

VEKST I UFØRETRYGDING BLANT UNGE

Av Torunn Bragstad¹

Sammendrag

En høy, og stadig økende andel unge mottar helserelaterte ytelser over lengre tid. Statistikk fra NAV viser at antall varig uføretrygdede under 30 år er fordoblet siden 2006, og det vekker bekymring. Den sterke veksten det siste tiåret skyldes en kombinasjon av endringer i regelverk, helse og demografi siden begynnelsen av 1990-tallet.

I perioden 1. januar 2004 til 1. mars 2010 var uføretrygden delt i to – en varig uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad. Unge over 20 år fikk helst den midlertidige stønaden når de søkte om uføretrygd. De fleste fikk likevel varig uføretrygd etter en stund, men tidspunktet for uføretrygding ble utsatt. I denne analysen slår vi sammen de to ytelsene, og definerer begge som uføretrygd. Veksten i antall uføretrygdede i perioden 2006–2016 reduseres dermed fra 100 prosent til 50 prosent. Sterk økning i befolkningen i alderen 18–29 år siden 2006, gir en vekst på 20 prosent i andelen unge uføretrygdede i befolkningen.

Etter vår definisjon har andelen uføretrygdede under 30 år økt ganske jevnt fra 0,8 prosent av befolkningen i 1992 til 1,7 prosent i 2016. Den viktigste faktoren bak denne veksten er en stadig økende uføretrygding av 18-åringene, noe som ser ut til å skyldes flere barn og unge med alvorlige psykiske lidelser. Uføreandelen i aldersgruppen 18–29 år i 2016 ville vært litt over 1,4 prosent i stedet for 1,7 prosent dersom tilgangsraten for 18-åringene ikke hadde økt etter 2000, og alt annet ellers var likt.

Den andre viktige faktoren bak veksten i unge uføre er knyttet til skiftende regelverk for varighet i de midlertidige helserelaterte ytelsene siden begynnelsen av 1990-tallet. Reguleringen startet i 1993, og medførte i perioder et økende press for tidligere avklaring mot uføretrygd. Flere fikk uføretrygd før de fylte 30 år. Ved innføringen av arbeidsavklaringspenger ble den samlede tiden begrenset til fire år, men med mulighet for forlengelse. Reformen fra 1. januar 2018 reduserte tiden til tre år, men med mulighet for forlengelse i to år. Når det i tillegg ser ut til at veksten i uføretrygdingen av 18-åringene fortsetter, er det all grunn til å vente et økende antall uføretrygdede under 30 år i årene som kommer.

.....
¹ Stor takk til Jostein Ellingsen og Marianne N. Lindbøl for inspirasjon og nyttige diskusjoner

Innledning

En høy, og stadig økende andel unge mottar helserelaterte ytelser over lengre tid. Mens andelen mottakere av midlertidige og varige helserelaterte ytelser (arbeidsavklaringspenger og uføretrygd) i den øvrige befolkningen har stagnert eller vært synkende siden midten av 2000-tallet, har andelen blant personer under 30 år økt med nær 20 prosent (Kann og Sutterud 2017). I den senere tid har manges bekymring særlig vært knyttet til tall som viser at antall varig uføretrygdede under 30 år er fordoblet siden 2006. Den observerte utviklingen blant de unge det siste tiåret kan synes dramatisk. I denne artikkelen vil vi nyansere dette bildet, og vise hvordan den seneste utviklingen er resultatet av et samspill mellom faktorer som demografi, regelverk og helse gjennom flere tiår. Mye av veksten i uføretrygding av unge under 30 år skjedde allerede på 1990-tallet, og viktige regelverksendringer med konsekvenser for utviklingen de siste årene ble foretatt tidlig på 2000-tallet. I denne analysen vil vi derfor gå tilbake til begynnelsen av 1990-tallet.

Uføretrygding av unge siden 1992

I løpet av de siste 25 årene har det vært stor variasjon i antall personer under 30 år med varig uføretrygd. Etter en økning på 1990-tallet nådde antallet et foreløpig toppunkt i 1999, fulgt av nedgang fram til 2006 da

veksten igjen skjøt fart (figur 1). Veksten har vært spesielt sterk siden 2013.

Demografi

I perioden vi analyserer har det også vært store svingninger i antall personer i befolkningen i aldersgruppen 18–29 år. Antallet sank hvert år fra 1993–2005, hvorpå vi har fått en sterk vekst. Fra 2006 til 2016 økte antallet 18–29-åringene med nær 25 prosent.² Befolkningsvariasjonene bidrar til at utviklingen i *antall* uføretrygdede kan sies å undervurdere veksten før 2006 og overvurdere den deretter. Mens antall unge under 30 år med uføretrygd økte med 20 prosent fra 1992 til 2003, var veksten målt som *andel* av befolkningen på 40 prosent. I årene 2006–2016 var det nær en dobling av antall uføretrygdede under 30 år, mens veksten målt som andel av befolkningen var i underkant av 60 prosent. Nedgangen både i antall og andel uføretrygdede mellom 2003 og 2006 skyldes imidlertid endringer i regelverk (figur 1).

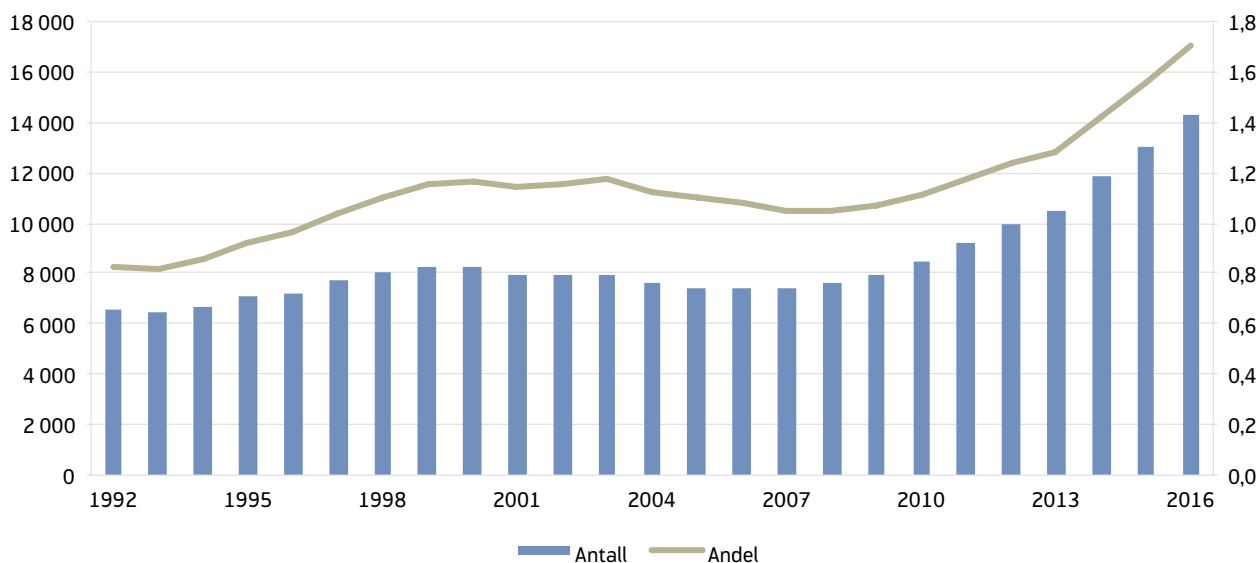
Regelverk og regelverksendringer

Det til enhver tid gjeldende regelverk, både når det gjelder de midlertidige helserelaterte ytelsene og ufø-

.....

² Årsaken til svingningene er i hovedsak spesielt lave fødselstall i årene 1975–1985. Økende innvandring siden 2004 har bidratt til at veksten siden 2006 har vært ekstra sterk.

Figur 1. Personer 18–29 år med varig uføretrygd. Antall, og andel ved utgangen av året i prosent av befolkningen



Kilde: NAV og SSB

retrygd, påvirker *når* i et sykdomsforløp man søker om, og eventuelt får innvilget uføretrygd. Personer som får innvilget uføretrygd har gjerne flere år bak seg med medisinsk behandling og ulike typer arbeidsrettede tiltak; alt i den hensikt å forbedre arbeidsevnen og dermed inntektsevnen. I denne prosessen har de som regel mottatt en eller flere midlertidige helserelaterte trygdeytelser (se faktaboks). Siden første halvdel av 1990-tallet har man i flere omganger regulert og endret både normert tid med mottak av midlertidige helserelaterte ytelser, og vilkårene for unntak fra tidsbestemmelsene. En innstramning i perioden man kan motta slike ytelser vil kunne presse fram tidligere avklaring mot uføretrygd. Tilsvarende vil en utvidelse gi rom for utsetting av eventuell uføretrygding. Raske avklaring mot uføretrygd vil også kunne føre til at flere får innvilget varig uføretrygd før fylte 30 år.

I perioden 1. januar 2004 til 1. mars 2010 var uføretrygden delt i en tidsbegrenset og en permanent ytelse. I prinsippet var vilkårene for innvilgelse av de to ytelsene omtrent de samme, og de fleste som fikk innvilget tidsbegrenset uførestønad har senere fått en varig uføretrygd (Lande 2014). Unge over 20 år fikk i hovedsak den tidsbegrensede ytelsen når de søkte om uføretrygd. Dette førte til at tidspunktet for registrering av eventuell varig uføretrygd ble utsatt, og færre fikk varig uføretrygd før de fylte 30 år. Anledningen til å innvilge tidsbegrenset uførestønad falt bort ved innføring av ytelsen arbeidsavklaringspenger fra 1. mars 2010. Arbeidsavklaringspenger skulle i utgangspunktet gis for inntil fire år, og det er sannsynligvis forklaringen på den sterke veksten i varig uføretrygd som kom fire år etter innføringen.

Ungdomshelse – uføretrygding av 18-åringer

Siden begynnelsen av 1990-tallet har vi sett en økende tendens til varig uføretrygding av 18-åringer. Denne sterke, og vedvarende veksten i uføretrygding blant de aller yngste er en viktig årsak til økningen i andelen unge uføretrygdede de siste tiårene (Brage og Thune 2015). Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik er de viktigste medisinske årsakene til at uføretrygd innvilges før fylte 20 år, og en stor del av veksten har funnet sted innenfor disse diagnosegruppene. Siden midten av 1990-tallet har det imidlertid vært en spesielt sterk vekst blant de

aller yngste som er uføretrygdet med andre alvorlige psykiske lidelser som autisme og Aspergers syndrom (Brage og Thune 2015). Også blant 20–29-åringene har andre psykiske lidelser enn psykisk utviklingshemming blitt viktigere som medisinsk årsak til uføretrygding (Brage og Thune 2015). Nedgang i dødelighet over tid, både i det første året etter fødselen og i ungdomsårene, indikerer at flere unge nå lever med alvorlige lidelser.³ Det ser ut til at dette særlig kan ha ført til økt uføretrygding blant de aller yngste.

Opplegget for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å presentere og diskutere uføretrygding av personer under 30 år siden 1992. Vi benytter to analytiske grep som vil bidra til å nyansere bildet av utviklingen slik den framkommer i figur 1. Det viktigste, og mest gjennomgripende, er at vi inkluderer mottakerne av tidsbegrenset uførestønad blant de uføre. Denne gruppen følger vi også etter at de 1. mars 2010 fikk ytelsen konvertert til arbeidsavklaringspenger. Begrunnelsen for dette er at for de fleste som fikk tidsbegrenset uførestønad fra 1. januar 2004, innebar det bare at de fikk utsatt tidspunktet for en varig uføretrygd.

Vi tar i bruk et datamateriale med start- og sluttdato for perioder med varig uføretrygd, tidsbegrenset uførestønad, og arbeidsavklaringspenger konvertert fra tidsbegrenset uførestønad for personer som er født fra og med 1962. Dette gir informasjon om alder på innvilgelsestidspunktet⁴ og hvilke år fra og med utgangen av 1992 de er registrert med en av ytelsene. I våre beregninger regnes tilgangstidspunktet for tidsbegrenset uførestønad som starttidspunktet som uføretrygdet uavhengig av hvorvidt vedkommende senere registreres med en varig uføretrygd. Dette innebærer at de i denne analysen registreres som uføre på et tidligere tidspunkt og ved en lavere alder enn i den offisielle statistikken. Selv om vi sannsynligvis inkluderer noen som ikke ville fått en varig uføretrygd, unngår vi ved denne tilnærmingen det bruddet i uføreutvik-

³ SSB Statistikkbanken tabellene 05381 og 08393

⁴ Fra 1. mai 1997 ble aldersgrensen for å få uføretrygd hevet fra 16 til 18 år. Vi har justert tilgangstidspunktet fram til første kalendermåned etter fylte 18 år for alle som fikk ytelsen før dette, slik at tallene er sammenlignbare over tid.

lingen som finnes i den offisielle statistikken etter 2003 som følge av innføringen av tidsbegrenset uførestønad.

Det andre grepet vi gjør er knyttet til uføretrygdingen av 18-åringene. Veksten i nye uføre 18-åringer relativt til befolkningen økte noe mellom 1992 og 1995, var relativt konstant fram til 2000, og har deretter økt nesten hvert år (figur 4). Med utgangspunkt i datamaterialet beskrevet over, foretar vi en analyse der vi sammenligner den observerte utviklingen i antall uføretrygdede under 30 år med utviklingen i en hypotetisk situasjon der uføretrygdingen av 18-åringer holdes konstant fra og med årsskiftet 1999/2000, og alt annet ellers er likt. Vi får dermed et mål på betydningen av økt uføretrygding blant de yngste for den totale veksten i uføretrygding.

I befolkningen som helhet er kvinner uføretrygdet i større grad enn menn, men for personer under 30 år er forholdet motsatt. Kvinner fikk tidsbegrenset uførestønad i større grad enn menn, og det gjaldt også blant de unge. Når vi som her ser tidsbegrenset uførestønad og uføretrygd i sammenheng, utjevnes den observerte kjønnsforskjellen blant de unge uføre noe. Uføretrygding av 18-åringer er til gjengjeld vanligere blant menn, og vi gjennomfører derfor også den hypotetiske beregningen av uføreutviklingen separat for hvert kjønn.

Avslutningsvis diskuterer vi resultater fra disse analysene i lys av hva forskningen sier om barn og unges helseproblemer. Vi drøfter også hvilken betydning varigheten av perioden med midlertidige helseytelser har, og eventuelle konsekvenser av innstramningen i arbeidsavklaringspengeordningen siden 1. januar 2018.

Hvor mange unge uføre er det egentlig?

Uføretrygd fra folketrygden er en varig inntektssikringsordning som helt eller delvis skal erstatte inntekt fra eget arbeid for dem som av helsemessige årsaker ikke er i stand til å forsørge seg selv. De samme

Uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad

Ordningen med uførepensjon ble en del av folketrygden i 1967. Formålet er å sikre inntekt for personer som har fått sin inntektsevne varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte (Lov om folketrygd § 12-1). Fra 1. januar 2015 er betegnelsen uførepensjon erstattet med uføretrygd, som er begrepet vi benytter i denne artikkelen.

Vilkår for mottak av uføretrygd

- Man må som hovedregel ha vært medlem i folketrygden de siste tre årene fram til man ble ufør
- Ordningen gjelder for personer mellom 18 og 67 år
- Inntektsevnen må være varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Det er også et krav at sykdommen, skaden eller lytet er hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen (lyte betyr i denne sammenheng medfødte tilstander)
- Medlemmet må ha gjennomgått hensiktsmessig medisinsk behandling og individuelle og hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak for å bedre inntektsevnen
- Inntektsevnen må være varig nedsatt med minst 50 prosent

Tidsbegrenset uførestønad

I perioden 1. januar 2004 – 1. mars 2010 kunne man innvilge tidsbegrenset uførestønad til søkere om uføretrygd. Denne ytelsen ble gitt til personer som oppfylte vilkårene for uføretrygd, men der det ble vurdert å være muligheter for at arbeidsevnen på lang sikt kunne bli bedre. Den øvre grensen for varigheten av tidsbegrenset uførestønad var fire år, men det var mulig å forlenge den noe. Ytelsen ble derfor betraktet som en midlertidig helserelatert ytelse.

vilkårene⁵ gjelder uansett alder, men det har vært et uttalt mål å unngå varig uføretrygd så lenge som mulig for dem som er unge. «Generelt vil vilkåret om å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak være strengere jo yngre personen er.»⁶ Formålet med behandling og tiltak er i første omgang å unngå uføretrygding og bidra til at personen, i den grad det er mulig, kan forsørge seg helt eller delvis ved eget arbeid. Når uføretrygd først er innvilget, vil eventuell oppfølging være basert på frivillighet – det vil ikke lenger være krav til aktivitet. For mange unge kan imidlertid veien fram til en avklaring av arbeidsevnen være lang. Dette kan skyldes trekk ved sykdommen og den unges alder, utdanning og arbeidserfaring, men også kvalitet og kapasitet i

⁵ Se faktaboks.

⁶ NAVs rundskriv § 12-5 andre ledd [Hentet 11.4.2018].

Midlertidige helserelaterte ytelser

Med midlertidige helserelaterte ytelser mener vi ytelser man kan motta fra NAV etter utløpet av en eventuell sykepengeperiode, og mens man er under aktiv behandling, deltar i et aktivt tiltak, eller anses å ha en viss mulighet for å komme i arbeid. Arbeidsevnen må være nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom.

Inntil 1. mars 2010 mottok man *rehabiliteringspenger* (før 1. januar 1994 *attføringspenger* under medisinsk rehabilitering) når man var i aktiv behandling, og *attføringspenger* når man var i et arbeidsrettet tiltak.

Fra 1. januar 2004 ble *tidsbegrenset uførestønad* regnet som en midlertidig helserelatert ytelse. Tidsbegrenset uførestønad skulle gis når ytterligere behandling, rehabilitering og attføring på søknadstidspunktet ikke kunne ventes å bedre inntektsevnen, men hvor fremtidig inntektsevne var mer usikker.

Fra 1. mars 2010 ble rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad erstattet av *arbeidsavklaringspenger*, og alle mottakere av de tre tidligere stønadene fikk ytelsen konvertert til den nye stønaden. Vilkårene i de tidligere stønadene ble videreført i den nye stønaden:

Lov om folketrygd §11-6:

Det er et vilkår for rett til arbeidsavklaringspenger at medlemmet for å skaffe seg eller beholde arbeid som han eller hun kan utføre

- a) har behov for aktiv behandling, eller
- b) har behov for arbeidsrettet tiltak, eller
- c) etter å ha prøvd tiltakene etter bokstav a eller b fortsatt anses for å ha en viss mulighet for å komme i arbeid, og får annen oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten.

behandlingsapparatet, NAV og hos andre relevante aktører. Så lenge man mottar en midlertidig helseytelse skal man jevnlig følges opp av NAV. Til bruker stilles det krav til aktivitet i form av deltakelse i et aktivt behandlingsopplegg, arbeidsrettede tiltak eller en kombinasjon av disse. Det skal også være mulig å fortsette å motta en midlertidig ytelse og få oppfølging med henblikk på senere deltakelse i arbeid, selv om behandling eller tiltak foreløpig ikke har ført fram. Tidsperspektivet på mottak av slike ytelser vil derfor kunne påvirke når i sykdomsforløpet det må skje en endelig avklaring mot uføretrygd.

Når går man fra midlertidig til varig ytelse?

Siden 1992 er det i flere runder blitt regulert hvor lenge man kan motta midlertidige helseytelser fra NAV mens man gjennomgår behandling eller deltar i

ulike former for tiltak for å bedre arbeidsevnen. Før innføringen av arbeidsavklaringspenger skilte man mellom medisinsk behandling og yrkesrettet attføring med dertil hørende ytelser. Generelt var det ingen samlet tidsbegrensning knyttet til deltakelse i arbeidsrettede tiltak og mottak av attføringspenger, men enkelttiltak var gjerne begrenset i tid.⁷

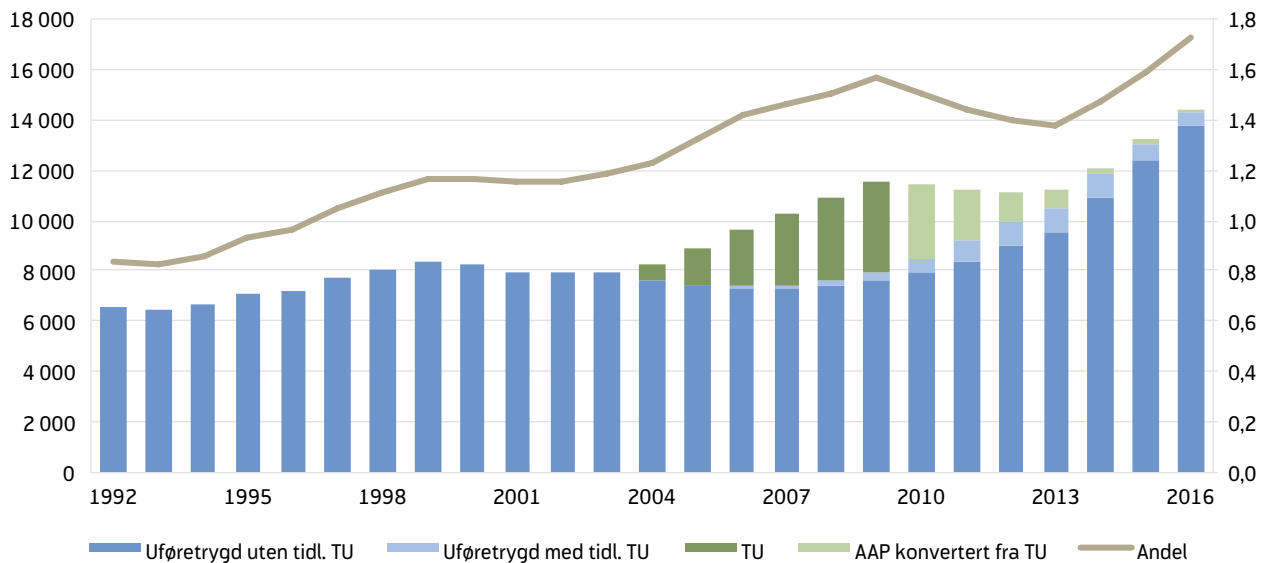
Fram til 1. juli 1993 var det heller ingen klar begrensning av hvor lenge man kunne være i medisinsk behandling og motta en midlertidig helserelatert ytelse. Det ble da innført en grense på ett år for mottak av rehabiliteringspenger, men med mulighet for unntak på visse vilkår. Disse unntakene var til gjengjeld ikke tidsbegrensede.⁸ Utover 1990-tallet økte imidlertid bruken av unntaksbestemmelsene, og de ble i tillegg utvidet fra 1. januar 2001. Fra og med 1. januar 2004 strammet man imidlertid inn igjen, og begrenset tiden på fire av fem unntaksbestemmelser til ett år. Til gjengjeld innførte man tidsbegrenset uførestønad med et tidsperspektiv på fire år. Alle som mottok en av de tre midlertidige helseytelsene (se faktaboks) fikk så ytelsen konvertert til arbeidsavklaringspenger fra 1. mars 2010. Tidsperspektivet på mottak av arbeidsavklaringspenger var fire år, noe som gjaldt alle som mottok ytelsen, uavhengig av tidligere ytelseshistorikk.

Tiden som er tilgjengelig før det må skje en avklaring om uføretrygd er både blitt redusert og økt i flere omganger siden 1992. Spesielt framkommer dette handlingsrommet som kort i årene med tidsbegrenset uførestønad når man inkluderer mottakerne av denne ytelsen blant de uføretrygdene. Til gjengjeld åpnet man for ekstra lange forløp for dem som allerede hadde mottatt rehabiliterings- eller attføringspenger over lengre tid i forkant av innføringen av arbeidsavklaringspenger. Det er liten grunn til å tro at dette *ikke* har påvirket når man søkte om uføretrygd. I helt spesielle tilfeller har det også, fram til 2018, vært mulig

⁷ Ordinær utdanning som tiltak var i utgangspunktet ikke underlagt noen tidsbegrensning, men fra 1. januar 2004 ble det innført en alminnelig grense på tre år (Se Ot.prp nr 13 (2003-2004)).

⁸ Samtidig ble blant annet de medisinske vilkårene innskjerpet. Innstrammingen hadde effekt – antall mottakere av rehabiliteringspenger ble nesten halvert da regelendringen fikk full effekt etter 1. juli 1994 (Nygaard 1998, tabell 4.1).

Figur 2. Personer 18–29 år med uføretrygd etter type ytelse. Antall, og andel ved utgangen av året i prosent av befolkningen



Kilde: NAV og SSB

med nærmest ubegrenset forlengelse (Holgersen 2017).

Tidsbegrenset uførestønad og varig uføretrygd

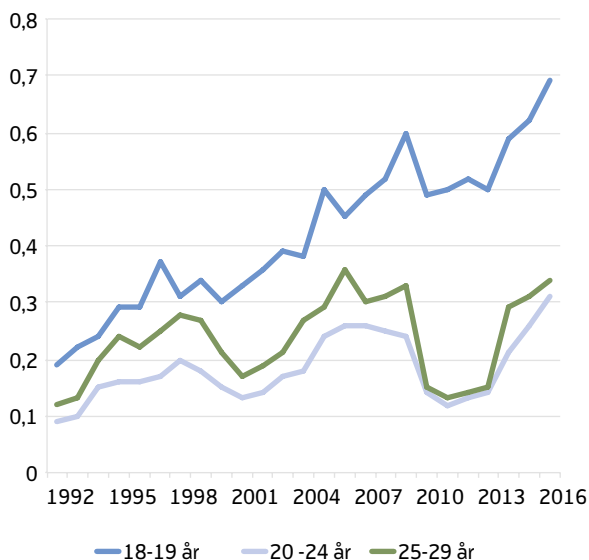
I årene 2004–2009 fikk to av tre unge mellom 20 og 30 år en tidsbegrenset uførestønad når de søkte om uføretrygd. Bare blant de yngste under 20 år fikk de fleste en varig uføretrygd. Villkårene for de to ytelsene var omtrent de samme (se faktaboks), men med tidsbegrenset uførestønad var målet å identifisere personer som gjennom flere år hadde gjennomgått behandling og tiltak uten bedring av arbeidsevnen, men likevel ble forventet å kunne komme i arbeid på et senere tidspunkt. Alder var et viktig kriterium. Også personer med denne ytelsen skulle i prinsippet ha en form for oppfølging. Imidlertid ble de i stor grad nedprioritert i NAV, og mange oppfattet det slik at de allerede hadde fått en uføretrygd (Olsen m.fl. 2006, Jentoft og Olsen 2009, Bragstad 2009). I vår analyse har vi altså valgt å se varig uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad i sammenheng, og registrert den enkelte første gang vedkommende mottok en av de to ytelsene. Mange med tidsbegrenset uførestønad fikk innvilget varig uføretrygd etter en tid. Da arbeidsavklaringspenger ble innført fra 1. mars 2010, fikk alle gjenværende mottakere av tidsbegrenset uførestønad ytelsen konvertert til arbeidsavklaringspenger. Vi vil imidlertid fremdeles betrakte dem som uføretrygdede,

og etter en stund fikk også mange av dem innvilget varig uføretrygd. Overgangen til varig uføretrygd kunne skje både før og etter vedkommende fylte 30 år.

I figur 2 har vi telt opp antall personer som ved utgangen av hvert år enten mottok varig uføretrygd, tidsbegrenset uførestønad eller arbeidsavklaringspenger (sistnevnte i forlengelsen av konvertering fra tidsbegrenset uførestønad). Vi har også skilt ut personer med varig uføretrygd som tidligere hadde mottatt den tidsbegrensede uførestønaden. Utviklingen i antall personer med varig uføretrygd framkommer dermed som summen av de to blå dataseriene, mens de grønne representerer de ekstra uføre som kommer med når vi også inkluderer mottakere av den tidsbegrensede uførestønaden og påfølgende arbeidsavklaringspenger. Hvis ikke noe annet framgår av sammenhengen vil vi benytte begrepet uføretrygd om alle disse tre gruppene i resten av artikkelen.

I stedet for en nedgang i antall unge uføretrygdede etter 2002, og med et bunnpunkt i 2006 slik den offisielle statistikken viser (figur 1), har det med vår definisjon vært vekst hvert år etter 2002 og helt fram til 2010 (figur 2). Målt som andel av befolkningen har det vært en økning i uføretrygdede personer under 30 år fra i overkant av 0,8 prosent i 1992 til 1,7 prosent

Figur 3. Nye mottakere av uføretrygd etter alder. Andel av risikobefolkningen. Prosent



Kilde: NAV

ved utgangen av 2016. Mye av veksten kom imidlertid før 2006. Nedgangen i perioden 2010–2013 skyldes at det i disse årene bare ble innvilget varig uføretrygd.⁹ Først fire år etter introduksjonen av arbeidsavklaringspenger ser vi en markert økning i antall unge uføretrygdede. Dette er sannsynligvis en følge av at denne ytelsen i utgangspunktet bare kunne gis i fire år.

Årlig tilstrømming av nye uføretrygdede

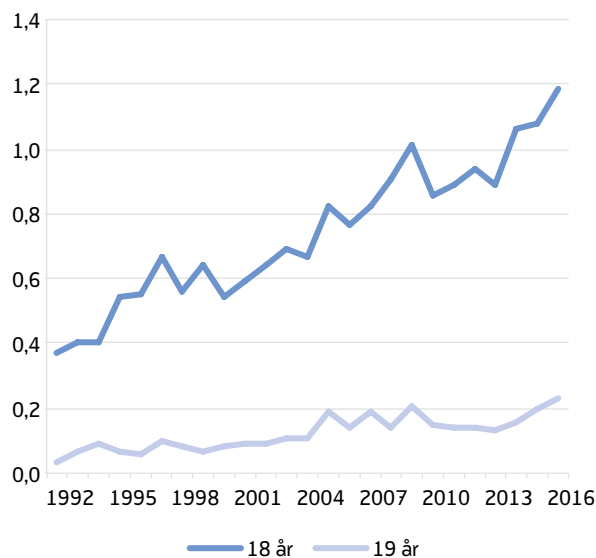
Ved å studere den årlige tilstrømmingen av nye uføretrygdede etter alder, får vi et mer detaljert bilde av dynamikken i veksten. I figur 3 er den årlige tilgangen av nye uføretrygdede sett i forhold til risikobefolkningen i form av tilgangsrater.¹⁰ Mens utviklingen er relativt stabil, eller viser en svak vekst for de unge fra 20 år og oppover, finner vi en sterk, og vedvarende vekst blant 18–19-åringene. Vi vil se nærmere på disse aller yngste i neste kapittel.

⁹ Personer med arbeidsavklaringspenger som før 1. mars 2010 mottok attføringspenger eller rehabiliteringspenger, og som tidligere kunne ha fått tidsbegrenset uførestønad, fortsatte bare å motta arbeidsavklaringspenger og er ikke inkludert her.

¹⁰ Risikobefolkningen er den delen av befolkningen som er under risiko for å få en uføretrygd. Bare 11/12 av 18-åringene er inkludert siden uføretrygd ikke innvilges før kalendermåneden etter fylte 18 år.

Den årlige tilgangsraten for de unge fra 20 år og oppover varierer mye over tid (figur 3). I årene etter innstramningen i regelverket for rehabiliteringspenger i 1993 økte tilgangen av nye uføretrygdede. Dette kan skyldes at regelendringen medførte en raskere avklaring mot uføretrygd. Regelendringen fikk full effekt 1. juli 1994. I tillegg kan nedgangskonjunktur og høy arbeidsledighet ha ført til at det lenge hadde vært vanskelig å finne en plass i arbeidsmarkedet. Unntaksbestemmelsen for rehabiliteringspenger ble imidlertid brukt i stadig større grad, og fra og med 2001 ble det også lempet noe på kravet til aktiv behandling.¹¹ Andelen personer under 30 år med midlertidige helseytelser økte igjen (Bragstad og Brage 2011, figur 1 og 2), og arbeidsmarkedet for de unge hadde også bedret seg. Det er sannsynlig at dette medførte at uføretrygd ble unngått eller utsatt for en del unge med lidelser der utfallet var spesielt usikkert. I tillegg skjedde det en innskjerping av kravet til gjennomgått attføring (Kristoffersen 2005). I disse årene rundt årtusenskiftet observerer vi en nedgang både i antall og andel unge uføretrygdede (figur 2).

Figur 4. Nye mottakere av uføretrygd etter alder. Andel av risikobefolkningen. Prosent



Kilde: NAV

Innføringen av tidsbegrenset uførestønad fra 1. januar 2004 bidro klart til å øke uføretrygdingen. Imidlertid må dette sees i sammenheng med at man samtidig

¹¹ Se note 4.

foretok nye innstramminger i regelverket for rehabiliteringspenger, og da særlig en begrensning i varighe- ten for dem som var omfattet av unntaksregler. Dette ga et signal om raskere avklaring av spørsmålet om uføretrygd. Med muligheten til å velge en tidsbegren- set stønad, var det sannsynligvis mindre motstand mot å innvilge en uføreytelse, også for de unge.¹² I tillegg var man igjen inne i en periode med relativt høye ledighetstall for de unge.

Fra 1. mars 2010 var det ikke lenger anledning til å innvilge tidsbegrenset uførestønad. Uansett tidligere ytelseshistorikk fikk man nå anledning til å motta arbeidsavklaringspenger i inntil fire år om man var under behandling, i et arbeidsrettet tiltak, eller fikk annen oppfølging der formålet var å komme i arbeid. Gitt at terskelen for å innvilge varig uføretrygd for de unge var, og skulle være, høy, er det naturlig at man utnyttet disse fire årene med en midlertidig ytelse. Ved årsskiftet 2013/2014, da fireårsgrensen nærmet seg for den første gruppen mottakere av arbeidsavkla- ringspenger, økte behovet for en avklaring for mange, og tilgangen til varig uføretrygd økte.

¹² For tidsbegrenset uførestønad lempet man også litt på behand- lingsvilkåret i lys av begrensningen som ble innført for rehabilite- ringspenger (Bragstad 2009).

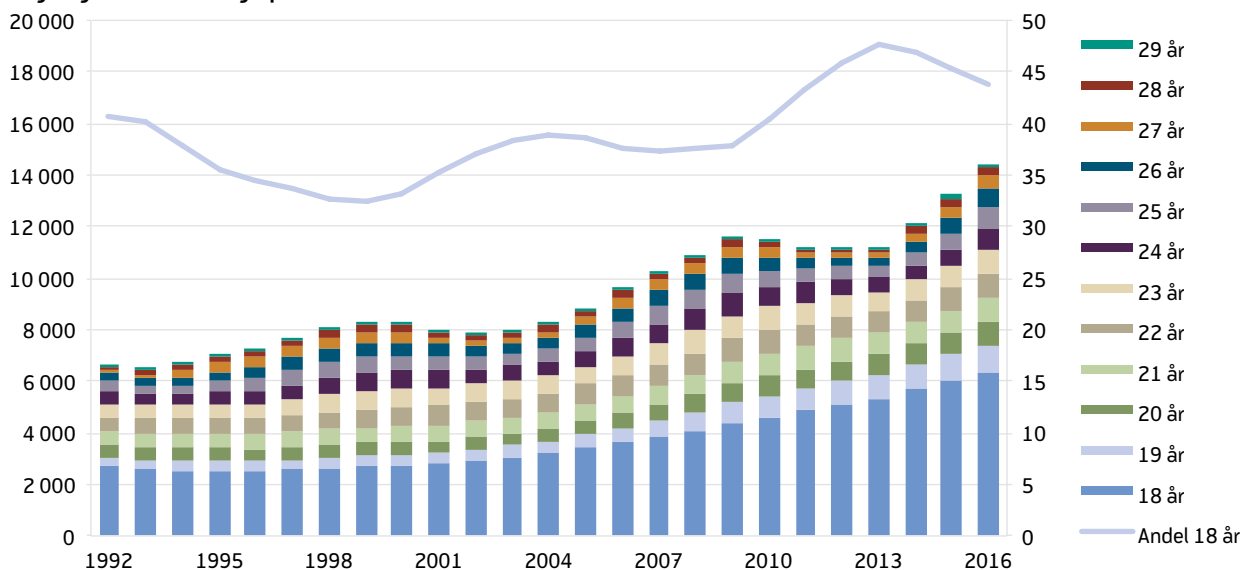
Sterk vekst i uføretrygding av 18-åringer

Unge under 20 år blir uføretrygdet i stadig økende grad, og dette gjelder i all hovedsak økt uføretrygding av 18-åringer (figur 4). Siden 1992 har likevel veksten i uføretrygding blant 19-åringer vært like sterk som for 18-åringer, men fra et mye lavere nivå.

Mens i gjennomsnitt 0,6 prosent av 18-åringene årlig ble registrert med en uføretrygd i siste halvdel av 1990-tallet, var dette tallet doblet i 2016. De aller fleste som fikk innvilget en uføreytelse som 18-åring, ble registrert med ytelsen i løpet av det første halvåret etter at de fylte 18 år. Første anledning for innvilgelse av uføretrygd er i kalendermånedet etter fylte 18 år. Når uføretrygd innvilges så tidlig som mulig etter dette, skal det være fordi det allerede er klart at den unge ikke forventes å kunne forsørge seg selv ved eget arbeid i et ordinært arbeidsliv. Sykdomsbildet for denne gruppen tilsier at lidelsene i liten grad kan behandles, og at det selv med betydelig tilrettelegging er begrensede muligheter for selvforsørgelse (Brage og Thune 2015).

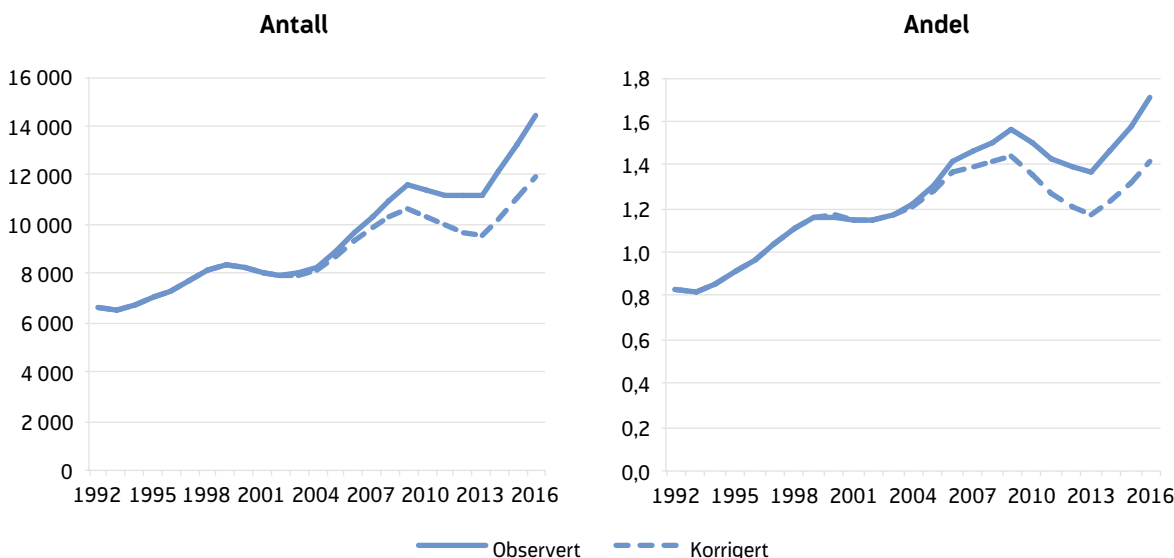
Figur 5 viser uføretrygdede under 30 år etter alderen de hadde da de fikk innvilget uføretrygden. Siden 1994 har det vært en jevn vekst i antall unge uføre som fikk innvilget ytelsen som 18-åringer. Andelen de utgjør av de uføretrygdede under 30 år varierer

Figur 5. Personer 18–29 år med uføretrygd etter alder ved tilgang. Antall ved utgangen av året. Andel med tilgang som 18-åring i prosent



Kilde: NAV

Figur 6. Personer 18–29 år med uføretrygd. Antall og andel i prosent av befolkningen. Observert, og korrigert for vekst i nye 18-åringer siden 2000



Kilde: NAV og SSB

imidlertid over tid, og er nært knyttet til uføretrygdingen i de eldre aldersgruppene. Den var relativt høy på begynnelsen av 1990-tallet (40 %), men sank i takt med at innstramningen i regelverket for midlertidige ytelser fremskyndet avklaring mot uføretrygd, og en påfølgende økning i uføretrygdingen av 20–29-åringer. Fra slutten av 1990-tallet og fram til 2010 økte andelen fra 32 til 38 prosent, men med en midlertidig nedgang i årene etter innføring av tidsbegrenset uførestønad. I årene med tidsbegrenset uførestønad var uføretrygdingen av 20–29-åringer høyere enn noe år siden 1992 (figur 3). I årene fra 2010 til 2013 utgjorde imidlertid de yngste hoveddelen av dem som fikk en uføretrygd (figur 3) og andelen spratt opp til 48 prosent. Med derpå økende uføretrygding også i andre aldersgrupper, var andelen i 2016 nede på 44 prosent. Trenden ser imidlertid ut til å være at en økende andel av 18-åringene blir uføretrygdet, og at disse utgjør en økende andel av de uføretrygdede under 30 år.

Hypotetisk utvikling – konstant tilgang 18-åringer etter 2000

For å tallfeste betydningen av den økende uføretrygdingen av 18-åringer, har vi beregnet hvordan utviklingen i antall unge uføretrygdede (inkludert mottakere av tidsbegrenset uførestønad) ville vært under forutsetningen av at tilgangsraten blant 18-åringer var kon-

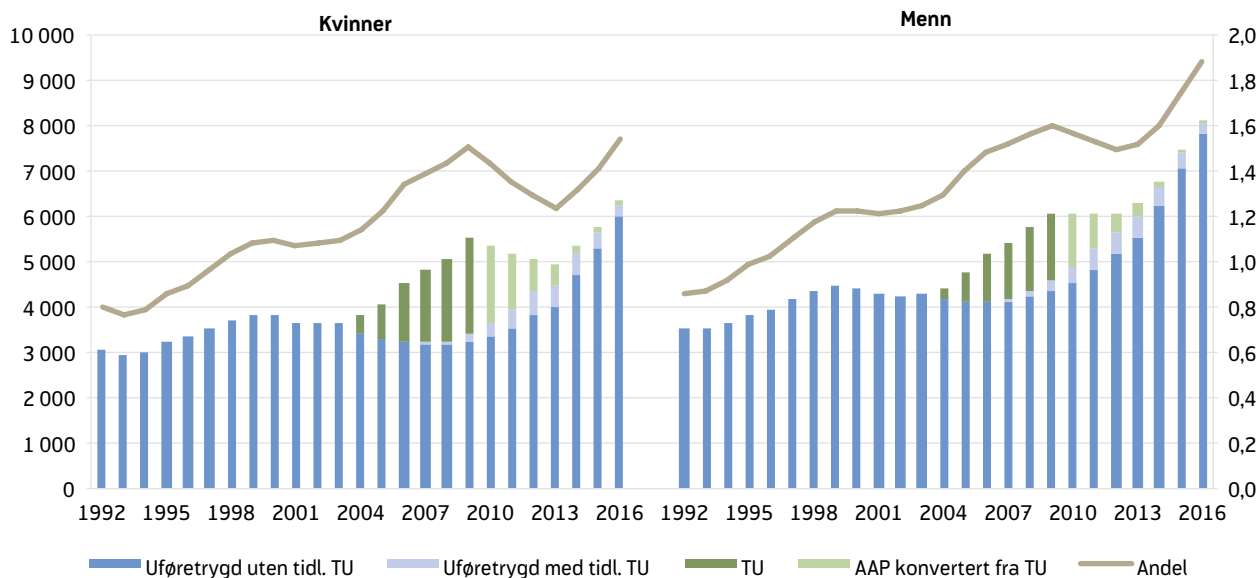
stant lik raten i et gjennomsnitt av årene 1999–2001 (0,6 %). I tilgangsåret etter 2000 ble antall nye uføre 18-åringer beregnet ved at denne gjennomsnittsraten ble multiplisert med antall 18-åringer i risikobefolkningen dette året. I de påfølgende årene ble antall uføretrygdede med tilgang som 18-åring korrigert proporsjonalt for observert avgang (død).

Alt annet er holdt konstant; vi har forutsatt at det å holde uføretrygdingen av 18-åringer stabil over tid, ikke medfører økt uføretrygding på senere alderstrinn. I 2016 utgjorde forskjellen mellom observert og korrigert antall uføretrygdede 2400 personer, eller nær 17 prosent av de uføretrygdede ved utgangen av dette året. Uten veksten i uføretrygding av 18-åringer siden 2000 ville andelen uføretrygdede i befolkningen under 30 år ikke vært større i 2016 enn i 2006 (figur 6).

Flest uføre menn under 30 år

Mens uføretrygding generelt er mest vanlig blant kvinner, er menn i flertall blant de unge uføre under 30 år (figur 7). Ved utgangen av 2016 var 1,9 prosent av unge menn, og i overkant av 1,5 prosent av unge kvinner mellom 18 og 30 år uføretrygdet. Det var 1 800 flere unge uføre menn enn kvinner. Menn var overrepresentert blant de unge uføre allerede på

Figur 7. Personer 18–29 år med uføretrygd etter type ytelse og kjønn. Antall, og andel ved utgangen av året i prosent av befolkningen



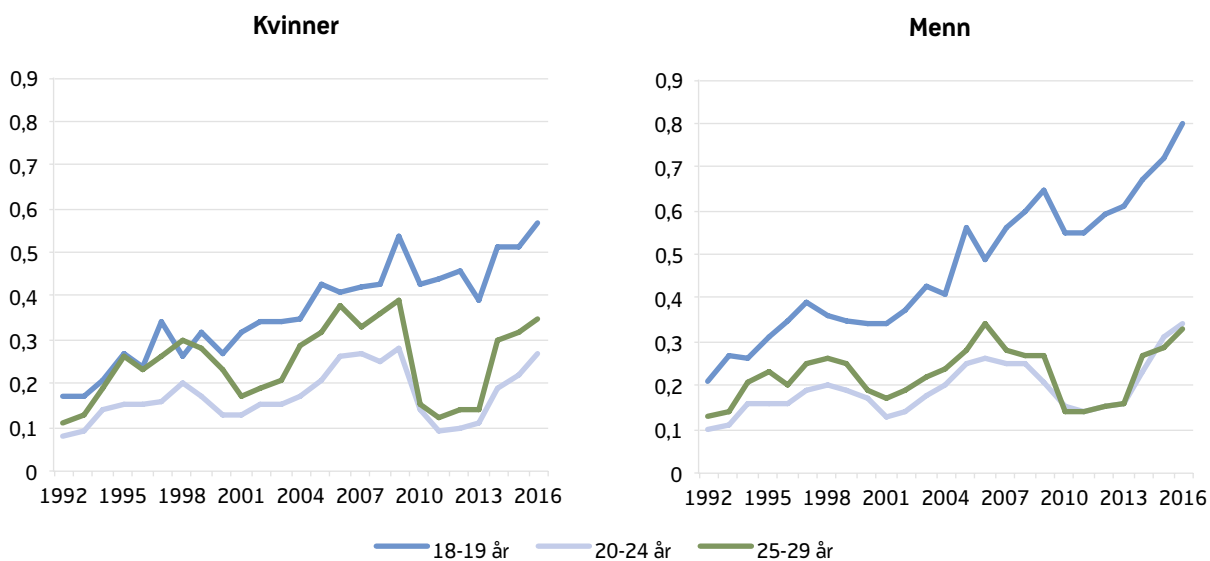
Kilde: NAV og SSB

begynnelsen av 1990-tallet. Da ordningen med tidsbegrenset uførestønad ble innført i 2004, viste det seg at to av tre av alle mottakere var kvinner. Andelen kvinner var noe mindre blant de yngre og utgjorde noe under 60 prosent av mottakerne under 30 år. Når vi inkluderer mottakere av tidsbegrenset uførestønad

blant de uføre, jevnes derfor kjønnsforskjellen noe ut, men den blir ikke borte (figur 7).

Veksten både i antall og andel uføretrygdede har vært litt sterkere for menn enn for kvinner siden første halvdel av 1990-tallet. Innføringen av tidsbegrenset

Figur 8. Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn og alder. Andel av risikobefolkningen. Prosent



Kilde: NAV

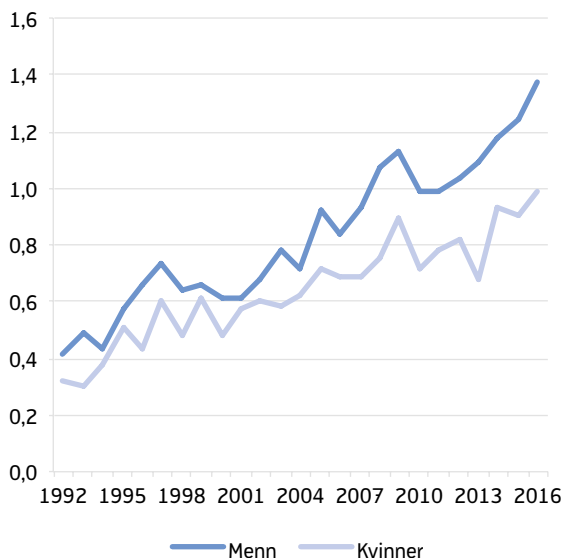
uførestønad førte i noen år til høyere vekst i antall uføretrygdede kvinner enn menn, men i de siste årene har veksten i uføretrygdede unge menn igjen vært sterkest, og kjønnsforskjellene har økt.

Overrepresentasjonen av menn blant uføretrygdede under 30 år skyldes i hovedsak at unge menn i større grad enn kvinner blir uføretrygdet tidlig. Spesielt gjelder dette unge under 20 år. Også blant 20–24-åringene er tilgangsratene noe høyere blant menn, mens bildet er motsatt for 25–29-åringene (figur 8). Forklaringen på dette kan være mange; blant annet er diagnosebildet forskjellig. De siste diagnosedataene for uføretrygdede 18–19-åringene tyder særlig på at unge menn i mye større grad enn unge kvinner uføretrygdes for nevroser og adferdsforstyrrelser.¹³

Den største kjønnsforskjellen i tilgangsrater finner vi blant de yngste, og spesielt blant 18-åringene. Etter 2000 har veksten vært sterkere for menn enn for kvinner, og i 2016 ble nær 1,4 prosent av unge menn, og 1 prosent av unge kvinner i risikobefolkningen uføretrygdet før de fylte 19 år (figur 9).

¹³ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uføretrygd+++statistikk/Relatert+informasjon/diagnoser-uføretrygd%282%29> [hentet 20.4.2018]. Dataene er fra 2014

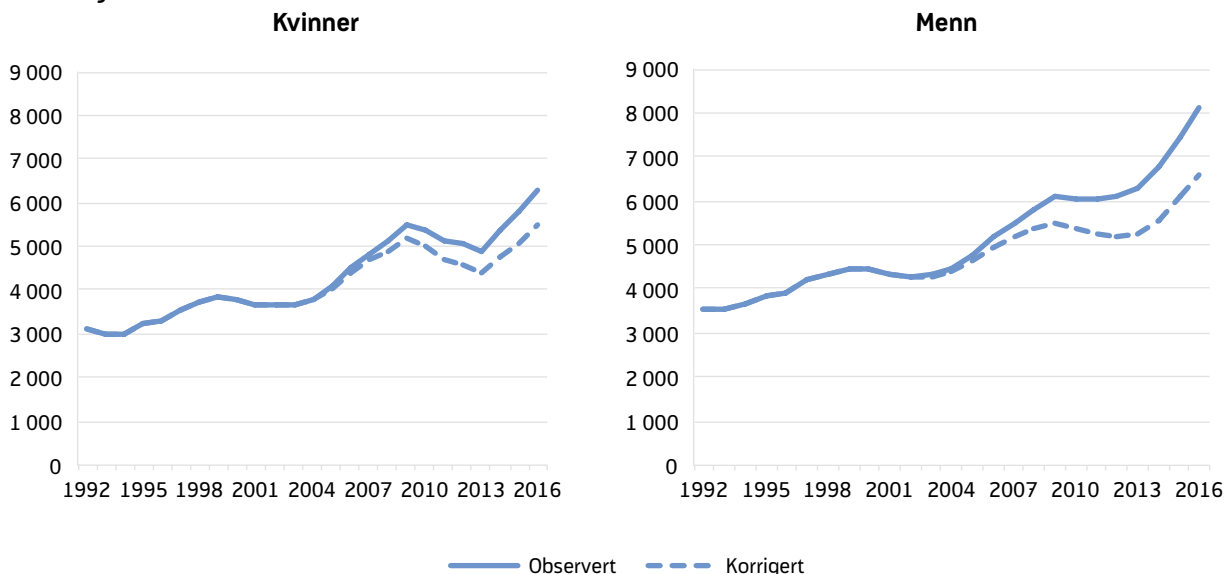
Figur 9. Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn. 18-åringene. Andel av risikobefolkningen. Prosent



Kilde: NAV

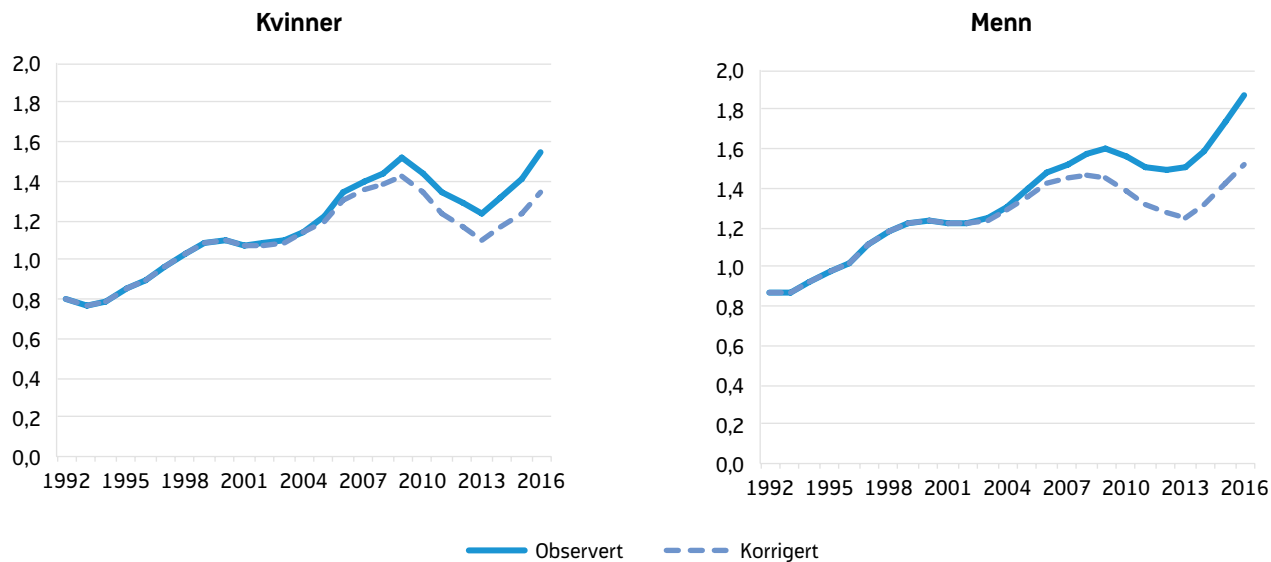
I tillegg til å bidra til å forklare veksten i antall unge uføretrygdede, forklarer forskjellen i uføretrygding blant 18-åringene en stor del av kjønnsforskjellen i uføretrygding før fylte 30 år. I 2016 hadde 46 prosent av uføretrygdede menn under 30 år hatt ytelsen siden de fylte 18 år, mot 41 prosent av kvinnene. I gjennomsnitt har andelen for menn ligget mellom fire og fem

Figur 10. Personer 18–29 år med uføretrygd etter kjønn. Antall observert, og korrigert for vekst i nye 18-åringene siden 2000



Kilde: NAV

Figur 11. Personer 18–29 år med uføretrygd etter kjønn. Andel av befolkningen observert, og korrigert for vekst i nye 18-åringer siden 2000. Prosent



Kilde: NAV og SSB

prosentpoeng over andelen for kvinner helt siden 1992.

Figurene 10 og 11 illustrerer betydningen av den økende uføretrygdingen av 18-åringer etter kjønn. Her har vi benyttet den gjennomsnittlige tilgangsraten i årene 1999–2001 for henholdsvis kvinner (0,55 %) og menn (0,63 %). I 2016 var forskjellen mellom observert og korrigert antall kvinner 800 personer, eller 13 prosent av de uføre kvinnene. For menn utgjorde forskjellen 19 prosent, og 1 500 personer. Disse beregningene viser at den økte uføretrygdingen blant de aller yngste særlig drives av veksten i uføretrygdingen blant unge menn. Et høyere nivå på, og sterkere vekst i tilgangsratene blant 18-årige menn enn kvinner har også bidratt til å øke kjønnsforskjellen de siste tiårene. Mens det i 2016 var nesten 30 prosent flere menn enn kvinner blant uføretrygdete under 30 år, ville forskjellen bare vært på nær 20 prosent om veksten i uføretrygding av 18-åringer hadde flatet ut fra 2000 for begge kjønn.

Helsetilstanden hos unge

Økt uføretrygding av unge under 30 år skulle indikere at det er blitt relativt flere unge med alvorlige lidelser.

Samtidig tyder mye på at veksten til en viss grad skyldes at man etter 1992 foretar en avklaring mot uføretrygd tidligere enn før, og at flere dermed får uføretrygd i yngre alder. Den viktigste årsaken til veksten er likevel den økende uføretrygdingen blant de aller yngste. Det er flere årsaker til at dette kan skje. En viktig faktor som gjerne trekkes fram er den økte overlevelsen blant levendefødte; særlig i første leveår, men overlevelsen har økt på alle alderstrinn for barn og unge siden 1980-tallet.¹⁴

Potensielt lever flere lenger med lidelser som anses som hindre for å kunne forsørge seg ved eget arbeid. Forventet levealder for personer født med Downs syndrom har økt betraktelig siden slutten av 1960-tallet, og dette skyldes i all hovedsak økt overlevelse ved fødsel og første leveår (Larsen 2014). Store framskritt i nyfødtdmedisin og i behandlingen av for tidlig fødte barn siden begynnelsen av 1980-tallet har ført til økt overlevelse ved premature fødsler, og for nyfødte med lav fødselsvekt. De mest premature spedbarna (22–27 uker) har relativt høy sannsynlighet for funksjonshemminger som cerebral parese og nedsatt syn eller

¹⁴ SSB Statistikkbanken tabellene 05381 og 08393

hørsel, lærevansker og psykiske vansker (Myrhaug m.fl. 2017). Sannsynligheten avtar imidlertid raskt med økende lengde av svangerskapet, og det skjer stadig framskritt medisinsk. Prematur fødsel ser ut til å gi økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser uansett forekomst av funksjonshemming (Fevang m.fl. 2016, Markestad 2017). Generelt ser det også ut til at lav fødselsvekt i seg selv er korrelert med høyere forekomst av psykiske problemer (Mathewson m.fl. 2017). Det har til nå vært få studier som har fulgt premature barn over lengre tid og inn i voksen alder. Mye tyder imidlertid på at konsekvenser av manglende kognitiv utvikling som følge av tidlig fødsel og lav fødselsvekt også kan gi senvirkninger i form av psykiske problemer som voksen (Olsen m.fl. 2018).

Det er i stor grad unge med psykiske lidelser som mottar uføretrygd (Brage og Thune 2015, Ellingsen og Lindbøl 2017) eller arbeidsavklaringspenger.¹⁵ De fleste psykiske lidelser debuterer i forholdsvis ung alder; de fleste tilfeller innen 30-års alder. Den tidligste debuten har angstlidelser og impulsforstyrrelser, mens depressive lidelser gjerne kommer senere (Folkehelseinstituttet 2018). Studier tyder på at omkring sju prosent av barn i førskole- og barneskolealder har symptomer forenlige med en psykisk lidelse på et gitt tidspunkt (Folkehelseinstituttet 2018). Det er også klare kjønnsforskjeller. Gutter har høyest risiko for utviklingsforstyrrelser; lidelser som debuterer tidlig. Fra puberteten og oppover er jenter overrepresentert med depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser (Folkehelseinstituttet 2018).

Finner vi endringer sykdomsbildet som kan tilsi at flere unge nå har behov for varig inntektssikring? Systematisk kunnskap om ungdom og unge voksnes helse over tid er i hovedsak basert på selvrapporing gjennom gjentatte utvalgsundersøkelser. Folkehelseinstituttet har også sammenstilt informasjon fra ulike kilder og registre for å få et så helhetlig bilde som mulig. Dessverre mangler man kunnskapen en nasjonalt representativ diagnosebasert undersøkelse ville gitt (Folkehelseinstituttet 2018). Forskningen på tilgjen-

gelige data gir ikke entydige svar på hvorvidt helsen er blitt dårligere de siste tiårene selv om det er enighet om at det har vært vekst i forekomsten av selvrappor- terte psykiske plager blant ungdom (Sletten og Bakken 2016). Fra 1992 til 2006 økte forekomsten av depressive plager både for gutter og jenter i videregående skole, mens det i perioden 2006 til 2010 bare er hos jenter man observerer en svak vekst (von Soest og Hyggen 2013, von Soest og Wichstrøm 2014). Forekomsten av rapporterte depressive symptomer er klart høyere for jenter enn for gutter. De siste Ungdataundersøkelsene viser imidlertid at det siden 2010 er relativt sterk vekst i andelen blant jenter på ungdomstrinnet som rapporterer et høyt nivå av depressive symptomer. I 2016 utgjorde andelen nesten 30 prosent av jentene i videregående skole (Bakken 2017). Andre studier underbygger dette. I årene 2010–2016 har det vært sterk vekst (fra fem til sju prosent årlig) i andelen jenter i aldersgruppen 15–17 år registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (Folkehelseinstituttet 2018).

Diagnoser blant uføretrygdede

De viktigste diagnosene ved uføretrygding av de unge under 20 år har vært psykisk utviklingshemming og sykdommer i nervesystemet. Siden begynnelsen av 1990-tallet har det vært vekst i forekomsten av begge disse diagnosetyperne. Den sterkeste veksten i denne aldersgruppen finner vi imidlertid i psykiske lidelser som ikke faller innunder kategoriene psykisk utviklingshemming, misdannelser og kromosomavvik (Brage og Thune 2015, figur 5). Her er autisme og Asbergers syndrom de to hyppigst forekommende lidelsene (Brage og Thune 2015).

Også i de eldre aldersgruppene øker forekomsten av psykiske lidelser, unntatt psykisk utviklingshemming, misdannelser og kromosomavvik, blant nye uføretrygdede. Brage og Thune (2015) inkluderer ikke mottakere av tidsbegrenset uførestønad i sitt tallmateriale, men sannsynligheten er stor for at de fleste av disse også var diagnostisert med en psykisk lidelse. Lettere psykiske lidelser og de fleste muskel- og skjelettlidelser var nevnt som diagnoser i målgruppen for tidsbegrenset uførestønad. Blant lettere psykiske lidelser nevnes depressive tilstander, angsttilstander

¹⁵ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd++statistikk/Arbeidsavklaringspenger> [Hentet 16. mai 2018]

og mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser. I tillegg inkluderte målgruppen personer med slike lidelser i kombinasjon med rusproblemer.¹⁶ Det er helst i aldersgruppen 25–29 år vi finner nye unge uføretrygdede med depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser (Brage og Thune 2015).

Brage og Thune (2015) diskuterer veksten i uføretrygding blant de aller yngste, og er tvilende til at det bare er økt forekomst av lidelsene som forklarer økningen. Større oppmerksomhet rundt diagnoser og behandling allerede i skolealder har sannsynligvis bidratt til at flere får avklart behov for uføretrygd allerede ved fylte 18 år. Her støtter de seg også på Berg og Thorbjørnsrud (2009) som med utgangspunkt i forskning, statistikk og intervjuer med relevante aktører peker på flere mulige tilleggsfaktorer bak veksten i uføretrygdingen av unge under 30 år fram til 2007. Berg og Thorbjørnsrud (2009) baserer analysen på vekst i de samlede uføreytelsene – de inkluderer dermed også tidsbegrenset uførestønad. De avskriver økt overlevelse av for tidlig fødte barn som en viktig årsak – etter deres beregninger dreier det seg om for få personer. Siden overlevelsen på alle årstrinn har fortsatt å øke er dette imidlertid en faktor som kan ha fått økt betydning de siste ti årene. Økt rusmiddelbruk siden 1990-tallet fremheves derimot som en mulig årsaksfaktor. Psykiske lidelser og narkotikabruk ser ut til å ha en gjensidig negativ effekt. I tillegg peker Berg og Thorbjørnsrud på regelverksutviklingen med økende krav til gjennomstrømming av personer i NAV, og på et arbeidsliv som i synkende grad ser ut til å ha rom for dem som sliter med manglende mestring og dårlige sosiale ferdigheter. Det har også vært spekulert i hvorvidt det over tid har vært en forverring av barns oppvekstvilkår. Her vet man ikke så mye.

Diskusjon

Unge under 30 år har blitt uføretrygdet i økende grad siden begynnelsen av 1990-tallet, og veksten de siste årene har vært spesielt sterk. Tall for 2017 bekrefter at veksten fremdeles er økende. Ved utgangen av 2017

var 1,9 prosent av unge i alderen 18–29 år uføretrygdet mot 1,7 prosent året før (Ellingsen 2018). Økningen i uføretrygding av unge menn under 20 år fortsetter uforminsket, men kan ha stanset opp for de yngste kvinnene. Fra 2016 til 2017 økte antall nye uføretrygdede under 30 år med 13 prosent, og veksten var sterkest hos kvinner i alderen 25–29 år der økningen i nye uføretrygdede relativt til året før var på nær 35 prosent.¹⁷

Når stadig flere unge under 30 år er uføretrygdet, kan det skyldes dårligere helse, færre alternativer til uføretrygd eller begge deler. Analysen i denne artikkelen viser at det over tid særlig er den økende uføretrygdingen av 18-åringene som har bidratt til veksten i antall uføret, og at dette utviklingstrekket ser ut til å vare ved. Det ser også ut til å være en sammenheng mellom uføretrygding i de eldre aldersgruppene (20–29 år) og regelverket for de midlertidige helserelaterte ytelsene; jo lengre tid man kan motta en slik ytelse, jo færre blir uføretrygdet før de fyller 30 år.

Dårligere helse?

Vi har pekt på noen forhold som kan tilsi at flere vokser opp med alvorlige lidelser. Den synkende dødeligheten siden 1960-tallet, både i første leveår og i ungdomsårene, indikerer økt overlevelse også for barn og unge med ulike typer av funksjonshemminger. Disse ungdommene har nå, og sannsynligvis i økende grad, blitt diagnostisert i løpet av barndommen eller ungdomstiden og får innvilget uføretrygd når de fyller 18 år. Generelt er de fleste som får uføretrygd når de fyller 18 år, født med ulike typer fysisk eller psykisk utviklingshemming, eller med disposisjon for alvorlige psykiske lidelser. Gjennom de første barneårene vil det også kunne oppstå alvorlige sykdommer og skader, både av fysisk og psykisk art.

Blant de psykiske lidelsene som debutterer i barneårene finner vi, i tillegg til ulike grader av psykisk utviklingshemming, eksternaliserende lidelser¹⁸ som kan medføre et høyt, og ofte vanskelig håndterbart aktivitetsnivå, og autisme. Her er gutter overrepresen-

¹⁶ NAVs rundskriv til §12-9 etter 1. januar 2004 og før endring 1. mars 2010

¹⁷ <https://www.nav.no/536879/mottakere-av-uf%C3%B8retrygd-etter-kj%C3%B8nn-og-alder.pr.31.12.2008-2017.antall> [Hentet 31.05.2018]

¹⁸ Lidelser som atferdsproblemer og ADHD.

tert (Folkehelseinstituttet 2018, kapittel 3). Internaliserende lidelser som depresjon, angst og tilbaketrekning debuterer gjerne i tenårene, og da i større grad hos jenter. De relativt store forskjellene i diagnosemønsteret mellom gutter og jenter er sannsynligvis en viktig forklaring på overhyppigheten av menn blant uføretrygdete 18-åringer.

Det er viktig at helsetjenesten, barnehager, skole og foreldre har kunnskap og kompetanse til å håndtere barn og unge med alvorlige lidelser, og gjerne i form av et formelt samarbeid. Sannsynligvis kan man bedre funksjonsevnen hos mange om de blir møtt på en riktig måte og med riktig behandling så tidlig som mulig. Samtidig skjer det også medisinske framskritt i behandlingen av nyfødte, uansett lengden på svangerskapet. Man kan håpe at over tid vil stadig bedre kunnskap om oppfølging, både i svangerskapet og de første leveårene, kunne bidra til at færre får, eller blir disponert for, hemmende lidelser.

Det er bare en mindre gruppe blant de unge som har så store problemer at de verken får gjennomført utdanning eller har noen framtid i ordinært arbeid. Andelen unge som i ulike sammenhenger rapporterer at de sliter med psykiske og fysiske plager er imidlertid relativt høy, og særlig hos jenter i tenårene ser andelen med depressive symptomer ut til å være økende. Personer som starter livet med funksjonshemninger, ulike somatiske sykdommer eller, av ulike grunner, økt risiko for psykiske lidelser vil stå overfor utfordringer andre slipper. Basert på helseundersøkelser som HUNT, Ung-HUBRO og andre regionale studier finner norske forskere at rapporterte helseproblemer i barne- og ungdomsårene predikerer økt avhengighet av velferdsytelser senere (Homlong m.fl. 2015, De Ridder m.fl. 2015). Man finner også at mentale helseproblemer i ungdomstiden gir lavere sannsynlighet for å gjennomføre videregående utdanning (Sagatun m.fl. 2014) og reduserer forventet framtidig inntekt (Evensen m.fl. 2017). For begge kjønn ser det ut til at det er eksternaliserende lidelser som i særlig grad er assosiert med manglende gjennomføring av videregående skole. Man finner en svakere effekt av internaliserende lidelser som depresjon, angst og tilbaketrekning, og bare for jenter (Sagatun m.fl. 2014). Psykiske helseplager blant unge viser seg i tillegg å ha en sosial

gradient; dårlig råd, konflikter i hjemmet og manglende støtte øker sannsynligheten for at man har rapportert slike plager (Sletten 2017). Barn og unges helse og oppvekstvilkår er viktig for utfall i voksen alder, og bør få stor oppmerksomhet. Mye tyder på at flere barn og ungdommer enn tidligere sliter med psykiske problemer. Det kan være avgjørende for deres videre utvikling og senere arbeidsmarkedsdeltakelse at de får relevant og tilstrekkelig oppfølging så tidlig som mulig.

Uansett årsak vil unge som sliter med fysiske og psykiske problemer trenge mer oppfølging og støtte enn sine jevnaldrende på vei inn i voksenlivet. Noen får både inntekt og økt livskvalitet med uføretrygd og varig tilrettelagt arbeid (VTA). I desember 2016 gjaldt dette 2 500 personer under 30 år, eller om lag én av seks av de uføretrygdete i denne aldersgruppen. De fleste på slike arbeidsplasser var 20 år og over¹⁹, men over halvparten hadde fått uføretrygd før fylte 20 år. Etterspørselen fra NAV-kontorene etter varig tilpassede arbeidsplasser (VTA) er økende (Spjelkavik m. fl. 2012).

Andre går inn og ut av skole og ulike jobber uten verken å få en relevant utdanning eller et fofeste i arbeidslivet. Når de oppsøker NAV blir de ofte kategorisert med nedsatt arbeidsevne siden de har behov for spesielt tilpasset oppfølging. I prosessen med avklaring av inntektssikring er så sjansen stor for å få innvilget en midlertidig helseytelse. Andre igjen har klart seg gjennom utdanning og/eller kommet i arbeid, men faller ut etter en tid, og mottar først sykepenger og så arbeidsavklaringspenger. For mange unge blir dette forløpet langvarig – man forsøker i så stor grad som mulig å unngå varig uføretrygd både av hensyn til den enkelte som må få muligheten til å få utviklet sitt potensiale, og til samfunnet (Bragstad og Sørbø 2014, Sørbø og Ytteborg 2015). Lange forløp med arbeidsavklaringspenger og oppfølging fra NAV i kombinasjon med medisinsk behandling, arbeidsrettede tiltak og eventuelt utdanning kan for noen bety veien bort fra en potensielt livsvarig trygdekarriere.

¹⁹ <https://www.nav.no/468454/tiltaksdeltakere%2815%29> [Hentet 23.5.2018]

For andre leder lange forløp likevel inn i en tilværelse med varig uføretrygd, og en avklaring kunne kanskje vært foretatt tidligere. De unge i NAV som har størst problemer har ofte få ressurser hjemmefra, lav eller ingen utdanning, liten eller ingen arbeidserfaring, og sliter gjerne med psykiske plager av ulik alvorlighetsgrad. Den samfunnsøkonomiske konsekvensen av at en ung person blir uføretrygdet og dermed står utenfor arbeidslivet er stor (Rasmussen m.fl. 2010). Gevinsten ved å lykkes med rehabilitering er derfor også betydelig.

Nytt regelverk for arbeidsavklaringspenger

NAVs veiledere har til en viss grad kunnet benytte skjønn ved forlengelse av arbeidsavklaringspengene (Holgersen 2017). Nå kan det imidlertid bli en endring. Fra og med 1. januar 2018 skjedde det en ny innstramming i tiden man kan motta en midlertidig helseytelse. For nye tilfeller ble tiden med arbeidsavklaringspenger redusert fra fire til tre år, med maksimalt to års forlengelse på gitte vilkår.²⁰ Holgersens (2017) vurdering av regelendringen er at man nå nærmest har fjernet muligheten for å motta arbeidsavklaringspenger sammenhengende i mer enn fem år. Hvorvidt man får en forlengelse på to år vil avhenge av hvor streng praktiseringen av vilkårene blir, og blant annet hvem som har ansvaret for at det ikke er skjedd en avklaring i løpet av treårsperioden. Utdanningstiltak behandles spesielt: det skal gis forlengelse om man har startet i opplæring før treårsperioden er utløpt, og ikke rekker å fullføre før den er ute. Etter en avsluttet tre- eller femårsperiode er det vedtatt en karenperiode på 52 uker før arbeidsavklaringspenger kan innvilges på nytt.²¹

Er oppfølgingen god nok?

Argumentet for innstramming fra fire til tre år med mottak av arbeidsavklaringspenger er at man mener at fireårsperioden «ikke [er] blitt brukt godt nok», og peker på at mange, og særlig unge fortsetter å motta ytelsen lenger enn fire år (Prop. 74 L (2016–2017), 5.7.4). Man ser et potensiale i bedre samhandling med andre aktører, raskere deltakelse i arbeidsrettede tiltak

i kombinasjon med medisinsk behandling og tettere oppfølging fra NAV sin side. Målet er at flere skal hjelpes slik at de kan bli i stand til å forsørge seg selv.

Unge under 30 år som får innvilget arbeidsavklaringspenger ser ut til å avslutte forløpet raskere enn i eldre aldersgrupper (se f.eks. Kann m.fl. 2016). De unge som blir igjen ser imidlertid ut til å trenge mer tid enn de eldre. Mange har alvorlige psykiske lidelser (Sørbø og Ytteborg 2015). Vil det være mulig, gjennom bedre behandling og mer relevante tiltak, å øke sjansen for selvforsørging? Og kan dette gjøres raskere, eller tilsier sykdomsbildet for denne gruppen at man i det lengste bør utsette avgjørelsen om varig uføretrygding fordi det vil innebære at oppfølgingen fra NAV opphører?

Mot økende uføretrygding?

Foreløpig er det grunn til å anta at med det nye regelverket for arbeidsavklaringspenger øker sjansen for at man kan risikere å miste retten til ytelsen før arbeidsønnen er endelig avklart. I en slik situasjon kan man være ute av stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid, men oppfyller heller ikke kravene til uføretrygd (Holgersen 2017, avsnitt 4.2). I forarbeidene til loven drøfter departementet fordeler og ulemper med kortere varighet, og særlig opp mot tilgang til uføretrygd: «Hvis varigheten på perioden en kan motta arbeidsavklaringspenger blir for kort, kan dette føre til økt tilgang til, og press på, uføretrygden. Dersom maksimal varighet er nådd, samtidig som sykdommen fortsatt medfører nedsatt arbeidsevne, vil de fleste sannsynligvis få innvilget uføretrygd. Å ha så strenge varighetsbegrensninger at det gir press på og økning i antall uføretrygdete vil ikke være noen god løsning verken fra den enkeltes eller fra et samfunnsøkonomisk ståsted» (Prop. 74 L (2016–2017), 5.7). Erfaringen med innføring av tidsbegrenset uførestønad og den samtidige innstrammingen i unntaksbestemmelsene for rehabiliteringspenger i 2004, tyder på at dersom det blir et gap mellom to livsoppholdsytelser, vil dette bli forsøkt tettet. En aktuell mulighet kan være at vilkårene for å innvilge varig uføretrygd blir justert. Løsningen i 2004 ble at man etter en stund justerte regelverket både for tidsbegrenset uførestønad og rehabiliteringspenger (Bragstad 2009, 2.2.4).

²⁰ Folketrygdloven § 11-12

²¹ Folketrygdloven § 11-31. Unntak kan gis i helt spesielle tilfeller ved alvorlig sykdom eller skade.

Uførereformen fra 1. januar 2015 gav økt fleksibilitet for inntektsopptjening i uføretrygden.²² Dette kan allerede fra 2015 ha redusert motforestillingene mot å innvilge den varige ytelsen også for de unge. En analyse basert på de første 12 månedene etter reformen av uføretrygden, viser en liten, men positiv effekt på arbeidstilbudet fra menn under 30 år med full uføretrygd (Alne 2018).²³ Det nye regelverket for arbeidsavklaringspenger vil få full effekt fra 1. januar 2021. Det er grunn til å vente ytterligere vekst i uføretrygdingen av de unge under 30 år i årene som kommer, dersom man ikke finner alternative måter å støtte de mest vanskeligstilte på.

Referanser

Alne, Ragnar Hjellset (2018) «Economic incentives, disability insurance and labor». *Working Papers in Economics*, No. 02/18. Department of Economics, University of Bergen.

Bakken, Anders (2017) *Ungdata. Nasjonale resultater 2017*. NOVA Rapport 10/17. Oslo: NOVA.

Berg, Helene og Trude Thorbjørnsrud (2009) «Hvorfor blir det flere unge uføre?». *Søkelys på arbeidslivet*, 3/2009, 389–399.

Brage, Søren og Ola Thune (2015) «Ung uførhet og psykisk sykdom». *Arbeid og velferd*, 1/2015, 37–49.

Bragstad, Torunn (2009) *Tidsbegrenset uførestønad – evaluering fire år etter*. NAV-rapport 3/2009.

Bragstad, Torunn og Søren Brage (2011) «Unge på arbeids- og helserelaterte ordninger». *Arbeid og velferd*, 2/2011, 36–47.

Bragstad, Torunn og Johannes Sørbø (2014) «Hvem

er de unge med nedsatt arbeidsevne?». *Arbeid og velferd*, 1/2014, 51–63.

De Ridder, Karin, Kristine Pape, Steinar Krokstad og Johan Håkon Bjørngaard (2015) «Helse i ungdomstiden og senere trygdeytelser – HUNT-studien». *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 10, 2006; 126, 436–439.

Ellingsen, Jostein (2018) «Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2017». *Statistikknotat*, Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Ellingsen, Jostein og Marianne Lindbøl (2017) «Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2014». *Statistikknotat*, Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, Anne Reneflot, Arnstein Mykletun (2017) «Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study». *Journal of epidemiology & community health*, 2017; 71:201–206.

Fevang Silje KE, Mari Hysing, Trond Markestad og Kristian Sommerfelt (2016) «Mental Health in Children Born Extremely Preterm Without Severe Neurodevelopmental Disabilities». *Pediatrics*, 2016;137(4).

Folkehelse rapporten (nettutgaven) *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet <https://fhi.no/nettpub/hin/> [Hentet 22.05.2018]

Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*. Rapport. Folkehelseinstituttet.

Hammer, Torild og Christer Hyggen (red) (2013) *Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenliv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holgersen, Gudrun (2017) «Arbeidsavklaringspenger: om varighet, forlengelse og forholdet til uføretrygden». *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett*, 3–4/2017, 14: 204–240.

Homlong, Lisbeth, Elin O. Rosvold, Dag Bruusgaard, Lars Lien, Åse Sagatun og Ole R. Havvet (2015) «A

²² Folketrygden § 12-14. Reduksjon av uføretrygd på grunn av inntekt

²³ Reformen ble implementert helt samtidig med en omlegging av rapporteringen til Arbeidsgiver- og arbeidstakerregistret. Selv om dette er forsøkt korrigert for på flere måter (Alne 2018, Appendix C), kan det ha påvirket resultatene.

- prospective population-based study of health complaints in adolescence and use of social welfare benefits in young adulthood». *Scandinavian Journal of Public Health*, 2015; 43:629–637.
- Jentoft, Nina og Torunn S. Olsen (2009) *Ikke av vond vilje. En evaluering av ordningen med tidsbegrenset uførestønad*. FoU-rapport nr. 6/2009. Agderforskning.
- Kann, Inger Cathrine, Jun Yin og Per Kristoffersen (2016) «Fra arbeidsavklaringspenger til arbeid». *Arbeid og velferd*, 2/2016, 77–92.
- Kann, Inger Cathrine og Lars Sutterud (2017) «Stadig færre på trygd?». *Arbeid og velferd*, 3/2017, 41–58.
- Kristoffersen, Per (2005) *Innskjerpingen i attføringsvilkåret i 2000*. RTV-rapport 05/2005. Rikstrygdeverket.
- Lande, Sigrid (2014) «Arbeidsavklaringspenger – mottakere overført fra tidligere ordninger». *Arbeid og velferd*, 2/2014, 89–100.
- Larsen, Frode Kibsgaard (2014) *Levealdersutvikling for personer med Downs syndrom i Norge fra 1969 og frem til 2050*. MPH 2014:7. Göteborg: Nordic School of Public Health NHV.
- Markestad, Trond (2017) «Det ekstremt for tidlig fødte barnet; hvordan går det?». *Norsk Epidemiologi*, 27 (1–2): 19–22.
- Mathewson, K. J., Chow, C. H. T., Dobson, K. G., Pope, E. I., Schmidt, L. A., & Van Lieshout, R. J. (2017). «Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis». *Psychological Bulletin*, 143(4), 347–383.
- Myrhaug HT, Brurberg KG, Hov L, Håvelsrud K og Reinart LM. (2017) *Prognose for og oppfølging av ekstremt premature barn: En systematisk oversikt*. Rapport 2017 Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
- Nygaard, Hanne (1998) *Hva skjer med dem som ikke lenger mottar rehabiliteringspenger? Virkningen av begrensningen på 52 uker*. RTV-rapport 7/1998. Rikstrygdeverket.
- Olsen, Alexander, Emily L. Dennis, Kari Anne I. Evensen, Ingrid Marie Husby Hollund, Gro C.C. Løhaugen, Paul M. Thompson, Ann-Mari Brubakk, Live Eikenes, Asta K. Håberg (2018) «Preterm birth leads to hyper-reactive cognitive control processing and poor white matter organization in adulthood», *NeuroImage*, 167 (2018) 419–429.
- Olsen, Torunn S., Nina Jentoft og Gro Kvåle (2006) *Tid er ikke alt. Evaluering av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen*. FoU-rapport nr. 4/2006. Agderforskning.
- Prop. 74 L (2016-2017) *Endringer i folketrygdloven mv. (arbeidsavklaringspenger og tilleggsstønader til arbeidsrettede tiltak mv.)*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Rasmussen, Ingeborg, Vivian A. Dyb, Nicolai Hedal og Steinar Strøm (2010) *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom*. Vista analyse rapport nr. 2010/07.
- Sagatun, Åse, Sonja Heyerdahl, Tore Wentzel-Larsen og Lars Lien (2014) «Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study». *BMC Public Health* 2014, 14:16.
- Sletten, Mira Aaboen (2017) «Psykkiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene». I *Oppvekstrapporten 2017*, 124–147. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Spjelkavik, Øystein, Pål Børing, Kjetil Frøyland og Ingebjørg Skarpaas (2012) *Behovet for varig tilrettelagt arbeid*. AFI-rapport 14/2012.
- Sletten, Mira Aaboen og Anders Bakken (2016) *Psykkiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. NOVA Notat, nr 4/16. Oslo: NOVA.

Sørbø, Johannes og Helene Ytteborg (2015) «Arbeidsavklaringspenger: Hva har skjedd med de som har passert fire år?». *Arbeid og velferd*, 3/2015, 123–133.

von Soest, Tilmann og Christer Hyggen (2013) «Psykiske plager blant ungdom og unge voksne – hva vet vi om utviklingen i de siste årtiene?» i Hammer, Torild og Christer Hyggen (red) *Ung voksen og uten-*

for. Mestring og marginalitet på vei til voksenliv. Oslo: Gyldendal Akademisk.

von Soest, Tilmann og Lars Wichstrøm (2014) «Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010». *Journal of Abnormal Child Psychology*. 42, 403–415.