

VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

Betydningen av koronapandemien for barn med funksjonsnedsettelse og deres foreldre

En registerbasert studie om helse- og omsorgstjenester, arbeidsdeltakelse og sykefravær

Andreea Alecu, Idunn Brekke og Elisabeth Ugreninov

STORBYUNIVERSITETET
VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

NOVA NOTAT NR. 9/25



Betydningen av koronapandemien for barn med funksjons- nedsettelse og deres foreldre

En registerbasert studie om helse- og
omsorgstjenester, arbeidsdeltakelse
og sykefravær

ANDREEA ALECU, IDUNN BREKKE OG
ELISABETH UGRENINOV

Velferdsforskningsinstituttet NOVA er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på OsloMet – storbyuniversitetet.

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA

OsloMet – storbyuniversitetet 2025

ISBN (online): 978-82-7894-908-5

ISSN (online): 1893-9511

Layout: Aksell AS

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

NOVA, OsloMet

Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: 67 23 50 00

Nettadresse: www.oslomet.no/om/nova

Forord

Dette notatet er utarbeidet som en del av prosjektet Langtidskonsekvenser av koronapandemien for oppvekst og likestilling, finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Prosjektets formål er å gi ny kunnskap om koronapandemiens betydning for særlig utsatte grupper. Målet er også å komme med anbefalinger om tiltak som kan dempe eller snu negative virkninger av pandemien. I dette notatet presenterer vi funn fra delprosjektet om koronapandemiens betydning for bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn med funksjonsnedsettelse samt foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. Studien er basert på registerdata fra Statistisk sentralbyrå, Nav og Folkehelseinstituttet (FHI) for perioden 2018 til og med 2022 og inkluderer barn og unge født i perioden 1998 og 2022 og deres foreldre.

Vi takker avdeling for forskning i Bufdir for godt samarbeid og gode innspill underveis i prosessen. Vi vil også takke Jon Ivar Elstad og Marianne Takle ved NOVA og Heidi Aase ved FHI, som har lest og gitt kommentarer til notatet.

Oslo, oktober 2025

Andreea Alecu
Idunn Brekke
Elisabeth Ugreninov

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	10
2 Utvalg, data og metode	15
2.1 Datakilder	15
2.2 Variabler	16
2.3 Metodisk tilnærming	19
3 Helse- og omsorgstjenester	21
4 Arbeidsdeltakelse	31
5 Sykefravær	37
6 Diskusjon og konklusjon	41
Litteratur	45

Sammendrag

Dette notatet undersøker hvordan og i hvilken grad koronapandemien har påvirket situasjonen til barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres foreldre. Notatet har som formål å belyse to områder. For det første analyserer vi barnas bruk av helse- og omsorgstjenester, som er målt gjennom vedtakene som er gjort om tildeling av slike tjenester. For det andre kartlegger vi om pandemien har hatt konsekvenser for foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. Mer spesifikt stiller vi disse spørsmålene:

I hvilken grad har bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn med nedsatt funksjonsevne endret seg fra før til under og etter koronapandemien?

I hvilken grad har arbeidsdeltakelse og sykefravær blant foreldre til barn med funksjonsnedsettelse endret seg i dette tidsrommet, altså fra før til under og etter pandemien?

Hvordan henger disse forholdene sammen med individenes kjønn og alder og deres bakgrunnskjennetegn (sosioøkonomisk status, forsørgerstatus, innvandring, trygdemottak)? Har eventuelle endringer sammenheng med regionale forskjeller i smittevernrestriksjoner og smittetrykk?

Analysene dekker perioden 2018–2022 og er delt inn i tre faser, før pandemien (2018–2019), under pandemien (2020–2021) og etter pandemien (2022), og de bygger på individbaserte registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Nav og helseregistre fra Folkehelseinstituttet (FHI), for alle barn født mellom 1998 og 2022 og deres foreldre. Barn med funksjonsnedsettelse er definert som mottakere av hjelpestønad, og det skilles mellom ordinær og forhøyet hjelpestønad. Hjelpestønad gis for å dekke ekstra utgifter til personlige hjelpebehov og tildeles i fire satser. Sats 1 utgjør den ordinære hjelpestønnen, mens sats 2 til 4 representerer forhøyet hjelpestønad. Dersom barnet har et pleie- og tilsynsbehov som er vesentlig større enn det som dekkes av ordinær hjelpestønad, kan det innvilges forhøyet hjelpestønad.

Omfang og typer tjenester

Studien undersøker bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester og inkluderer støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), praktisk bistand, avlastning og tjenester utenfor hjemmet. Støttekontakt er den mest brukte tjenesten og har hatt en jevn økning fra 8300 barn i 2018 til 9200 i 2022. BPA har økt betydelig, særlig etter pandemien, fra 550 barn i 2018 til 900 i 2022. Avlastningstjenester gikk noe ned under pandemien, fra 927 i 2020 til 894 i 2021, men økte igjen i 2022 til 920 barn som mottok tjenesten. Praktisk bistand er minst brukt og har vært stabil i hele perioden (rundt 150 barn har mottatt tjenesten).

Sannsynligheten for å motta tjenester varierer med barnets alder og er høyest for ungdom i alderen 16–20 år, uavhengig av tidsperiode. Før pandemien hadde barn i alderen 0–5 år lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn eldre barn. Under og etter pandemien ble denne forskjellen mindre, noe som kan tyde på økt oppmerksomhet rundt små barns behov. Ungdom i alderen 16–20 år har generelt høyest sannsynlighet for tjenestebruk, men denne avtok noe over tidsperioden. Barn med innvandrerbakgrunn har noe høyere sannsynlighet for å motta tjenester generelt enn majoritetsbarn, og barn som bor med enslig forsørger, har høyere sannsynlighet enn barn i andre familietyper. Lav sosio-økonomisk status og foreldres mottak av ulike trygdeytelser ser ut til å ha liten betydning. Resultatene tyder på at pandemien i liten grad har endret hvilke grupper som mottar tjenester. Mønstrene etter bakgrunnskjennetegn er stabile, og endringene i sannsynlighet for å motta tjenester over tid er små. Dette gjelder både samlet tjenestebruk og enkelttjenester som BPA, praktisk bistand, støttekontakt, avlastning og tjenester utenfor hjemmet.

Regionale forskjeller i bruk av helse- og omsorgstjenester

Studien undersøker hvordan sannsynligheten for å motta kommunale helse- og omsorgstjenester (HOM-tjenester) varierer mellom barn med nedsatt funksjons- evne bosatt i de fem største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Sandnes) og øvrige kommuner. Før koronapandemien var sannsynligheten for å motta HOM-tjenester 9 prosentpoeng lavere for barn bosatt i storbyene enn i øvrige kommuner. Under pandemien ble denne forskjellen redusert til 3 prosentpoeng. Denne trenden fortsatte, og etter pandemien hadde barn bosatt i storbyene 2 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å motta slike tjenester enn barn i andre kommuner. Studien har ikke grunnlag for å fastslå årsakene som ligger bak, men det er lite som tyder på at koronapandemien har påvirket denne endringen.

Stabile forskjeller i foreldrenes arbeidsdeltakelse

For å belyse foreldrenes arbeidsdeltakelse benyttes to mål, det første er å være i jobb eller ikke, det andre er om yrkesaktive foreldre jobber heltid eller deltid. Det skilles også mellom foreldre til barn med ordinær og forhøyet hjelpestønad og majoritetsforeldre (foreldre til barn som ikke mottar hjelpestønad).

Mødre til barn med funksjonsnedsettelser har betydelig lavere arbeidsdeltakelse enn andre mødre. Forskjellen er størst for mødre til barn med forhøyet hjelpestønad (8 prosentpoeng lavere) og noe mindre for ordinær hjelpestønad (6 prosentpoeng). For fedre er forskjellene små, men signifikante, på om lag 2 til 3 prosentpoeng. Mønstrene er stabile over tid og tyder på at pandemien ikke har endret de underliggende forskjellene. Mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har 7–9 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å jobbe heltid enn mødre til barn uten hjelpestønad. Etter pandemien ser man en svak økning i heltidsarbeid blant mødre som har barn med forhøyet hjelpestønad. Fedre har generelt

høyere sannsynlighet for heltidsarbeid enn mødre, og forskjellene mellom fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse er små, men signifikante.

En generell økning i sykefravær etter koronapandemien

For å belyse foreldrenes sykefravær måles både sannsynlighet for minst ett sykefraværstilfelle og antall dager med sykefravær over 16 dager per kalenderår. Det skilles også mellom foreldre til barn med ordinær og forhøyet hjelpestønad og majoritetsforeldre.

Mødre til barn med funksjonsnedsettelse har betydelig høyere sannsynlighet for minst ett sykefraværstilfelle enn andre mødre. Forskjellen ligger på 6–9 prosentpoeng og er størst blant mødre til barn med forhøyet hjelpestønad. I tillegg har disse mødrene flere sykemeldingsdager enn andre mødre. Fedre til barn med funksjonsnedsettelse har også høyere sykefravær, men forskjellene er mindre, på om lag 4 til 5 prosentpoeng. Analysene viser at mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har flest sykefraværsdager, og at forskjellen mellom dem og mødre til barn uten hjelpestønad er signifikant i alle tre tidsperioder. Fedre til barn med funksjonsnedsettelse har også flere sykefraværsdager enn andre fedre, men forskjellene er mindre og ikke statistisk signifikante.

Et tydelig funn er at sykefraværet har økt i alle grupper etter koronapandemien. Dette gjelder både sannsynligheten for å være sykmeldt og antall sykefraværsdager. Økningen er særlig markant blant mødre. Samtidig har de relative forskjellene mellom foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse vært stabile, og koronapandemien ser ikke ut til å ha endret disse mønstrene.

Koronapandemien opprettholdt eksisterende forskjeller

Resultater fra denne studien indikerer at koronapandemien i begrenset grad endret de eksisterende mønstrene i bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn med funksjonsnedsettelse eller i foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. De observerte endringene er små og ser ikke ut til å være et resultat av restriksjoner eller andre forhold knyttet til koronapandemien. For eksempel kan økt tjenestebruk i storbyene og blant små barn være midlertidig eller reflektere allerede eksisterende trender. Selv om funnene ikke viser noen tydelig påvirkning av koronapandemien, må det understrekes at registerdata ikke kan si noe om hvorvidt kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene var ulik i de tre periodene.

Resultatene viser at koronapandemien har opprettholdt allerede eksisterende forskjeller i foreldres arbeidsdeltakelse og sykefravær mellom mødre til barn med og uten funksjonsnedsettelse. Økningen i sykefravær i etterkant av koronapandemien endrer ikke dette mønsteret. En generell økning, kombinert med stabile forskjeller i foreldrenes sykefravær, kan indikere at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse ikke opplevde høyere belastning enn ellers og relativt til andre foreldre. Samtidig er det viktig å påpeke at registerdata ikke gir

noen informasjon om hvordan disse foreldrene opplevde eller håndterte situasjonen med koordinering av omsorg, hjemmeskole og yrkesaktivitet.

Studien gir viktig innsikt i mottak av helse- og omsorgstjenester for barn med nedsatt funksjonsevne samt i hvilke mønstre som kjennetegner foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. Våre resultater viser at koronapandemien har opprettholdt allerede eksisterende forskjeller, og at denne gruppen er utsatt og opplever sårbarhet både før, under og etter pandemien.

1 Innledning

Funksjonsnedsettelse varierer og kan arte seg på mange ulike måter, noe som gjør det metodisk krevende å fastslå hvor mange barn og unge som har funksjonsnedsettelse i Norge. At omfanget er betydelig, er likevel sikkert. Ifølge Helsedirektoratet har 7,7 prosent av barn og unge i alderen 0–20 år et langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2021). Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier har ofte et stort og sammensatt behov for tjenester og støtte fra det offentlige. Tilgangen til helsetjenester, kvaliteten på oppfølgingen og graden av koordinering mellom ulike instanser kan være avgjørende både for barnas helse og utvikling og for foreldrenes mulighet til å delta i arbeidslivet og ivareta egen helse (Riksrevisjonen, 2021).

Koronapandemien som rammet Norge, særlig i 2020 og 2021, kan ha gjort situasjonen enda vanskeligere, ettersom mange tjenester ble redusert eller midlertidig stengt. Omsorgsbyrden for foreldrene kan derfor ha økt. For familier med barn med nedsatt funksjonsevne kan konsekvensene ha vært særlig store, både når det gjelder barnas tilgang til helse- og omsorgstjenester og det økte presset på foreldrene, noe som kan ha påvirket både deres helse og deltakelse i arbeidslivet.

Problemstillinger

Hovedformålet med dette notatet er å bidra til økt kunnskap om hvordan koronapandemien har påvirket situasjonen for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres foreldre. Vi undersøker særlig to områder. For det første analyserer vi barnas bruk av helse- og omsorgstjenester, som er målt gjennom vedtakene som er gjort om tildeling av slike tjenester. For det andre kartlegger vi om pandemien har hatt konsekvenser for foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. Mer presist søker notatet å besvare følgende spørsmål:

- I hvilken grad har bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn med nedsatt funksjonsevne endret seg fra før til under og etter koronapandemien?
- I hvilken grad har arbeidsdeltakelse og sykefravær blant foreldre til barn med funksjonsnedsettelse endret seg i dette tidsrommet, altså fra før til under og etter pandemien?
- Hvordan henger disse forholdene sammen med individenes kjønn og alder og deres bakgrunnskjennetegn (sosioøkonomisk status, forsørgerstatus, innvandringsbakgrunn, trygdemottak)? Har eventuelle endringer sammenheng med regionale forskjeller i smittevernrestriksjoner og smittetrykk?

Problemstillingene er analysert med registerdata, både i form av beskrivende statistikk og ved hjelp av regresjonsanalyser. Hensikten er særlig å undersøke mønstre og endringer over tid. Vi studerer utviklingen i bruken av helse- og omsorgstjenester blant barn med nedsatt funksjonsevne, og vi analyserer hvordan foreldrenes deltakelse i arbeidslivet og sykefravær har utviklet seg gjennom pandemiperioden. Registerdataene omfatter hele befolkningen og gjør det mulig å fange opp både små og store endringer i ulike grupper av familier. For å studere endringer over tid analyseres tre perioder: før pandemien (2018–2019), under pandemien (2020–2021) og etter pandemien (2022). Dette gjør det mulig å identifisere om pandemien hang sammen med et tydelig brudd i utviklingen, eller om den snarere forsterket allerede eksisterende tendenser og forskjeller.

Som bakgrunn for analysene gir vi først en oversikt over noe av den tidligere forskningen på disse problemstillingene.

Koronapandemien og tilgang til helse- og omsorgstjenester

Kommunene har det overordnede ansvaret for å yte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Hvert enkelt barn har rett til et tilbud som ivaretar barnets beste, som er faglig forsvarlig, og som er helhetlig og godt koordinert (Stortinget, 2011). Likevel er det stor variasjon i tjenestetilbudet til familier med barn med funksjonsnedsettelse. Foreldre må ofte selv gjøre mye for å få den hjelpen de trenger, og det er betydelige forskjeller mellom kommunene i tildelingen av tjenester. Disse variasjonene henger blant annet sammen med ulikheter mellom helseregionene i habiliteringstilbud, både når det gjelder utredning, diagnostisering og veiledning av kommunene (Riksrevisjonen, 2021).

Et sentralt spørsmål er hvordan smitteverntiltakene under koronapandemien påvirket tjenestetilbudet for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Da pandemien brøt ut i Norge våren 2020, ble det raskt innført strenge restriksjoner for å begrense smittespredningen. Den 12. mars 2020 ble det innført inngripende smitteverntiltak som nedstengning av barnehage og innføring av hjemmeskole, hjemmekontor og begrensning av fysisk kontakt innenfor helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratets retningslinjer oppfordret til å prioritere sårbare grupper, som utsatte barn og unge, ved stor pågang av pasienter. Samtidig var det mer krevende for kommunale helse- og omsorgstjenester å prioritere innenfor tilgjengelige ressurser i og med at spesialisthelsetjenestene ble prioritert og krevde ekstra ressurser under koronapandemien (Heggestad, 2020). Helsedirektoratets prioriteringer har blitt kritisert for å fokusere på manglende intensivkapasitet i spesialisthelsetjenestene uten å prioritere den kommunale helse- og omsorgstjenestens arbeid med å tilpasse tjenester til mange ulike pasientgrupper med sammensatte behov (NOU 2021: 6).

Situasjonen skapte behov for en omfattende tilpasning, både i familienes daglige liv og i måten tjenestene for barn og unge ble organisert på. For de som var avhengige av helse- og omsorgstjenester, innebar situasjonen at tilbudene

de mottok, ble endret og i mange tilfeller redusert (Skrove et al., 2021). Dette samsvarer med funn fra en norsk studie som viste en nedgang i alle typer konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, under nedstengningen våren 2020 (Evensen et al., 2023).

Omsorgsansvar og ulikheter i tjenestetilbudet

Å ha omsorg for et barn med funksjonsnedsettelse krever en betydelig større innsats fra foreldrene enn det som vanligvis forventes for barn uten slike utfordringer. Barnet kan ha behov for hyppige legebesøk, spesialisert medisinsk behandling og koordinert støtte fra flere ulike instanser, inkludert kommunale helse- og omsorgstjenester (Luijkx et al., 2017). Mødre er ofte de primære omsorgspersonene og tar i tillegg på seg roller som saksbehandler, terapeut og lærer (Gagnon et al., 2020). Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse står ofte i kontinuerlige forhandlinger med tjenesteapparatet for å få tilgang til nødvendige ytelser (Albertini Früh et al., 2017). Mødre rapporterer om en betydelig omsorgsbelastning, forsterket av begrenset støtte fra helse- og omsorgstjenestene. De bruker også mye tid på søknadsprosesser, klager og forhandlinger med ulike saksbehandlere (Østerud et al., 2024). En kvalitativ studie viser at familier med barn med nedsatt funksjonsevne møtte store utfordringer under koronapandemien, særlig knyttet til tilgang til og koordinering av kommunale tjenester. Koordinatorordningene fungerte ofte dårlig, og tjenestene ble opplevd som fragmenterte. Utfordringene så ut til å ramme spesielt familier med lavere sosioøkonomisk status (Böhler & Ugreninov, 2021). For å undersøke mulige konsekvenser av pandemien vil vi analysere om bruken av helse- og omsorgstjenester, målt som vedtak for barn med nedsatt funksjonsevne, har endret seg i perioden før, under og etter pandemien. Videre vil vi undersøke om enkelte sårbare grupper, som familier med lav inntekt eller lav sosioøkonomisk status, har stått overfor større utfordringer enn andre typer familier i denne perioden.

Konsekvenser for foreldrenes sykefravær

Kravene til omsorg og koordinering av hjelp og støtte fra ulike instanser er både tidkrevende og belastende. Dette kan påvirke foreldrenes og særlig mødrenes yrkesdeltakelse, helse og sykefravær. Flere studier viser at mødrene til barn med funksjonsnedsettelse i større grad enn fedrene reduserer sin yrkesaktivitet (Brekke & Nadim, 2017; Hauge et al., 2013; Wondemu et al., 2024). Dessuten har de dårligere helse og høyere sykefravær enn andre foreldre (Wendelborg & Tøssebro, 2016; Wondemu et al., 2024; Marquis et al., 2020; Masfield et al., 2020).

Flere studier peker på en sammenheng mellom omsorgsansvar og økt forekomst av depresjon og angst (Hauge et al., 2015; Scherer et al., 2019), søvnproblemer (Lee, 2013; McCann et al., 2015), muskel- og skjelettplager (Kavlak et al., 2015) og andre sykdommer som hjerte- og karsykdommer og

ryggsmerter (Fraser et al., 2021). Helseutfordringene ser ut til å være størst blant mødre (Olsson & Hwang, 2001). En nyere norsk studie viser at mødre til barn med store omsorgsbehov har høyere risiko for flere helseplager: 1,19 ganger høyere risiko for muskel- og skjelettlidelser, 1,25 for depresjon, 1,30 for angst, 1,27 for søvnproblemer og 1,18 for migrene. Studien kontrollerer for mors helse før fødsel og ulike kjennetegn ved barnet, moren og familien (Brekke & Alecu, 2023).

Tidligere studier har også dokumentert at mødre generelt er mer utsatt for sykefravær enn andre kvinner (Østby et al., 2018), og at mødre til barn med funksjonsnedsettelse har enda høyere sykefravær enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse. Brekke og Nadim (2017) fant for eksempel at mødre med omsorg for et barn med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse hadde høyere langtidsfravær i perioden etter fødsel. Disse funnene er i tråd med resultater fra Hauge et al. (2015) og Wendelborg og Tøssebro (2016). Sistnevnte viste at mødre til barn med moderate til store omsorgsbehov i større grad hadde langvarig sykefravær, særlig relatert til psykososiale problemer. Lignende resultater er rapportert i Wondemu et al. (2024).

Sykefraværet i Norge har økt etter pandemien sammenlignet med nivået før 2020 (SSB, 2023). Et spørsmål er om denne økningen har rammet alle foreldregrupper likt, eller om det finnes systematiske forskjeller mellom ulike grupper av foreldre. For å studere dette vil vi undersøke om foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne har hatt høyere sykefravær enn andre foreldre, og hvordan dette har utviklet seg før, under og etter pandemien.

Konsekvenser for foreldrenes arbeidsdeltakelse

Forskningen viser også at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse oftere står utenfor arbeidsmarkedet og har lavere arbeidsdeltakelse enn andre foreldre. Særlig gjelder dette mødrene. Ved bruk av norske registerdata dokumenterer Wondemu et al. (2022) at omsorg for barn med funksjonsnedsettelse har en negativ påvirkning på mødres arbeidsdeltakelse, arbeidstid og inntekt. Jo større omsorgsbehov barnet har, desto større er sannsynligheten for at mor reduserer arbeidstiden eller trekker seg helt ut av arbeidslivet, med tilsvarende negative konsekvenser for inntekten. Studien viser også at mødres arbeidsdeltakelse reduseres mer etter skolestart enn i førskolealderen. Ti år etter fødsel hadde mødre til barn med store omsorgsbehov 21 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å jobbe deltid, og inntekten var i gjennomsnitt 14 prosent lavere enn blant mødre generelt når barnet hadde begynt på skolen. For fedre var arbeidsdeltakelse og arbeidstid i stor grad på nivå med fedre generelt, men fedre til barn med store omsorgsbehov hadde en inntekt som i gjennomsnitt lå om lag 9 prosent lavere ti år etter fødsel.

Disse resultatene støttes av en kvalitativ studie som viser at mødre med omsorg for barn med nedsatt funksjonsevne har svak tilknytning til arbeidsmarkedet. Omsorgsoppgavene deres lot seg i liten grad kombinere med ordinært arbeid

(Østerud et al., 2024). En norsk studie viser at koronapandemien påvirket sysselsettingen i Norge fra mars 2020 til juni 2022. Krisen ga store og skjevt fordelte utslag i starten, men de fleste som var i jobb ved pandemiens begynnelse, kom raskt tilbake. For personer som allerede sto utenfor arbeid eller utdanning, var det derimot langvarige negative effekter (Alstadsæter et al., 2025). Det er derfor relevant å undersøke hvordan disse mønstrene ser ut for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne.

Forsterkede utfordringer under pandemien

Under pandemien ble utfordringene med å få nødvendig hjelp og støtte fra kommunen større. Manglende koordinering av tjenester kan ha gjort det krevende for familier å få på plass et helhetlig tilbud. Mange opplevde at ansvaret for å samordne ulike tiltak i større grad falt på dem selv, og dette bidro til å øke belastningen og gjorde det enda vanskeligere å kombinere arbeidsdeltakelse med omsorgsansvar (Böhler & Ugreninov, 2021).

Lignende resultater fremkommer i en kvalitativ studie fra USA, som viser at familier med barn som har funksjonsnedsettelse eller kroniske helseutfordringer, opplevde utfordringer med skole, behandling og sosial støtte (Serman & Merighi, 2024). Konsekvensene av dette kan være betydelige. Redusert tilgang til nødvendige tjenester kan ha bidratt til å forsterke allerede eksisterende forskjeller i tjenestebruk, samtidig som belastningen i større grad falt på familiene selv. Dette kan igjen ha hatt ringvirkninger for arbeidsdeltakelsen, med økte kjønnsforskjeller i arbeidsdeltakelse blant foreldre til barn med funksjonsnedsettelse samt høyere risiko for sykefravær i denne foreldregruppen.

2 Utvalg, data og metode

2.1 Datakilder

I denne studien har vi benyttet individbaserte registerdata fra en rekke ulike kilder utlevert av Statistisk sentralbyrå (SSB) samt data om helsetjenestebruk hentet fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) utlevert av Folkehelseinstituttet (FHI). De administrative registrene er koblet sammen ved hjelp av unike løpenummer, noe som gjør det mulig å knytte barn og foreldre til hverandre og etablere en relevant sammenligningsgruppe.

Målgruppen for studien er barn og unge med funksjonsnedsettelse, som i våre analyser er definert som barn som mottar hjelpestønad. Vi benytter to utvalg i analysene. Utvalg 1 består av barn og unge som var i alderen 0 til 20 år i perioden 2018–2022, både med og uten funksjonsnedsettelse. Utvalg 2 består av foreldre til barn i alderen 0 til 20 år i samme periode. Analyseenheter er antall observasjoner per år, noe som betyr at én person observert i ett år tilsvarer ett person-år. Dermed vil antall observasjoner være høyere enn antall personer som inngår i analysene. Vi benytter observasjoner og ikke antall for å kunne ta høyde for endringer i de ulike demografiske og sosiale faktorene. Utvalg 1 består av 65 849 unike individer, som tilsvarer 238 294 observasjoner, og her analyseres bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvalg 2 består av foreldre til barn i alderen 0 til 20 år i samme periode. Analysene omfatter arbeidsdeltakelse (mødre: 2 588 836 observasjoner; fedre: 2 803 957), heltidsarbeid (mødre: 2 059 781; fedre: 1 930 134) og sykefravær (mødre: 1 819 945; fedre: 1 305 992) for foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse.

Data om helse- og omsorgstjenester

KPR inneholder opplysninger om kommunalt tildelte tjenester og registrerte omsorgsbehov, rapportert inn av kommunene én gang per år. Mer spesifikt benytter vi informasjon om vedtak om tjenester. KPR dekker et bredt spekter av helse- og omsorgstjenester, inkludert avlastning, boligtilbud, institusjonsopphold, praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og ulike former for velferdsteknologiske løsninger. Vi benytter data for perioden 2018–2022.

Data om arbeidsdeltakelse og sykefravær

Informasjon om arbeidsdeltakelse er hentet fra A-meldingen, månedlige opplysninger som innleveres til SSB om inntekt, arbeidsforhold mv. Variabelen *arbeidsmarkedsstatus* angir ulike kategorier for tilknytning til arbeidsmarkedet. Statusene omfatter lønnstakere, selvstendig næringsdrivende, helt ledige, deltakere på arbeidsmarkedstiltak (kvalifiseringstiltak) og personer utenfor arbeidsstyrken. Data om sykefravær er også hentet fra SSB og gir informasjon

om antall dager det er utbetalt sykepenges i løpet av et år. Opplysningene omfatter langtidsfravær, definert som sykefravær fra og med dag 16. I tillegg gir A-meldingen informasjon om arbeidstakernes avtalte arbeidstid.

Demografi og sosioøkonomiske kjennetegn

Vi ønsker videre å undersøke hvordan sosioøkonomisk status og demografiske faktorer henger sammen med bruken av helse- og omsorgstjenester blant barn med nedsatt funksjonsevne, samt hvordan foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær påvirkes. Løpenummeret i datamaterialet gir tilgang til omfattende informasjon om disse temaene. For foreldrene har vi opplysninger om alder, kjønn, fødeland, utdanningsnivå, husholdningsinntekt, antall barn i husholdningen, mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd samt om de er aleneforsørgere. For barna har vi informasjon om kjønn, alder, bostedskommune og om de bor i en av de største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Sandnes).

2.2 Variabler

Avhengige variabler

I regresjonsanalysene benytter vi fem avhengige variabler (utfallsvariabler). Den første er *bruk av helse- og omsorgstjenester* blant barn med nedsatt funksjonsevne. Tjenestene omfatter støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og praktisk bistand til daglige gjøremål og opplæring. Videre inngår avlastning både i og utenfor institusjon samt ulike tjenester utenfor institusjon. Dette inkluderer omsorgsbolig, dagopphold i institusjon, tidsbegrensede opphold, langtidsopphold, nattopphold, kommunal øyeblikkelig hjelp og boliger som disponeres av kommunen. Dersom barnet har mottatt én eller flere av disse tjenestene, kodes variabelen som 1, ellers 0. I analysene ser vi både på enkelte av de mest brukte tjenestene separat og på tjenestetilbudet samlet.

Den andre utfallsvariabelen er *foreldrenes arbeidsdeltakelse*. Variabelen er dikotomisert slik at «i arbeid» er kodet som 1 og omfatter både lønnstakere og selvstendig næringsdrivende, mens «ikke i arbeid» er kodet som 0 og inkluderer helt ledige, deltakere på arbeidsmarkedstiltak og personer utenfor arbeidsstyrken.

Den tredje utfallsvariabelen er *arbeidstid*. Heltid (≥ 30 timer/uke) er kodet som 1, og deltid (< 30 timer/uke) er kodet som 0. Den fjerde variabelen måler hvorvidt foreldrene har hatt *langtidssykefravær* i løpet av et kalenderår (kodet 1 ved sykefravær over 16 dager og 0 dersom foreldrene ikke har hatt dette). Den femte utfallsvariabelen er *antall dager med sykefravær over 16 dager* i løpet av et kalenderår.

Uavhengige variabler

I analysene undersøker vi tre tidsperioder. Pandemiårene er referansekategori, og variabelen som refererer til årene 2020–2021, er derfor kodet 0. Perioden før pandemien (2018–2019) er kodet med 1, og perioden etter (2022) er kodet med 2. Barnets kjønn er kodet slik at gutter = 0 (referansekategori) og jenter = 1. Alder er delt inn i tre grupper, med 0–5 år som referansekategori: 0–5 år = 0, 6–15 år = 1, og 16 år eller eldre = 2. Mors alder er kategorisert i to grupper basert på medianen, hvor alder lik eller mindre enn medianen på 41 år er kodet som 0 (referansegruppe), og alder over medianen er kodet som 1. Fars alder følger samme prinsipp, med medianen på 44 år; alder lik eller mindre enn medianen er kodet som 0 (referansegruppe), mens alder over medianen er kodet som 1.

Variabelen for antall barn i husholdningen er kodet som følger: 0 = ett barn (referansekategori), 1 = to barn, og 2 = tre barn eller flere.

Vi benytter informasjon om fødeland basert på SSBs inndeling, se under. Fødeland kan gi indikasjoner på innvandringsgrunn og -prosess. Dette kan ha betydning for hvordan individer forholder seg til helse- og velferdssystemet, samt deres tilknytning til arbeidslivet. Fødeland er kategorisert i tre grupper basert på foreldrenes fødeland. 1) Majoritetsbefolkningen (G0-land, referansegruppen) består av personer født i Norge, eller som har minst én forelder født i Norge. 2) Gruppe 1 (G1-land) inkluderer personer som har minst én forelder født i Norden (utenom Norge), EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia eller New Zealand. I tilfeller der kun én av foreldrene kommer fra G1-land, må den andre forelderen være født utenfor Norge. 3) Gruppe 2 (G2-land) inkluderer personer hvor begge foreldrene er født i øvrige deler av Europa (utenom EU/EFTA og Storbritannia) eller Afrika, Asia eller Amerika (utenom USA og Canada) eller i øvrige deler av Oseania eller polare områder.

For å belyse sosioøkonomiske forhold har vi etablert et samlemål som kombinerer foreldrenes utdanningsnivå og husholdningens inntekt. Dersom begge foreldrene har utdanning på grunnskolenivå eller videregående nivå, og husholdningsinntekten er lavere enn 60 prosent av medianinntekten, kategoriseres barnet som å tilhøre lav sosioøkonomisk status (SØS), kodet som 1. Hvis ikke er barnet kategorisert som å ha foreldre med høyere SØS, kodet som 0 (referansegruppe). Husholdningstype er kodet slik at enslig forsørger får verdien 1, mens annen husholdningstype får verdien 0 (referansegruppe). Foreldre som mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, er kodet som 1, mens foreldre som ikke mottar slike ytelser, utgjør referansegruppen. Barnets bosted er inndelt i tre kategorier, med de største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Sandnes) som verdi 1 og de øvrige byene som referansegruppe.

Barn med nedsatt funksjonsevne

Som nevnt tidligere benytter vi en administrativ definisjon av nedsatt funksjonsevne, basert på mottak av hjelpestønad. Denne operasjonaliseringen er også brukt i tidligere forskning (Brekke & Alecu, 2023). Hjelpestønnen utbetales i fire ulike satser som reflekterer milde til alvorlige omsorgsbehov. Vi bruker hjelpestønadssats som en indikator på alvorlighetsgraden av barnets hjelpebehov (nivå 1–4). I analysene skiller vi mellom ordinær hjelpestønad (sats 1) og forhøyet hjelpestønad sats 2–4. Referansegruppen består av barn uten funksjonsnedsettelse, altså barn som ikke var registrert med hjelpestønad.

Beskrivende statistikk

I tabell 2.1 gis det en oversikt over de viktigste bakgrunnskjennetegnene for utvalg 1, som består av barn som var 0–20 år i perioden 2018–2022.

Tabell 2.1 Beskrivende statistikk for utvalg 1, barn og unge i alderen 0 til 20 år i perioden 2018–2022. Observasjoner og prosent.

	Ikke nedsatt funksjonsevne	HS - stats 1	HS - Forhøyet	Total
				2,452,971
Antall (prosent)	2,379,839 (97.0%)	20,998 (0.9%)	52,134 (2.1%)	(100.0%)
Alder - barn				
0-5 år	586,866 (24.7%)	2,658 (12.7%)	4,643 (8.9%)	594,167 (24.2%)
6-15 år	1,233,434 (51.8%)	9,601 (45.7%)	35,727 (68.5%)	1,278,762(52.1%)
16-20 år	559,539 (23.5%)	8,739 (41.6%)	11,764 (22.6%)	580,042 (23.6%)
Kjønn – barn				
Gutter	1,213,120 (51.0%)	12,471 (59.4%)	34,073 (65.4%)	1,259,664(51.4%)
Jenter	1,166,719 (49.0%)	8,527 (40.6%)	18,061 (34.6%)	1,193,307(48.6%)
Innvandringsbakgrunn				
Majoritetsbakgrunn (G0)	1,889,081 (79.4%)	17,528 (83.5%)	43,495 (83.4%)	1,950,104(79.5%)
G1-land	343,051 (14.4%)	2,357 (11.2%)	5,754 (11.0%)	351,162 (14.3%)
G2-land	147,707 (6.2%)	1,113 (5.3%)	2,885 (5.5%)	151,705 (6.2%)
Antall søsken				
Ingen søsken	478,515 (20.6%)	4,411 (21.8%)	9,814 (19.5%)	492,740 (20.6%)
1 søsken	1,079,022 (46.4%)	8,975 (44.3%)	22,634 (44.9%)	1,110,631(46.3%)
2 søsken	574,796 (24.7%)	5,036 (24.9%)	13,326 (26.5%)	593,158 (24.8%)
3 eller flere søsken	193,469 (8.3%)	1,816 (9.0%)	4,593 (9.1%)	199,878 (8.3%)
Sosioøkonomisk status				
Lav SØS	708,913 (29.8%)	4,278 (20.4%)	10,941 (21.0%)	724,132 (29.5%)
Ikke lav SØS	1,670,926 (70.2%)	16,720 (79.6%)	41,193 (79.0%)	1,728,839(70.5%)
Foreldre mottar AAP eller uføretrygd				
Nei	2,338,699 (98.3%)	20,240 (96.4%)	50,184 (96.3%)	2,409,123(98.2%)
Ja	41,140 (1.7%)	758 (3.6%)	1,950 (3.7%)	43,848 (1.8%)
Mors alder				
Mor alder under median	1,300,998 (55.2%)	8,655 (41.6%)	25,319 (48.9%)	1,334,972(55.0%)
Mor alder over median	1,054,195 (44.8%)	12,151 (58.4%)	26,466 (51.1%)	1,092,812(45.0%)
Fars alder				
Far alder under median	1,254,439 (55.0%)	8,379 (41.7%)	24,377 (48.9%)	1,287,195(54.7%)
Far alder over median	1,027,639 (45.0%)	11,726 (58.3%)	25,469 (51.1%)	1,064,834(45.3%)
Antall observasjoner (prosent)	2,379,839 (97.0%)	20,998 (0.9%)	52,134 (2.1%)	2,452,971(100.0%)

Tabellen viser antall observasjoner som vi inkluderer i analysene for perioden 2018 til 2022. Antall unike observasjoner i denne perioden er 2 452 971. Dette innebærer at våre data inkluderer observasjoner om 2 379 839 barn uten funksjonsnedsettelse, 20 998 barn som mottar hjelpestønads stats 1, og 52 134 barn som mottar forhøyet hjelpestønads.

Tabellen er en oversikt over barn med ulike funksjonsevne fordelt på demografiske og sosiale faktorer. Hovedmønstrene er at den klart største andelen barn (97,0 %) ikke har nedsatt funksjonsevne slik det er definert i denne studien. Blant de som har en funksjonsnedsettelse, er mottak av hjelpestønads vanligst blant barn mellom 6 og 15 år. Kjønnfordelingen viser en moderat overrepresentasjon av gutter, både blant mottakere av hjelpestønads (59,4 % mot 40,6 % jenter) og blant dem med forhøyet hjelpestønads (65,4 % mot 34,6 %). Barn med majoritetsbakgrunn utgjør den største andelen i alle grupper, mens andelen med bakgrunn fra G1- og G2-land er betydelig lavere. Barn med bakgrunn fra G1-land utgjør om lag 11 prosent av mottakerne av hjelpestønads (inkludert forhøyet sats), mens barn med bakgrunn fra G2-land utgjør om lag 5 prosent. Forskjellene etter antall søsken er små, men barn med to søsken har den høyeste andelen forhøyet hjelpestønads (26,5 %).

De fleste barn bor i husholdninger med høy SØS. Blant husholdninger med lav SØS er andelen barn med nedsatt funksjonsevne lavere enn barn uten funksjonsnedsettelse. Videre har de fleste barn (98,3 %) foreldre som ikke mottar AAP eller uføretrygd. Blant familier der en av foreldrene mottar slike ytelser, er imidlertid andelen barn med funksjonsnedsettelse høyere (3,6 % og 3,7 %) sammenlignet med barn uten funksjonsnedsettelse (1,7 %). I familier der foreldrene er eldre enn medianalderen, 41 år for mødre og 44 år for fedre, er andelen barn med funksjonsnedsettelse høyere.

2.3 Metodisk tilnærming

Flere av de avhengige variablene er dikotome (kodet 0 og 1), for eksempel foreldrenes arbeidsdeltakelse (i arbeid versus ikke i arbeid) eller foreldrenes sykefravær (over 16 dager eller mer i kalenderåret, versus mindre fravær). I analysene av slike utfallsvariabler har vi som regel benyttet lineære sannsynlighetsmodeller. I slike modeller har koeffisientene en enkel og intuitiv fortolkning av koeffisientene, som uttrykker endringer i sannsynlighet i prosentpoeng ved en enhets endring i den uavhengige variabelen. Selv om lineære sannsynlighetsmodeller har begrensninger, blant annet muligheten for prediksjoner utenfor intervallet $[0, 1]$ og utfordringer med heteroskedastisitet, egner de seg godt til å belyse mønstre og sammenligne utvikling gjennom tidsperioder (Mood, 2009). For å sikre robuste resultater justerer vi standardfeilene for heteroskedastisitet, samtidig som vi benytter kommunefaste effekter for å fange opp lokale variasjoner og kontrollere for uobserverte og tidsinvariante forskjeller mellom kommuner. Dataene er strukturert som person-år, slik at hvert individ inngår som én observasjon per år.

I analysen av antall dager med sykefravær over 16 dager har vi anvendt vanlig minste kvadraters metode, også omtalt som lineær regresjonsanalyse (OLS). Vi har i tillegg gjennomført analyser med negativ binomial regresjon, for å undersøke om resultatene er avhengige av hvordan vi modellerer fordelingen av antall dager med sykefravær. Disse analysene gir tilsvarende resultater som modellene presentert i rapporten. For å undersøke om eventuelle forskjeller kan forklares av eller har sammenheng med pandemien, har vi også estimert modeller hvor vi ser på sammenhengen mellom periode og kjennetegn. Vi bruker prosentpoeng når vi omtaler forskjeller i prosent og sannsynlighet, men oppgir sannsynlighetsnivåer som desimaltall når vi viser til faktiske verdier. Ettersom analysene er basert på populasjonsdata, kan selv små forskjeller bli statistisk signifikante. Dette innebærer imidlertid ikke nødvendigvis at forskjellene er av substansiell betydning. Det er derfor viktig å også vurdere størrelsen på forskjellene mellom gruppene.

3 Helse- og omsorgstjenester

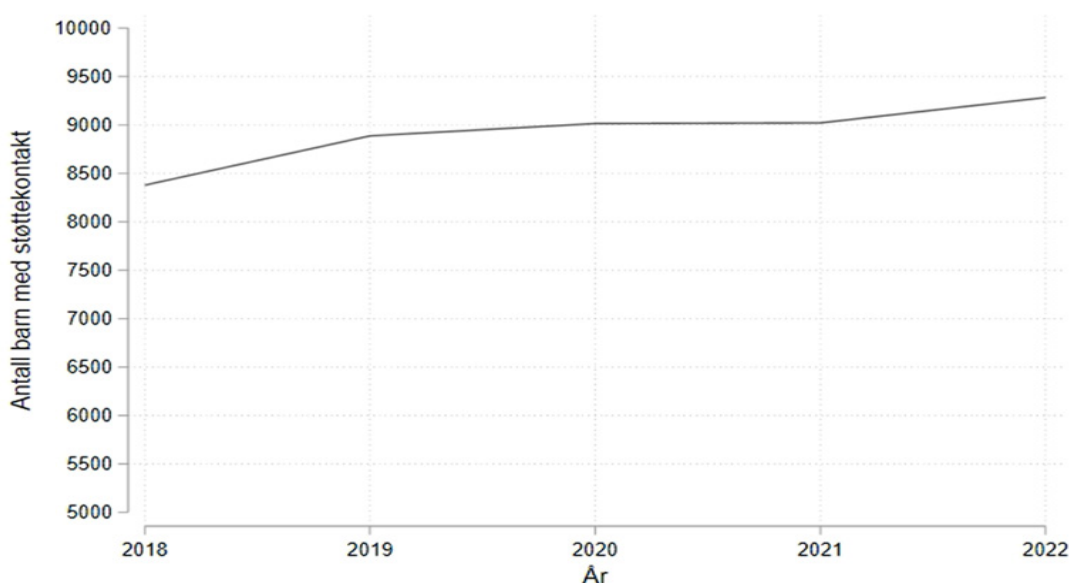
Temaet i dette kapittelet er bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Bruken måles gjennom vedtak om slike tjenester. Vi ser både på omfanget av tjenestebruken og hvilke typer tjenester som benyttes. Analysene er i hovedsak delt inn i tre perioder: før (2018–2019), under (2020–2021) og etter (2022) koronapandemien. Noen av analysene presenteres også per år.

Vedtak om ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunen tilbyr ulike tjenester som foreldre til barn og unge med nedsatt funksjonsevne kan søke om. Disse omfatter støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og praktisk bistand i daglige gjøremål og opplæring. Videre inngår avlastning både i og utenfor institusjon samt tjenester utenfor hjemmet, som omsorgsbolig, dagopphold i institusjon, tidsbegrensede opphold, langtidsopphold, nattopphold, kommunal øyeblikkelig hjelp og kommunalt disponerte boliger. I det følgende ser vi nærmere på omfanget av bruken av disse tjenestene blant barn og unge som mottar hjelpestønad.

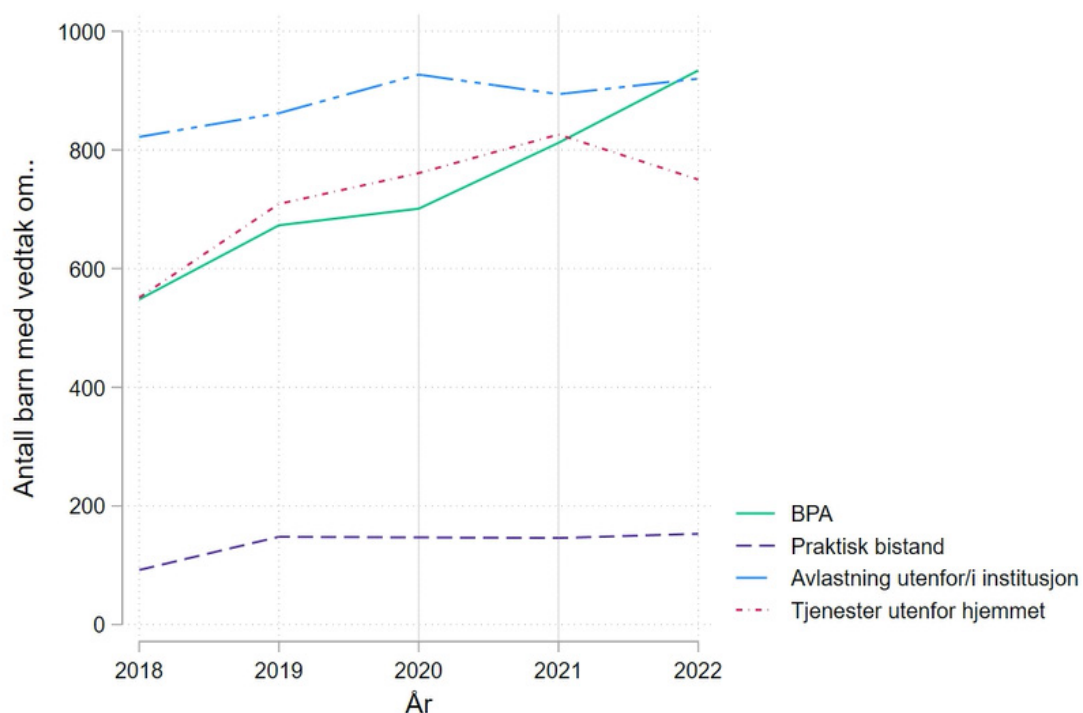
Støttekontakt er den mest brukte tjenesten blant barn med nedsatt funksjonsevne, og den tjenesten flest har vedtak om. Figur 3.1 viser utviklingen i antall barn med vedtak om støttekontakt i perioden 2018–2022. Antallet har økt jevnt gjennom hele perioden fra litt over 8300 barn i 2018 til om lag 9200 barn i 2022. Veksten ser ut til å være størst fra 2018 til 2019, mens den deretter flater noe ut under pandemien (2020–2021) før den igjen øker frem mot 2022. Selv om det er en økning, er den relativt beskjeden.

Figur 3.1 Antall barn som har fått innvilget vedtak om støttekontakt i perioden 2018 til 2022



Figur 3.2 viser utviklingen i antall barn med vedtak om ulike kommunale tjenester i perioden 2018–2022. Hvis vi ser bort fra støttekontakt, var avlastning utenfor eller i institusjon den mest brukte tjenesten frem til 2021. Under pandemien går denne tjenesten noe ned fra 2020 til 2021, men den øker igjen i 2022. Samtidig øker både tjenester utenfor hjemmet og BPA jevnt frem til 2021, med en særlig tydelig vekst i BPA fra 2021 til 2022. I 2022 er BPA den vanligste tjenesten og har økt fra rundt 550 barn i 2018 til nær 900 i 2022. Praktisk bistand er den minst brukte tjenesten, men viser en svak økning fra om lag 100 barn i 2018 til 150 barn i 2019 og holder seg deretter stabil gjennom resten av perioden.

Figur 3.2 Antall barn med vedtak om ulike kommunale tjenester i perioden 2018–2022



Sannsynligheten for vedtak om helse- og omsorgstjenester

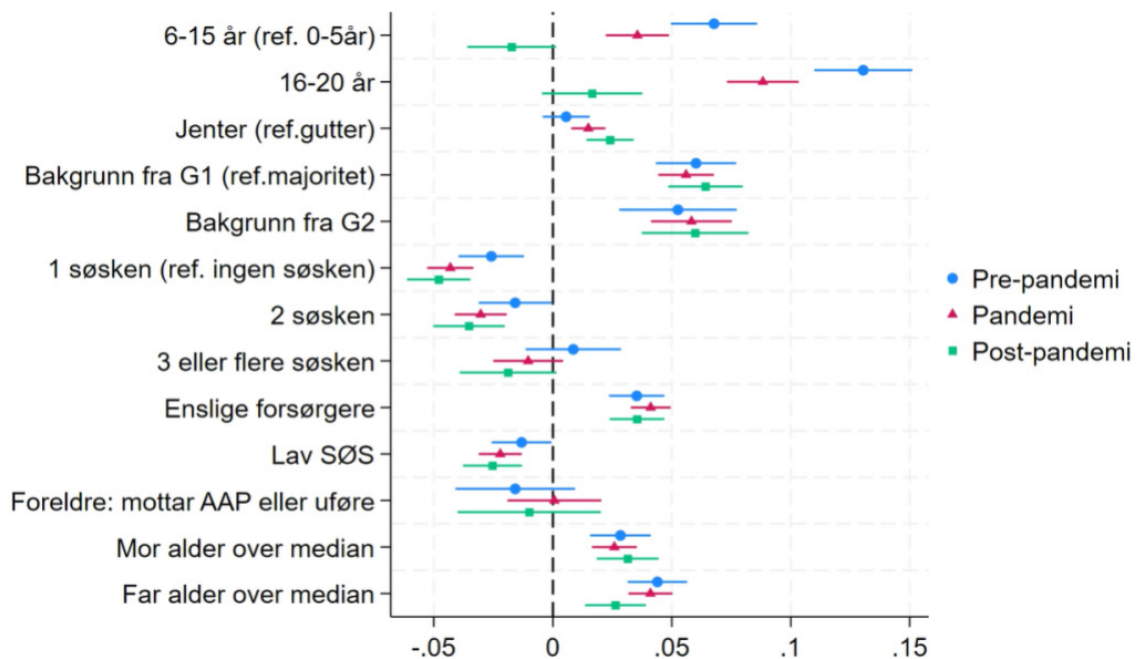
I det følgende undersøker vi forskjeller i sannsynligheten for samlet bruk av helse- og omsorgstjenester.

Figur 3.3 viser forskjeller i sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester blant barn før, under og etter pandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre. Vi bruker kommunefaste effekter og robuste standardfeil. Med kommunefaste effekter kontrollerer vi for systematiske forskjeller mellom kommuner, slik at resultatene reflekterer variasjon mellom barn og familier innenfor samme kommune og ikke forskjeller på tvers av kommuner.

Figur 3.3 viser at alder har betydning for bruk av helse- og omsorgstjenester. I prepandemiperioden hadde barn i aldersgruppen 0–5 år en klart lavere

sannsynlighet for å motta helse- og omsorgstjenester (HOM-tjenester) enn barn i aldersgruppene 6–15 år og 16–20 år. Denne forskjellen var statistisk signifikant og indikerte at de yngste barna i mindre grad ble innvilget slike tjenester. Under pandemien, og i perioden etter, ser vi imidlertid at forskjellen mellom 0–5-åringer og barn i alderen 6–15 år ikke lenger er signifikant. En mulig forklaring er at flere barn i den yngste aldersgruppen begynte å motta HOM-tjenester i løpet av pandemien, noe som kan henge sammen med økt oppmerksomhet rundt behovene til små barn og familier i en sårbar periode. Denne utviklingen ser også ut til å fortsette inn i postpandemiperioden, noe som kan tyde på at endringen vedvarer. I aldersgruppen 16–20 år ser vi en gradvis reduksjon i sannsynligheten for å motta tjenester over tid. Forskjellen mellom de eldste og de yngste barna er størst før pandemien, men reduseres under pandemien og avtar ytterligere i perioden etter.

Figur 3.3 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av helse- og omsorgstjenester i pre-, pandemi- og postpandemiperioden. Avhengig variabel: bruk av minst én helse- og omsorgstjeneste. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. N = 213 081



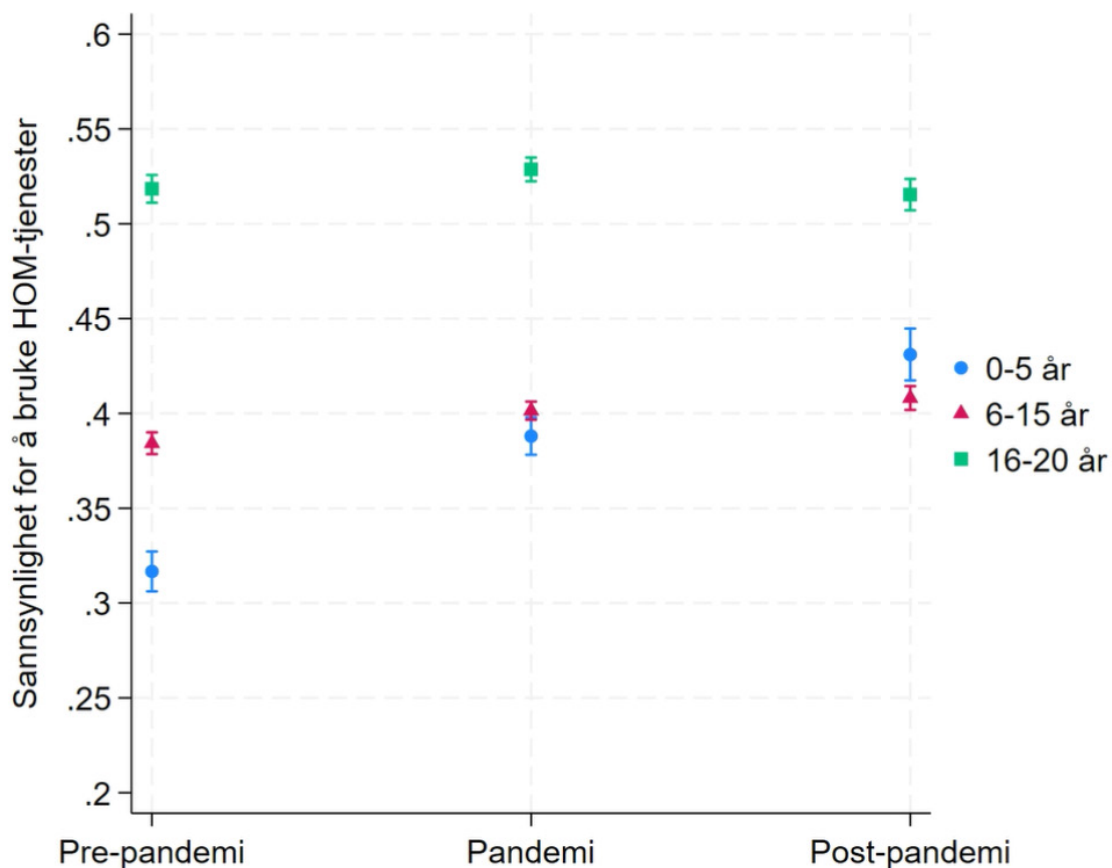
Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

Jenter har noe høyere sannsynlighet enn gutter for å motta slike tjenester, men forskjellen holder seg relativt stabil gjennom hele analyseperioden. Det var heller ingen signifikant forskjell mellom kjønnene før pandemien. Når det gjelder innvandrerbakgrunn, ser vi at de med bakgrunn fra G1-land og G2-land (se nærmere forklaring i kapittel 2.2) generelt har signifikant høyere sannsynlighet for å motta tjenester enn barn med majoritetsbakgrunn, og dette mønsteret holder seg relativt stabilt gjennom hele perioden. Imidlertid er forskjellene små, på rundt 5 prosentpoeng. Videre ser vi at barn fra familier med to søsken og lav

SØS har signifikant lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn barn uten søsken og med høyere SØS. Før pandemien var det imidlertid ingen signifikant forskjell. Barn med enslige forsørgere har derimot en signifikant høyere sannsynlighet for å motta tjenester enn barn som ikke bor med enslig forsørger. De nevnte forskjellene er relativt stabile gjennom hele perioden. Det å ha foreldre som mottar uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger, har ingen signifikant betydning for sannsynligheten for å motta tjenester. Generelt finner vi små endringer i mønstrene fra før til under og etter pandemien, noe som tyder på at kjennetegn ved barn og familier har en stabil betydning for sannsynligheten for å motta kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi har sett at barnets alder har betydning for sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester. I det følgende undersøker vi nærmere om betydningen av alder varierer mellom periodene. Figur 3.4 illustrerer samspillet mellom barns alder og tidsperiode i sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester.

Figur 3.4 Lineære sannsynlighetsmodeller, samspill mellom alder og tidsperiode for bruk av helse- og omsorgstjenester i pre-, pandemi- og postpandemiperioden. Avhengig variabel: bruk av minst én helse- og omsorgstjeneste. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. N = 213 081

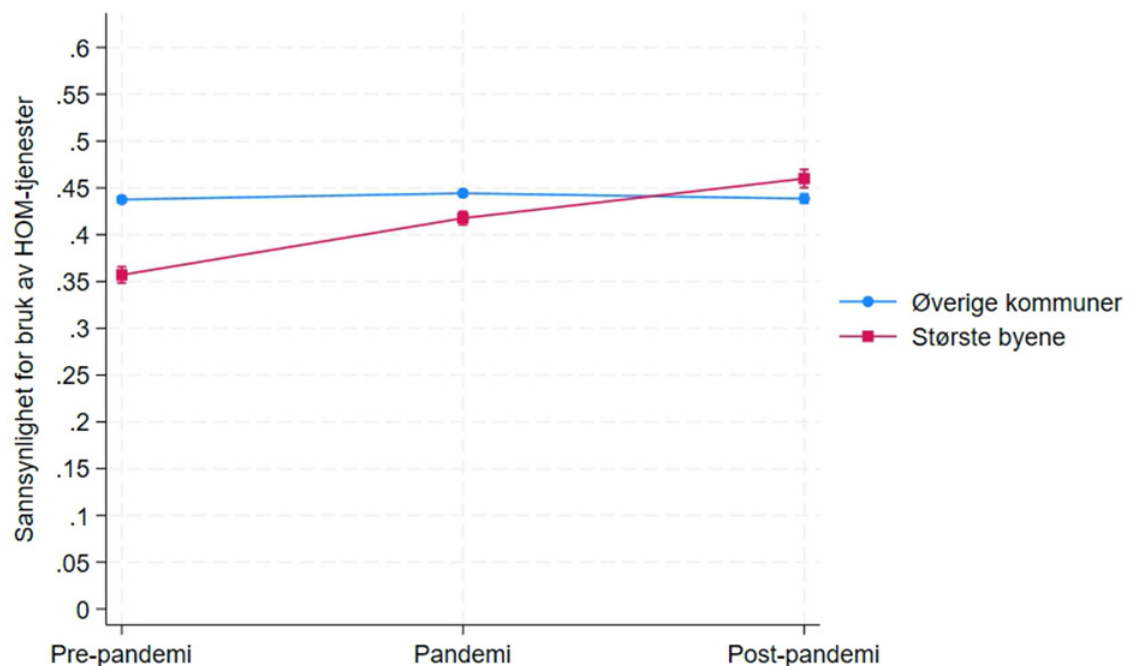


Note: Kontrollvariablene er som følger: barnets alder, barnets kjønn, foreldrenes landbakgrunn, søsken, forsørgerstatus, sosioøkonomisk status, foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder, fars alder. Modellen inkluderer kommunefaste effekter og robuste standardfeil.

Sannsynligheten for å motta tjenester er høyest for ungdom i alderen 16–20 år, uavhengig av tidsperiode. Et interessant funn er at forskjellen til de yngste barna reduseres gradvis fra før pandemien til perioden etter. Før pandemien hadde barn i alderen 0–5 år en betydelig signifikant lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn eldre barn. For de yngste barna var sannsynligheten 0,32, mens den var 0,38 for barn i alderen 6–15 år og 0,52 for de eldste (16–20 år). Under pandemien ser vi at forskjellen mellom de yngste og barna i alderen 6–15 år blir mindre, og i postpandemiperioden er de to gruppene omtrent på samme nivå, og forskjellen er ikke lenger signifikant. Dette tyder på at barn i den yngste aldersgruppen hadde høyere sannsynlighet for å motta tjenester under pandemien sammenlignet med tidligere, og at denne utviklingen har vedvart.

Videre ønsker vi å undersøke eksplisitte forskjeller mellom de største byene og øvrige områder når det gjelder sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester. Selv om kommunefaste effekter er en effektiv måte å kontrollere for generell variasjon på mellom kommuner, estimerer vi også modeller som inkluderer samspillsledd mellom tidsperiode og bosted i en av de fem største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Sandnes) eller øvrige kommuner. Resultatene er vist i figur 3.5.

Figur 3.5 Lineære sannsynlighetsmodeller, samspill mellom bosatt i en av de største byene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Sandnes) eller øvrige kommuner og tidsperiode for bruk av helse- og omsorgstjenester i de ulike periodene. Avhengig variabel: bruk av minst én helse- og omsorgstjeneste. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. N = 213 081



Note: Kontrollvariablene er som følger: barnets alder, barnets kjønn, foreldrenes landbakgrunn, søsken, forsørgerstatus, sosioøkonomisk status, foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder, fars alder. Modellen inkluderer kommunefaste effekter og robuste standardfeil.

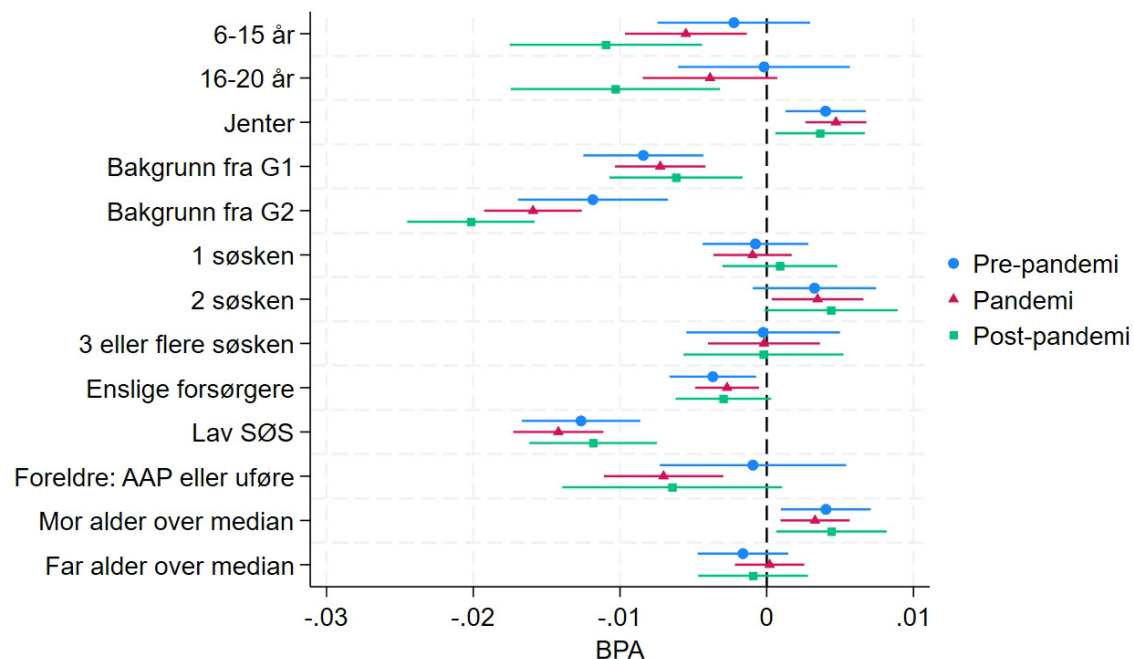
Resultatene viser at før koronaperioden var bruken av HOM-tjenester 9 prosentpoeng lavere i de største byene sammenlignet med øvrige kommuner. I pandemiperioden ble avstanden redusert til rundt 3 prosentpoeng, og i perioden etter koronapandemien har trenden snudd. Barn med nedsatt funksjonsevne som er bosatt i de største byene, har omkring 2 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å bruke HOM-tjenester enn barn som bor i øvrige kommuner. I sum indikerer resultatene at under og etter koronapandemien har forskjellene mellom de største byene og øvrige kommuner blitt mindre, og at denne utviklingen fortsetter i postpandemiperioden.

Sannsynligheten for vedtak om ulike typer helse- og omsorgstjenester

I det følgende ser vi på sannsynligheten for vedtak om ulike typer helse- og omsorgstjenester, deriblant BPA, praktisk bistand, støttekontakt, avlastning og tjenester utenfor hjemmet. Vi belyser videre hvordan ulike kjennetegn påvirker sannsynligheten for å motta disse tjenestene før, under og etter pandemien.

Figur 3.6 viser sannsynligheten for å motta brukerstyrt personlig assistanse (BPA) før, under og etter koronapandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre.

Figur 3.6 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av BPA i de ulike periodene. Avhengig variabel: BPA. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil

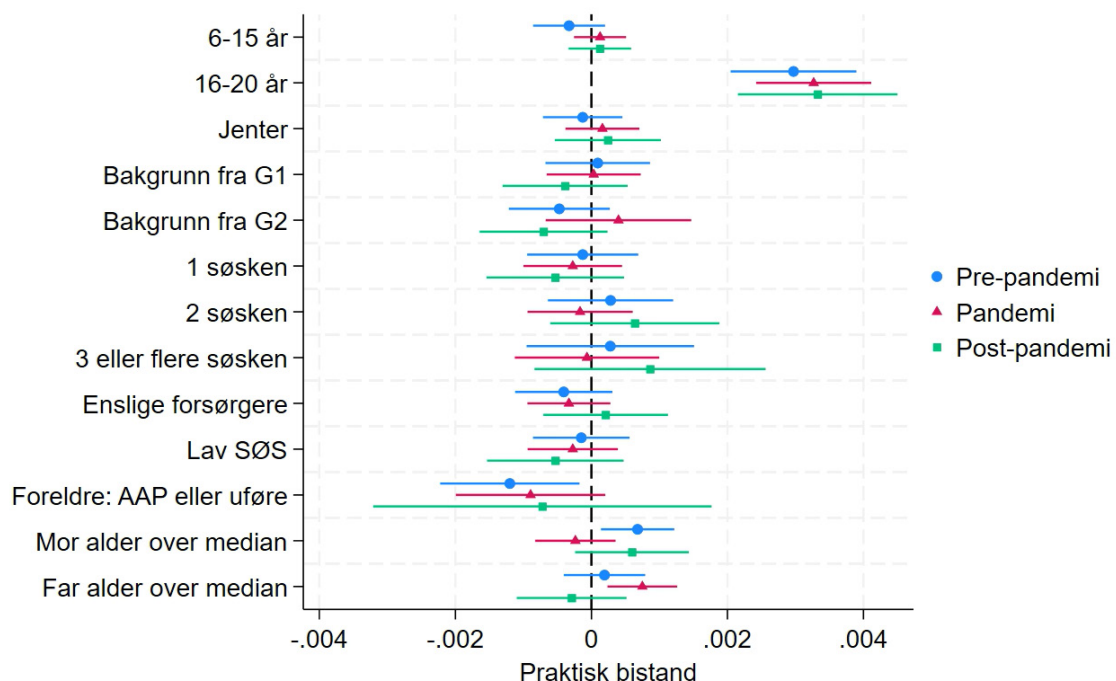


Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

Det er generelt små forskjeller etter kjennetegn hos barn og foreldre mellom tidsperiodene, noe som kan tyde på at koronapandemien i liten grad har endret mønstrene i hvem som mottar BPA. For alle grupper er koeffisientene og konfidensintervallene for de ulike tidsperiodene nesten overlappende, og forskjellene er ikke signifikante. Samtidig viser funnene at sannsynligheten for å motta BPA varierer noe mellom de ulike gruppene. For eksempel hadde barn med lav SØS signifikant lavere sannsynlighet for å bruke BPA i alle periodene. Det samme gjelder for barn av foreldre med fødeland fra G1- og G2-land, hvor forskjellene holder seg omtrent like store i alle periodene. Barn med mødre over median alder har noe signifikant høyere sannsynlighet for å motta BPA enn barn med mødre under medianalder, men forskjellen er veldig liten. Samlet sett peker resultatene på at koronapandemien ikke har medført vesentlige endringer i sannsynligheten for å motta BPA, og at betydningen av kjennetegn ved barn og familier for mottak av BPA har vært relativt stabil i hele perioden.

Figur 3.7 viser sannsynligheten for å motta praktisk bistand før, under og etter pandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre.

Figur 3.7 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av praktisk bistand i de ulike periodene. Avhengig variabel: praktisk bistand. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



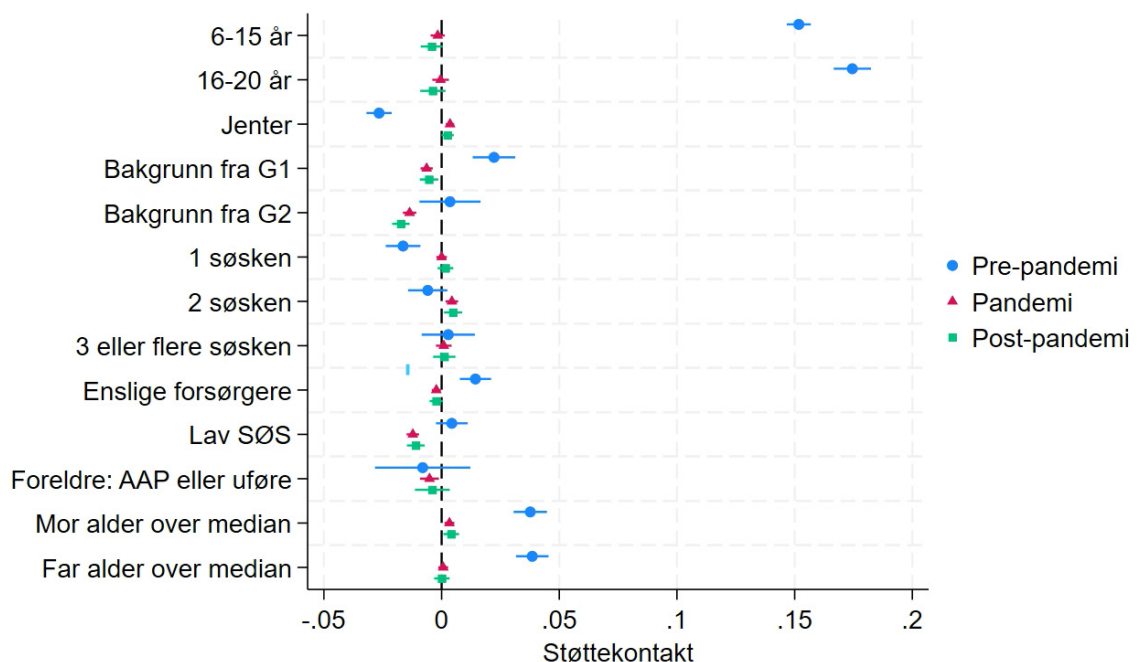
Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

Generelt ser vi svært små forskjeller etter kjennetegn hos barn og foreldre i de ulike tidsperiodene, noe som tyder på at pandemien i liten grad har påvirket mønstrene for hvem som mottar praktisk bistand. Koeffisientene for de tre

periodene ligger tett opp mot hverandre, konfidensintervallene er brede, og de små forskjellene er ikke signifikante. Samlet sett peker resultatene på at sannsynligheten for å motta praktisk bistand har vært stabil gjennom hele perioden, og at bakgrunnsfaktorene har hatt en relativt konstant betydning både før, under og etter pandemien. Samtidig indikerer figuren en liten aldersforskjell, der barn i alderen 16–20 år har noe signifikant høyere sannsynlighet for å motta praktisk bistand enn den yngste aldersgruppen, men forskjellen er svært beskjeden, under 1 prosentpoeng.

Figur 3.8 viser sannsynligheten for å motta støttekontakt før, under og etter pandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre. Samspillet mellom pandemi og alder viser at det var tydelige forskjeller etter alder før pandemien, der de eldste barna hadde signifikant større sannsynlighet for å motta støttekontakt enn de yngste barna. Dette er naturlig, ettersom behovet for støtte øker når barna blir eldre og deltar i flere aktiviteter.

Figur 3.8 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av støttekontakt i de ulike periodene. Avhengig variabel: støttekontakt. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



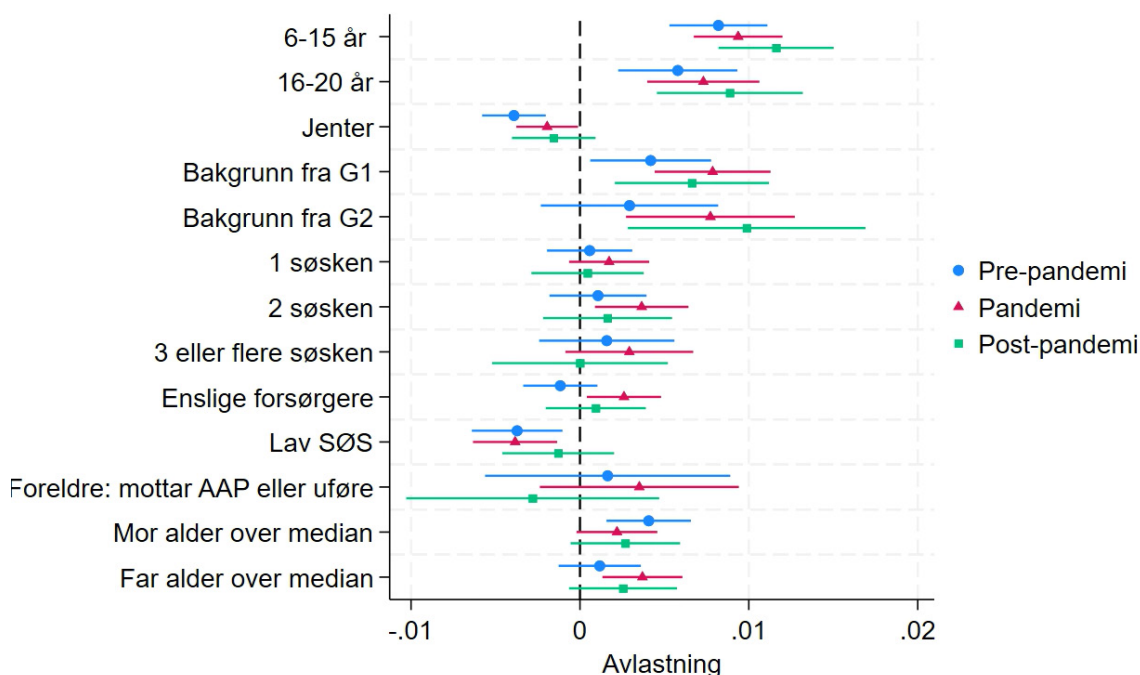
Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

Under pandemien og i 2022 forsvinner imidlertid disse forskjellene, og de er ikke lenger statistisk signifikante. For kjønn ser vi et lignende mønster, med små forskjeller før pandemien, men ingen signifikante forskjeller under eller etter. Forskjellene knyttet til SØS og innvandringsbakgrunn er signifikante, men så små at de kan regnes som ubetydelige. Samlet sett tyder resultatene på at

pandemien ikke har hatt noen vesentlig betydning for sannsynligheten for å motta støttekontakt, og betydningen av bakgrunnsfaktorer har vært nokså stabil gjennom hele perioden.

Figur 3.9 viser sannsynligheten for å motta avlastning i eller utenfor institusjon før, under og etter pandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre.

Figur 3.9 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av avlastning i de ulike periodene. Avhengig variabel: avlastning. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.

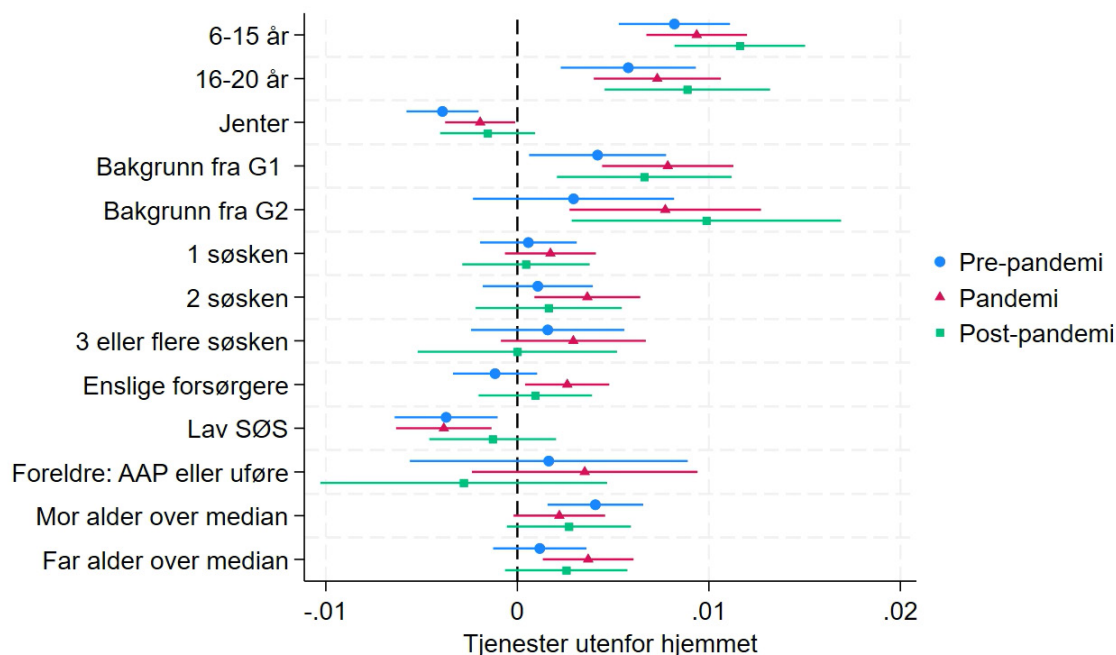


Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

Generelt ser vi at mønstrene er stabile i de ulike tidsperiodene, og at det ikke finnes signifikante forskjeller mellom dem. Pandemien ser dermed ikke ut til å ha endret sannsynligheten nevneverdig. Alder har en viss betydning: Både barn i alderen 6–15 år og ungdom i alderen 16–20 år har signifikant høyere sannsynlighet for å motta avlastning enn barn 0–5 år, og dette mønsteret holder seg gjennom alle periodene. Barn med innvandringsbakgrunn har litt høyere sannsynlighet for å motta denne tjenesten under og etter pandemien enn barn med majoritetsbakgrunn, forskjellen er signifikant, men veldig liten. For andre bakgrunnsfaktorer, som kjønn, søskenantall, familieforhold og sosioøkonomisk status, er forskjellene minimale, og endringene fra før til under og etter pandemien er ikke signifikante. Samlet sett tyder resultatene på at bruken av avlastning er relativt stabil, og at pandemien i liten grad har påvirket hvilke grupper av barn som mottar denne tjenesten.

Figur 3.10 viser sannsynligheten for å motta tjenester utenfor hjemmet før, under og etter pandemien, etter ulike kjennetegn ved barn og foreldre. Resultatene viser at alder har størst betydning: Både barn i alderen 6–15 år og ungdom i alderen 16–20 år har signifikant høyere sannsynlighet for å motta slike tjenester sammenlignet med barn i alderen 0–5 år, og dette mønsteret er stabilt gjennom periodene.

Figur 3.10 Lineære sannsynlighetsmodeller, bruk av tjenester utenfor hjemmet i de ulike periodene. Avhengig variabel: tjenester utenfor hjemmet. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Referansekategoriene er som følger: barnets alder (0–5 år), barnets kjønn (gutt), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), søsken (ingen søsken), forsørgerstatus (enslig forsørger), sosioøkonomisk status (høy SØS), foreldres trygdestatus (mottar ikke AAP eller uføretrygd), mors alder (under median), fars alder (under median).

For de øvrige bakgrunnsfaktorene, som kjønn, innvandrerbakgrunn, søskenantall, familieforhold og sosioøkonomisk status, er forskjellene små og stort sett ikke signifikante. Heller ikke endringene fra før til under og etter pandemien er signifikante og tyder dermed på at pandemien ikke har hatt vesentlig betydning for hvilke grupper av barn som mottar tjenester utenfor hjemmet.

Kort oppsummert viser resultatene fra de ulike analysene kun små endringer i sannsynligheten for å motta ulike typer helse- og omsorgstjenester før, under og etter pandemien. Mønstrene etter bakgrunnsfaktorer fremstår i stor grad som stabile, noe som tyder på at pandemien ikke hadde vesentlig innvirkning på hvilke grupper barn som mottok ulike typer helse- og omsorgstjenester.

4 Arbeidsdeltakelse

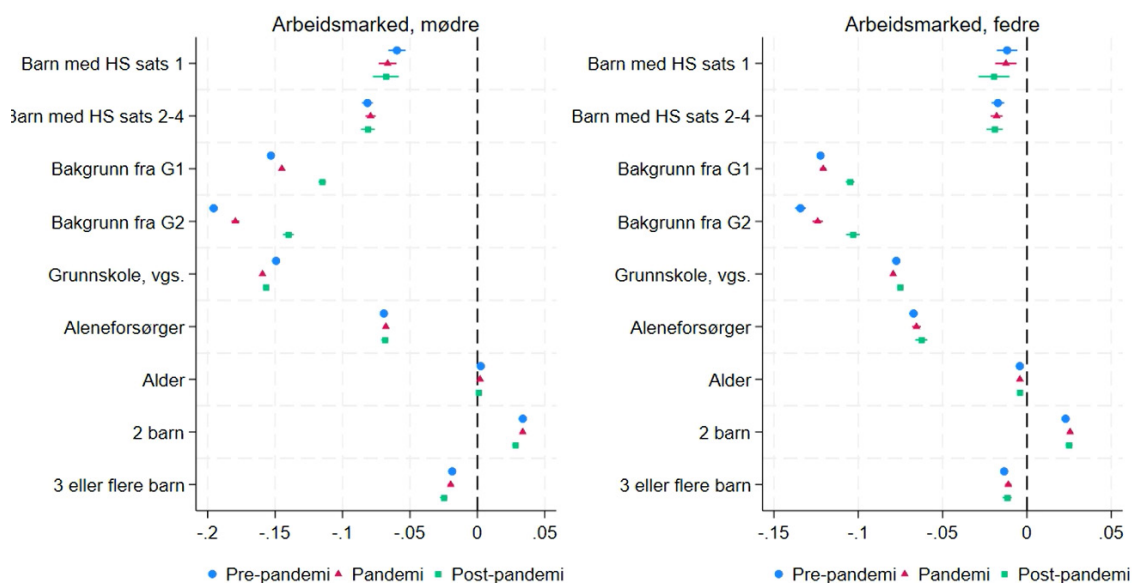
Temaet i dette kapittelet er arbeidsdeltakelse blant mødre og fedre til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Vi undersøker forskjellen mellom å være i jobb og ikke samt omfanget av heltids- og deltidsarbeid. Analysene er delt inn i tre perioder: før (2018–2019), under (2020–2021) og etter (2022) koronapandemien. Arbeidsdeltakelse er målt i november. Antall observasjoner i analysen for mødre er $N = 2\,588\,836$ og for fedre $N = 2\,803\,957$. Kapittelet søker å besvare følgende spørsmål: I hvilken grad har arbeidsdeltakelsen blant foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne endret seg fra før til under og etter pandemien?

Tidligere forskning viser at mødre påvirkes i større grad enn fedre i arbeidsmarkedet når de har omsorg for et barn med nedsatt funksjonsevne (Wondemu et al., 2024). For å belyse problemstillingen gjennomfører vi derfor separate analyser for mødre og fedre til barn med og uten nedsatt funksjonsevne. I denne studien er vi opptatt av forskjellene mellom foreldre med og uten barn med nedsatt funksjonsevne, og vi viser disse forskjellene separat for mødre og fedre. Vi skiller mellom tre grupper: barn som ikke mottar hjelpestønad (barn uten HS), barn som mottar ordinær hjelpestønad sats 1 (barn med HS sats 1), og barn som mottar forhøyet hjelpestønad som tilsvarer sats 2 til 4 (barn med HS sats 2–4).

Figur 4.1 viser resultater for arbeidsmarkedsdeltakelse for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel), med ulike bakgrunnskjennetegn i de tre tidsperiodene. Null-linjen (stiplet) markerer ingen forskjell. For mødre ser vi en negativ sammenheng, særlig for de som har omsorg for barn med sats 2–4 (forhøyet hjelpestønad). Mødre til barn med sats 2–4 har ca. 8 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være i arbeid enn mødre til barn som ikke mottar hjelpestønad. For sats 1 er tilsvarende tall rundt 6 prosentpoeng. Resultatene er signifikante. Dette mønsteret er stabilt gjennom de tre tidsperiodene. For fedrene er forskjellene mellom de som har barn med og uten hjelpestønad, veldig liten, men signifikant, ca. 2 til 3 prosentpoeng, og den er stabil over tidsperiodene.

Figur 4.1 viser videre hvordan ulike bakgrunnskjennetegn, som lav utdanning hos foreldre, aleneomsorg eller innvandringsbakgrunn, henger sammen med lavere sannsynlighet for å være i arbeid, både for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel). Betydningen av disse kjennetegnene for arbeidsdeltakelse er signifikant, men nokså stabil gjennom de tre tidsperiodene.

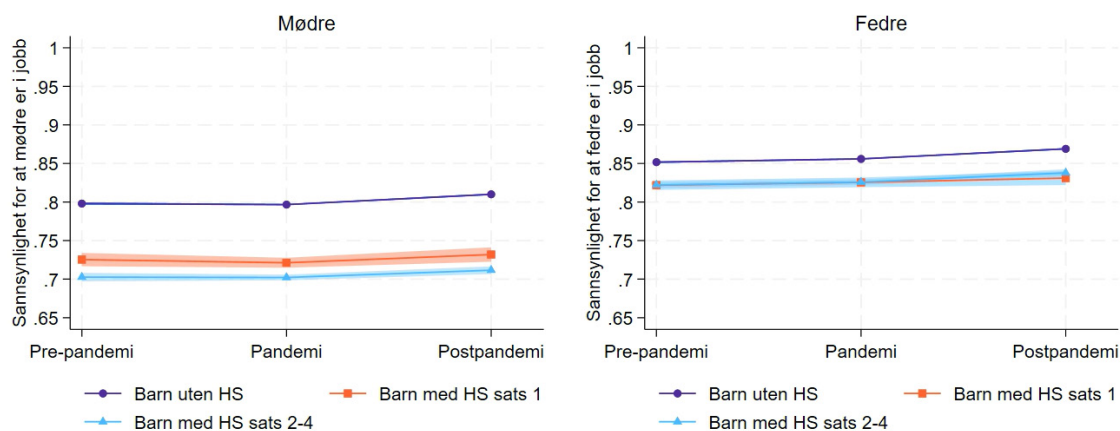
Figur 4.1 Lineære sannsynlighetsmodeller, sysselsetting for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: arbeidsmarkedsstatus. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Referansekategoriene er som følger: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Figur 4.2 viser resultater fra separate analyser av arbeidsdeltakelse for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel), inkludert samspillsledd mellom omsorg for barn med nedsatt funksjonsevne og tidsperiode. I alle tre perioder har mødre til barn uten hjelpestønad signifikant høyere sannsynlighet for å være sysselsatt: Om lag 80 prosent er i jobb, mot rundt 70 prosent blant mødre til barn med nedsatt funksjonsevne. Mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har i gjennomsnitt 10 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være sysselsatt enn mødre til barn uten hjelpestønad. Tilsvarende tall for mødre med barn som mottar hjelpestønad sats 1, er 8 prosentpoeng. Forskjellen mellom sats 1 og forhøyet hjelpestønad er signifikant i alle tre perioder, men utgjør bare rundt 2 prosentpoeng.

Figur 4.2 Lineære sannsynlighetsmodeller, påvirkning av samspill mellom barn med og uten hjelpestønad og tidsperiode på sysselsetting for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: sannsynligheten for å være i arbeid. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Modellene er kontrollert for: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

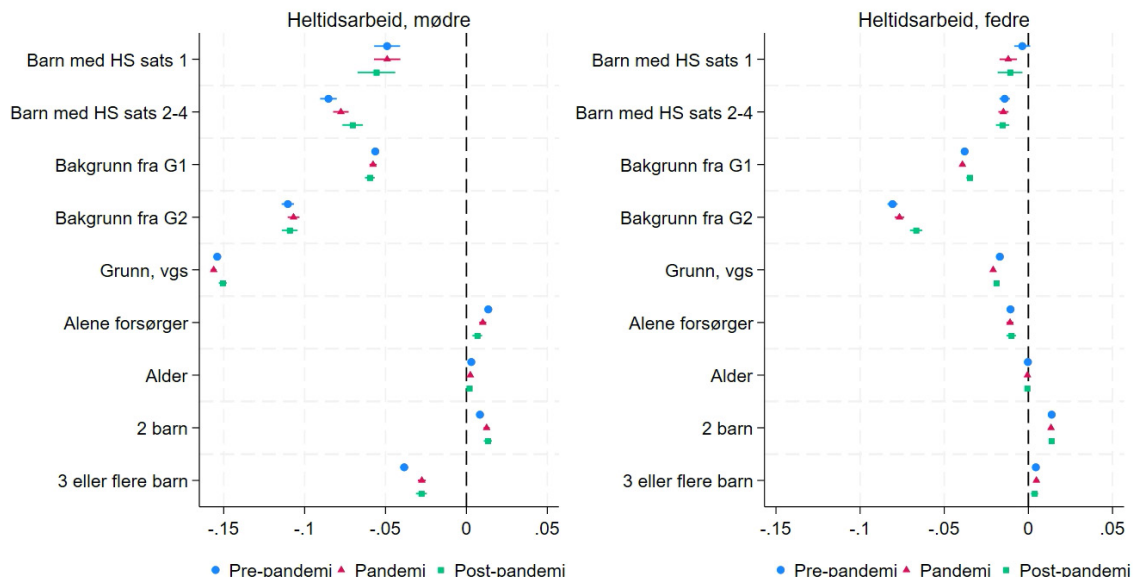
Resultatene i figur 4.2 viser videre at fedre til barn med nedsatt funksjonsevne har om lag 3 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være i arbeid i alle de tre tidsperiodene, resultatet er signifikant. Det er ingen signifikante forskjeller mellom fedre til barn med ordinær hjelpestønad og fedre til barn med forhøyet hjelpestønad. Samspillsleddet mellom barn med hjelpestønad og tidsperiode er ikke statistisk signifikant, noe som indikerer at forskjellene mellom fedregruppene har vært stabile over tid.

Oppsummert viser analysene at sammenhengen mellom det å ha omsorg for et barn med nedsatt funksjonsevne og arbeidsdeltakelse blant mødre og fedre er stabilt lavere sammenlignet med majoritetsforeldre, uavhengig av tidsperiode. Videre viser resultatene at redusert arbeidsdeltakelse særlig gjelder mødre til barn med nedsatt funksjonsevne, mens fedre er mindre påvirket. De stabile forskjellene over tid tyder på at koronapandemien ikke har påvirket graden av arbeidsdeltakelse for noen av foreldregruppene.

Heltids- eller deltidsarbeid

Figur 4.3 viser sannsynligheten for å være i heltidsarbeid for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel), kontrollert for ulike bakgrunnskjennetegn, for de tre tidsperiodene. Null-linjen (stiplet) markerer ingen forskjell.

Figur 4.3 Lineære sannsynlighetsmodeller, sannsynlighet for å jobbe heltid for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: heltidsarbeid. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. Total N mødre = 2 059 791 og fedre N = 1 930 134



Note: Referansekategoriene er som følger: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

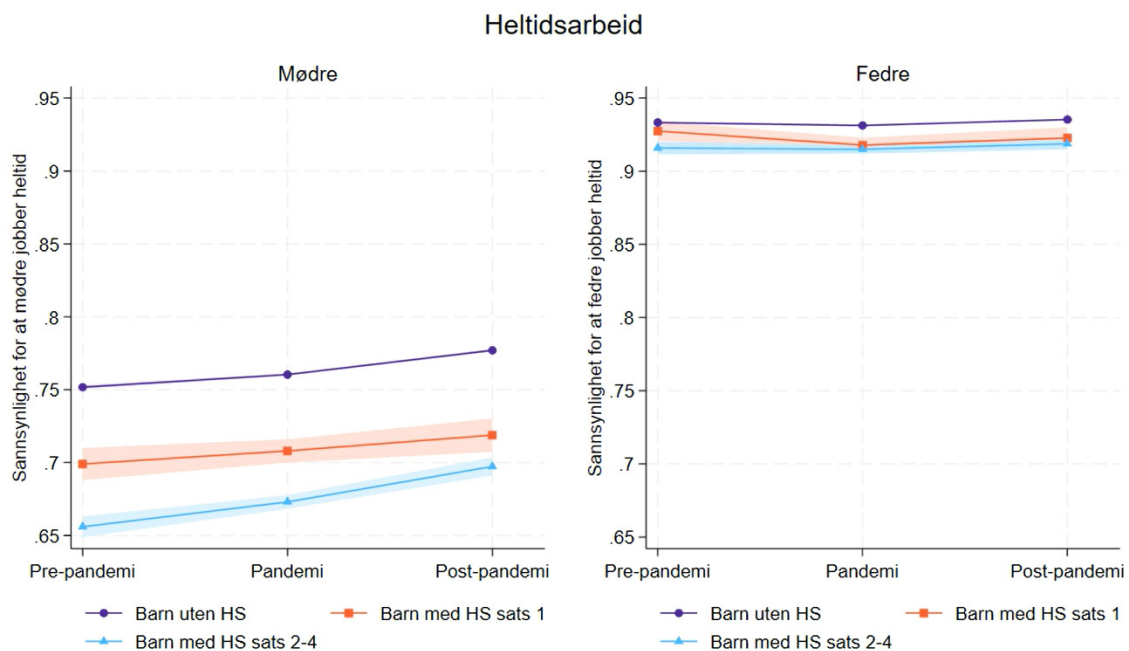
Mødre med omsorg for barn med funksjonsnedsettelse har signifikant høyere sannsynlighet for å jobbe deltid sammenlignet med majoritetsmødre. Mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har fra 7 til 9 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å være i heltidsarbeid enn mødre som har barn som ikke mottar hjelpestønad. Tilsvarende for mødre til barn med ordinær hjelpestønad er rundt 6 prosentpoeng. Forholdet mellom heltids- og deltidarbeid mellom de ulike gruppene av mødre er stabilt uavhengig av tidsperiode. For fedrene er forskjellen i heltidsarbeid mellom de som har barn med og uten funksjonsnedsettelse, signifikant, men veldig liten, under 2 prosentpoeng, og er stabil over tidsperiodene.

Videre viser resultatene at foreldre med grunnskole eller videregående utdanning, samt foreldre med innvandringsbakgrunn, har signifikant lavere sannsynlighet for å være i heltidsarbeid. Disse forskjellene er stabile gjennom de tre tidsperiodene.

Oppsummert viser resultatene at det først og fremst er mødre til barn med nedsatt funksjonsevne som har lavere sannsynlighet for å jobbe heltid, mens det ikke finnes en tilsvarende forskjell mellom fedre. Mønstrene er stabile gjennom de tre tidsperiodene og indikerer at pandemien ikke har endret de underliggende forskjellene i heltidsarbeid relatert til å ha omsorg for et barn med funksjonsnedsettelse og bakgrunnskjennetegn som er inkludert i analysene.

Figur 4.4 viser resultatene for sannsynligheten for heltidsarbeid hvor det er inkludert samspillsledd mellom hjelpestønadssats og tidsperiode for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel). I alle tre perioder har mødre til barn uten hjelpestønad signifikant høyere sannsynlighet for å være i heltidsarbeid enn mødre til barn med hjelpestønad. Omkring 75–77 prosent av mødrene til barn uten hjelpestønad jobber heltid, mens tilsvarende andel er lavere blant mødre til barn med hjelpestønad (om lag 70–72 %) og særlig blant mødre til barn med forhøyet hjelpestønad (ca. 65–69 %). Sammenlignet med før pandemien er sannsynligheten for at mødre jobber heltid, noe høyere under og etter pandemien, dette gjelder alle gruppene. Denne endringen er noe sterkere for mødre til barn med forhøyet hjelpestønad. Det er kun for denne gruppen vi finner et signifikant samspill mellom barn med hjelpestønad og tidsperiode.

Figur 4.4 Lineære sannsynlighetsmodeller, påvirkning av samspill mellom barn med og uten hjelpestønad og tidsperiode på sannsynligheten for å jobbe heltid for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: heltidsarbeid. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Modellene er kontrollert for: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Blant fedre er nivået av heltidsarbeid generelt svært høyt (rundt 92–94 %), og forskjellene mellom grupper av fedre og tidsperiode er ikke signifikant. Fedre til barn med hjelpestønad har kun marginalt lavere sannsynlighet for å jobbe heltid enn fedre til barn uten hjelpestønad, og mønsteret er stabilt gjennom tidsperiodene.

Oppsummert viser resultatene i figur 4.4 at det er lite som tyder på at korona-pandemien har påvirket foreldrenes heltidsarbeid. Sannsynligheten for å jobbe

heltid er stabilt lavere i hele perioden for mødre til barn med funksjonsnedsettelse sammenlignet med majoritetsmødrene.

Blant mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har forskjellen blitt noe mindre etter pandemien sammenlignet med andre mødre. Dette skyldes at sannsynligheten for å jobbe heltid har økt mer i denne gruppen i perioden. Sannsynligheten for å jobbe heltid er langt høyere for fedre enn mødre, i tillegg er det ingen signifikant forskjell mellom fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse.

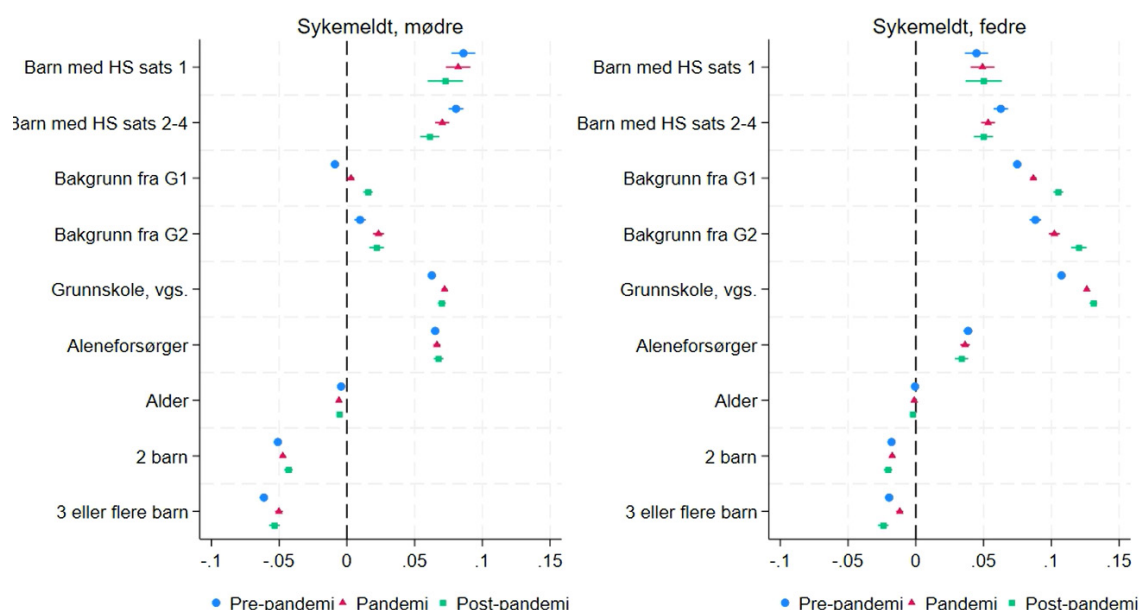
5 Sykefravær

Temaet i dette kapittelet er sykefravær blant mødre og fedre til barn med funksjonsnedsettelse. Vi undersøker både sannsynligheten for å ha langtids-sykefravær, 16 dager eller mer, og antall dager sykefravær blant de som har hatt minst ett sykefraværstilfelle. Analysene er delt inn i tre perioder: før (2018–2019), under (2020–2021) og etter (2022) koronapandemien. Kapittelet søker å besvare følgende spørsmål: I hvilken grad har sykefraværet blant foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne endret seg fra før til under og etter pandemien?

Figur 5.1 viser sannsynligheten for å være sykemeldt i de tre tidsperiodene for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel), etter ulike bakgrunnskenne-tegn. Null-linjen (stiplet) markerer ingen forskjell.

Mødre til barn med funksjonsnedsettelse har 6–9 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å være sykemeldt enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse. Tilsvarende forskjell finnes også mellom fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse og er på om lag 4–5 prosentpoeng. Forskjellene er stabile gjennom de tre periodene. Imidlertid består den siste perioden kun av ett år og ikke to, som kan påvirke antall sykemeldinger som fanges opp. For å sjekke dette har vi gjennomført de samme analysene per år, og mønsteret er det samme.

Figur 5.1 Lineære sannsynlighetsmodeller, sannsynlighet i de ulike periodene for å være sykemeldt for mødre og fedre som er sysselsatt. Avhengig variabel: ha minst ett sykemeldingstilfelle = 1. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. Antall observasjoner for mødre N = 2 059 791 og fedre N = 1 930 134.



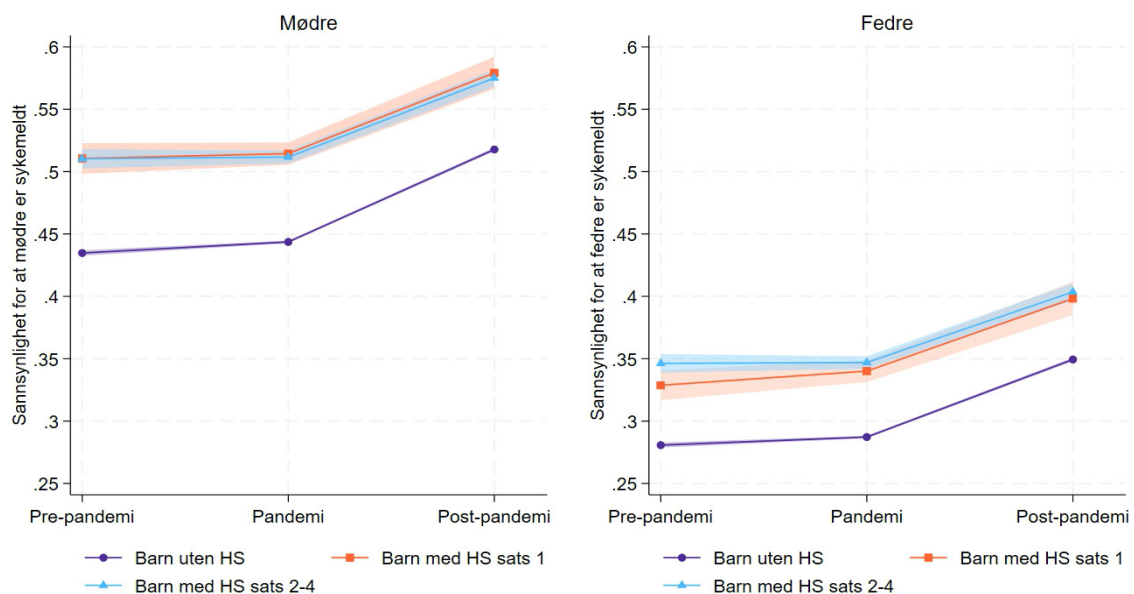
Note: Referansekategoriene er som følger: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Videre viser figur 5.1 at det å være aleneforsørger og ha lav utdanning (grunnskole/vgs.) gir en signifikant høyere sannsynlighet for å være sykemeldt for både mødre og fedre. Fedre har noe signifikant høyere sannsynlighet for å være sykemeldt hvis de har bakgrunn fra G1-land og G2-land, sammenlignet med G0-land. Mønstrene er stabile på tvers av de tre tidsperiodene. Vi finner tilsvarende signifikant resultat for mødre, men forskjellen er mindre.

Oppsummert viser analysene at forskjellene i sannsynlighet for å være sykemeldt mellom mødre og fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse er stabile på tvers av de tre tidsperiodene.

Figur 5.2 viser resultatene for en analyse av sannsynligheten for å være sykemeldt hvor det er inkludert et samspillsledd mellom hjelpestønadsats og tidsperiode for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel). I alle tre periodene har mødre til barn med funksjonsnedsettelse signifikant høyere sannsynlighet for å være sykemeldt enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse. Fedre har gjennomgående lavere sannsynlighet for sykefravær enn mødre, samtidig finnes tilsvarende mønster for fedre: Fedre til barn med funksjonsnedsettelse har signifikant høyere sannsynlighet for sykefravær enn fedre til barn uten funksjonsnedsettelse. Samspillsleddet mellom hjelpestønadsats og tidsperiode er ikke statistisk signifikant verken for mødre eller fedre, noe som indikerer at forskjellene mellom gruppene har vært stabile over tid. Det har vært en tydelig økning i sykefravær for alle grupper mødre og fedre etter koronapandemien, og de relative forskjellene mellom gruppene har ikke endret seg.

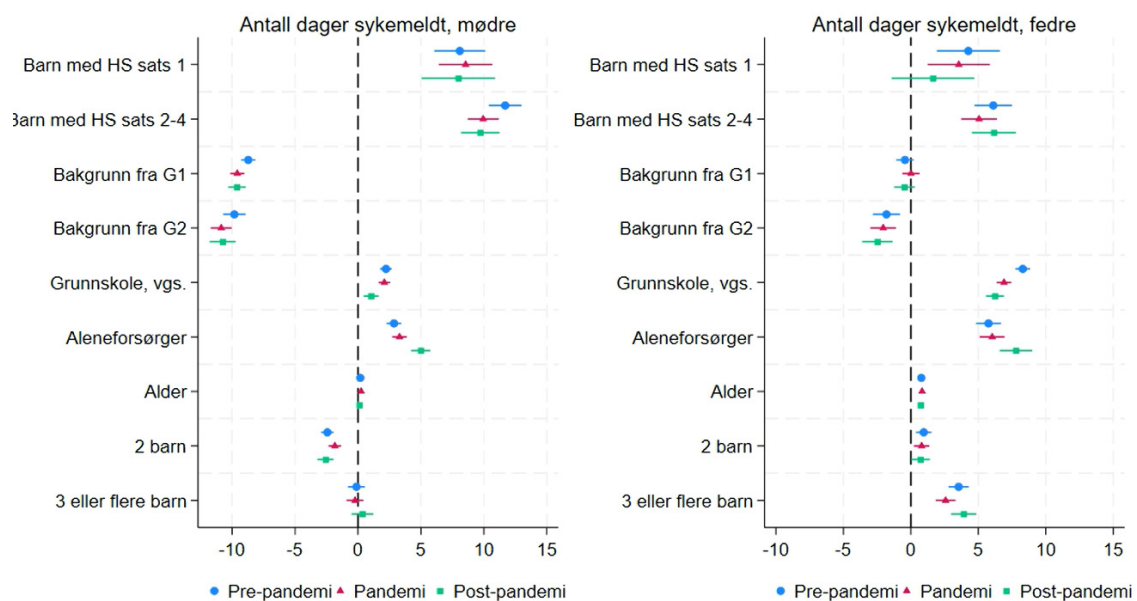
Figur 5.2 Lineære sannsynlighetsmodeller, påvirkning av samspill mellom barn med og uten hjelpestønad og tidsperiode på sannsynligheten for å være sykemeldt for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: ha minst ett sykemeldingstilfelle = 1. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Modellene er kontrollert for: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Figur 5.3 viser antall dager sykemeldt over 16 dager blant de som har hatt minst ett sykemeldingstilfelle for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel), med ulike bakgrunnskenntegn i tre tidsperioder: før, under og etter pandemien. Null-linjen (stiplet) markerer ingen forskjell. Mødre til barn med hjelpestønadsats 1 og særlig mødre med forhøyet hjelpestønadsats har signifikant klart flere sykemeldingsdager enn mødre til barn som ikke mottar hjelpestønadsats. Forskjellen er stabil på tvers av tidsperiodene.

Figur 5.3 Lineær regresjon, antall dager sykemeldt blant sysselsatte som har hatt minst ett sykemeldingstilfelle, for mødre og fedre i de ulike periodene. Avhengig variabel: antall dager sykemeldt. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil. Antall observasjoner for mødre N = 2 059 791 og fedre N = 1 930 134.

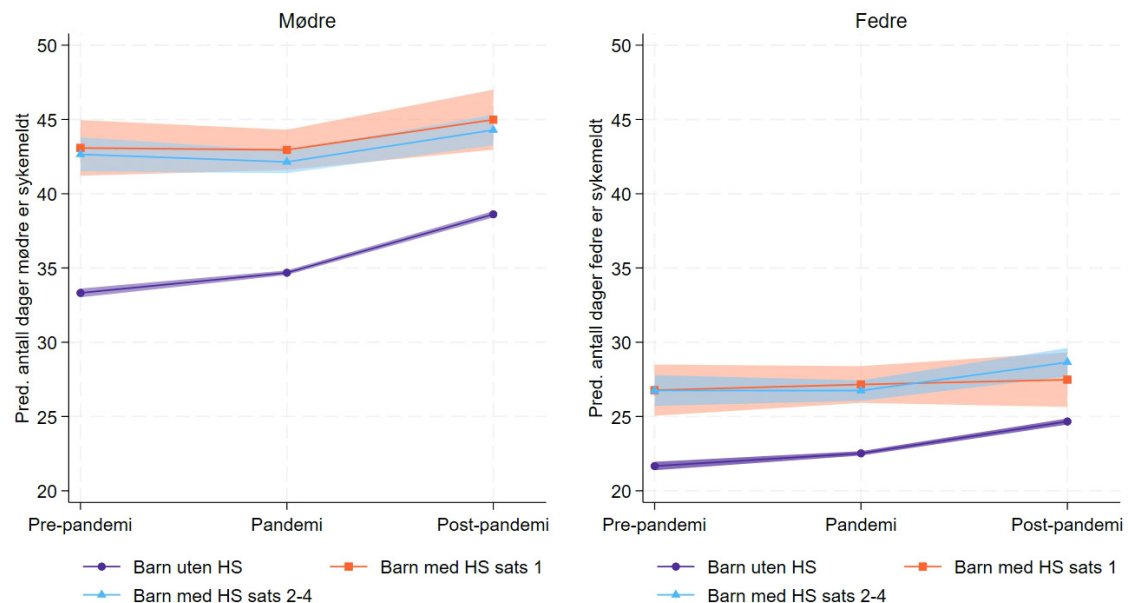


Note: Referansekategoriene er som følger: om barnet mottar hjelpestønadsats (mottar ikke hjelpestønadsats), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Fedre til barn med hjelpestønadsats har også signifikant flere sykemeldingsdager enn andre fedre, men forskjellene er mye mindre enn for mødre. Innvandrers fedre fra G2-land har signifikant færre sykemeldingsdager enn majoritetsfedre (forskjellen for G1-land er ikke signifikant), og fedre som er alene med omsorgen, har signifikant flere sykemeldingsdager enn fedre som ikke er alene om omsorgen. Fedre med tre eller flere barn har flere sykefraværskdager enn fedre med ett barn, resultatet er signifikant.

Figur 5.4 viser en analyse av antall dager sykemeldt blant sysselsatte med et samspillsledd mellom omsorg for barn med nedsatt funksjonsevne og tidsperiode, for mødre (venstre panel) og fedre (høyre panel) som har hatt minst ett sykemeldingstilfelle.

Figur 5.4 Lineær regresjon, samspill mellom barn med og uten hjelpestønad og tidsperiode på antall dager sykemeldt for mødre og fedre som er sysselsatt, og som har hatt minst ett sykemeldingstilfelle i de ulike periodene. Avhengig variabel: antall dager sykemeldt. Kommunefaste effekter og robuste standardfeil.



Note: Modellene er kontrollert for: om barnet mottar hjelpestønad (mottar ikke hjelpestønad), foreldrenes landbakgrunn (født i Norge/G0-land), om foreldrene har utdanning på grunnskole eller videregående nivå (høyere utdanning), forsørgerstatus (ikke aleneforsørger), foreldrenes alder (kontinuerlig), søsken (ingen søsken).

Figur 5.4 viser at både mødre og fedre til barn med hjelpestønad har signifikant flere sykmeldingsdager enn foreldre til barn uten hjelpestønad, og forskjellen er tydeligst blant mødre. Samspillsleddet mellom hjelpestønad og tidsperiode er ikke signifikant, noe som tyder på stabile forskjeller over tid. Alle grupper har en generell økning i sykmeldingsdager fra prepandemi til postpandemi, men de relative forskjellene mellom gruppene opprettholdes. Oppsummert viser resultatene at forskjellene i sykefravær mellom foreldre til barn som mottar og ikke mottar hjelpestønad, er stabile over tid, noe som indikerer at pandemien ikke har påvirket disse forskjellene.

6 Diskusjon og konklusjon

Dette notatet presenterer funn fra en studie om betydningen av koronapandemien for bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant barn med nedsatt funksjonsevne samt foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær. Analysene omfatter tre perioder: før pandemien (2018–2019), under pandemien (2020–2021) og etter pandemien (2022). Først har vi undersøkt om det var endringer i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt og avlastning, blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Vi har differensiert mellom barn med ordinær hjelpestønad og barn med forhøyet hjelpestønad, for å undersøke om utviklingen var forskjellig for barn med ulik grad av hjelpebehov. Videre har vi undersøkt hvordan bakgrunnsfaktorer som sosioøkonomisk status, foreldres fødeland og mottak av arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd har betydning for sannsynligheten for tjenestebruk, og om betydningen av disse faktorene har endret seg gjennom analyseperioden. Til slutt har vi undersøkt hvordan koronapandemien har påvirket arbeidsdeltakelse og sykefravær blant foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse.

Helse- og omsorgstjenester

De mest sentrale funnene for barn og unge med funksjonsnedsettelse er at mottak av helse- og omsorgstjenester var høyere under koronapandemien enn årene før. Støttekontakt var den mest brukte tjenesten i hele analyseperioden. Resultatene gir ingen klare indikasjoner på at koronapandemien påvirket mottak av helse- og omsorgstjenester generelt eller type tjeneste.

For å forstå variasjoner i tjenestebruk mer inngående har vi analysert hvordan ulike bakgrunnsfaktorer påvirket sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester. Barnets alder fremstår som den viktigste faktoren for mottak av helse- og velferdstjenester generelt. Støttekontakt er blant de tjenestene som har hatt størst endring, både i antall og endring i alderssammensetningen. Før pandemien hadde barn under 6 år klart lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn eldre barn. Etter koronapandemien ble denne forskjellen mindre tydelig. Denne endringen skyldes i stor grad at økningen i bruk av støttekontakt har vært mest markant i den yngste aldersgruppen. Jenter har generelt noe høyere sannsynlighet enn gutter for å motta helse- og omsorgstjenester gjennom hele perioden. Videre har barn av utenlandsfødte foreldre, uavhengig av fødeland, og barn med enslige forsørgere høyere sannsynlighet for å motta helse- og omsorgstjenester. Andre kjennetegn, som sosioøkonomisk status, andre søsken og foreldres trygdeytelser, har kun en beskjeden betydning for mottak av slike tjenester.

I tillegg til individuelle kjennetegn hos barn og foreldre har vi undersøkt hvilken betydning bosted har for sannsynligheten for å motta helse- og omsorgstjenester. Før koronapandemien hadde barn med funksjonsnedsettelse som

bodde i de største byene, lavere sannsynlighet for å motta tjenester enn barn i andre kommuner. Under pandemien ble denne forskjellen redusert. Etter pandemien ser vi en ytterligere endring, hvor barn i storbyene hadde høyere sannsynlighet for å motta tjenester enn barn i andre kommuner.

Overordnet er det lite som tyder på at pandemien har påvirket mønstrene i mottak av helse- og omsorgstjenester. Der vi observerer endringer, fremstår disse som midlertidige og relativt små. Resultatene tyder imidlertid på at forskjellene mellom storbyer og øvrige kommuner har blitt mindre under og etter koronapandemien, sammenlignet med før. Disse mønstrene holder seg stabile selv når det tas hensyn til bakgrunnskjennetegn, noe som indikerer at det ikke har skjedd vesentlige endringer i hvilke grupper av barn som mottok tjenestene. Den generelle økningen i mottak av helse- og omsorgstjenester blant barn under 6 år kan imidlertid reflektere økt oppmerksomhet om disse familiene.

Samtidig gir ikke analyser som tar i bruk registerdata, innblikk i hvordan barn og unge med funksjonsnedsettelse, eller deres foreldre, opplevde kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene som ble gitt. Vi vet heller ikke om foreldrene måtte bruke ekstra tid på koordinering av tjenester, eller om de fikk den hjelpen de hadde behov for. En kvalitativ studie av Østerud (2024) gir et innblikk i hvordan ungdom og unge voksne med funksjonsnedsettelse opplevde velferdstilbudet, og i hvilken grad det samsvarte med deres behov under og etter koronapandemien. Flere av informantene beskrev store utfordringer under pandemien, der tilgang til og tilrettelegging av tjenester krevde stor egeninnsats, og hvor de møtte et komplisert og lite tilgjengelig byråkrati. Mange opplevde manglende mestring og støtte, og flere følte at de ikke ble hørt eller trodd av tjenesteapparatet. Foreldrenes rolle fremsto som avgjørende. De som fikk praktisk, økonomisk og emosjonell støtte fra foreldre, hadde lettere for å navigere i systemet og oppnå fungerende tjenester og fritidstilbud. En annen kvalitativ studie, av Bøhler og Ugreninov (2021), viser også at foreldrenes egeninnsats var avgjørende for å få tilgang til de helse- og omsorgstjenestene de hadde krav på. Begge studiene fant en klar sosial gradient: Barn og unge med foreldre med høyere sosioøkonomisk status fikk i større grad den hjelpen de hadde behov for og rett på.

Foreldres arbeidsdeltakelse og sykefravær

Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse har ofte en stor omsorgsbelastning og en hverdag som preges av omfattende koordinering mellom ulike tjenester, hyppige medisinske oppfølginger og komplekse søknadsprosesser (Luijkx et al., 2017). Mødre har ofte hovedansvaret og kombinerer omsorgsrollen med oppgaver som saksbehandling for å få tilgang til nødvendige ytelser og tilrettelegging av tjenester (Albertini Fröh et al., 2017), noe som bidrar til en betydelig omsorgsbelastning, særlig når støtten fra tjenesteapparatet er begrenset (Østerud et al., 2024). Da pandemien brøt ut våren 2020, sto kommunale helse- og omsorgstjenester overfor krevende prioriteringer på grunn av reduserte ressurser (Heggstad, 2020), samtidig som de inngripende smitteverntiltakene

kan ha krevd en betydelig større innsats, ettersom en rekke helse- og omsorgstjenester ble endret eller redusert (Evensen et al., 2023; Skrove et al., 2021).

Vår studie viser at foreldres arbeidsdeltakelse var forholdsvis stabil gjennom hele analyseperioden. Derimot fant vi klare og stabile forskjeller i arbeidsdeltakelsen mellom mødre til barn med og uten funksjonsnedsettelse. Mødre til barn med funksjonsnedsettelse har klart lavere sannsynlighet for arbeidsdeltakelse enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse. For fedre finner vi ikke tilsvarende forskjeller. For å få et mer presist bilde av arbeidsdeltakelse har vi også undersøkt om foreldrene jobber deltid eller heltid. Blant mødre er det fortsatt et tydelig skille mellom de som har omsorg for barn med funksjonsnedsettelse, og andre mødre. Et interessant funn er at mødre til barn med forhøyet hjelpestønad har en noe sterkere økning i heltidsarbeid etter pandemien, sammenlignet med mødre uten hjelpestønad. Forskjellene for fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse er marginale og stabile på tvers av tidsperioder. Resultatene for foreldrenes arbeidsdeltakelse og heltidsarbeid endres ikke i analyser hvor det kontrolleres for innvandringsbakgrunn, lav utdanning, aleneforsørgerstatus, alder og antall barn.

Et hovedfunn er at vi fant klare og stabile forskjeller i arbeidsdeltakelsen mellom mødre til barn med og uten funksjonsnedsettelse, og ingen tilsvarende forskjell for fedre. Disse funnene støttes av en rekke studier som viser at mødre til barn med funksjonsnedsettelse i større grad enn fedre reduserer sin arbeidsdeltakelse (Brekke & Nadim, 2017; Hauge et al., 2013; Wondemu et al., 2024). At mødre med høy omsorgsbelastning økte sin arbeidsdeltakelse etter pandemiårene, er interessant og bryter med tidligere forskning, men årsaken er foreløpig uviss. En norsk studie av Wondemu et al. (2022) viser en klar negativ sammenheng mellom det å ha omsorg for barn med funksjonsnedsettelse og arbeidsdeltakelse og arbeidstid. Studien viser videre at dette spesielt gjelder mødre, og at sannsynligheten for at mødre reduserte arbeidstiden, økte desto eldre barnet ble. En mulig forklaring er at studien til Wondemu et al. (2022) benyttet et tiårs-perspektiv, mens vår studie kun inkluderer fem år totalt og ett år etter pandemi-perioden. En annen forklaring som bør utforskes nærmere, kan være at økt fleksibilitet og muligheter for bruk av hjemmekontor, både under og i etterkant av koronapandemien, kan ha hatt en positiv innvirkning på arbeidsdeltakelsen for mødre med høy omsorgsbelastning. Så langt vi kjenner til, finnes det ingen artikler eller studier som konkret undersøker disse sammenhengene.

Reduksjon i arbeidsdeltakelse som følge av en eventuell økt omsorgsbelastning knyttet til koronapandemien kan være en mer gradvis prosess, slik Wondemu et al. (2022) viser, i motsetning til sykefravær som ofte har en mer umiddelbar effekt. Blant foreldre som var yrkesaktive, undersøkte vi betydningen av koronapandemien for sykefravær, målt både som sannsynlighet for minst ett sykefraværstilfelle og som antall dager med sykefravær. Sannsynligheten for minst ett sykefraværstilfelle og antall dager sykefravær økte i hele perioden for samtlige grupper, særlig etter koronapandemien. Mødre til barn med funksjonsnedsettelse har både høyere sannsynlighet for å være sykmeldt og flere

sykefraværsdager enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse, uavhengig av tidsperiode. Det samme gjelder for fedre, men forskjellene mellom fedre til barn med og uten funksjonsnedsettelse var mindre. De relative forskjellene mellom foreldre med og uten barn med funksjonsnedsettelse er stabile over tid og påvirkes ikke når det kontrolleres for bakgrunnskenntegn. Dette tyder på at koronapandemien ikke endret de underliggende forholdene som påvirker forskjeller i sykefravær mellom foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse. En begrensning i våre analyser er at den siste perioden består kun av ett år (2022) og ikke to, som kan påvirke antall sykemeldinger som fanges opp. Til tross for dette finner vi de samme mønstrene når vi gjennomfører analysene per år.

Den generelle økningen i sykefraværet for både mødre og fedre i våre analyser samsvarer med sykefraværstatistikken til SSB (2023). De forholdsvis stabile forskjellene i sykefravær mellom mødre til barn med og uten funksjonsnedsettelse er også konsistente med tidligere forskning. Det er godt dokumentert at mødre har høyere sykefravær enn andre kvinner (Østby et al., 2018), og at mødre til barn med funksjonsnedsettelse har enda høyere sykefravær enn mødre til barn uten funksjonsnedsettelse (Brekke & Nadim, 2017; Hauge et al., 2013; Wendelborg & Tøssebro, 2016; Wondemu et al., 2024).

Avsluttende refleksjoner

Studier basert på registerdata har en klar styrke når man skal undersøke bruk av helse- og omsorgstilbud blant barn med funksjonsnedsettelse samt foreldrenes arbeidsdeltakelse og sykefravær over tid. Samtidig har registerdata noen klare begrensninger, blant annet når det gjelder hva slags informasjon som er tilgjengelig. I våre analyser er det lite som tyder på at koronapandemien førte til umiddelbare negative konsekvenser, men det kan ha oppstått nye sårbarhetsmønstre som ikke lar seg identifisere innenfor den relativt korte analyseperioden. Dersom lav kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, selv i en kortvarig periode, har konsekvenser for barn og unges helse og trivsel på sikt, vil dette ikke fanges opp i denne studien. Mødre med omsorg for barn med funksjonsnedsettelse hadde betydelig høyere sykefravær enn både fedre i samme situasjon og mødre til barn uten funksjonsnedsettelse. Forskjellene er stabile, men det er uklart om den ekstra omsorgsbelastningen under pandemien vil ha langvarige konsekvenser for mødrenes helse, arbeidsdeltakelse og økonomiske situasjon.

Selv om analysene ikke viser tydelige negative korttidskonsekvenser av pandemien, kan nye sårbarhetsmønstre ha oppstått utenfor tidsrammen vi har studert. Studien bekrefter samtidig at forskjellene mellom foreldre til barn med og uten funksjonsnedsettelse, særlig mødre, er betydelige. Dette er bekymringsfullt og understreker behovet for mer kunnskap om i hvilken grad bedre koordinerte og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester kan redusere omsorgsbyrden, og hvordan økt fleksibilitet i arbeidssituasjonen kan styrke foreldrenes mulighet for arbeidsdeltakelse og lavere sykefravær.

Litteratur

- Albertini Früh, E., Liden, H. & Kvarme, L. (2017). Trust in welfare services?: Immigrant parents with children with special needs encounters with the supportsystem. *Norwegian Journal of Welfare Research* (in Norwegian), 20, 191–208. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-03-02>
- Alstadsæter, A., Bratsberg, B., Markussen, S., Raaum, O. & Røed, K. (2025). Social gradients in employment during and after the COVID-19 pandemic. *The Journal of Economic Inequality*, 23(2), 349–370. <https://doi.org/10.1007/s10888-024-09645-6>
- Brekke, I. & Alecu, A. (2023). The health of mothers caring for a child with a disability: a longitudinal study. *BMC Women's Health*, 23(1), 639. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02798-y>
- Brekke, I. & Nadim, M. (2017). Gendered effects of intensified care burdens: employment and sickness absence in families with chronically sick or disabled children in Norway. *Work, Employment and Society*, 31(3), 391–408. <https://doi.org/10.1177/0950017015625616>
- Bøhler, K. K. & Ugreninov, E. (2021). *Velferdstjenester, stønader og informasjon til familier med barn med funksjonsnedsettelse under covid-19. En kvalitativ undersøkelse* (NOVA-notat 4/21). NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Evensen, M., Hart, R. K., Godøy, A. A., Hauge, L. J., Lund, I. O., Knudsen, A. K. S., Grøtting, M. W., Surén, P. & Reneflot, A. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32(6), 1025–1035. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02046-y>
- Fraser, L. K., Murtagh, F. E., Aldridge, J., Sheldon, T., Gilbody, S. & Hewitt, C. (2021). Health of mothers of children with a life-limiting condition: a comparative cohort study. *Arch Dis Child*, 106(10), 987–993. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320655>
- Gagnon, R. J., Garst, B. A., Kouros, C. D., Schiffrin, H. H. & Cui, M. (2020). When Overparenting is Normal Parenting: Examining Child Disability and Overparenting in Early Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 413–425. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01623-1>

- Hauge, L. J., Kornstad, T., Nes, R. B., Kristensen, P., Irgens, L. M., Eskedal, L. T., Landolt, M. A. & Vollrath, M. E. (2013). The Impact of a Child's Special Health Care Needs on Maternal Work Participation during Early Motherhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(4), 353–360. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppe.12063>
- Hauge, L. J., Nes, R. B., Kornstad, T., Kristensen, P., Irgens, L. M., Landolt, M. A., Eskedal, L. T. & Vollrath, M. E. (2015). Maternal Sick Leave Due to Psychiatric Disorders Following the Birth of a Child With Special Health Care Needs. *J Pediatr Psychol*, 40(8), 804–813. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv034>
- Heggestad, A. K. T., Førde, R., Pedersen, R. & Magelssen, M. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(01), 1–5.
- Helsedirektoratet. (2021). *Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del II: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester* (Rapport IS-3045). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Del%20II%20%E2%80%93%20Barn%20og%20unge%20med%20langvarige%20og%20eller%20omfattende%20behov%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/694d3d54-d697-4737-babc-a43ee5e7ece5:77d6d3a5ec886171be3e8473887abd3bcb7e36ee/Del%20II%20%E2%80%93%20Barn%20og%20unge%20med%20langvarige%20og%20eller%20omfattende%20behov%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Kavlak, E., Altuğ, F., Büker, N. & Şenol, H. (2015). Musculoskeletal system problems and quality of life of mothers of children with cerebral palsy with different levels of disability. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 28(4), 803–810. <https://doi.org/10.3233/bmr-150588>
- Lee, J. (2013). Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: a literature review. *Res Dev Disabil*, 34(11), 4255–4273. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.008>
- Luijckx, J., van der Putten, A. A. J. & Vlaskamp, C. (2017). Time use of parents raising children with severe or profound intellectual and multiple disabilities. *Child Care Health Dev*, 43(4), 518–526. <https://doi.org/10.1111/cch.12446>

- Marquis, S. M., McGrail, K. & Hayes, M. (2020). Mental health of parents of children with a developmental disability in British Columbia, Canada. *Journal of epidemiology and community health*, 74(2), 173. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211698>
- Masefield, S. C., Prady, S. L., Sheldon, T. A., Small, N., Jarvis, S. & Pickett, K. E. (2020). The Caregiver Health Effects of Caring for Young Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis. *Matern Child Health J*, 24(5), 561–574. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02896-5>
- McCann, D., Bull, R. & Winzenberg, T. (2015). Sleep Deprivation in Parents Caring for Children With Complex Needs at Home: A Mixed Methods Systematic Review. *Journal of Family Nursing*, 21(1), 86–118. <https://doi.org/10.1177/1074840714562026>
- Mood, C. (2009). Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review*, 26(1), 67–82. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp006>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – delrapport 1*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Olsson, M. B. & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535–543. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00372.x>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse* (Dokument 3:15 (2020–2021)). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/helse-og-omsorgstjenester-til-barn-med-funksjonsnedsettelser.pdf>
- Scherer, N., Verhey, I. & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888>
- Skrove, G., Lichtwarck, W. & Moufack, M. F. (2021). *Konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant sårbare barn og unge* (Rapport nr. 5). NTNU.
- Sterman, J. & Merighi, J. (2024). “It’s been a hard year”: How families who have children with disabilities and chronic health conditions experience the COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*, 164. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107858>

- Wendelborg, C. & Tøssebro, J. (2016). Self-reported health and sickness benefits among parents of children with a disability. *Scand J Disabil Res*, 18(3), 210–221. <https://doi.org/10.1080/15017419.2015.1063544>
- Wondemu, M. Y., Hermansen, Å., Joranger, P. & Brekke, I. (2024). Sickness absence among mothers caring for a child with disability: Examining the impact of mechanical and psychosocial occupational exposures. *SSM Popul Health*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101610>
- Østby, K. A., Mykletun, A. & Nilsen, W. (2018). Explaining the gender gap in sickness absence. *Occup Med (Lond)*, 68(5), 320–326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- Østerud, K. L. (2024). *Opplevelser av velferdstilbudet for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Før, under og etter pandemien* (NOVA-notat 2/24). NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Østerud, K. L., Skjønberg, E. E. & Albertini Fröh, E. (2024). “My child is my job now” – Care, work and careers of mothers with disabled children in the Norwegian welfare state. *Social Science & Medicine*, 355. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117097>