdommer sliter med å forstå informasjon fra Nav, og at dette er en barriere for å være fornøyd med digital oppfølging [36]. Også her diskuterer forfatterne funnene i lys av byråkratisk kompetanse, altså at liten erfaring med offentlig dialog kan forklare hvorfor ungdommer kan synes språket er vanskelig. Finne et al. forklarer i tillegg funnet med at ungdommer har fått sine forventninger til hvordan digital dialog foregår, fra de digitale tjenestene de har erfaring med, og at de derfor har forventninger til et mye raske tempo i dialogen enn det som er tilfellet når man interagerer med offentlige

etater. I tillegg har en del ungdommer liten tro på egne digitale ferdigheter. Over en femtedel av unge i alderen 16-24 år vurderte sine egne digitale ferdigheter som under middels i undersøkelsen *IT i praksis* som Rambøll Management Consulting gjennomfører jevnlig sammen med IKT-Norge, Digitaliseringsdirektoratet og NTNU. Likevel er fortsatt mange ungdommer positive til digitale tjenester [37, 36].

Lav byråkratisk kompetanse og utfordringer med å forstå informasjonen i dialog med det offentlige, er barrierer som langt flere enn unge personer møter [38]. I NAVs personbrukerundersøkelse fra 2022 fant man at den byråkratiske kompetansen var lavest for de yngste, øker til en topp i 40- og 50-årsalderen for så å synke igjen. Det vil si at både for de yngste og de eldste kan lav byråkratisk kompetanse være en barriere for å ta i bruk digitale løsninger. I samme undersøkelse ble det også vist at de to kompetansetypene byråkratisk og digital kompetanse henger sammen med helse og tilknytning til arbeidslivet. Brukere som har søkt om hjelpe- og grunnstønad, AAP, uføretrygd, og brukere med nedsatt arbeidsevne har lavere digital og byråkratisk kompetanse enn de andre brukergruppene og arbeidsledige, permitterte og uføre har noe lavere kompetanse enn de som er i jobb, de som skal starte i ny jobb eller er i permisjon [39].

Som vist over, hadde ungdommene i Finne et al. sin studie utfordringer med å forstå språket i den digitale oppfølgingen fra NAV. Ulike typer språklige barrierer var den største kategorien barrierer vi identifiserte i forrige delrapport fra dette prosjektet, og omfattet både lese- og skrivevansker, å ikke ha tilstrekkelig norskerdigheter, å være analfabet, lav lese- og skrivekyndighet (norsk oversettelse av literacy) og i tillegg at brukerne møter det som ble omtalt som byråkratisk, formelt eller høytidelig språk på nav.no. Informantene beskrev i intervju hvordan brukere ble usikre og redde for å misforstå når de møtte språket på nav.no, og siterte brukere som hadde fortalt at de følte seg dumme eller som en taper når de ikke forstår informasjonen eller hva de skal gjøre [1]. Opplevelsen av å være godt informert er en forutsetning for å ha byråkratisk kompetanse, f.eks. å kjenne til hvilke rettigheter du har og å kunne navigere i de offentlige systemene [38].

Som vist i kapittel 7, valgte eldre personer sjeldnere digital søknad for dagpenger og AAP. Digitalt utenforskap eller digital sårbarhet blant eldre er en stor del av forskningsfeltet [40], ofte benevnt som the grey digital divide. Det har likevel ikke blitt tilstrekkelig problematisert hva som egentlig er innholdet i Eldres digitale sårbarhet; forskningen har fokusert mest på bare to aspekt av digital ekskludering, nemlig mangel på tilgang og lave digitale ferdigheter [41, 42]. Ved å bruke en mer nyansert barriere-tilnærming som vi har gjort i dette prosjektet, kan vi se at det derimot er en rekke barrierer som kan gjøre at eldre sliter med å nyttiggjøre seg digitale løsninger, f.eks. liten erfaring med å bruke digitale løsninger - noe som kan påvirke digital kompetanse, tillit og selvtillit; mindre nettverk rundt seg som bruker teknologi i det daglige og som bidrar til at de digitale alternativene oppleves som hverdagslig og ufarlig; ikke tilgang til noen som kan bistå eller motivere til bruk, samt sammensatte helseutfordringer, inkludert kognitiv svekkelse, som vi har sett gjør det ytterligere tungt å komme i gang med digitale tjenester [1]. Nye internasjonale studier inkluderer nå flere nyanser av digital ekskludering blant eldre, f.eks. lav motivasjon, liten erfaring, mangel på interesse, mangel på noen som kan hjelpe, frykt for å bli svindlet og andre bekymringer [43, 44, 45].

I slike studier som tar for seg flere nyanser av digital ekskludering blant eldre, er det også identifisert sammenhenger mellom helse og digitale utfordringer [43, 44]. Ved bruk av data fra Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) fant Augner at personer over 65 år som hadde bedre mental og fysisk helse, opplevde mindre ensomhet og hadde høyere kognitive evner, rapporterte høyere dataferdigheter [44], mens Money et al. fant sammenhenger mellom Eldres internettbruk og revmatisme, grå stær, Parkinsons, diabetes og skjelving [43]. Som vist i resultatene fra registerdataanalysene i denne rapporten, er det flere ulike diagnoser innen både somatikk og psykiatri som henger sammen med fullføringsgraden av digitale søknader til nav.no. Jevnt over er likevel helselaterte barrierer lite adressert i forskning på digitalt utenforskap eller digital sårbarhet. Bell et al. har tatt initiativ til å møte denne mangelen gjennom sin studie av hvordan fysisk og psykisk helse påvirker menneskers interaksjon med offentlige myndigheter. De viste hvordan helseutfordringene smerte og ADHD/ADD henger sammen med administrativ byrde, og at også depresjon og angst delvis er assosiert med opplevelsen av administrativ byrde. Forfatterne poengterer at helselaterte barrierer er komplekst på den måten at både mentale og somatiske helseutfordringer kan skape utfordringer, og i tillegg at helseutfordringer kan utgjøre barrierer i noen settinger, men ikke andre [34]. Det er verdt å merke seg at Bell et al. sin studie ikke handler om digitale møter med det offentlige, kun om administrativ byrde som fenomen. Som nevnt over, kan digitalisering av den offentlige interaksjonen både kan øke og redusere opplevelsen av administrativ byrde [30].

8.3 Styrker og svakheter

Dette er en første tilnærming for å undersøke sammenhengen mellom helseproblemer og fullføring av søknader om ytelse på nav.no. Vi har brukt informasjon om søknader om ytelse på nav.no i 2018 og søkerens bruk av spesialisthelsetjenester i perioden 2010-2020. Vi har ikke informasjon om helseproblemet vedkommende er behandlet for i spesialisthelsetjenesten er knyttet til søknaden om ytelse, og dette er den største svakheten med datagrunnlaget.

At vi kan beregne andelen av søkere som er i kontakt med de ulike sektorene i spesialisthelsetjenesten, er den største styrken med datagrunnlaget. Dette kan bidra til at NAV får et mer komplett bilde av søkerens situasjon, da denne informasjonen ikke er tilgjengelig fra andre kilder enn NPR.

8.4 Videre forskning

Vi ønsker å gjenta analysene med et nyere datagrunnlag (for eksempel NAV 2023 og NPR 2016-2023) for å få sikrere resultat for både de fire ytelsene som er inkludert i denne studien, men også for å få mer kunnskap om de andre ytelsene som det kan søkes om på nav.no i dag. Det er særlig interessant er det om det er flere ytelse der søker kan velge digital søknad eller pdf. Resultatene tyder på at helseproblemer og kontakt med spesialisthelsetjenestene har sammenheng med fullføringsgrad av søknader om ulike ytelse, for eksempel for søknader om AAP der fullføringsgraden er betydelig høyere for de som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene, med unntak av TSB der vi ikke finner systematiske forskjeller mellom de som har vært i kontakt og de som ikke har vært det.

En av årsakene til at søkere ikke har fullført søknad, kan være at de startet søkingen sent på året og ikke fullførte før etter årsskiftet (høyresensurering). I videre artikkelarbeid skal vi velge ut de som har søkt før november 2018 fordi 59 dager ser ut til å være grensen for når søknader avbrytes av systemet. Da skal vi også bruke 2-sifret diagnosekoder heller en 3-sifret som er brukt i analysene i denne rapporten.

En alternativ analysestrategi kunne vært å bare se på de som søker om en ytelse i midtre del av 2018 og som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av 2018 for å undersøke om vi får andre resultater enn de som er vist i denne rapporten.

Referanser

- [1] Midtgård, Trude Mariane mfl. “Digital ekskludering i NAV—Hvem, når, hvorfor?” I: *SINTEF Rapport 2022:00591* (2022).
- [2] Sturman, Nancy mfl. “Digital health access, uptake, literacy and trust in people with experience of homelessness”. I: *Australian journal of general practice* 53.4 (2024), s. 220–226.
- [3] Usman, Jesse Enebi mfl. “Online Health Information-Seeking Behaviour among People of African Descent in the United Kingdom: A Qualitative Study”. I: *Healthcare*. Bd. 12. 9. MDPI. 2024, s. 897.
- [4] Choy, Melinda Ada mfl. “Evaluating the Digital Health Experience for Patients in Primary Care: Mixed Methods Study”. I: *Journal of Medical Internet Research* 26 (2024), e50410.
- [5] Savolainen, Kaisa, Kujala, Sari mfl. “Testing Two Online Symptom Checkers With Vulnerable Groups: Usability Study to Improve Cognitive Accessibility of eHealth Services”. I: *JMIR Human Factors* 11.1 (2024), e45275.
- [6] Notley, Tanya og Aziz, Abdul. “The unjust burden of digital inclusion for low-income migrant parents”. I: *Policy & Internet* (2024).
- [7] Gybel Jensen, Christian, Gybel Jensen, Frederik og Loft, Mia Ingerslev. “Patients’ Experiences With Digitalization in the Health Care System: Qualitative Interview Study”. I: *Journal of Medical Internet Research* 26 (2024), e47278.
- [8] Scaioli, Giacomo mfl. “Knowledge, Attitudes, and Practices about Electronic Personal Health Records: A Cross-Sectional Study in a Region of Northern Italy”. I: *Journal of Medical Systems* 48.1 (2024), s. 42.
- [9] Bults, Marloes mfl. “Acceptance of a Digital Assistant (Anne4Care) for Older Adult Immigrants Living With Dementia: Qualitative Descriptive Study”. I: *JMIR aging* 7 (2024), e50219.
- [10] Ueno, Akiko, Dennis, Charles og Dafoulas, Georgios A. “Digital exclusion and relative digital deprivation: Exploring factors and moderators of internet non-use in the UK”. I: *Technological Forecasting and Social Change* 197 (2023), s. 122935.
- [11] Nittas, Vasileios mfl. “Challenges in implementing cultural adaptations of digital health interventions”. I: *Communications Medicine* 4.1 (2024), s. 7.
- [12] Mahic, Seila, Nortvedt, Line og Alpers, Lise-Merete. “Immigrants’ Experiences and Perceptions of COVID-19 Information in Norway”. I: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20.14 (2023), s. 6421.
- [13] forvaltningsdepartementet, Digitaliserings- og. “Digital hele livet. Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen”. I: (2021).
- [14] forvaltningsdepartementet, Digitaliserings- og. “Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn”. I: (2023).
- [15] Digitaliseringsdirektoratet. “Kor mange opplever digitalt utanforskap?” I: (2023).
- [16] KS. “Barrierer for digital deltakelse”. I: (2022).

- [17] Seo, Hyunjin mfl. “Informal technology education for women transitioning from incarceration”. I: *ACM Transactions on Computing Education (TOCE)* 21.2 (2021), s. 1–16.
- [18] Baker, Steven mfl. “The supportive network: rural disadvantaged older people and ICT”. I: *Ageing & Society* 37.6 (2017), s. 1291–1309.
- [19] Bernaerdt, Jodie, Moerenhout, Tania og Devisch, Ignaas. “Vulnerable patients’ attitudes towards sharing medical data and granular control in patient portal systems: an interview study”. I: *Journal of evaluation in clinical practice* 27.2 (2021), s. 429–437.
- [20] Buchanan, Steven og Tuckerman, Lauren. “The information behaviours of disadvantaged and disengaged adolescents”. I: *Journal of documentation* 72.3 (2016), s. 527–548.
- [21] Liu, Patrick mfl. “Use of mobile health applications in low-income populations: a prospective study of facilitators and barriers”. I: *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 13.9 (2020), e007031.
- [22] Choi, Namkee G og DiNitto, Diana M. “The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use”. I: *Journal of medical Internet research* 15.5 (2013), e93.
- [23] Goedhart, Nicole S mfl. “‘Just having a computer doesn’t make sense’: The digital divide from the perspective of mothers with a low socio-economic position”. I: *New media & society* 21.11-12 (2019), s. 2347–2365.
- [24] Floch, Jacqueline mfl. “Users’ experiences of a mobile health self-management approach for the treatment of cystic fibrosis: Mixed methods study”. I: *JMIR mHealth and uHealth* 8.7 (2020), e15896.
- [25] Sadasivaiah, Shobha mfl. “Disparities in patient-reported interest in web-based patient portals: survey at an urban academic safety-net hospital”. I: *Journal of medical Internet research* 21.3 (2019), e11421.
- [26] Choi, Namkee G mfl. “Internet and health information technology use and psychological distress among older adults with self-reported vision impairment: case-control study”. I: *Journal of Medical Internet Research* 22.6 (2020), e17294.
- [27] Yu, Kexin mfl. “Harnessing mobile technology to support type 2 diabetes self-management among Chinese and Hispanic immigrants: a mixed-methods acceptability study”. I: *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work* 32.4 (2023), s. 171–184.
- [28] Kaihlanen, Anu-Marja mfl. “Towards digital health equity—a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era”. I: *BMC health services research* 22.1 (2022), s. 188.
- [29] Grossman, Lisa V mfl. “Technology access, technical assistance, and disparities in inpatient portal use”. I: *Applied clinical informatics* 10.01 (2019), s. 040–050.
- [30] Halling, Aske og Baekgaard, Martin. “Administrative Burden in Citizen–State Interactions: A Systematic Literature Review”. I: *Journal of Public Administration Research and Theory* 34.2 (2024), s. 180–195.

- [31] Tetri, Birgitta og Juujärvi, Soile. “Self-efficacy, internet self-efficacy, and proxy efficacy as predictors of the use of digital social and health care services among mental health service users in Finland: A cross-sectional study”. I: *Psychology research and behavior management* (2022), s. 291–303.
- [32] Madsen, Christian Østergaard, Lindgren, Ida og Melin, Ulf. “The accidental caseworker—How digital self-service influences citizens’ administrative burden”. I: *Government Information Quarterly* 39.1 (2022), s. 101653.
- [33] Jilke, Sebastian mfl. “Short and sweet: Measuring experiences of administrative burden”. I: *Journal of Behavioral Public Administration* (2023).
- [34] Bell, Elizabeth mfl. “Health in citizen-state interactions: How physical and mental health problems shape experiences of administrative burden and reduce take-up”. I: *Public Administration Review* 83.2 (2023), s. 385–400.
- [35] Thériault, Virginie. “Literacy mediation as a form of powerful literacies in community-based organisations working with young people in a situation of precarity”. I: *Ethnography and Education* 11.2 (2016), s. 158–173.
- [36] Finne, Joakim mfl. “Predictors of satisfaction with digital follow-up in Norwegian Labor and Welfare Administration: A sequential mixed-methods study”. I: *Social Policy & Administration* 57.7 (2023), s. 1150–1165.
- [37] Consulting, Rambøll Management. “IT i praksis 2022 Status for digitalisering i norsk offentlig sektor”. I: (2022).
- [38] Tarshish, Noam og Holler, Roni. ““You didn’t ask, so you don’t know”: Information and administrative burden in social benefit claims”. I: *Social Policy & Administration* (2023).
- [39] NAV. “NAV’s Personbrukerundersøkelse 2022: Mennesket og NAV”. I: (2022).
- [40] Rybalka, Marina mfl. “Digital sårbarhet: Hvem har høy risiko for å falle utenfor?” I: (2022).
- [41] Huxhold, Oliver, Hees, Elena og Webster, Noah J. “Towards bridging the grey digital divide: changes in internet access and its predictors from 2002 to 2014 in Germany”. I: *European Journal of Ageing* 17 (2020), s. 271–280.
- [42] Sala, Emanuela, Gaia, Alessandra og Cerati, Gabriele. “The gray digital divide in social networking site use in Europe: Results from a quantitative study”. I: *Social Science Computer Review* 40.2 (2022), s. 328–345.
- [43] Money, Annemarie mfl. “Barriers to and Facilitators of Older People’s Engagement With Web-Based Services: Qualitative Study of Adults Aged ≥ 75 Years”. I: *JMIR aging* 7 (2024), e46522.
- [44] Augner, Christoph. “Digital divide in elderly: Self-rated computer skills are associated with higher education, better cognitive abilities and increased mental health”. I: *The European Journal of Psychiatry* 36.3 (2022), s. 176–181.
- [45] Martin, Wendy mfl. “Ageing, the digital and everyday life during and since the Covid-19 pandemic”. I: *Frontiers in Psychology* 14 (2023), s. 1168340.