

Anne Skevik Grødem, Roy A. Nielsen og  
Anne Hege Strand

# **Unge mottakere av helserelaterte ytelser**

**Fordelingen mellom offentlig og familiebasert  
forsørgelse av unge NEET**



Anne Skevik Grødem, Roy A. Nielsen og  
Anne Hege Strand

## **Unge mottakere av helserelaterte ytelser**

Fordelingen mellom offentlig og familiebasert  
forsørgelse av unge NEET

© Fafo 2014

ISBN 978-82-324-0139-0 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0140-6 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto: Colourbox.com

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

# Innhold

Forord .....	5
Sammendrag .....	6
Summary.....	9
<b>1 Introduksjon .....</b>	<b>13</b>
Ulike former for forsørgelse: velferdstriangelet .....	16
Forskningsdesign, metode og data .....	23
Forskningsetiske problemstillinger .....	26
<b>2 Utvikling i bruken av helserelaterte ytelser blant unge 1992–2012 .....</b>	<b>27</b>
Om utviklingen av de helserelaterte ytelsene og antallet mottakere.....	28
Datagrunnlag og begreper .....	30
Utviklingstrekk blant unge og eldre mottakere av helserelaterte ytelser .....	32
Utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser i de yngste aldersgruppene .....	38
Unge bruk av ulike helserelaterte ytelser – detaljer .....	42
<b>3 Unge utenfor arbeid og utdanning – registerbasert NEET .....</b>	<b>45</b>
Andel unge utenfor arbeid og utdanning (NEET) i perioden 2000–2010.....	51
Diskusjon og oppsummering .....	63
<b>4 Litteratur om unge utenfor .....</b>	<b>67</b>
Litteratur om unge med helserelaterte ytelser før og nå: nye forståelser?.....	67
Nordiske sammenlikninger.....	69
Årsaker til økning i antall unge med helserelaterte ytelser: ulike perspektiver .....	72
Studier som tar for seg prosesser i arbeidslivet .....	74
Individorienterte forklaringer: psykisk helse, normer og «arv» .....	77

Velferdsstatsorienterte forklaringer: mer aktiv innsats og «avhengighet».....	82
Perspektiver på forholdet mellom privat og offentlig forsørgelse.....	89
Oppsummering.....	90
<b>5 utfordringer for framtidig forskning .....</b>	<b>93</b>
Perspektiver på ungdom og eksklusjon.....	93
Mulige prosjektideer .....	96
Avslutning.....	102
Referanser .....	103

# Forord

Bakgrunnen for denne rapporten er den økende bekymringen som har vært uttrykt både i media, fra politisk hold og fra forskerhold for økningen i unge mottakere av helse relaterte ytelser. Dette er en problemstilling som er tett sammenvevd med en større debatt om unge som faller utenfor utdanning og arbeid. Det var et ønske fra oppdragsgiver om å undersøke nærmere flere påstander knyttet til unge og bruk av trygd. Er det slik at flere unge «naver» nå enn før? Stemmer det at NAV-døra har blitt bredere og at flere unge får hjelp av det offentlige nå enn tidligere? Er det slik at flere unge enn før får hjelp fra NAV via de helse relaterte ytelsene? Og hvis det er slik at flere unge får økonomisk bistand fra NAV, betyr det at familien har blitt mindre viktig som forsørger av unge voksne de siste årene?

I denne rapporten har vi brukt aggregerte registerdata fra NAV til å beskrive utviklingen i bruken av helse relaterte ytelser blant unge de siste 20 årene. I tillegg har vi brukt registerdata på individnivå fra det siste tiåret til å følge utviklingen av unge NEET. Vi undersøker hvor stor andel av disse som mottar trygd – er offentlig forsørget – og hvor stor andel som ikke mottar noen form for offentlig stønad, og som vi antar er forsørget av familien. Vi gjennomgår også forskningslitteraturen på feltet om unge utenfor, og vi konkluderer med at lite forskning er rettet mot marginaliserte unge som faller utenfor både arbeid, utdanning og offentlig økonomisk forsørgelse.

Prosjektet er gjennomført av Anne Skevik Grødem, Anne Hege Strand og Roy A. Nielsen. Anne Skevik Grødem var opprinnelig prosjektleder, men sluttet på Fafø underveis i prosjektet, og Anne Hege Strand har derfor ledet prosjektet på oppløpsiden og inn i mål. Anne Britt Djuve har vært kvalitetssikrer for prosjektet og fortjener en takk for sine innspill og kommentarer.

Prosjektet er utført på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Vår kontaktperson i departementet var i første del av prosjektet Terje Moxness Kortner. Han forlot imidlertid departementet, og Kristina Øystese kom inn som kontaktperson i siste fase. Takk til begge disse, samt andre i departementet for oppfølging underveis og kommentarer på rapportutkast.

Oslo, oktober 2014  
Anne Hege Strand  
Prosjektleder

## Sammendrag

De siste tiårene har det vært en økende bekymring for at omfanget av trygdebruken har blitt for stort og at for mange lever av trygd framfor eget lønnsarbeid. Særlig har unges bruk av helserelaterte ytelser vært diskutert. Ikke minst har OECD bidratt til denne diskusjonen, med rapporter som viser at Norge har en høyere bruk av helserelaterte ytelser enn andre OECD-land. Men også i land utenfor Norge er det omfattende diskusjoner om utenforskap blant unge. I den internasjonale forskningslitteraturen betegnes ofte denne gruppen som NEET (Not in Employment, Education or Training) – altså unge som verken er i arbeid, utdanning eller opplæringsprogrammer.

Alle personer er avhengige av penger for å klare seg. Dersom en ung voksen person faller utenfor arbeidsliv og/eller utdanning, må denne personen også forsørges. I henhold til «velferdstrianglet» finnes det ulike former for økonomisk forsørgelse. Barn vil typisk være forsørget av sine foreldre i *familien*, mens voksne i stor grad forsørger seg gjennom *arbeidsmarkedet*. I tillegg så vil det være en gruppe som forsørges av *staten* gjennom ulike velferdsordninger. Hvor stor andel av unge som faller inn under disse ulike forsørgelsesformene, kan variere over tid, og vi har i denne rapporten konsentrert oss om å se på unge som forsørges av staten versus unge som forsørges av familien.

Rapporten bygger på et tredelt oppdrag:

- For det første ble vi bedt om å gjøre rede for utviklingen over tid i andelen unge som står utenfor utdanning og arbeid, og som mottar offentlig inntektssikring, og i hvilken grad unge utenfor har en overgang til arbeid eller utdanning. I tillegg ble vi bedt om å gi et anslag på andelen unge som forsørges privat.
- For det andre skal disse tidsseriene ses i sammenheng med tidligere forskning på feltet.
- For det tredje ble vi bedt om å utarbeide en liste over forskbare problemstillinger som kan bidra til en ytterligere kunnskap om feltet ungdom og mottak av offentlige ytelser og tjenester.

I kapittel 2 beskriver vi utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser blant unge gjennom en tjuårsperiode. Vi benytter aggregert informasjon fra NAVs registre som viser antallet uføre og antallet mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser (arbeidsavklaringspenger, tidsbegrenset uførestønad, attføringspenger og rehabiliteringspenger) i tidsrommet 1992 til 2012. I statistikken fra NAV er antallet mottakere



registrert ved utgangen av desember hvert år, og det er en mulighet for at én og samme person *kan* være registrert flere ganger, med ulike ytelser i løpet av ett år. En slik mulig overregistrering er det ikke korrigert for i analysene. I analysene beregner vi både antallet brukere og andelen brukere. Andelen brukere er beregnet ved å dele antallet stønadsmottakere innenfor en alderskohort på antallet personer i befolkningen i den samme alderskohorten.

Vi finner at det har vært en økning i både antallet og andelen mottakere av midlertidige helserelevante ytelser i perioden 1992 til 2012. Dette gjelder alle aldersgrupper, inkludert unge mottakere. Mens aldersgruppene mellom 30 og 66 år har en relativt jevn vekst i hele perioden fra 1995 til 2010, så er veksten lavere for unge mottakere i tidsrommet 2003 til 2008. Dette var en høykonjunkturperiode, og det ser ut til at veksten i unge mottakere av midlertidige helserelevante ytelser går saktere i dette tidsrommet. Fra 2009 øker andelen unge mottakere av helserelevante ytelser igjen.

For den varige helserelevante ytelsen uførepensjon, finner vi at antallet unge mottakere har økt siden 1995. Men andelen unge uføre er relativt stabil over tid. Om lag 1 prosent av aldersgruppen 18 til 29 år er varig uføre i tidsrommet 1992 til 2012. Til tross for en økning i andelen som er på midlertidige helserelevante ytelser i det samme tidsrommet, ser det ikke ut til at denne økningen har resultert i en dramatisk «glidning» av personer fra midlertidige til varige helserelevante ytelser i dette tjueårsrommet. Derimot finner vi at det har vært en økning i antallet og andelen mottakere av midlertidige ytelser under 25 år. Det kan dermed virke som den offentlige forsørgelsen av unge voksne kommer inn på et tidligere tidspunkt i livsløpet enn det som var tilfellet for 15–20 år siden.

I kapittel 3 beskriver vi ved hjelp av registerdata andelen unge voksne i alderen 18 til 30 år som er NEET (Not in Employment, Education or Training) i perioden 2000–2009. Personer som *ikke* er registrert som lønnsstaker, selvstendig næringsdrivende, deltaker i arbeidsmarkedtiltak (i november hvert år) eller som deltaker i formell utdanning (i oktober hvert år), defineres som en registerbasert NEET. NEET som ikke mottok sosialhjelp, uførepensjon, attførings- eller rehabiliteringspenger, og som ikke var registrert som arbeidssøker og som hadde en samlet inntekt under 2G (2 ganger grunnbeløpet i folketrygden), er definert som familieforsørget NEET. Det vil si at dette er personer som er registrert med så lite egen inntekt at vi antar at de må være forsørget av noen andre, og vi velger å kalle disse for familieforsørget. Familie kan i denne sammenhengen for eksempel være egne foreldre eller en ektefelle eller samboer.

Antallet registerbaserte NEET var mellom 100 000 og 120 000 personer per år i perioden 2000–2009, mens antallet familieforsørgede NEET lå omkring 40 000 per år gjennom hele perioden. Dette tilsvarer henholdsvis omtrent 13 og 5 prosent av unge i alderen 18 til 30 år. Andelen familieforsørgede NEET er forholdsvis lik for ulike aldersgrupper, mens den samlede andelen NEET øker med økende alder. Samlet sett er det en høyere andel kvinner i alderen 18 til 30 år som er NEET eller familieforsørget

NEET, men i de yngste aldergruppene er andelen menn høyest. Omtrent syv prosent av kvinner i slutten av 20-årene er familieforsørget NEET, blant menn er andelen omkring tre prosent.

Dersom en tar utgangspunkt i alle som var NEET i 2005 og følger disse framover i tid til 2010, finner vi at 30 prosent ikke lenger var NEET i noen av de påfølgende årene, mens 20 prosent var NEET i alle årene. Av alle som var NEET i 2005, var over halvparten enten sysselsatt eller i utdanning fire år senere, i 2009. Andelen som var NEET tre år på rad har ligget rundt 12 prosent i hele perioden vi undersøker.

Andelen NEET som mottok helserelaterte ytelser, har ligget rundt 20 prosent i hele perioden fra 2000 til 2009, noe som innebærer at de som er NEET i stor grad er avhengige av andre ytelser og inntektskilder. Samlet sett tyder våre analyser på at gruppen av NEET utgjør omtrent 13 prosent av unge i alderen 18 til 30 år, hvorav nesten 3 prosent mottar helserelaterte ytelser, omtrent 5 prosent er forsørget av familien, og omkring 5 prosent mottar andre offentlige ytelser (som dagpenger og sosialhjelp).

I rapportens kapittel 4 presenterer vi perspektiver og forskning på unge utenfor, med et hovedblikk på forskning fra de siste fem årene. Et viktig funn er at det finnes en omfattende litteratur om utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser generelt, mens relativt få studier konsentrerer seg om unge spesielt. Videre finner vi at forklaringene i den foreliggende forskningslitteraturen ikke kan oppsummeres etter velferdstrianglet: «familie – stat – arbeidsmarked». Snarere kan litteraturen på dette feltet sorteres etter trianglet: «arbeidsmarked – individ – stat». Det er svært få forskningsstudier som ser på omfanget og betydningen av familiebasert forsørgelse av unge voksne som faller utenfor arbeid og utdanning.

I det siste kapitlet i rapporten presenterer vi, på oppfordring fra oppdragsgiver, en liste over forslag til problemstillinger om videre forskning på stønadsmottak blant unge. Etter vårt skjønn må forskning på dette temaet legge til grunn at det ikke finnes én overordnet teori som kan forklare økningen i antallet unge med helserelaterte ytelser, og at man derfor bør holde fast i forståelsen av det finnes mer enn én forklaring.

## Summary

The last decades there has been an increasing worry that benefit dependency has become too extensive, and that too many persons in the population relies on benefits for their livelihood. In particular young person's increased reliance on health related benefits has been discussed. Not the least has OECD contributed to this discussion, presenting reports documenting that Norway has a more extensive use of health benefits, compared with other OECD countries. However, also in countries outside Norway there have been comprehensive discussions on an increasing marginalization of the young. In the international research literature this group is frequently referred to as NEET – young persons who are Not in Employment, Education or Training.

All persons depend on access to money in order to make a livelihood. If a person falls outside the labor market this person is still in need of some form of economic maintenance. According to the “welfare triangle” there are three distinct forms of economic maintenance that provide an option for maintenance of persons not in work or education. Children are typically supported by their parents in the *family*, whereas a majority of adults are economically maintained through the *labor market*. In addition, a group of persons will be provided for by the *state* through various welfare benefits. What share of young adults that fall under these different forms of maintenance may vary over time, and in this report we have focused on estimating the size of the group supported by the welfare state and the family respectively.

The report is built on an assignment with three parts:

- First, we were asked to report on the development in the share of young adults outside the labour market and education, and who receives public welfare support, and to what extent this group makes a transition into work or education. In addition we were asked to make an estimate of the share of young adults who are provided for by the family.
- Second, we were asked to review the analysis from part one in relation to previous research.
- Third, we were asked to develop a list of researchable questions, which may contribute to increase future knowledge on benefit dependency among young adults.

In chapter 2 we describe the development in the use of health related benefits among young adults over a time period of twenty years. We make use of aggregated information

from NAV registers, displaying the share and number of disability benefit recipients and recipient of temporary health benefits in the period between 1992 and 2012. In the statistics from NAV the number of benefit recipients is registered in December each year, and there is a possibility that the same person is registered as a receiver of different benefits in the same calendar year. This potential over-registration is not corrected for in the analysis. In the analysis we estimate both the number and share of benefit recipients. The share is estimated by dividing the number of benefit recipients within one age cohort by the number of persons in the population in that age cohort.

We find that there has been an increase in both the number and share of benefit recipients of temporary health benefits in the period between 1992 and 2012. This applies to all age groups, including young adults. The age group between 30 and 66 years experienced a relatively steady growth throughout the whole period between 1995 and 2010, however the growth in temporary health benefit recipients in the young age group was slowing down in the time period between 2003 and 2008. This was a period with strong economic growth in Norway, and it seems that the growth in the share of young adult recipients of temporary health benefits slows down during this time period. Since 2009 the share of young adults on temporary health related benefits again increases.

We find that the number of young adults receiving disability pension has increased in the population since 1995. About 1 percent of the age group between 19 and 29 years receives a permanent disability pension in the period between 1992 and 2012. Despite there being an increase in both the number and share of young adults on temporary health benefits in the same time period, this does not seem to have resulted in a dramatic increase in the share receiving disability pension during this time period of twenty years. However, we do find that there has been an increase in the number and share of temporary health related benefit recipients less than 25 years. It therefore seems like the public support of young adults (the temporary health related benefits) comes in at an earlier stage during the life course than was the case 15 to 20 years ago.

In chapter 3 we use individual level register information of the whole population aged 18 to 30 years to estimate the extensiveness of the NEET population in Norway in the time period 2000–2009. Individuals who are *not* registered either as a wage recipient, as self-employed, as a participant in a labor market activation program (in November each year) or in education (in October each year) are defined as NEET. NEETs who are not receiving social assistance, disability pension, medical or vocational rehabilitation benefit, and who were not registered as a job-seeker, and who had a total income of less than 2G (basic amount) is defined as a family provided NEET. Family provided NEETs are individuals who are registered with absolutely none, or with an income so small that we assume that this person must be economically supported by someone else – most likely own family. We therefore chose to define these

as family provided NEET. Family in this relation may include own parents, a spouse or cohabiting partner.

Applying the definitions above we identify in the register data between 100 000 and 120 000 NEETs per year in the age group between 18 and 30 years in the time period between 2000 and 2009. The number of family provided NEETs remains fairly stable in this time period at around 40 000 individuals per year. This corresponds to approximately 13 and 5 percent respectively of all young adults in the age group between 18 and 30 years. The share of family provided NEETs are about the same, regardless of age group, whereas the total share of NEET increases by age. In total, there are more women than men in the age group 18 to 30 years who are NEET or family provided NEET, but in the youngest age groups the share of men is higher than the share of women. About seven percent of women in their late 20's are family provided NEET, whereas this applies to three percent of men in the same age group.

If we use as our basis all who were identified as NEETs in 2005 and follow this group until 2009, we find that 30 percent is no longer a NEET in any of the following years (between 2006 and 2009), whereas 20 percent were identified as NEET in all these years. Of everyone who were defined as NEET in 2005, more than half were either employed or in education four years later in 2009. Since 2000 the share defined as NEET three consecutive years in a row has been stable at approximately 12 percent of all persons in the age group 18–30 years.

The share of NEET who receive a health related benefit is stable at around 20 percent of NEETs during 2000 and 2009, which indicates that a majority of the identified NEET population is depending on other forms of benefits or economic support than health benefits. According to our register based approach we estimate that the NEET group makes up around 13 percent of young adults between 18 and 30 years in the population, of which almost 3 percent receive health related benefits, about 5 percent are family provided and the remaining 5 percent receive other forms of welfare benefits (such as job seekers allowance and social assistance).

In chapter 4 we present a literature review of perspectives and research into labour market marginalization of the young. A key finding is that there is an extensive literature about the general increase in health related benefits in the population, but that relatively few studies are focusing on only the young adult population. We also find that explanations in the existing research literature may not be summarized according to the welfare triangle “family – state – labour market”. Moreover the literature may be more correctly summarized according to the triangle “labour market – individual – welfare state”. Hardly any research studies analyse the significance of the family as an economic provider of young adults falling outside work and education.

In the final chapter of the report we present, on the request of the Department, a list of proposed research questions that may be useful to increase future knowledge on benefit use and marginalization among young adults. In our opinion research

into this field must take as a presumption that there is not one overarching theory or explanation on the increase in the number of young adults on health related benefits, and that there is therefore highly likely more than one factor that can explain this societal development.

# 1 Introduksjon

De siste tiårene har det vært en økende bekymring knyttet til at omfanget av trygdebruken har blitt for stor, og at for mange lever av trygd framfor eget lønnsarbeid. Dette har gjenspeilet seg i det offentlige ordskiftet i flere ulike sammenhenger. For eksempel hadde NHO sin årskonferanse i 2011 «Velferdsfellen» som sitt tema, hvor det ble hevdet at det er en stadig økende andel av befolkningen som befinner seg utenfor arbeidslivet (NHO 2011:4). I 2013 kom Høyre-politiker Torbjørn Røe Isaksen med boken *Den onde sirkelen* hvor et av hovedargumentene er at antallet mennesker utenfor arbeidslivet har økt og flere i arbeidsfør alder ikke er i jobb (Isaksen 2013). Det har også vært flere avisoppslag den siste tida med referanse til ulike forskningsprosjekter som særlig tar for seg en tilsynelatende problematisk bruk av uføretrygd: «Uføreandelen nær femdoblet», melder *Dagens Næringsliv* (*Dagens Næringsliv* 10. januar 2014), og «Trygdebruken smitter mellom generasjoner», melder *Aftenposten* (*Aftenposten* 12. mars 2014), begge med referanse til økonomisk forskning på trygdefeltet.<sup>1</sup> Disse avisoppslagene peker på at omfanget av trygdebruk har blitt for stort, og det vises til en særskilt bekymring for at unges manglende integrasjon på arbeidsmarkedet skyldes foreldrenes trygdeatferd. Bekymring for de unge er i tillegg favnet i diskusjoner om «dropout» og «fravall fra videregående opplæring» (se for eksempel Halvorsen mfl. 2013). Bekymring om trygdebruk har også oppstått gjennom andre medieoppslag. I 2012 var det flere aviser som førte en diskusjon om «naving». Det ble hevdet at verbet «å nave» ble brukt i enkelte ungdomsmiljøer som en betegnelse på det å ta et friår (eller mer) fra jobb og utdanning og leve på offentlige ytelser fra NAV. Begrepet skal ha oppstått blant ungdom og er senere blitt plukket opp av media og anvendt i den politiske debatten. Språkrådet utnevnte endatil «naving» til årets nyord i 2012.<sup>2</sup> Men bekymringen om unges trygdebruk og utenforskap er ikke ny. Også på 1980- og 90-tallet ble det uttrykt bekymring for at velferdsordningene «syrr puter under armene» på ungdommen, og at det var for lett å «velge» offentlige ytelser framfor betalt arbeid.

Innenfor internasjonal forskning blir unge som faller utenfor og «marginaliseres», ofte betegnet som «NEET» – som er en engelsk forkortelse for «Not in Employment, Education or Training». Begrepet retter søkelys mot en gruppe av unge som er

<sup>1</sup> Se også: Dahl, G.B., Kostol, A.R. & Mogstad, M. (2013) Family Welfare Cultures. NBER Working Paper No. 19237.

<sup>2</sup> <http://www.sprakradet.no/Toppmeny/Aktuelt/Arets-ord-a-nave-naving/>

«passive» eller «marginalisert», og som er utenfor utdanning og arbeidsliv. Denne gruppen er riktignok heterogen, og det kan være mange ulike årsaker til at unge for en kortere eller lengre periode er NEET, for eksempel er det stor forskjell på om en tar seg et friår, eller om en er utenfor arbeidslivet på grunn av varige helseplager (Hyggen 2013). Også andre forskere har påpekt at det er store forskjeller innad i gruppen av dem som er «utenfor», og at det går et hovedskille mellom dem som er «utmeldt», og dem som er «påmeldt». Mens de første er mer permanent utenfor, vil de sistnevnte utgjøre en gruppe som kun midlertidig er utenfor, og som etter kort tid vil kunne tre inn i arbeidsmarkedet (Fløtten mfl. 2011).

I denne rapporten skal vi særlig se på «unge utenfor». Dette er et vidt begrep og vi vil i denne rapporten holde det noe åpent hvem de unge utenfor er, selv om sentrale aspekter vil være å fokusere på unge mottakere av helserelaterede ytelser og på unge NEET. Det er flere spørsmål som melder seg når en skal søke å si noe om unge utenfor i dag: Er det flere unge utenfor nå enn før? Vi lurer altså på om det har skjedd endringer i utenforskapet blant unge de siste årene. Er det flere unge som «naver»? Er det flere unge uføre og unge på trygd nå enn før? Har det blitt flere unge «NEET»? Er det flere unge som er «utmeldt» enn «påmeldt»? Har unge blitt mer avhengige av NAV enn av foreldrene de siste årene?

Dette er ikke uten videre enkle spørsmål å besvare empirisk. Dels er det snakk om vagt og upresist avgrensede grupper, som både kan avvike fra og overlape hverandre. For eksempel er det mulig å være «NEET» uten å være en «naver», mens begrepet «utmeldt» kan relateres til begge disse gruppene. Videre er det uklart om en skal se på trygdebruk eller være opptatt av andre indikatorer på utenforskap. Og dersom en skal ta for seg trygdebruk, hvilke trygder skal en se på? Er det viktigst å se på dem som mottar varige ytelser og derfor kan defineres som permanent utenfor, eller er de midlertidige ytelsene som kan gli over i en permanent ytelse, viktigere for å forstå utenforskap? Og skal en vurdere trygdebruken til alle som mottok trygd før og sammenligne dette antallet med alle som mottar trygd nå, eller skal man fokusere på tilstrømming av nye trygdetilfeller? For eksempel har forskere hevdet at antallet *nye* uføretrygdede ikke har økt over tid, selv om det totalt sett er flere uføretrygdede nå enn tidligere og at trygdeproblemet mer er et «oppbopningsproblem» enn et problem knyttet til at for mange innvilges trygd (van der Wel, *Aftenposten* 24. mars 2014). Videre er det uklart om en skal se på trygdebruken isolert sett, eller om denne bør ses i forhold til sysselsettingen. For eksempel er det relativt stor enighet om at Norge har et høyt sysselsettingsnivå, og at nivået har økt de siste 10–15 årene (Fløtten mfl. 2011), mens det er større usikkerhet knyttet til relasjonen mellom sysselsetting og trygd og hvordan denne har utviklet seg over tid (Kann & Årethun 2007; Furuberg & Thune 2010). Det er også uklarheter knyttet til varighet av et eventuelt utenforskap hvor lenge skal en ha vært syk, arbeidsledig eller trygdemottaker før det eventuelt er å oppfatte som et alvorlig problem? Når går en egentlig fra å være «utenfor», men «påmeldt»



til å være «utenfor» og «utmeldt»? Og skal dette kartlegges gjennom «antall» eller «andeler», og vil disse begrepene gi ulike svar? Dette forholdet blir ytterligere komplisert dersom en tar i betraktning at endringen i trygdebruk kan henge sammen med endringer i andre former for økonomisk forsørgelse, som familieforsørgelse eller forsørgelse gjennom utdanningslån. Terum og Hatland (2014) finner for eksempel at det relative forholdet mellom ulike former for forsørgelse har endret seg de siste 20 årene, og at det for den yrkesaktive delen av befolkningen har blitt mer vanlig å forsørge seg selv gjennom inntektsgivende arbeid. De finner at familieforsørgelsen har gått ned, mens forsørgelse via trygd har vært rimelig konstant over tid, relativt sett i forhold til den økte yrkesaktiviteten i befolkningen. Videre finner de riktignok at det i denne perioden har skjedd en endring i trygdebruken i form av en vridning fra arbeidsrelaterte til helserelaterte ytelser (Terum & Hatland 2014). Dette er også påpekt i en rekke OECD-publikasjoner, hvor det vises at Norge har et høyere forbruk av helserelaterte ytelser enn andre OECD-land (se for eksempel OECD 2013; 2010; 2006).

Det er med andre ord et komplekst landskap å gå inn i dersom en skal avgjøre hvorvidt personer er «utenfor», og om endringer i sysselsetting, trygdebruk og andre former for økonomisk forsørgelse har endret seg de siste par tiårene. I denne rapporten skal vi særlig konsentrere oss om de *unge*, om endringer over *tid* og om ulike *forsørgelsesformer*. Hvor langt tidsrom analysene våre omfatter, har blitt bestemt ut fra tilgangen på data, men vi vil i hovedsak se på de ett til to siste tiårene. Vi vil i de empiriske analysene avgrense oss til to ulike forhold. For det første vil vi i kapittel 2 undersøke bruken av helserelaterte ytelser blant unge de siste 20 årene. Vi vil særlig ta for oss de helserelaterte ytelsene fordi andre studier har dokumentert at det er her trygdebruken har økt mest. For det andre vil vi i kapittel 3 se på marginaliseringsprosesser knyttet til unge utenfor. Dette vil vi gjøre ved å bruke registerdata til å lage et anslag over andelen unge NEET, samt beskrive hvor disse kommer fra og i hvilken grad de går videre til arbeid og utdanning. I tillegg vil vi studere relasjonen mellom det å være «utenfor» og familiebasert forsørgelse. Det er relativt få studier som kartlegger familiebasert økonomisk avhengighet. Vi vil hevde at dette er en viktig, men ofte utelatt faktor i en analyse av økonomisk forsørgelse. Særlig er endringer i mønstre for familieforsørgelse viktige å undersøke blant unge fordi unge voksne som fremdeles er økonomisk avhengige av foreldrene, kan representere en gruppe av utenforskap som det offentlige ikke har fanget opp. En slik kartlegging vil også bidra til å svare på spørsmålet om hvorvidt familien har blitt mer eller mindre viktig som økonomisk forsørger for unge voksne det siste tiåret.

Det vil være en del av oppdraget å se våre funn i en større sammenheng. I kapittel 4 vil vi derfor se analysene våre i lys av den eksisterende forskningslitteraturen om unge, utenforskap og stønadsmottak. Som en siste del av denne rapporten har vi på oppfordring fra oppdragsgiver utarbeidet et sett med problemstillinger med forslag

til nye prosjekter som på ulikt vis kan bidra til å ytterligere belyse unges utenforskap (kapittel 5).

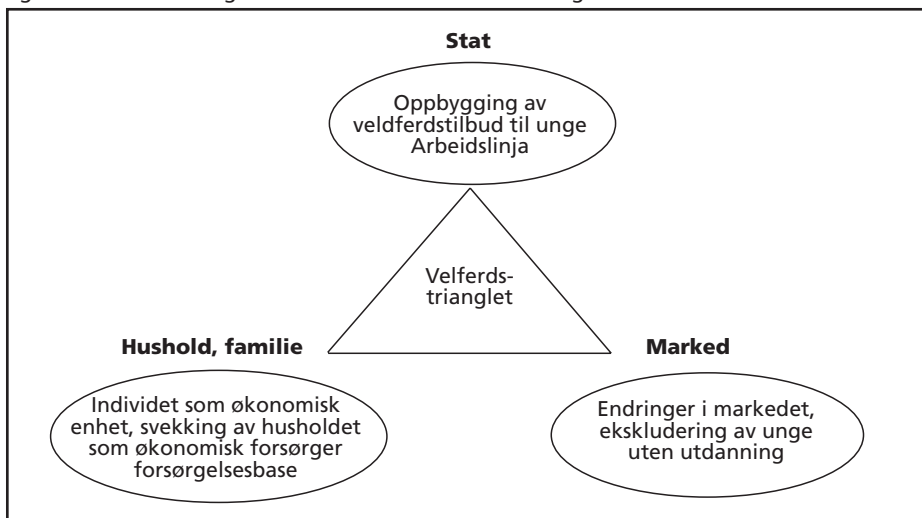
Men først vil vi i dette introduksjonskapitlet skissere bakgrunnen for tematikken, med vekt på utenforskap og balansen mellom ulike forsørgelsesformer.

## Ulike former for forsørgelse: velferdstriangelet

I tradisjonelle industrisamfunn var to hovedkilder for økonomisk forsørgelse tilgjengelig: Den enkelte kunne tjene egne penger ved å delta i arbeidsmarkedet og på den måten forsørge seg selv, eller en kunne knytte seg til en person med inntekt, typisk gjennom ekteskap, og bli forsørget privat. Den tradisjonelle «mannlig forsørgermodellen» innebar at voksne menn deltok i arbeidsmarkedet, mens kvinner giftet seg og gjorde arbeidet knyttet til hjem og barn i bytte mot økonomisk forsørgelse fra ektemannen. Barn ble forsørget av fedrene og mottok daglig omsorg av mødrene. I moderne velferdssamfunn har det utviklet seg et tredje alternativ til økonomisk forsørgelse: velferdsstaten. Velferdsstaten skal gi innbyggerne økonomisk sikkerhet i tilfeller der de, av ulike årsaker, ikke er i stand til å forsørge seg selv. Marked–familieaksen har dermed blitt utvidet til et «triangel» fordi det nå finnes en mulighet til å bli forsørget av staten i kortere eller lengre perioder (se f.eks. Dahl 1985; Esping-Andersen 1990, 1999). «Velferdstriangelet» er illustrert i figur 1.1. Triangelet dekker ikke alle former for forsørgelse, for eksempel er svart arbeid og kriminalitet ikke inkludert, heller ikke forsørgelse fra frivillige organisasjoner. Utdanningslån til unge er også en forsørgelsesform som kan defineres utenfor dette triangelet (Terum & Hatland 2014), selv om utdanningslån i vid forstand kan forstås som en form for statlig forsørgelse.

Triangelet stat – marked – familie er illustrert i figur 1.1 med firkanter og trekanten i midten. Hvert hjørne viser til ulike kilder til forsørgelse, det vil si at «marked» viser til inntekt fra arbeid, «stat» viser her til offentlig forsørgelse som i første rekke omfatter trygd og pensjon. «Hushold/familie» viser til privat forsørgelse. Sirklene i hjørnene av trekanten antyder endringsprosesser i hvert hjørne som innebærer at forholdet mellom de tre kan forskyves over tid. Det vil si at for eksempel betydningen av velferdsstaten som økonomisk forsørger av unge kan ha økt over tid som følge av samfunnsmessige endringer. Økt betydning av arbeidslinja, en oppbygging av velferdstjenester rettet mot unge, individualiseringstendenser og endringer i arbeidsmarkedet med større krav om kvalifikasjoner er alle faktorer som hver for seg og sammen kan bidra til å endre den relative betydningen forsørgelsesinstitusjoner har for de unge. Modellen i figur 1.1 er en illustrasjon av slike faktorer og ikke en uttømmende og komplett analyse.

Figur 1.1 Velferdstriangelet: modell for økonomisk forsørgelse.



### Viktigheten av arbeidslinja

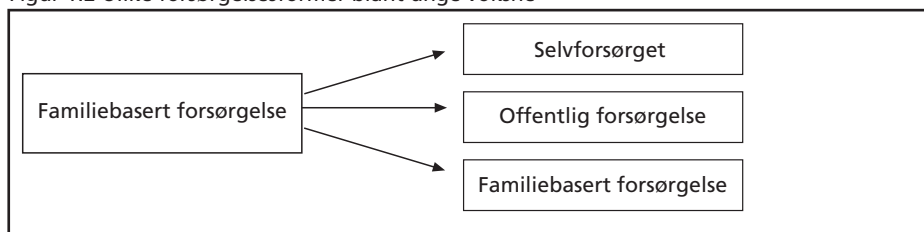
I en analyse av ulike forsørgelsesformer er det nødvendig å understreke betydningen av arbeidslinja. I Norge har det lenge vært tverrpolitisk oppslutning om arbeidslinja, det vil si en generell politisk enighet om at veien til velferd går gjennom produktivt arbeid. Argumentet er at dersom flere kommer i arbeid og færre på trygd, så øker produktiviteten i samfunnet, som i sin tur øker skatteinntektene og reduserer trygdeutgiftene. Videre framholdes det at arbeid er viktig av sosiale grunner fordi det gir den enkelte utviklingsmuligheter, hindrer fattigdom og fremmer sosial kontakt. Arbeidslinja har derfor vært rettet mot alle grupper i samfunnet og inkluderer både innvandrere, kvinner, syke og unge. Arbeidslinja skal med andre ord både styrke integreringen av innvandrere, frigjøre kvinner fra mannlig forsørgelse, gjøre unge økonomisk uavhengige og være helsebringende for syke. En viktig del av arbeidslinjepolitikken er derfor en retorikk knyttet til at lønnsarbeid har forrang foran andre former for forsørgelse. Terum og Hatland (2014:7) har uttrykt det slik: «Arbeidslinja hviler på en normativ forestilling om at selvforsørgelse via arbeid er godt både for den enkelte og for samfunnet». Samtidig er det en viktig del av den moderne velferdsstaten å også sørge for en grunnleggende økonomisk trygghet for dem som ikke kan forsørge seg selv gjennom eget lønnsarbeid. Velferdsstaten er med andre ord tuftet på et ideoende og grunnleggende dilemma: På den ene siden har en arbeidspolitikk, hvor det fremmes at det skal lønne seg å arbeide framfor å motta trygd. På den andre siden har en velferdspolitikk, hvor målet er å bekjempe fattigdom og gi en grunnleggende inntektssikring til dem som ikke kan delta i arbeidslivet (Grødem & Strand 2013).

Selv om arbeidslinja helt klart har «forrang» og det legges vekt i politikktutformingene på å muliggjøre yrkesdeltakelse for flest mulig, vil alle gjennom livsløpet likevel oppleve å være forsørget på en annen måte enn gjennom eget lønnsarbeid. I et idealisert livsløp kan en tenke seg at ulike former for økonomisk forsørgelse avløser hverandre gjennom livets faser. Som barn vil en være forsørget av familien, mens en som voksen blir selvforsørget gjennom arbeidsmarkedet, før en kanskje i siste del av livsløpet dels forsørges gjennom offentlig og privat pensjon. Men ikke alle følger et slikt idealisert livsløp, og det vil være mulig å kombinere inntekt fra disse kildene på mange forskjellige måter gjennom livet, noe som igjen legger grunnlaget for ulike kombinasjoner av økonomisk avhengighet og uavhengighet.

I denne sammenhengen er vi opptatt av å studere forsørgelsesformer blant unge voksne, med særskilt vekt på dem som faller «utenfor», det vil si dem som ikke deltar i yrkeslivet. Felles for alle unge er at de skal gjennom en livsfaseovergang hvor de går fra å være økonomisk forsørget av foreldrene/familien til fortrinnsvis å forsørge seg selv. Når denne overgangen skjer, vil variere fra person til person. Noen vil kanskje allerede ved 18–19-årsalderen ha egen jobb og egne penger, mens andre vil være godt oppe i 20-årene før de er økonomisk uavhengige av foreldrene. Det er stadig mer vanlig å ta høyere utdanning, og mange har derfor en fase i ung voksen alder hvor en forsørger seg selv gjennom å kombinere utdanningslån med deltidsjobb og kanskje noen velvillige bidrag fra foreldrene. Men for noen unge lykkes ikke overgangen til arbeid eller videre utdanning så godt, noen unge fortsetter kanskje å være økonomisk avhengige av foreldrene, mens et tilsynelatende økende antall unge mottar en form for offentlig forsørgelse og innvilges trygd, ofte med tanke om å hjelpe den unge over i arbeid (jf. arbeidslinja).

Modellen i figur 1.2 er en illustrasjon på unges endring i forsørgelsesform.

Figur 1.2 Ulike forsørgelsesformer blant unge voksne



### Endringer i familien

I et større samfunnsperspektiv er den langsiktige utviklingstendensen at familiens rolle som forsørger har blitt svekket (Terum & Hatland 2010). En viktig årsak til dette er at staten i stor grad har påtatt seg ansvaret som garantist for at mennesker som mangler arbeidsinntekt, skal ha noe å leve av (Hatland 2010). Formelt har familien ikke

forsørgeransvar for medlemmer som er eldre enn 18 år. Den viktigste illustrasjonen på dette er at så å si alle stønader og pensjoner i Norge utbetales på et individuelt og ikke familiebasert grunnlag, relativt uavhengig av inntekten til foreldrene. Det vil si at retten til å motta trygd skal vurderes individuelt, men det finnes muligheter for å avkorte trygdeutbetalinger med vurderinger basert på samlet husholdsinntekt. Familierelasjoner kan dermed påvirke stønadsbeløpet, men ikke retten til å motta en offentlig økonomisk ytelse. Et viktig unntak her er for ektefeller som har gjensidig forsørgeransvar, noe som gjenspeiles i samordningen av pensjoner. Voksne barn og foreldre har i Norge derimot ikke forsørgeransvar for hverandre. Utformingen av disse rettighetene kan også være med på å påvirke holdninger i moderne samfunn: Både foreldre og barn kan ta for gitt at voksne mennesker ikke skal behøve å leve av andre voksnes inntekt. Dette gjelder både der de aktuelle «andre voksne» er foreldre, og der de er unge ektefeller eller samboere.

Denne normative endringen – den tydelige forventningen til at familieforsørgelsen på et tidspunkt skal opphøre – må ses i sammenheng med bestemte utviklingstrekk i samfunnet. Et av de viktigste er kvinners økende yrkesdeltakelse: Under halvparten av alle ektepar hadde to inntekter i 1972 (44,5 prosent), men andelen økte til 75,1 prosent i 1989 og har holdt seg omtrent på dette nivået senere (Skrede & Aarskaug Wiik 2012). I dag har de aller fleste kvinner sin egen lønnsinntekt, og kvinner forventer derfor ikke i samme grad som før å bli forsørget av ektemennene, og menn vil neppe uten videre akseptere at det er deres ansvar å forsørge hele husholdningen. Denne endringen må antas å underbygge den individualiserte holdningen til økonomisk forsørgelse og kan også ha betydning for hvordan foreldre forholder seg til tanken på å fortsette å forsørge sønner og døtre etter at disse har blitt voksne.

Samtidig har mønsteret med flere toinntektsfamilier, kombinert med en gjennomgående velstandsøkning i Norge, ført til at levestandarden i husholdninger i Norge er høyere enn noensinne. Foreldre kan ha holdninger som tilsier at voksne barn skal klare seg selv, men mange har samtidig en betydelig økonomisk evne til å forsørge barna sine langt utover 18-årsdagen. Hellevik (2008) har vist at andelen foreldre som sier at voksne barn som har flyttet hjemmefra, bør klare seg selv, har økt over tid – samtidig har andelen som har mottatt økonomisk hjelp fra foreldre, økt. Dette kan tyde på at hjelpen mellom generasjoner i mindre grad enn før er basert på en følelse av plikt og i større grad baserer seg på frivillighet, slik Hellevik (2008) argumenterer for. Helleviks artikkel sier imidlertid ingenting om hva som skjer med frivilligheten og lysten til å hjelpe når ungdommens behov for hjelp varer over tid. Det er også rimelig å anta at muligheten til å hjelpe varierer med foreldrenes utdanning, familiesituasjon og inntekt, og at det er åpenbare klasseforskjeller når det gjelder hvem som får hjelp av familien, og hvem som ikke gjør det. Flere samlivsbrudd, med påfølgende reetablering av nye husholdninger og kanskje nye småbarn, må i tillegg antas å påvirke foreldrenes evne og vilje til å forsørge voksne barn fra tidligere forhold.

Endringer i den moderne familieinstitusjonen kan dermed knyttes til utviklingstrekk som drar i ulike retninger når det gjelder forsørgelsen av unge voksne: Økende velstand øker familienes evne til å forsørge voksne barn over lengre tid, mens økende individualisering og økte forventninger til velferdsstatens innsats kan svekke viljen til å gjøre dette. Et mer fragmentert familiemønster kan svekke både evnen og viljen. Vi har svært lite kunnskap om hvordan familieforsørgelsen for unge voksne varierer med familie- og klassebakgrunn, og i hvilken grad unge voksne fortsetter å være økonomisk avhengige av familien.

### **Endringer i arbeidsmarkedet**

Endringer i arbeidsmarkedet er også en svært sentral faktor for å forstå hvordan unge klarer livsfaseovergangen skissert ovenfor, og hvor en går etter å ha vært økonomisk forsørget av foreldrene som barn. Et sentralt utviklingstrekk ved moderne arbeidsmarkeder er hvordan disse stiller økte krav til kvalifisering og utdanning. Jobbene som er tilgjengelige for ufaglærte, har blitt færre, og konkurransen om disse jobbene har økt som en følge av mer arbeidsmigrasjon. Det kan dermed tenkes at unge med lav utdanning i økende grad faller ut av arbeidslivet og ikke klarer å forsørge seg selv gjennom eget lønnsarbeid.

Noen argumenterer for at presset på arbeidstakere tiltar, og at det kreves større ressurser enn tidligere for å klare å stå i jobb. I den offentlige diskursen er dette ofte omtalt som en brutalisering av arbeidslivet, karakterisert gjennom svakere jobbsikkerhet, økt bruk av midlertidige stillinger og høyere krav til produktivitet. Forskning har også pekt på at unge arbeidstakere stresser mest, gjør det farligste arbeidet og er oftere utslitt etter jobb enn andre arbeidstakere (Bråten, Andersen & Svalund 2008). Kravene til yteevne i et konkurranseutsatt og presset arbeidsmarked der flere unge kommer til kort enn tidligere, kan føre til psykiske problemer blant unge og øke risikoen for uførhet i denne gruppen (Gogstad & Bjerkedal 2001; Brage & Bragstad 2011).

Et tredje forhold er fragmenteringen av yrkeskarrierer. Der en normal karriere tidligere var relativt forutsigbar og et arbeidsforhold livsvarig, er arbeidsmarkedet i dag i større grad innrettet med kortvarige engasjementer, hvor konsekvensen er hyppig skifte av jobb for den enkelte. Dette kan vanskeliggjøre yrkesdeltakelsen for personer som allerede sliter med å finne sin plass i yrkeslivet, og fungere som en utstøtingsmekanisme som skyver unge ut av arbeid og over på trygd. Utstøtingshypotesen (Mykletun 2013) er en av de mest diskuterte i litteraturen om mottak av helserelevante ytelser, enten temaet for debatten er unge mottakere eller mottakere generelt.

## Endringer i velferdsstaten og stønadssystemet

Motsatsen til utstøtingshypotesen er attraksjonshypotesen, altså en hypotese om at den enkelte i noen grad «velger» å henvende seg til NAV og be om en ytelse. Hypotesen knyttes typisk til at en ønsker seg bort fra arbeidslivet, men den har også relevans for de unge som eventuelt ønsker seg bort fra familiens forsørgelse. Endringene i husholdningenes rolle som forsørgelsesinstitusjon ville neppe vært mulig uten en utvidelse av statens rolle over tid. Utbyggingen av statlige ytelser kan i seg selv være en drivkraft for økt bruk av slike ytelser – i noen situasjoner kan tilbud skape etterspørsel. For den unge kan velferdsstatlige ytelser være å foretrekke framfor familieforførgelse: Velferdsytelser vil ofte være på et høyere nivå og utbetales mer regelmessig enn støtte fra familien. De åpner i tillegg for uavhengighet fra familien. Det å motta en offentlig helserelatert ytelse kan også oppleves som en legitimering: Når en har fått innvilget en ytelse, har en nærmest fått statlig godkjenning av at en er for syk til å jobbe. Dette kan gi en status som vedvarende avhengighet av foreldrene ikke gir.

Attraksjonshypotesen er politisk omstridt, ikke minst fordi graden av valgfrihet i denne sammenhengen er sterkt omdiskutert: For å få helserelaterte ytelser må en gjennom grundig medisinsk utredning og i prinsippet ulike former for attføring. Videre er det ikke gitt at det er negativt at flere for eksempel mottar helserelaterte ytelser framfor å bli forsørget av familien. En mer effektiv forvaltning, som fanger opp folks helseplager, kan føre til at flere får ytelser – og fortrinnsvis også oppfølging og rehabilitering – som de har krav på, og en mulighet til å hjelpes over i arbeid. Uansett vil en økning i tilbøyeligheten til å søke om helserelaterte ytelser kunne bidra til økt bruk, spesielt dersom mange med rett til stønader tidligere ikke søkte.

En kan også diskutere om det er trekk ved systemet som forlenger stønadsmottaket så snart den enkelte er innenfor. «Innelåsingeffekter» er en slik mekanisme. Tidligere forskning har pekt på at det er en sterk sammenheng mellom lengden på mottak av trygd og arbeidsmarkedstilknytning (Fevang mfl. 2004). Forklaringer som lanseres, er gjerne at individer som mottar for eksempel en helserelatert ytelse, vil være «utilgjengelige» for arbeidsmarkedet, og jo lenger denne perioden av utilgjengelighet varer, jo mindre sannsynlig blir det å klare overgangen fra trygd til arbeid (Fevang & Røed 2006). Den offentlige forsørgelsen kan med andre ord «fange» personer i systemet. En mulig mekanisme som kan forklare dette, er at for at en person skal kunne opprettholde utbetalingen av en helserelatert ytelse, er det samtidig nødvendig for den enkelte å vektlegge egen sykdom. Dette kan, i verste fall, undergrave arbeidsmotivasjonen til personer som mottar ytelser over lengre tid, og bidra til å skape en vedvarende identitet som arbeidsufør.

Det finnes ikke egne stønadsordninger for unge, og unge som søker hjelp fra det offentlige, sluses derfor inn i de samme ytelsene som andre deler av befolkningen. Nivået på stønadene som betales ut fra NAV til unge brukere, er ofte lavere enn for andre mottakere, og det er delte meninger om hvorvidt dette bidrar til å øke motivasjonen

for å komme seg over i jobb, eller om det bidrar til en ytterligere marginalisering av de unge stønadsmottakerne (Fløtten mfl. 2011). Det å måtte leve med svært lav inntekt over tid kan i seg selv være en utstøtingsmekanisme, der en bruker så store ressurser på å få hverdagen til å fungere at en i mindre grad klarer å prioritere kvalifisering og andre strategier for å forbedre situasjonen.

På den andre siden kan unge mottakere av offentlige ytelser ha visse fordeler framfor de eldre. NAV og utdanningsetaten har et felles ansvar for å følge opp unge som faller ut av videregående skole, gjennom Ny GIV-samarbeidet og ungdomsgarantien. Dette innebærer at unge stønadsmottakere har rett til tettere oppfølging fra offentlige etater enn andre voksne.

Velferdspolitikken som har blitt utformet de siste årene, har blitt influert av arbeidsmarkedspolitikken, og det legges nå en økt vekt på aktivisering. Det vil si at det i dag oftere knyttes aktivitetskrav til utbetalinger av ytelser. Et eksempel er den relativt nye ordningen med arbeidsavklaringspenger (AAP), der stønadsmottak avhenger av en arbeidsevnevurdering, og aktiv deltakelse i tiltak eller behandling er nødvendig for å kunne fortsette å motta ytelsen. Den økte oppfølgingen av ytelsene, og vekten på aktivisering, kan bidra til å gjøre ytelsene mer attraktive for brukere som ønsker slik oppfølging og ønsker overgang til arbeid, men kanskje mindre attraktive for dem som ønsker «å nave». For disse unge kan det kanskje framstå som mer attraktivt å fortsette å bo hjemme på ungdomsrommet og leve på foreldrene, framfor å henvende seg til en offentlig etat som stiller strenge krav til den enkelte. Det å få en lite oppmuntrende arbeidsevnevurdering i ung alder kan bidra til å forsterke et negativt selvbilde og på den måten være en faktor som skaper innelåsing, samtidig som god oppfølging og tiltak kan motvirke dette. En utfordring i så måte er å sikre at unge mottar god og hensiktsmessig oppfølging fra NAV.

I denne rapporten skal vi ikke diskutere unge menneskers stønadsmottak generelt, men konsentrere oss om de helserelevante ytelsene. Sosialhjelp, dagpenger ved arbeidsledighet og stønader til enslige forsørgere holdes utenfor. Dermed må vi forholde oss ikke bare til spørsmål om hvorvidt unge «velger» stønad framfor arbeid eller familieforsørgelse, men også om de kan ha grunner til å «velge» helserelevante ytelser framfor andre stønadsformer. Som nevnt er det nettopp mottaket av disse ytelsene som er høyt i Norge sammenliknet med i andre land, og flere, blant andre OECD, har påpekt at de høye utgiftene til helserelevante ytelser i Norge må ses i sammenheng med de lave utgiftene til ytelser ved arbeidsledighet (jf. Hatland & Øverbye 2011; Terum & Hatland 2014). I 2007 var utgiftene til trygder ved sykdom og uførhet 24 ganger så høye som utgiftene til arbeidsledighetsstrygd i Norge – i andre OECD-land var forholdstallet 1 : 3 (Hatland & Øverbye 2011). Hatland og Øverbye (2011) argumenterer for at utformingen av ordningene gjør helserelevante ytelser mer attraktive enn arbeidsledighetsstønad i Norge, blant annet fordi de er mer langsiktige og i mindre grad stiller krav til aktivitet. I så måte kan det skje en «medikalisering» av



arbeidsledigheten, i den forstand at problemer på arbeidsmarkedet «oversettes» til å bli helseproblemer hos den enkelte. Videre er det et viktig poeng at få unge har rukket å opparbeide seg rettigheter til arbeidsrelaterte ytelser, og de har derfor ikke rettigheter til å motta for eksempel dagpenger. Langt færre unge enn eldre mottar da også disse ytelsene (Furuberg 2014).

## Forskningsdesign, metode og data

Denne rapporten bygger på et tredelt oppdrag:

- For det første ble vi bedt om å redegjøre for utviklingen over tid i andelen unge som står utenfor utdanning og arbeid, og som mottar offentlig inntektssikring. I tillegg ble vi bedt om å gi et anslag over antallet unge som forsørges privat.
- For det andre skal disse tidsseriene ses i sammenheng med tidligere forskning på feltet. Vi har forsøkt å imøtekomme dette gjennom å utarbeide en begrenset litteraturstudie.
- For det tredje ble vi bedt om å utarbeide en liste over forskbare problemstillinger som kan bidra til en ytterligere kunnskap om feltet ungdom og mottak av offentlige ytelser og tjenester.

Nedenfor redegjør vi for hvordan vi har lagt opp arbeidet for å dekke de tre delene av prosjektet.

### Del 1 – Tidsserier

I denne delen vil vi se på utvikling over tid når det gjelder ulike unge som står utenfor. Vi har valgt å først se på unges bruk av helserelaterte ytelser gjennom de to siste tiårene. Dette har vi gjort fordi det har vært mye oppmerksomhet rettet mot de helserelaterte ytelsene, og fordi det er her den antatt sterkeste veksten i den offentlige forsørgelsen av unge voksne har vært. Unge har ikke hatt like lang tid som andre voksne til å opparbeide seg rettigheter til arbeidsrelaterte trygder som arbeidsledighetstrygd og andre pensjoner. De helserelaterte ytelsene, kanskje sammen med sosialhjelp, er derfor den viktigste tilgangen til offentlig forsørgelse blant unge. I kapittel 2 vil vi beskrive utviklingen i bruk av helserelaterte ytelser i en 20-årsperiode mellom 1992 og 2012. Disse analysene vil gi en god indikasjon på endringer i omfanget av den offentlige forsørgelsen av unge med helseproblemer i et 20-årsperspektiv. I denne delen har vi analysert aggregerte registerdata fra NAV som viser antallet mottakere av helserelaterte

ytelser i perioden mellom 1992 og 2012. Disse tallene er kombinert med befolkningsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB), og vi har også estimert utviklingen i andelen av hver alderskohort som mottar en helsereelatert ytelse.

Mens oversikten over bruken av helsereelaterte ytelser blant unge de siste 20 årene gir et godt innblikk i omfanget av, og utviklingen i, den offentlige forsørgelsen av unge i Norge, så er unge utenfor en større gruppe enn de som mottar helsereelaterte ytelser. I kapittel 3 vil vi bruke en registerbasert tilnærming til å anslå størrelsen på gruppen unge utenfor. Dette vil vi gjøre ved å analysere registerdata og estimere andelen unge NEET (Not in Employment Education or Training) i perioden 2000 til 2010. NEET er den gruppen av unge som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring, og som derfor i liten grad forsørger seg selv. De som er NEET, særlig de som er det over lengre tid, vil være en gruppe som arbeidslinja ikke har nådd, og som står i fare for å bli varig utenfor. Det er derfor viktig å kartlegge omfanget av unge i denne gruppen. Noen i NEET-gruppen vil være mottakere av ulike former for offentlige ytelser, men det går an å være NEET uten å motta noen form for økonomisk eller annen støtte fra det offentlige. I dette kapitlet vil vi derfor også kartlegge en undergruppe blant NEET, de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring, og som heller ikke mottar offentlig forsørgelse. Disse personene står uten inntekt, og vi antar derfor at disse vil være forsørget av familien. Dette er en gruppe av unge personer vi har liten kunnskap om i dag. Vi vil gi en oversikt over utviklingen i unge NEET og unge personer med familieforsørgelse på 2000-tallet basert på analyser av en tidsserie av individdata for hele befolkningen (16–74 år) fra 2000 til 2010.

## **Del 2 – Litteraturstudie og vurdering av utviklingen i bruken av helsereelaterte ytelser blant unge**

Funnene fra analysene av registerdata skal kontekstualiseres gjennom en litteraturstudie. Hensikten med litteraturgjennomgangen har vært å finne studier som kan si noe om utviklingen i bruken av offentlige ytelser blant unge, samt studier som gir en oversikt over hvilke ulike forklaringer og hypoteser litteraturen drøfter når det gjelder den utviklingen som har vært.

Det finnes en svært omfattende litteraturmengde, både i Norge og internasjonalt, om hvilke faktorer som påvirker utstøting fra arbeidslivet og bruk av helsereelaterte ytelser. Vi har valgt å avgrense litteraturstudien til å kartlegge forskning som omhandler bruk av helsereelaterte ytelser blant unge i Norge, og studier som ser på tjenester rettet mot å føre unge tilbake til arbeidslivet. Vi har også søkt etter studier som omhandler unge voksne som forsørges av familien, men det finnes langt mindre forskning å vise til her. Vi har søkt etter studier som dekker hele den aktuelle tidsperioden fra 1990 og fram til i dag, men med hovedvekt på studier som er publisert de siste fem årene.

I arbeidet med litteraturstudien har vi søkt i relevante databaser og gjennomgått de viktigste nasjonale tidsskriftene. Vi har også sett på publiseringslistene til de mest sentrale norske miljøene, inkludert produsenter av offentlige statistikker (som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå) for å identifisere relevante bidrag. En annen kilde er oversikten over forskning finansiert gjennom Forskningsrådet. Erfaringsmessig viser sentrale bidrag til annen sentral litteratur, og vi har i noen grad funnet litteratur ved hjelp av snøballmetoden.

### **Del 3 Identifisering av kunnskapshull og utarbeidelse av nye problemstillinger**

En vesentlig forutsetning for å utvikle ny kunnskap er å ha oversikt over eksisterende forskning og identifisere kunnskapshull i denne, men også å bidra til å formulere nye problemstillinger som kan utforskes. Som en del av dette prosjektet ble vi bedt om å utarbeide en liste over forskbare problemstillinger som kan bidra til en ytterligere kunnskap om feltet ungdom og mottak av offentlige ytelser og tjenester. Vi ble bedt om å se på:

- Hva slags ny forskning er nødvendig for å utvikle ny politikk for å forbedre forholdene for unge voksne på arbeidsmarkedet og redusere bruken av offentlige ytelser til unge?
- Hvilke kunnskapshull finnes som hindrer oss i å fullt ut forstå bruken av offentlige ytelser og tjenester blant unge spesielt og unges situasjon på utdannings- og arbeidsmarkedet mer generelt?
- Hvilke forskningsprosjekter med tanke på design, metode, data og problemstillinger vil være egnet til å belyse feltet ungdom og mottak av offentlige ytelser og tjenester?

Vi arrangerte en workshop internt på Fafo, der seniorforskere med kompetanse på ulike temaer som berører disse problemstillingene, deltok. I første del av workshopen la vi fram funnene fra tidsseriene og litteraturstudien. Deretter utfordret vi de deltagende forskerne til å komme med innspill til problemstillinger og typer av forskningsdesign de mente vil kunne belyse dette feltet videre, med bakgrunn i egen forskningsspesialisering. Diskusjonen i workshopen inngår som en del av rapporteringen fra dette prosjektet. I etterkant av workshopen ble en liste med problemstillinger og forskningsdesign utarbeidet. Workshopen tok opp følgende temaer:

- utforming og bruk av offentlige ytelser og tjenester
- fordelingen mellom offentlig og privat forsørgelse
- unges utdanningsvalg, frafall fra videregående og kompetanse

- integrering av utsatte grupper på arbeidsmarkedet
- rekrutteringsprosesser til arbeidslivet
- fattigdom, sosial eksklusjon, marginalisering og levekår
- integrering av personer med nedsatt funksjonsevnene i arbeidslivet
- utviklingstrekk og utforming av arbeidsmarkedet

## **Forskningsetiske problemstillinger**

Alle forskningsprosjekter må gjøre etiske vurderinger for å kunne utøve den respekten undersøkelsens informanter fortjener. Dette gjelder for valg av metodiske tilnærminger, for hvordan spørsmålene formuleres overfor informantene, og for hvordan funnene presenteres. Dette er spesielt viktig overfor sårbare grupper. For det første må resultatene fra forskningen presenteres slik at det ikke er mulig å identifisere den enkelte informant ut fra opplysningene som kommer fram, altså at funnene anonymiseres. For det andre er det viktig at resultatene ikke bidrar til å forverre situasjonen for grupper som allerede er i en utsatt posisjon eller opplever stigmatisering. For det tredje er det viktig at de som deltar i undersøkelsen, fullt ut forstår hensikten med undersøkelsen og de spørsmålene som stilles.

I denne studien har vi basert oss på foreliggende litteratur, makrodata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og persondata hentet fra offentlige registre. Bare den siste datatypen kan sies å være sensitiv. Derfor ligger det også strenge begrensninger på hvordan slike data kan bearbeides og stilles til disposisjon for forskning, blant annet er materialet grundig anonymisert før det er gjort tilgjengelig for Fafo. Vi har heller ikke anledning til selv å koble informasjon fra ulike registre. Personvernet er dermed godt ivaretatt i denne studien.

## 2 Utvikling i bruken av helserelevante ytelsesformer blant unge 1992–2012

I denne rapporten er vi opptatt av å studere unge utenfor, det vil si unge som ofte ikke lykkes i å integrere seg i utdanning og arbeidsliv, og som derfor har et dårlig utgangspunkt for å forsørge seg selv økonomisk. En del av disse unge vil for en kortere eller lengre periode falle inn under offentlig forsørgelse. I dette kapitlet har vi valgt å se på bruken av helserelevante ytelsesformer blant unge voksne gjennom de to siste tiårene. De helserelevante ytelsesformene, uføretrygd og arbeidsavklaringspenger, utgjør grunnstammen i den økonomiske inntektssikringen av unge utenfor og er, sammen med sosialhjelpen, de viktigste ytelsesformene unge kan motta fra det offentlige til «erstatning» for egen lønnsinntekt. I det følgende har vi imidlertid valgt å se bort fra mottak av sosialhjelp fordi dette er ment som en kortvarig inntektssikring, til forskjell fra de helserelevante ytelsesformene som ofte representerer en offentlig forsørgelse av mer varig karakter. Det er til de helserelevante ytelsesformene at det har vært knyttet mest bekymring og diskusjon de siste årene. Vi har i dette kapitlet også valgt å se bort fra de arbeidsrelaterte ytelsesformene. Dette er fordi få unge har opparbeidet seg rettigheter når det gjelder denne ytelsen, og tidligere studier finner at det er få unge som mottar denne formen for offentlig inntektssikring (Furuberg 2014). Når det er snakk om den offentlige økonomiske forsørgelsen av unge voksne, er det med andre ord viktigst, i norsk kontekst, å se på helserelevante ytelsesformer.

I dette kapitlet stiller vi spørsmålet om hvorvidt det er slik at bruken av helserelevante ytelsesformer blant unge har endret seg i løpet av de siste 20 årene. Har det vært en dramatisk økning i bruken over tid, slik en får inntrykk av gjennom den offentlige debatten, og har det i tilfelle vært en jevn vekst, eller har veksten vært sterkere i enkelte perioder? I tillegg spør vi om utviklingen i bruken av helserelevante ytelsesformer blant unge følger samme «mønster» som eldre aldersgrupper, eller om det er slik at det er særegne utviklingsstrekk knyttet til utviklingen i bruken av disse ytelsesformene i de yngste aldersgruppene.

For å kvalifisere for en helserelevant ytelse må en først ha fått påvist og dokumentert en helseplage eller funksjonsnedsettelse. Dette utelukker imidlertid ikke at mange personer som mottar andre ytelsesformer, som sosialhjelp, kvalifiseringsstønad eller arbeidsrelaterte ytelsesformer, også kan ha vesentlige helseplager. Utviklingen i bruken av de helserelevante ytelsesformene er derfor ikke egnet som et selvstendig mål på utviklingen i helseplager og funksjonsnedsettelser i befolkningen som sådan. Utviklingen i bruken av

helserelaterte ytelser blant unge er derimot godt egnet til å illustrere i hvilken grad det offentlige påtar seg et økonomisk forsørgeransvar for unge voksne som havner utenfor.

Utbredelsen i bruken av ytelser, særlig uføretrygd, er blant de yngste aldersgruppene naturlig nok lavere enn i befolkningen for øvrig. Dette henger sammen med at forekomsten av sykdom og helseplager øker med økende alder. Det at nivået på bruken av helseytelser er lavere blant de yngste enn blant de eldste delene av befolkningen er dermed ikke så interessant i seg selv. Mer vesentlig er det å undersøke hvorvidt utviklingen i bruken av ytelsene følger de samme trendene over tid for alle aldersgrupper, eller om utviklingen i den yngste aldersgruppen følger et annet mønster enn for befolkningen for øvrig. Dersom utviklingen blant de yngste i stor grad er den samme som for resten av befolkningen, kun på et lavere nivå, kan dette være en indikasjon på at samfunnsutviklingstrekk som styrer bruken av helserelaterte ytelser, har den samme effekten for alle grupper, uavhengig av alder. Dersom det er egne trender blant de yngste, kan dette i motsatt fall tyde på at alder har en selvstendig betydning for utviklingen av disse trendene.

Oversikten presentert i dette kapitlet er av ren deskriptiv karakter og kan ikke brukes til å utlede årsakssammenhenger eller bevise bestemte forklaringer. Dataene vi benytter i dette kapitlet, beskriver imidlertid en utvikling over et langt tidsrom, 20 år, og dette gir særdeles gode muligheter til å studere hvilken vei trender beveger seg, uten å legge vekt på mer kortsiktige, og kanskje i noen grad tilfeldige, endringer knyttet til enkeltår.

## **Om utviklingen av de helserelaterte ytelsene og antallet mottakere**

Innenfor denne 20-årsperioden har det naturlig nok skjedd en rekke samfunnsendringer som hver for seg og til sammen kan ha hatt betydning for utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser blant unge. Dette inkluderer faktorer som endringer i arbeidsmarkedet og økonomien for øvrig, økte krav til kvalifisering, endringer i hvordan en forstår helse og sykdom, og endringer i villighet og mulighet blant foreldre til å forsørge voksne barn, for å nevne noen forhold. I tillegg vil endringer i utforming og tildelingskriterier for stønader og endringer i utformingen av tjenester og oppfølging rettet mot unge kunne være av betydning. I dette avsnittet vil vi kort gjøre rede for noen hovedtrekk i hvordan de helserelaterte ytelsene har vært utformet de siste tiårene, som kan være viktig for å forklare den utviklingen vi har sett.

Folketrygden gir rettigheter til ulike inntektssikringsordninger i forbindelse med arbeidsuførhet på grunn av helsesvikt. Disse ytelsene har ulike tidsperspektiv, ulik kompensasjonsgrad og også ulike aktivitetskrav. Det typiske forløpet for en yrkesaktiv person er at en mottar sykepenger i ett år, deretter går en over på en attføringsytelse

– for tida arbeidsavklaringspenger – før en eventuelt innvilges varig uførepensjon. En person som ikke har vært i jobb – som mange unge stønadsmottakere ikke har – kan på gitte kriterier sluses rett inn i arbeidsavklaringspenger.

Sykepengene utbetales i inntil ett år og erstatter i de fleste tilfeller lønnsinntekten 100 prosent. Det er et tak på 6 G som dekkes av folketrygden, men mange arbeidsgivere dekker det overskytende beløpet. Sykepengeordningen har endret seg lite siden den ble innført i 1978, men en reform i 2004 innførte et sterkere krav om at legen i sykemeldingspraksisen skulle se på arbeidsmuligheter og aktivitet for den sykemeldte, og bruken av gradert sykemelding skulle styrkes (Rikstrygdeverket 2006). I tillegg kom det gjennom IA-avtalen sterkere krav rettet mot arbeidsgivere om oppfølging av sykemeldte.

Ytelsene som er tilgjengelige etter ett års sykemelding, har endret seg over tid. Opprinnelig var det bare én ytelse, kjent som attføringspenger. I 1994 ble attføringspengene delt i to ytelser – rehabiliteringspenger som skulle sikre inntekt under medisinsk behandling, og attføringspenger som skulle sikre inntekt under yrkesrettet attføring. En gjorde altså et skarpere skille mellom medisinsk behandling og mer direkte yrkesrettede tiltak. Dette hadde sammenheng med at ansvaret for medisinsk behandling på dette tidspunktet lå hos trygdekontorene, mens den yrkesrettede attføringen ble ivarettatt av arbeidskontorene. I 2004 ble det også mulig å tildele tidsbegrenset uførestønad. Den opprinnelige «attføringen» hadde dermed blitt til tre stønader, attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad, alle med litt ulike målgrupper og formål. I 2010 gikk en tilbake til den opprinnelige ordningen, med én stønad for personer med langvarige helsemessige eller sosiale problemer som (ennå) ikke kvalifiserte for uførepensjon: arbeidsavklaringspenger. Denne endringen kan ses på som en del av NAV-reformen, som hadde samlet arbeids- og trygdeetaten under samme tak (St.meld. nr. 9 (2006-2007)).

For at en person skal kunne motta arbeidsavklaringspenger (AAP), er det et krav at arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent. I tillegg stilles det krav om at en deltar i arbeidsrettede tiltak eller behandlingstiltak mens en får arbeidsavklaringspenger. Det ble også åpnet opp for at personer som oppfyller kravet om nedsatt helse, kan komme direkte fra sosialhjelp eller kvalifiseringsstønad og over på arbeidsavklaringspenger. I tillegg til å forenkle stønadssystemet ble det innført en ny arbeidsmetodikk i NAV med arbeidsevnevurderinger og oppfølgingsvedtak. Hensikten med disse er at NAV i fellesskap med stønadsmottakeren skal kartlegge den enkeltes evner og ressurser og begrensninger samt omgivelsenes forventninger og krav, og at det også skal stilles konkrete krav til NAV om oppfølging av personer som mottar AAP.

Dersom behandlings- eller attføringstiltak ikke fører til at en person kommer i varig arbeid, kan det innvilges uførepensjon. Uførepensjon er en permanent ytelse og innebærer vanligvis en varig avgang fra arbeidslivet. For innvilgelse av uførepensjon er det krav om at arbeidsevnen er varig nedsatt med minst 50 prosent. Det stilles krav om at uførheten må være av en viss varighet, gjerne opp mot sju år for innvilgelse av varig

uførepensjon. Kravet var mindre strengt for tildeling av tidsbegrenset uførepensjon (NOU 2007: 4). Uførepensjon beregnes med basis i mottakerens inntektshistorie og pensjonsopptjening fram til uførheten inntreffer, og den (hypotetiske) opptjeningen mottakeren ville oppnådd ved å fortsette å jobbe fram til 67 år. Personer som ikke har vært yrkesaktive før uførheten inntreffer, får minstepensjon, gitt at de har 40 års trygdetid. Personer med kortere trygdetid (trygdetid er som regel lik botid i Norge) får avkortet pensjon. For personer som innvilges uførepensjon før de fyller 26 år, gjelder egne beregningsregler, og disse vil få en pensjon som er høyere enn minstepensjonen. Dette vil i all hovedsak gjelde for personer med alvorlige medfødte lidelser.

Dersom en skal karakterisere utviklingen i utformingen av helserelaterte ytelser til unge de siste årene, er det kanskje riktig å trekke fram at det i sterkere grad enn før understrekes qat ytelsene er midlertidige – arbeidsavklaringspenger kan maksimalt mottas i fire år – det legges enda større vekt på aktivitet, og kravene til oppfølging fra NAV har økt. Vektleggingen av aktivitet og oppfølging gjør det mulig å argumentere for at skillet mellom ytelse og tjeneste blir visket ut: For å kunne motta denne ytelsen er det et ufravikelig krav at en deltar i aktivitet og gjennomfører en arbeidsevnevurdering.

## Datagrunnlag og begreper

I dette kapitlet er det brukt informasjon fra NAVs registre som viser antallet uføre og antallet mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser (arbeidsavklaringspenger, tidsbegrenset uførestønad, attføringspenger og rehabiliteringspenger) i tidsrommet 1992 til 2012. Kapitlet gir dermed ikke en fullstendig uttømmende oversikt over alle tilgjengelige helserelaterte ytelser, men omfatter de mest sentrale ytelsene i den offentlige forsørgelsen av unge voksne.

I statistikken fra NAV er antallet mottakere registrert ved utgangen av desember hvert år. Det vil si at en og samme person *kan* være registrert med flere ytelser i løpet av ett år. Tallene som er analysert her, korrigerer *ikke* for dette, og analysene kan derfor til en viss grad overestimere omfanget i mottaket av en bestemt ytelse. Det vil kun være snakk om små feilmarginer som ikke vil være av vesentlig betydning for å illustrere utviklingen i bruken av ytelsen over tid – som er et hovedpoeng her.

Hovedsøkelyset her er på unge stønadmottakere, definert som mellom 18 og 29 år. I tillegg sammenlikner vi utviklingen med dem mellom 30 og 49 år og dem mellom 50 og 66 år. Til sammen kan en omtale befolkningen mellom 18 og 66 år som den yrkesaktive delen av befolkningen.



## Antall og andel mottakere av helserelaterte ytelser

Utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser kan beregnes på ulike måter. I dette kapitlet har vi laget et hovedskille mellom estimater basert på antallet mottakere av en ytelse og andelen mottakere av en ytelse etter aldersgruppe (kohort). På denne måten tar vi hensyn til at kohortstørrelsene endrer seg over tid.

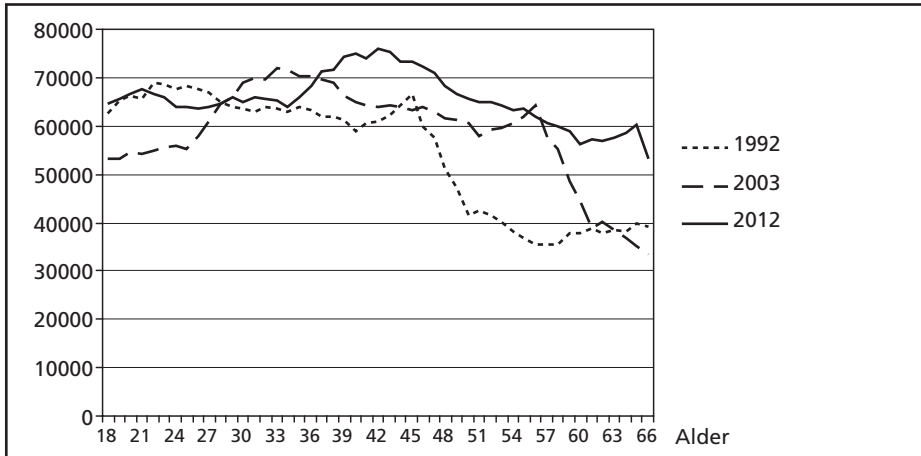
På grunn av variasjoner i de årlige fødselstallene vil det variere hvor mange personer som for eksempel er 18 år i ett bestemt år. Ved sammenlikninger over et lengre tidsrom er det vesentlig å ta hensyn til dette. En økning i antallet mottakere kan skyldes at det er flere unge personer nå enn før. Ved å beregne andelen mottakere etter alderskohort får vi fram en utvikling i bruken av ytelsene uten at denne er påvirket av forskjeller i størrelse på aldersgruppen (kohorten).

Denne andelen har vi beregnet ved å dele antallet stønadsmottakere innenfor en alderskohort (alle født i ett enkelt år) på antallet personer i befolkningen i den alderskohorten. Antallet personer i befolkningen for hvert enkelt år er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk som viser antallet bosatte i Norge for ulike år etter fødselsår. For eksempel var det i 2012 1751 personer med 1992 som fødselsår (og som derfor var 20 år i 2012) som mottok arbeidsavklaringspenger. I 2012 var det 66 759 personer som var 20 år og registrert bosatt i Norge. I 2012 mottok derfor  $[(1751 / 66759) * 100 =]$  2,6 prosent av alle norske (bosatte) 20-åringer arbeidsavklaringspenger.

Det å regne ut andelen mottakere på denne måten ville ha liten hensikt dersom det var slik at alderskohortene var omtrent like i størrelse over tid. Da ville det være enklere og mer hensiktsmessig kun å forholde seg til endringer i antallet mottakere. Det er imidlertid slik at alderskohortene de siste 20 årene har variert i størrelse. Det er derfor viktig å korrigere for dette når en sammenlikner andelen unge mottakere før og nå.

Figur 2.1 (se neste side) viser størrelsen og utviklingen på ulike alderskohorter (det vil her si antallet bosatte i et gitt år i en gitt aldergruppe) i noen utvalgte år. Et eksempel er at mens antallet 18–27-åringer var ganske likt i 1992 og 2012, så var det i 2003 vesentlig færre personer i denne i aldergruppen. Figur 2.1 illustrerer således viktigheten av å ta hensyn til forskjeller i alderskohorter når en omtaler andeler mottakere av ytelser. Fordi alderskohortene varierer så vidt mye i størrelse, vil dette gi seg utslag i form av at antallet mottakere endres (øker) over tid, samtidig som andelen mottakere i hver alderskohort kan være tilnærmet konstant over tid.

Figur 2.1 Antall personer (bosatte) i befolkningen 18–66 år etter alder, utvalgte år.



Kartleggingen av antall og andel gir også grunnlag for å estimere prosentvis endring i mottak av helserelevante tjenester over tid. Det som er viktig å tenke på når en vurderer prosentvis endring i andelen unge mottakere av helserelevante tjenester, er at det er relativt sett få unge mottakere. Det vil si at selv en relativt liten økning i antallet mottakere kan gi seg utslag i en relativt stor prosentvis økning i andelen mottakere, og disse utslagene vil typisk være størst i gruppen av unge mottakere fordi disse er færrest i utgangspunktet og dermed mer «sensitive» for utslag i prosentvis endring over tid.

## Utviklingstrekk blant unge og eldre mottakere av helserelevante tjenester

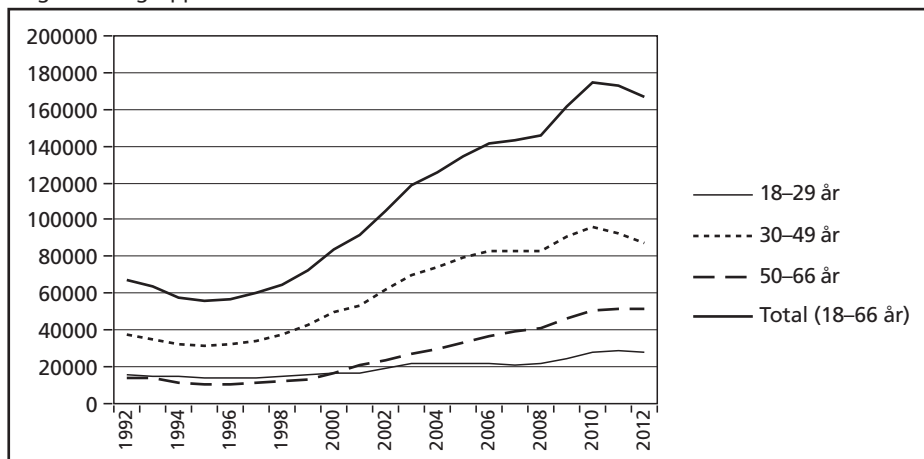
I dette avsnittet skal vi se på utviklingen i bruk av helserelevante tjenester blant unge mellom 18 og 29 år over en 20-årsperiode fra 1992 til 2012. I tillegg vil vi sammenlikne utviklingen blant unge mottakere med dem som er 30 år og eldre. To spørsmål er sentrale: Hvordan har utviklingen blant de yngste mottakerne vært i denne 20-årsperioden? Og følger utviklingen blant de yngste den samme utviklingen som i de eldre aldersgruppene? I første del av kapitlet vil vi sammenlikne de unge med de eldre. I den neste delen vil vi se mer detaljert på de unge. Vi vil først se på de midlertidige ytelsene og deretter på uførepensjon.

### Bruken av midlertidige helserelevante tjenester

Figur 2.2 viser utviklingen i antallet mottakere av midlertidige helserelevante tjenester innenfor ulike aldersgrupper i befolkningen i tidsrommet 1992–2012. Som det framgår

av grafen, er hovedinntrykket en økning i bruken av disse ytelsene i alle aldersgrupper, og samlet sett er det om lag en tredobling av antallet mottakere.

Figur 2.2 Antallet mottakere av midlertidige helserelevante ytelser i perioden 1992–2012. Utvalgte aldersgrupper.



Det laveste registrerte antallet mottakere hadde en i 1995 hvor omtrent 55 000 personer mottok en midlertidig helserelevanter ytelse, 17 år senere, i 2012, hadde dette vokst til om lag 166 000 mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det vil si at om lag 111 000 flere personer mottok en form for offentlig forsørgelse i 2012 enn 17 år tidligere, med det utgangspunktet at de hadde en helseutfordring som gjorde det vanskelig å delta i arbeid.

Det finnes imidlertid ulike måter å framstille utviklingen som har vært, på. Tabell 2.1 (se neste side) viser en oversikt over ulike måter å se på utviklingen i antallet mottakere i tidsrommet 1995 til 2012. Vi har brukt 1995 som sammenlikningsår fordi dette året er det med færrest mottakere innenfor tidsrommet 1992 til 2012. Det er rundet av til nærmeste hundre av antall mottakere, og tabell 2.1 illustrerer de endringene i antallet mottakere som har funnet sted i dette tidsrommet.

Tabell 2.1 Antall og prosentvis økning i antall mottakere av midlertidige helserelevante ytelser i ulike aldersgrupper, 1995–2012.

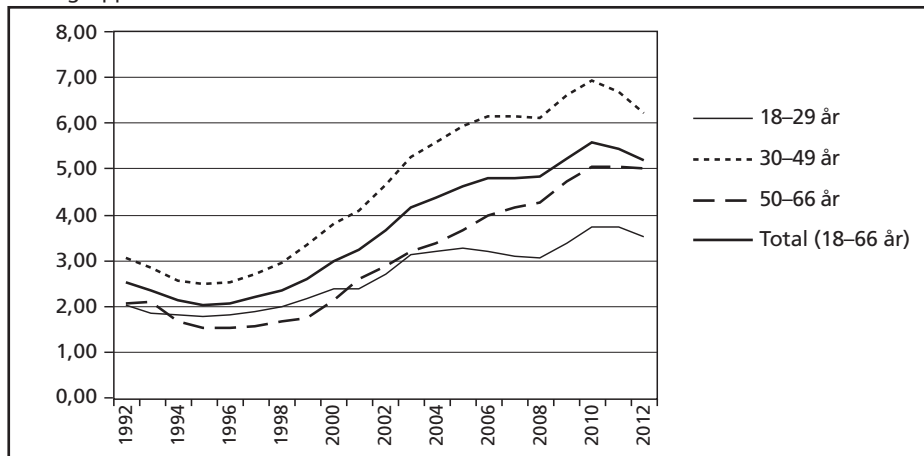
	Antall mottakere 1995	Antall mottakere 2012	Økning i antall mottakere 1995–2012	Prosentvis økning innad i aldersgruppen 1995–2012	Prosentvis bidrag for hver aldersgruppe til økningen 1995–2012 (N = 111 200)
18–29 år	13 800	28 000	14 200	51 %	13 %
30–39 år	16 500	37 900	21 400	56 %	19 %
40–49 år	14 900	49 200	34 300	70 %	31 %
50–59 år	8700	38 900	30 200	78 %	27 %
60–66 år	1600	12 700	11 100	87 %	10 %
18–66 år	55 500	166 700	111 200	67 %	100 %

Alle aldersgrupper har fått flere mottakere av midlertidige helserelevante tjenester i dette tidsrommet. Størst er den relative økningen i de eldste aldersgruppene, for eksempel er det hele 87 prosent flere mottakere av en midlertidig tjeneste blant dem som er mellom 60 og 66 år. Til sammenlikning var det en økning på 51 prosent innad i gruppen 18 til 29 år. Total sett var det en økning i hele aldersgruppen 18 til 66 år på 67 prosent. Dersom en kun ser på økningen i antallet mottakere («nye» mottakere i perioden), så var denne på 111 200 personer. Dersom en fordeler denne veksten prosentvis på de ulike aldersgruppene, så ser en at 13 prosent av veksten er knyttet til de yngste, mens 10 prosent av veksten er knyttet til de eldste aldersgruppene. Størst er den relative prosentvise økningen i aldersgruppen 40 til 49 år, som bidro med 31 prosent av veksten.

Tabell 2.1 illustrerer også at hvordan en regner ut økningen, og hva en relaterer økningen til, er av stor betydning for tolkningen av resultatet. For eksempel har aldersgruppen 60 til 66 år hatt den prosentvis største økningen i antallet mottakere, samtidig som de er den aldersgruppen som har bidratt minst til hele veksten som har vært i antallet mottakere av midlertidige helserelevante tjenester. De yngste bidrar nest mest (13 prosent) til veksten som har vært.

Disse beregningene tar imidlertid ikke høyde for at det kan være svingninger i kohortstørrelse. Figur 2.3 tar hensyn til dette og beregner andelen mottakere av helserelevante tjenester for hver aldersgruppe ut fra størrelsen på hvert alderstrinn.

Figur 2.3 Andel mottakere av midlertidige helserelevante tjenester i perioden 1992–2012. Utvalgte aldersgrupper.



Omregningen til prosentvis andel mottakere endrer ikke hovedinntrykket fra tabell 2.1. Det er en økning gjennom hele tidsrommet fra 1995 og fram til i dag i bruken av helserelevante tjenester for hele befolkningen. Men det kommer også fram at de yngste aldersgruppene innenfor dette 20 år lange tidsrommet følger en noe annen utvikling enn de eldste aldersgruppene. Grafen viser at mens de eldste aldersgruppene har en jevn

vekst i antallet mottakere fra 1995 og fram til 2010, så flater veksten blant de yngste mottakerne ut i tidsrommet 2003 til 2008. Fra 2009 øker andelen mottakere i de yngste aldersgruppene igjen (se også Kann mfl. 2013).

Totalt økte andelen mottakere av midlertidige helserelevante ytelser i den yrkesaktive delen av befolkningen fra 2 prosent i 1995 til 5,2 prosent i 2012 (en økning på 3,2 prosentpoeng). I den yngste aldersgruppen var det en økning i andelen mottakere av midlertidige helserelevante ytelser fra 1,8 prosent i 1995 til 3,1 prosent i 2003. I 2012 var denne andelen blant de yngste økt noe til 3,5 prosent i 2012 av alle mellom 18 og 29 år (1,7 prosentpoeng økning).

1995 var året med laveste registrert antall og andel mottakere av midlertidige helserelevante ytelser for alle aldersgrupper, mens 2010 var året med høyest registrert andel og høyest antall mottakere. Det høye tallet i 2010 henger antakeligvis sammen med innføringen av den nye ordningen med arbeidsavklaringspenger dette året. I de påfølgende årene har antallet og andelen mottakere av AAP gått noe ned, det vil si at nivået på midlertidige ytelser er på vei tilbake til nivået fra 2009, altså det samme som før AAP ble innført, men langt høyere enn det var 17 år tidligere i 1995. Mye av veksten i bruken av ytelser for unge kom før 2003, etterfulgt av en utflating. I perioden 2003 til 2008 var det en høykonjunktur på arbeidsmarkedet i Norge, det ser ut til at de yngste aldersgruppene har respondert positivt på denne, sammenliknet med de eldre aldersgruppene, og at de økonomiske oppgangstidene har bidratt til å flate ut veksten i mottak av denne typen ytelser for de unge i en periode. Men etter 2009 har det igjen vært vekst i alle aldersgrupper.

Hovedinntrykket er derfor at det har vært en økning i både andelen og antallet mottakere av midlertidige helserelevante ytelser i den arbeidsdyktige delen av befolkningen de siste to tiårene. Det ser altså ut til at den offentlige forsørgelsen med utgangspunkt i midlertidige helserelevante ytelser har økt i hele befolkningen. Det offentlige hjelpeapparatet «tar imot» flere nå enn før, med det utgangspunkt at de har en nedsatt arbeidsevne. Dersom en fordeler veksten i antallet mottakere i perioden 1995 til 2012 over de ulike aldersgruppene, bidrar de yngste med om lag 13 prosent av veksten, men de resterende 87 prosentene av veksten i det totale antallet mottakere av en midlertidig helserelevante ytelse kommer fra de andre aldersgruppene i befolkningen.

### **Bruken av uførepensjon**

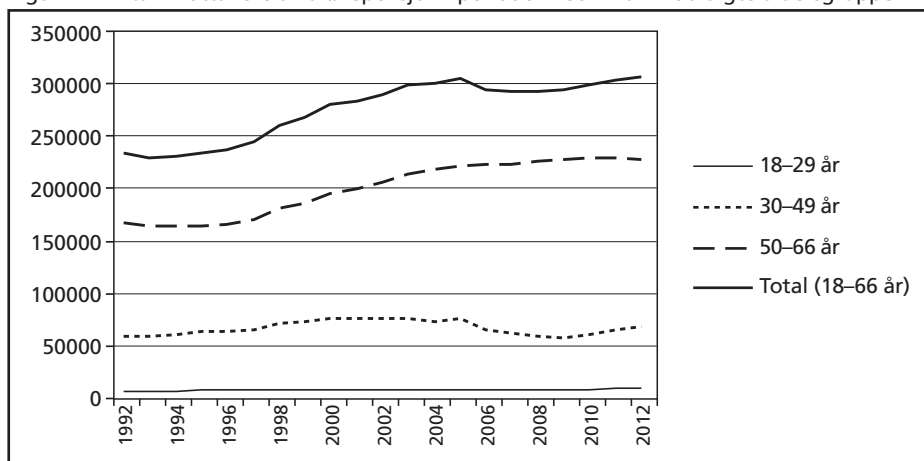
Et utfall etter å ha mottatt en midlertidig ytelse er at denne «glir over» til å bli permanent, og at det offentlige overtar et varig økonomisk ansvar for den enkelte. Det er derfor nyttig å sammenlikne utviklingen i bruken av midlertidige helserelevante ytelser med utviklingen i uførepensjon. Mottakere av uførepensjon regnes som utenfor arbeidsmarkedet. Dette er ikke det samme som at alle uføre er passive stønadsmottakere. Noen, og kanskje i særlig grad unge uføre, vil delta i en form for aktivitet eller varig tilrettelagt

arbeid. De som mottar uførepensjon, mottar imidlertid ikke den samme oppfølgingen fra NAV med tanke på å føre disse tilbake til det ordinære arbeidslivet. Mottakere av uførepensjon kan derfor betegnes som varig ekskluderte fra det ordinære arbeidslivet. Personer som mottar en slik ytelse allerede fra ung alder, kan dermed regne med å tilbringe størsteparten av livsløpet utenfor det ordinære arbeidslivet. Det er imidlertid grunn til å anta at det blant de yngste mottakerne av varig uførepensjon relativt sett er flere som mottar denne ytelsen på grunn av en medfødt lidelse eller helseplage, mens det i de eldre aldersgruppene av befolkningen vil være relativt sett flere som har blitt syke underveis i livsløpet.

Figur 2.4 viser utviklingen i antallet mottakere av uførepensjon i perioden 1992 til 2012. I dette tidsrommet har det vært en økning på nesten 74 000 personer, fra 234 500 mottakere i 1992 til over 308 000 mottakere i 2012.

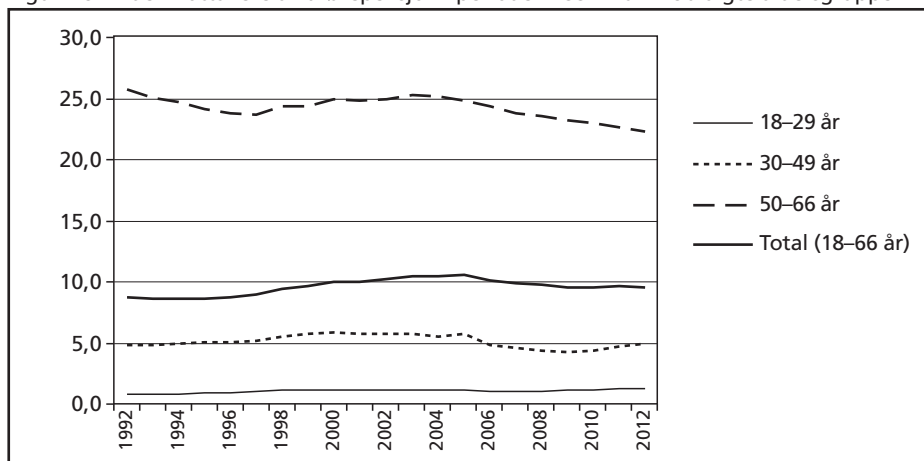
Det er klart flest mottakere av uførepensjon i den eldste aldersgruppen (55–66 år), noe som henger sammen med at sannsynligheten for å bli syk eller få en funksjonsnedsettelse stiger med økende alder. I tillegg var det store årskull i perioden etter annen verdenskrig, slik at det rett og slett er mange personer i disse kohortene. I de andre aldersgruppene har utviklingen i antallet mottakere vært mer stabil de siste 20 årene.

Figur 2.4 Antall mottakere av uførepensjon i perioden 1992–2012. Utvalgte aldersgrupper.



Dersom en tar høyde for at det har vært ulik størrelse på alderskohortene i dette tidsrommet, og beregner andelen mottakere av varig uførepensjon, så ser utviklingen noe annerledes ut (figur 2.5). Figur 2.5 viser en ganske flat utvikling i andelen uføre. Totalt sett er om lag 10 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år uføre, og dette tallet har vært relativt stabilt i hele 20-årsperioden (med svingninger mellom 8,6 prosent av befolkningen i 1993–1995, til 10,5 prosent i 2005 og ned til 9,6 prosent i 2012.)

Figur 2.5 Andel mottakere av uførepensjon i perioden 1992–2012. Utvalgte aldersgrupper.



Mens det helt klart har vært en vekst i antallet mottakere av uførepensjon i dette tidsrommet (jf. figur 2.4), så «forsvinner» denne veksten dersom en tar høyde for at det har vært endringer i kohortstørrelsen over tid. Det vil si at andelen av hver alderskohort som mottar uførepensjon, er i den yrkesaktive delen av befolkningen relativt konstant over tid på om lag 10 prosent. Den er betydelig høyere i de eldste alderskohortene (på om lag 25 prosent), og den virker å ha en nedadgående utvikling. I de yngste aldersgruppene er det en jevn andel som mottar uførepensjon, om lag 1 prosent av aldersgruppen (det varierer mellom 0,8 prosent i 1992, 1,2 prosent i 2000 og 1,3 prosent i 2012).

### Sammenlikning av utvikling i midlertidige og varige helserelaterte ytelser i den yrkesaktive delen av befolkningen

Dersom en sammenlikner mottaket av midlertidige helserelaterte ytelser i dette 20-årstidsrommet med mottaket av varige ytelser, har det vært en vekst i både antallet og andelen mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser. For mottakere av varig uførepensjon har det vært en vekst i antallet, men ikke i andelen (av hver alderskohort). Det ser dermed ut til at veksten i antallet utføre i stor grad kan tilskrives en vekst i befolkningen.

Dette står i noe kontrast til mediedebatter den siste tida, som er opptatt av den sterke veksten i antallet uføre (se kapittel 1). Det er riktig at det har vært en vekst i antallet unge uføre, men dersom en korrigerer for antallet bosatte i hver aldersgruppe, så har ikke denne andelen økt over tid. Unntaket er de eldste aldersgruppene, hvor andelen uføre synes å ha gått ned. Forklaringer som har blitt lansert på dette, er at eldre er friskere nå enn tidligere, de har et stadig høyere utdanningsnivå (som reduserer faren for uførepensjon), og det kan også være en effekt av IA-avtalen, hvor et av delmålene

er å få flere eldre til å stå i jobb lenger. I tillegg er det sannsynlig at flere i de eldste aldergruppene har gått over fra uførepensjon til ulike former for tidligpensjon, altså at de mottar en annen form for varig offentlig forsørgelse enn uførepensjon. Dette er faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor utviklingen blant de eldste skiller seg fra den hos resten av befolkningen. Disse analysene understreker også behovet for å se utviklingen i de midlertidige og de varige helserelaterte ytelsene hver for seg fordi utviklingen i andelen mottakere har vært ulik for disse ytelsene de siste 20 årene. I denne rapporten hvor vi først og fremst er opptatt av de yngste, er det de midlertidige helserelaterte ytelsene som er mest relevante.

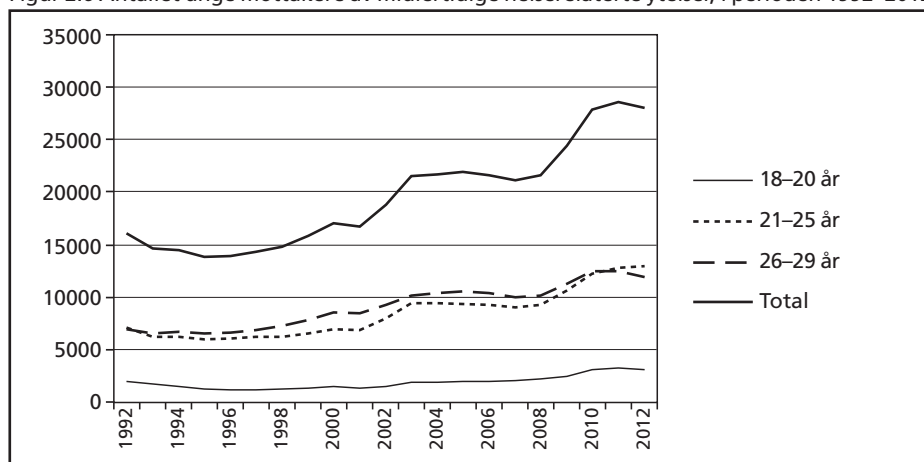
## Utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser i de yngste aldersgruppene

### Unge mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser

Det har vært tendenser de siste årene til en bekymring for at flere unge havner på helserelaterte ytelser. I dette avsnittet skal vi derfor se nærmere på den yngste aldersgruppen isolert sett og på både bruken av de midlertidige og de permanente helserelaterte ytelsene blant unge under 30 år.

Figur 2.6 viser utviklingen i midlertidige helserelaterte ytelser blant ulike grupper av unge mottakere: 18–20 år, 21–25 år og 26–29 år samt alle 18–30 år.

Figur 2.6 Antallet unge mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser, i perioden 1992–2012.

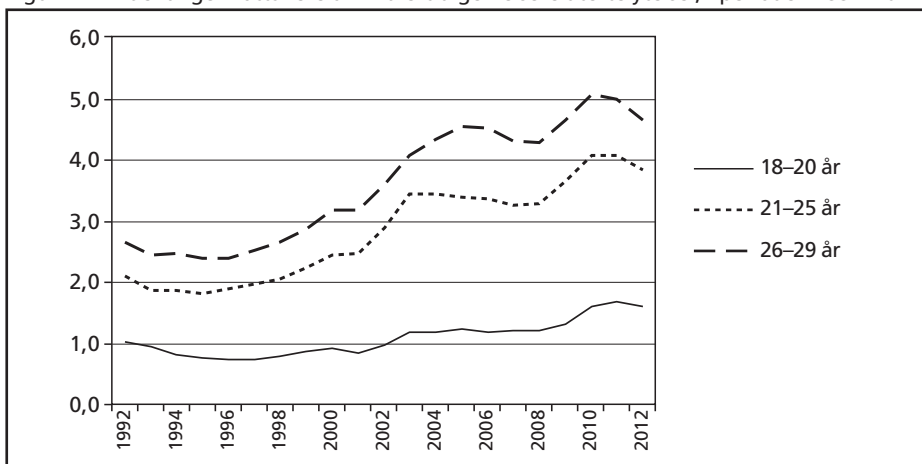


I perioden 1995 til 2012 mer enn doblet antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser seg fra om lag 13 800 til dagens 28 000 mottakere. I femårsperioden 2008 til



2012 økte antallet mottakere mellom 18 og 29 år med nesten 6400 personer. Slike tall kan skape uro. Dersom en justerer for alderssammensetningen, får en også tydelig fram at det har vært en vekst i andelen unge mottakere (figur 2.7).

Figur 2.7 Andel unge mottakere av midlertidige helse relaterte ytelser, i perioden 1992–2012.



Tabell 2.2 sammenlikner utviklingen i antallet og andelen unge mottakere av midlertidige helse relaterte ytelser med «bunnåret» 1995 og 2012 samt de siste fem årene 2008–2012.

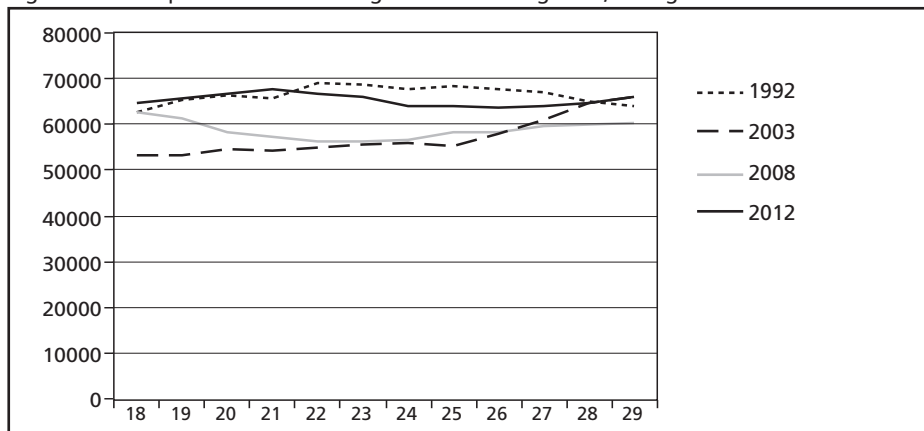
Tabell 2.2 Antall mottakere av midlertidige helse relaterte ytelser 1995, 2008 og 2012 og prosentpoeng (pp.) økning i andelen mottakere 1995–2012 og 2008–2012.

	Antall mottakere 1995	Antall mottakere 2008	Økning i antall mottakere 2012	Økning i pp. andel mottakere 1995–2012	Økning i pp. andel mottakere 2008–2012
18–20 år	1314	2207	3142	0,6 pp	0,4 pp
21–25 år	6008	9298	12 971	1,7pp	0,5 pp
26–29 år	6561	10155	11 940	2 pp	0,3 pp
Total under 30 år	13 883	21 660	28 053	1,7 pp	0,4 pp
Total 30–66 år	50 837	12 3477	13 8802	3,1 pp	0,4 pp

Dersom en sammenlikner utviklingen i antallet og andelen mottakere med «bunnåret» 1995 og fram til 2012, så var det blant de aller yngste, 18–20 år, en vekst i andelen mottakere fra 1 prosent til 1,6 prosent, altså 0,4 prosentpoeng. Tilsvarende var det blant dem fra 21 til 25 år en vekst på 1,7 prosentpoeng (fra 2,1 til 3,8 prosent), mens for de eldste unge, 26–29 år, var det en økning på 2 prosentpoeng fra 2,6 til 4,6 prosent. Dersom en tar for seg veksten de siste fem årene, økte den aldersjusterte andelen av

unge (18–29 år) mottakere av en midlertidig helsereelatert ytelse fra 3,1 til 3,5 prosent mellom 2008 og 2012. Blant de yngste mellom 18 og 20 år var det en økning fra 1,2 til 1,6 prosent, for dem mellom 21 og 25 år økte det fra 3,3 til 3,8 prosent, og for de eldste unge, 26–29 år, fra 4,3 til 4,6 prosent, altså 0,4 prosentpoeng.

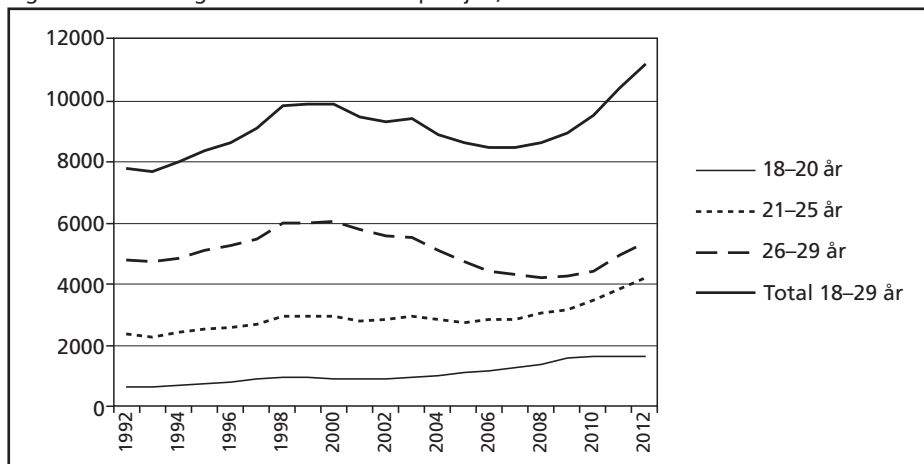
Figur 2.8 Antall personer i befolkningen mellom 18 og 29 år, utvalgte år.



### Unge mottakere av uførepensjon

Det har blitt flere unge uføre på 20 år. I 1992 var det i underkant av 8000 uføre mellom 18 og 29 år, mens i 2012 var dette tallet steget til over 11 100 (figur 2.9). Utviklingen de siste fem årene viser en økning fra om lag 8600 til 11 100 unge uføre.

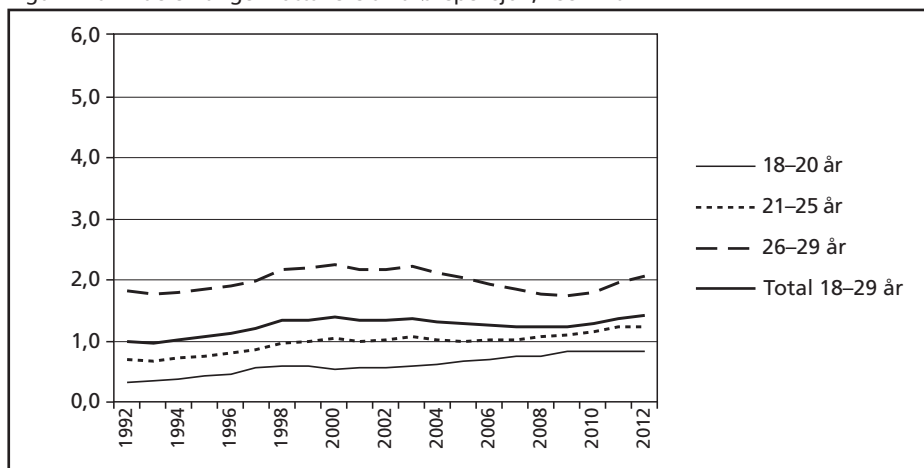
Figur 2.9 Antall unge mottakere av uførepensjon, 1992–2012.



Men som vi så ovenfor, var det mange flere unge i 2012 enn i 2008. Dersom en justerer for ulik størrelse på alderskohortene, flater utviklingen ut. Figur 2.10 viser de aldersjusterte andelene av unge uføre. For at disse skal være direkte sammenliknbare med andelene unge på midlertidige ytelser (figur 2.7), er samme skalainndeling benyttet.

I 1992 var 1 prosent av alle mellom 18 og 29 år varig uføre, og dette hadde steget til 1,4 prosent i 2012. Tilsvarende tall for dem mellom 21 og 25 år var 1,8 til 2,1 prosent. I den eldste aldergruppen har utviklingen svingt litt mer over tid ved først å gå litt opp fra 1995, for deretter å synke i perioden 2004 til 2010. Etter dette har det igjen vært en liten økning. Det er mulig at denne nedgangen henger sammen med økningen i bruken av midlertidige helserelaterte ytelser i samme tidsrom for dem mellom 26 og 29 år (som illustrert i figur 2.7). I 2004 ble ordningen tidsbegrenset uførestønad innført, og denne kan muligens ha bidratt til å stagge veksten noe i andelen uføre blant dem i slutten av 20-årene. Det er imidlertid små utslag det er snakk om, og hovedinntrykket for denne tidsperioden er en svak vekst i andelen unge uføre, fra om lag 1 prosent til 1,4 prosent.

Figur 2.10 Andelen unge mottakere av uførepensjon, 1992–2012.



### Oppsummering

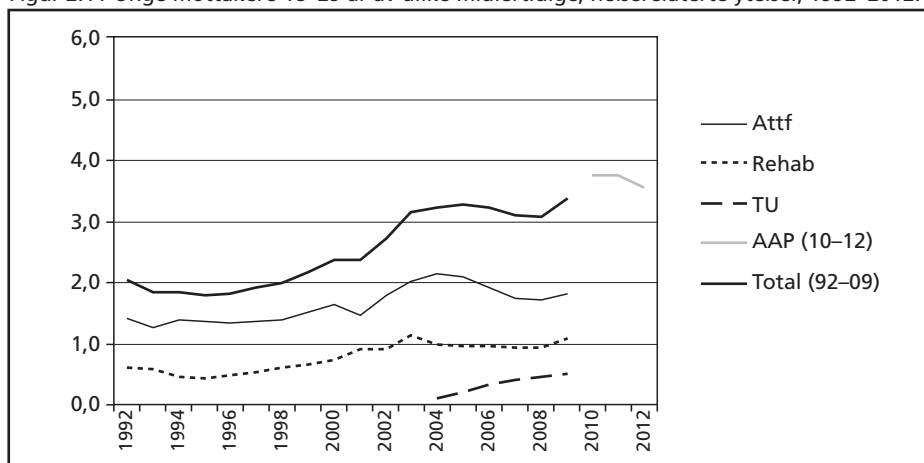
I 2012 var det 1,7 prosentpoeng flere unge mellom 18 og 29 år som mottok en midlertidig helserelatert ytelse enn det var 17 år tidligere i 1995. I antall tilsvarer dette en økning på drøye 14 000 personer. Noe av denne veksten i antall kan nok tilskrives ulik kohortstørrelse blant de unge (se figur 2.8), men denne ser ikke ut til å forklare hele forskjellen, og vi finner derfor en reell økning i andelen mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser blant unge de siste 20 årene. Tilsvarende har det innenfor det samme tidsrommet vært en økning på 3,1 prosentpoeng og nesten 87 000 flere mot-

takere av midlertidige helserelaterte ytelser i befolkningen 30 år og eldre. Det er med andre ord ikke bare blant de unge aldersgruppene at det har vært en økning i bruken av midlertidige helserelaterte ytelser. I tillegg har det vært en mindre økning i antallet og andelen unge uføre. I 2012 var det om lag 3300 flere unge uføre enn 20 år tidligere. Hvorvidt disse økningene er av en slik størrelse at de bør vekke bekymring, er for øvrig et vurderings spørsmål. Men det er verdt å understreke at dette er økninger i ytelser som ikke er varige. Dersom en sammenholder dette med den relativt flate andelen (på 10 prosent av befolkningen) på uførepensjon, synes det ikke å ha skjedd en dramatisk glidning av personer fra midlertidige til varige helserelaterte ytelser de siste 20 årene.

## Unge bruk av ulike helserelaterte ytelser – detaljer

Ovenfor har vi sett på bruken av midlertidige helserelaterte ytelser sett under ett. Dette skjuler imidlertid at det i perioden fram til arbeidsavklaringspenger ble innført i mars 2010, var snakk om flere ulike ytelser. Det kan derfor være nyttig å se på unges bruk av de ulike typene av midlertidige helserelaterte ytelser. Figur 2.11 viser en oversikt over andelen unge mottakere av attføringspenger, rehabiliteringspenger, tidsbegrenset uførestønad (TU) (2004–2009) og arbeidsavklaringspenger (AAP) (2010–2012).

Figur 2.11 Unge mottakere 18–29 år av ulike midlertidige, helserelaterte ytelser, 1992–2012.



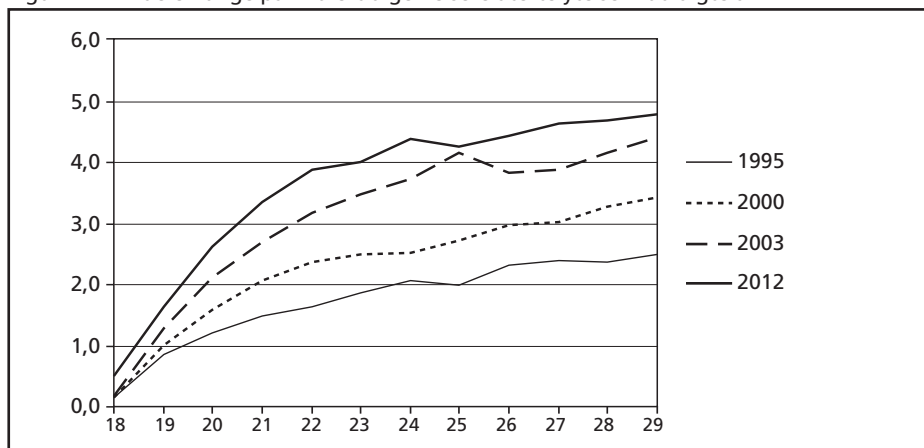
Før omleggingen til arbeidsavklaringspenger i 2010 var den vanligste midlertidige helserelaterte ytelsen blant unge attføringspenger. Mens i underkant av 2 prosent av alle mellom 18 og 29 år mottok denne ytelsen, mottok om lag 1 prosent rehabiliteringspenger. I perioden mellom 2004 og 2009 var det også mulig å få tidsbegrenset

uførestønad. Bruken av denne ytelsen økte raskt fra den ble innført. Som nevnt ovenfor (se figur 2.10) ser det ut til at økningen i utbredelsen av TU går i takt med en nedgang i bruken av varig uførepensjon (figur 2.7). I tillegg ser det ut til å være en svak nedgang i bruken av attføringspenger. Det kan kanskje bety at noen av dem som tidligere ville ha vært på attføring, i stedet ble overført til tidsbegrenset uførestønad. Flest unge mottakere av tidsbegrenset uførestønad var det blant dem i slutten av 20-årene: Mens 0,2 prosent av alle mellom 26 og 29 år fikk denne ytelsen da den ble innført i 2004, så økte dette raskt til 0,9 prosent i 2009 (tall ikke vist her). Dette kan tyde på at andre ytelser ble prøvd ut først for dem under 25 år, før en eventuelt innvilget tidsbegrenset uførestønad først når personen var i slutten av 20-årene.

I 2010 ble ordningen med arbeidsavklaringspenger innført. Den slår sammen de tre tidligere midlertidige ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og midlertidig uførestønad. Det skjedde også en kortvarig økning i antall og andel mottakere av AAP, først steg antallet mottakere før det igjen gikk ned til om lag det samme nivået som før AAP ble innført.

I samtlige analyser ovenfor er utviklingen i bruken av midlertidige helserelaterte ytelser vist slik at flere alderstrinn er gruppert sammen. Figur 2.12 viser imidlertid andelen mottakere år for år, fra 18 år til og med 29 år. Det er få som mottar en ytelse når de er 18 år, men andelen stiger bratt fram til 23-årsalder, hvor stigningen er litt mindre bratt etter dette. Figur 2.12 viser også tydelig hvordan veksten i bruk av ytelsen kom før 2004. På de åtte årene mellom 1995 og 2003 økte for eksempel andelen 24-åringer som mottok en ytelse, med 1,6 prosent, mens den på ni år fra 2003 til 2012 økte med 0,7 prosent. Det vil si at veksten i bruken av midlertidige ytelser ikke alene kan knyttes til innføringen av ordningen med arbeidsavklaringspenger i 2010.

Figur 2.12 Andelen unge på midlertidige helserelaterte ytelser i utvalgte år.



En annen ting å merke seg i figur 2.12 er hvordan denne har en vifteform. Dette indikerer at det ikke er store forskjeller i andelen mottakere fra år til år blant dem som er under 20 år. I perioden mellom 20 og cirka 24 år er det derimot en bratt økning, før det flater noe ut og øker mindre kraftig mellom 25- og 29-årsalder. Dette mønsteret ser ut til å forsterke seg over tid, og stigningen blir litt brattere for hvert år som går («bretter seg ut i en vifte»). I 1995 var utviklingen i bruk av ytelser slakere utover i 20-årene, mens den i 2012 følger en bratt kurve allerede fra 19–20-årsalder fram mot 25-årsalder. Dette mønsteret tyder på at stønadsmottakerne blir stadig yngre første gang de kommer inn på en ytelse. Det vil si at det ikke bare har vært en økning i bruken av midlertidige helserelevante ytelser blant unge, men mottakerne synes også å være stadig yngre når de mottar en slik ytelse. Flere i gruppen under 25 år er stønadsmottakere nå enn for 20 år siden. Denne utviklingen har skjedd gradvis over tid, men mye av utviklingen kom før 2003. Dette kan også tyde på at den offentlige forsørgelsen av unge blir viktigere tidligere i livsløpet nå enn 20 år tilbake i tid. Dette impliserer at det offentlige ser ut til å komme inn med økonomisk hjelp tidligere i unges liv nå enn for 20 år siden. Dette kan implisere at det offentlige tar over et økonomisk forsørgeransvar for unge voksne fra foreldrene tidligere i barnas liv enn det som var tilfellet for 15–20 år siden. Det er mest sannsynlig foreldrenes økonomi som på denne måten avlastes ved å innvilge økonomiske støtteordninger til unge voksne. Dette er en problemstilling vi kommer tilbake til i neste kapittel.

### 3 Unge utenfor arbeid og utdanning – registerbasert NEET

I de forgående kapitlene har vi presentert en oversikt over bruken av helserelevante ytelser blant unge som illustrerer at den offentlige forsørgelsen av unge utenfor har økt de siste 20 årene, særlig den midlertidige forsørgelsen i form av midlertidige utbetalinger som arbeidsavklaringspenger. I dette kapitlet vil vi se videre på problemstillingen knyttet til eksklusjon av unge. Ikke alle unge «utenfor» fanges opp i statistikken over utbetaling av helserelevante ytelser. I dette kapitlet vil vi ta en bredere tilnærming for å kartlegge unge utenfor. Vi vil ved hjelp av registerdata forsøke å kartlegge andelen unge som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring. Denne gruppen omtales ofte som NEET (Not in Employment, Education or Training) og er en gruppe som kartlegges regelmessig i internasjonale undersøkelser innen EU og OECD. Begrepet NEET oppsto i Storbritannia og har siden rapporten *Bridging the Gap* (Social Exclusion Unit 1999) vært benyttet for å beskrive unge uten arbeid (Furlong 2006). I løpet av få år ble NEET-definisjoner tatt i bruk i nesten hele EU og også andre steder (Eurofound 2011).

Vi starter kapitlet med en oversikt over andelen unge som mottar ulike typer inntekter og overføringer, før vi går over til å studere dem som er NEET. Hvor stor andel av NEET har vært i arbeid eller utdanning, og hvor stor andel går til arbeid eller utdanning? Hvor stor andel av NEET mottar helserelevante ytelser? I tillegg vil vi også i dette kapitlet vende tilbake til problemstillingen om forsørgelsesformer. Mens vi i det foregående kapitlet viste at omfanget av offentlig (midlertidig) forsørgelse for unge voksne har økt de siste 20 årene, vil vi i dette kapitlet også se på omfanget av den familiebaserte forsørgelsen av unge voksne. Dette vil vi gjøre ved å se på en undergruppe av NEET, det vil si dem som ikke er i utdanning, arbeid og opplæring og heller ikke mottar noen form for offentlig forsørgelse. Disse kaller vi «familieforsørget», og undersøkelsen kan si oss noe om omfanget av unge utenfor som det offentlige hjelpeapparatet ikke ser ut til å fange opp. Vi fant i det forrige kapitlet at det har vært noe økning i bruken av (midlertidige) helserelevante ytelser blant unge, og vi spør: Skyldes dette at færre forsørges privat nå enn tidligere?

Til slutt vil vi sammenlikne utviklingen i NEET og i gruppen som er «familieforsørget», og vi kan dermed få et inntrykk av om det har skjedd en endring i fordelingen mellom offentlig og privat forsørgelse av unge voksne det siste tiåret.

## **Data og definisjoner. Registerbasert NEET – et mål på unge utenfor arbeid og utdanning og et mål på familieforsørgelse**

I Norge beregnes vanligvis NEET-ratene med data fra Arbeidskraftundersøkelsene (AKU) og tilsvarende undersøkelser (Labour Force Survey LFS) i andre land. En fordel med surveyundersøkelser er blant annet at en kan spørre respondenter uten arbeid om hvorfor de ikke er i jobb. Skal en beregne NEET-ratene ved hjelp av registerdata, må en bruke en litt annen tilnærming. Registerdataene har ikke informasjon om den enkeltes vurderinger og holdninger, men norske (og enkelte andre lands) registerdata er så rike på informasjon at de gir et godt utgangspunkt for å foreta analyser av andelen NEET (jf. Bäckman mfl. 2011; Hyggen 2013).

NEET er en betegnelse eller et begrep uten en standardisert operasjonalisering. Det vil si at det kan finnes ulike måter å avgrense den gruppen som skal regnes som NEET,. I utgangspunktet kan det høres greit ut å identifisere dem som ikke er i jobb, utdanning eller deltar i arbeidstrening eller opplæring. I realiteten finnes det en rekke spørsmål som må besvares før en kan avgjøre om en person er NEET eller ikke. Hvor lenge må for eksempel en person være utenfor arbeid, utdanning og opplæring før vedkommende kan defineres som NEET? En dag, en uke, en måned eller et år? Valg av varighet vil påvirke hvor stor andel av befolkningen som defineres som NEET.

I denne rapporten har vi valgt å lage to ulike mål på NEET, et for å estimere unge utenfor arbeid/utdanning og et for å estimere andelen unge under familiebaseret forsørgelse:

- *NEET*: Vi tar som utgangspunkt andelen NEET definert ut fra status på arbeidsmarkedet i november hvert år. Alle som ikke er i jobb, utdanning eller opplæring på dette tidspunktet, regnes som NEET.
- *NEET familieforsørgelse*: For å gi et mål som er bedre egnet til å belyse skillet mellom familiebaseret- og offentlig forsørgelse, lager vi i tillegg et mer avgrenset NEET-mål basert på en kombinasjon av status på arbeidsmarkedet i november hvert år og hvorvidt en mottar ulike ytelser fra NAV, og samlet inntektsnivå. De som ikke er i arbeid eller utdanning og heller ikke mottar utvalgte ytelser, antar vi er under familieforsørgelse.

Nedenfor gjør vi rede for hvordan vi har gått fram for å lage registerbaserte NEET-rater, deretter presenteres analysene.

### **Definisjon av registerbasert NEET**

For å lage et mål på andelen unge utenfor arbeid og utdanning har vi tatt utgangspunkt i den registerbaserte sysselsettingsstatistikken (hos SSB) for perioden 2000 til 2010. Der finnes en variabel som viser arbeidsmarkedsstatus i en referanseuke (i november hvert år). Ved hjelp av denne identifiseres de som er definert som å være utenfor arbeidsstyrken, og de som er helt ledige (i referanseuka). Lønnstakere og selvstendig



næringsdrivende er i arbeid («Employment» i NEET-forkortelsen), og personer som er på arbeidsmarkedstiltak, er her definert som å være i opplæring («Training» i NEET-forkortelsen). I tillegg finnes informasjon om hvem som er registrert i gang med formell utdanning i utdanningsstatistikken (i oktober hvert år) («Education» i NEET-forkortelsen). Dersom en ikke er i gang med en utdanning i oktober og heller ikke er i arbeid eller i opplæring i november, regnes en som NEET. Oppsummert er alle som *ikke* er registrert som lønnstaker, selvstendig næringsdrivende, deltaker i arbeidsmarkedstiltak eller deltaker i formell utdanning, definert som en registerbasert NEET.

I motsetning til NEET utledet fra AKU-tall, hvor en baserer seg på å spørre respondenten om hva de regner som sin hovedaktivitet, er den registerbaserte NEET-beregningen basert på å definere tilknytning til arbeidslivet ved å se på registrerte inntekter og mottak av ytelser. Denne informasjonen bruker vi til å beskrive omfanget av unge utenfor arbeid, utdanning og opplæring. Vi bruker også registerdataene til å definere ulike undergrupper av NEET. Den viktigste er de vi her kaller for familieforsørget. Dette er personer som er NEET, men som ikke har egen inntekt og heller ikke mottar penger fra det offentlige. I tillegg ser vi på andelen NEET som mottar en helserelatert ytelse.

### **Definisjon av andelen registerbaserte NEET forsørget av familien**

Som et utgangspunkt for å vurdere familiens rolle som forsørgere av unge voksne har vi laget et alternativt mål på NEET. Vi tar utgangspunkt i gruppen av NEET definert ovenfor, som vi antar står utenfor arbeid og utdanning. Deretter «skreller vi vekk» ulike undergrupper for å identifisere dem som vi mener har så liten registrert egen inntekt at de mest sannsynlig er under familieforsørgelse. Det vil si at vi har tatt ut fra NEET-gruppen ovenfor dem som:

- er uføre (offentlig forsørgelse)
- er attførings- og rehabiliteringspengemottakere (offentlig forsørgelse)
- er sosialhjelpsmottakere (offentlig forsørgelse)
- er registrerte arbeidssøkere (og som dermed, på eget initiativ, prøver å komme inn i arbeid)
- har en samlet inntekt som overstiger to ganger grunnbeløpet (G) (er delvis forsørget gjennom arbeidsmarkedet)

Vi har valgt å sette en inntektsgrense på to ganger grunnbeløpet som et mål på en inntekt som er så lav at det er utfordrende å leve på denne inntekten alene. Dette impliserer at personen er forsørget av noen andre. En grense på to ganger grunnbeløpet overstiger fattigdomsgrensen for en enslig basert på OECDs tilnærming og er også høyere enn minstepensjonen (senere garantipensjonen) for en enslig, men er litt lavere enn fattigdomsgrensen for en enslig basert på EUs definisjon. Dermed er samlet inntekt etter

skatt lavere enn det de fleste vil mene er tilstrekkelig for å kunne kalles selvforsørget. Når disse personene heller ikke har mottatt uførepensjon, attføring- og rehabiliteringspenger eller sosialhjelp, er det grunnlag for å anta at disse personene ikke er forsørget av staten.<sup>3</sup> Siden dette er registerdata, og vi ikke kan spørre den enkelte hvordan de er forsørget, er dette en antakelse vi gjør. Det kan også være at disse personene livnærer seg gjennom svart arbeid eller annen form for kriminalitet. At en må ta i bruk antakelser, er for øvrig en innvendig mot alle former for registeranalyser av inntekt.

Den NEET-gruppen vi da sitter igjen med, er dermed verken forsørget gjennom eget arbeid eller gjennom statlige ytelser. Vi skal kartlegge hvor stor denne gruppen er, og vi skal undersøke om det er rimelig å anta at de er under familieforsørgelse, altså at de fortsatt forsørges av sine foresatte. Vår indikator på at dette skjer, er basert på hvorvidt de som er definert som NEET, fortsatt bor hjemme. Dette er viktig i denne sammenhengen, fordi vi her snakker om unge voksne. Barn og ungdom skal jo være forsørget av familien, men det er på ett eller annet tidspunkt ønskelig at barn blir voksne og økonomisk selvstendige. Det å bli økonomisk uavhengig av foreldrene er for mange en gradvis prosess. Det vi undersøker her, er hvor mange unge som ser ut til å bli boende hjemme, uten å ha en egen arbeidsinntekt, uten å være i jobb, uten å være i utdanning og uten å være på trygd. Disse analysene belyser da de som faller innenfor familiebasert forsørgelse, jf. «velferdstriangelet» presentert innledningsvis.

Samtidig som det er rimelig å anta at personer uten arbeid og inntekt som bor hjemme, er forsørget av sine foresatte, er det ingenting i veien for at en person som er NEET, og som har flyttet hjemmefra, også fremdeles forsørges av sine foresatte. Faktiske overføringer av økonomiske ressurser mellom foreldre og barn har vi ingen informasjon om. Dermed vil status som hjemmeboende støtte antakelsen om at de er under familieforsørgelse, mens det å ha flyttet ut hjemmefra verken styrker eller svekker denne antakelsen.<sup>4</sup>

Andelen registerbaserte NEET er, som vi skal se (jf. figur 3.1), en del høyere enn tilsvarende beregninger gjort i AKU. Noe av forklaringen på dette kan være at det finnes opplæringstilbud og kurs som ikke registreres i utdanningsstatistikken, det vil si at noen av dem som vi definerer som NEET her, kanskje deltar i kurs og andre opplæringstilbud. I den registerbaserte NEET-tilnærmingen vi benytter, måles status på arbeidsmarkedet kun én gang per år (i november). Det er derfor usikkert hvor mange av NEET som kun er utenfor arbeid eller utdanning i en kortere periode. Samtidig virker det rimelig å anta at når definisjonen langt på vei er basert på et «øyeblikksbilde», vil det inkludere mange som er utenfor arbeid i kun en kortere periode. En alternativ og

<sup>3</sup> Det finnes andre ytelser, men siden vi har en øvre inntektsgrense, vet vi at individene som gjenstår, ikke har tilstrekkelig inntekt til å kunne klare seg selv.

<sup>4</sup> Personer definert som NEET kan også ha tilgang til midler fra andre kilder, blant annet uregistrerte inntekter. Vi har naturlig nok ikke oversikt over hvem dette gjelder for.

strengere måte å måle registerbasert NEET-status på er å se på andelen som er utenfor arbeid og utdanning i flere år på rad (jf. Bäckman mfl. 2011). Nedenfor vil vi derfor også inkludere hvor mange som er NEET i flere år på rad, og som dermed tilhører gruppen NEET over lengre tid.

Et mulig ankepunkt mot en registerbasert NEET-definisjon kan være at forholdet mellom arbeidssøkere og de som regnes som «utenfor arbeidsmarkedet», ikke samsvarer, særlig ikke blant unge. Mange unge registrerer seg ikke som arbeidssøkere hos NAV, og særlig gjelder dette for unge arbeidssøkere som ikke har rett til dagpenger. Det vil si at metoden med registerbaserte NEET kan være dårlig egnet til å fange opp unge arbeidsledige. Tall fra SSB og NAV viser at antallet ledige i alderen 15–24 år i november 2011 var cirka 31 000 basert på AKU og omtrent 11 000 i den registerbaserte statistikken. Om en er arbeidssøker eller ikke, påvirker imidlertid ikke NEET-ratene, da hensikten med NEET-raten er å fange opp alle som ikke er i arbeid eller utdanning. Selv om antallet definert som NEET alltid vil være høyere enn antallet arbeidsledige, kan *andelen* ledige være høyere enn *andelen* definert som NEET (Eurofound 2011; Bart & von Simpson 2012). Arbeidsledighetsratene kan for eksempel reduseres gjennom at arbeidssøkere trekker seg ut fra arbeidsmarkedet og derigjennom reduserer størrelsen på arbeidsstyrken. NEET-raten forholder seg kun til det totale antallet personer i de aldergruppene som undersøkes, og kan dermed anses å være et bedre mål på det samlede «utenforskapet».

Den store fordel med å kartlegge NEET, andelen utenfor arbeid, utdanning og trening/opplæring, er at en fanger opp alle som står utenfor arbeidslivet. Oppmerksomheten utvides fra å kun se på dem som mottar offentlige ytelser, for eksempel helse-relaterte ytelser eller dagpenger. I Norge vet en for eksempel at mange unge med liten eller ingen arbeidserfaring ikke registrerer seg som arbeidsledige dersom de ikke har rett til å motta dagpenger. NEET gir dermed på mange måter en bedre tilnærming til å forstå utenforskap enn analyser av stønadsmottakere, som var temaet i forrige kapittel. I og med at det i Norge er et uttalt mål at så mange som mulig skal klare seg selv gjennom eget arbeid (arbeidslinja), er det nyttig å vite hvor mange som står helt utenfor arbeidsliv og utdanning.

En ulempe med NEET-definisjonen er at den også inkluderer dem som frivillig står utenfor arbeid, og grupper som lite trolig vil komme over i arbeid (Furlong 2006; Hyggen 2013). I Sverige vet en for eksempel at omtrent halvparten av «inaktive» unge menn enten gjennomfører verneplikt eller er på reise i utlandet (Quintini & Martin 2006). Enkelte har derfor anbefalt at en for å forstå NEET bør sammenlikne med arbeidsledighetstillene (ibid.), eller at en må gjøre ytterligere dekomposisjoner av gruppen for å kunne foreslå konkrete tiltak (Furlong 2006). I dette kapitlet gjør vi en dekomposisjon med de av NEET som ikke mottar offentlige ytelser eller har egen inntekt, og som vi regner med er forsørget privat.

Aller først skal vi imidlertid kort se på noen av de viktigste inntektskildene blant unge i alderen 18–30 år i perioden 2000 til 2009. Den aller vanligste inntekten er

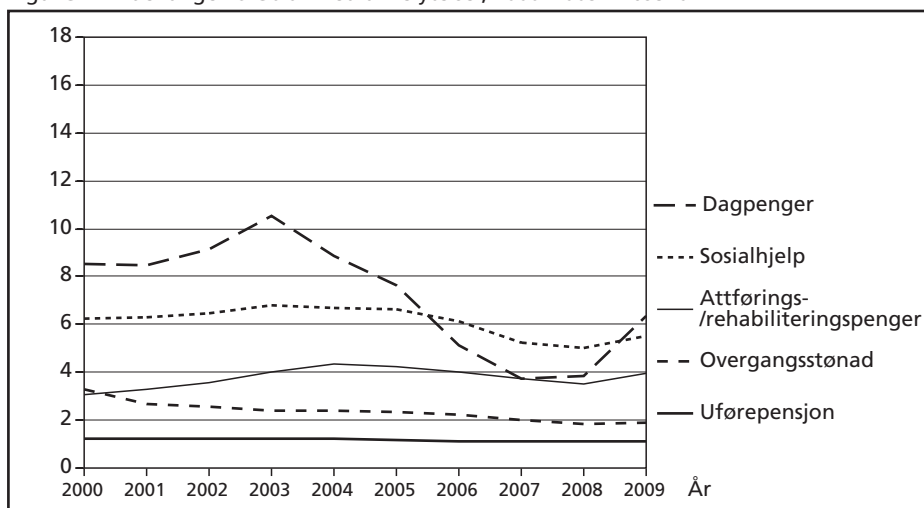
arbeidsinntekt. I løpet av et år har ni av ti unge i alderen 18–30 år noe arbeidsinntekt. Dette innebærer også at det er omtrent 10 prosent som ikke har noe inntekt fra eget arbeid. Noen av disse er heltids studenter, noen er forsørget av andre, og noen mottar ytelser fra det offentlige. For årene 2000–2009 ser vi hvor stor andel som mottok dagpenger ved arbeidsledighet, sosialhjelp, attførings- og rehabiliteringspenger, uførepensjon og overgangsstønad (til enslig forsørger).

Til tross for at mange unge ikke har opparbeidet seg rett til dagpenger ved arbeidsledighet, er dette en av de viktigste inntektskildene som ikke kommer fra eget arbeid. I 2000 mottok 8,5 prosent av unge i alderen 18–30 år dagpenger (jf. figur 3.1). Andelen som mottok dagpenger, var høyest i 2003 da det var over 10 prosent som mottok dagpenger. I årene etter sank andelen til under 4 prosent i 2007 og 2008 før den økte til over 6 prosent i 2009.

Andelen unge som mottok sosialhjelp, lå på mellom 6 og 7 prosent fram til 2006, for så å reduseres noe de siste årene. I årene 2006–2008 var det flere som mottok sosialhjelp enn som mottok dagpenger ved arbeidsledighet.

I 2000 var det like mange som mottok attførings- eller rehabiliteringspenger som det var mottakere av overgangsstønad. I årene etterpå har imidlertid andelen mottakere av overgangsstønad gått ned, mens andelen som mottok attførings- eller rehabiliteringspenger, økte. Omtrent 3 prosent av unge i alderen 18–30 år mottok disse ytelsene i 2000. Fram til 2009 ble andelen mottakere av overgangsstønad redusert til under 2 prosent, mens andelen mottakere av attførings- eller rehabiliteringspenger økte til omtrent 4 prosent. Andelen uføre i denne aldersgruppen har ligget stabilt på litt over 1 prosent (se også forrige kapittel).

Figur 3.1 Andel unge 18–30 år med ulike ytelser, 2000–2009. Prosent.



Den vanligste inntekten blant unge i alderen 18–30 år er arbeidsinntekt, ni av ti mottar noe arbeidsinntekt i løpet av et år. Andelen dagpengemottakere har variert mellom 4 og 10 prosent, mens andelen sosialhjelpsmottakere har ligget omkring 5 til 6 prosent. Andelen som mottok atførings- eller rehabiliteringspenger, økte til 4 prosent fra 2000 til 2009, mens andelen uføre har vært stabil.

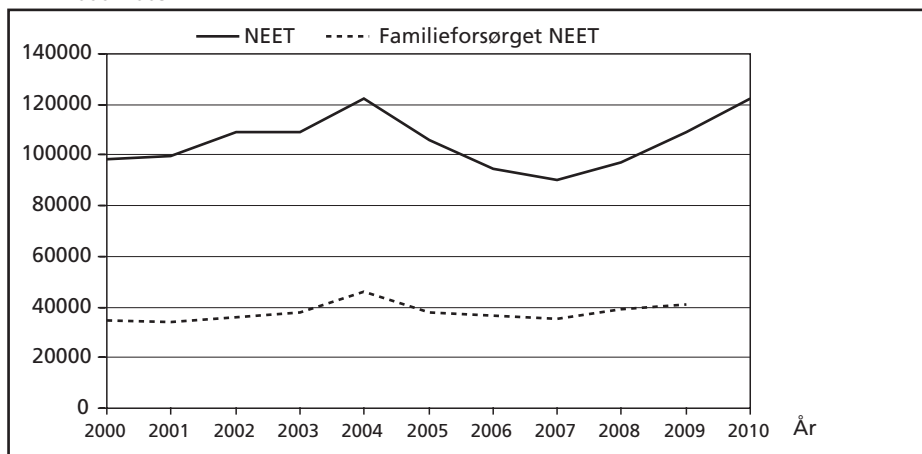
Andelen unge som mottar ulike inntekter i løpet av et år, sier lite om inntektsnivået eller hovedaktiviteten i gruppen. Mange av dem som mottar arbeidsinntekt, har en utsatt eller marginal posisjon i arbeidsmarkedet, og ved å benytte den registerbaserte sysselsettingsstatistikken kan vi få et bedre inntrykk av hovedaktiviteten, for eksempel hvor mange som er i arbeid eller utdanning på et gitt tidspunkt. Som forklart over er det denne statistikken som danner grunnlaget for å kartlegge andelen unge utenfor arbeid og utdanning (NEET).

## **Andel unge utenfor arbeid og utdanning (NEET) i perioden 2000–2010**

Basert på definisjonen av NEET ovenfor finner vi i våre analyser av registerdata at mellom 90 000 og 120 000 personer i aldersgruppen 18 til 30 år var NEET hvert år i perioden mellom årene 2000 og 2010. Antallet økte i perioden 2000 til 2004, men ble så redusert fram til 2007. Siden har det økt igjen (jf. figur 3.2). Videre finner vi at andelen NEET som er under familiebasert forsørgelse, utgjør 33–40 prosent av alle NEET i tiårsperioden mellom 2000 og 2009.<sup>5</sup> Det vil si at over en tredjedel av alle unge som ikke er i utdanning eller arbeid, heller ikke mottar en form for offentlig forsørgelse. Antallet NEET forsørget av familien har i hovedtrekk fulgt den samme utviklingen som alle NEET, med en topp i 2004 på over 45 000 personer. Det laveste antallet registrerte NEET under familieforsørgelse var i 2001 rett under 34 000 personer. Til sammenlikning var det om lag 26 000 unge under 30 år som mottok en midlertidig eller varig helserelatert ytelse i 2001. I 2009 var det om lag 40 000 familieforsørgede unge NEET, til sammenlikning var det i 2009 om lag 33 000 unge mottakere av helse-relaterte ytelser. Antallet unge under familieforsørgelse ser derfor ut til å ligge noe høyere enn antallet mottakere av offentlige helserelaterte ytelser.

<sup>5</sup> Vi mangler inntektsinformasjon for 2010 og har dermed ikke mulighet til å beregne antall/andel marginaliserte NEET for det året.

Figur 3.2 Antall registerbaserte NEET 2000–2010 og hvor mange av disse som er familieforsørget NEET 2000–2009.



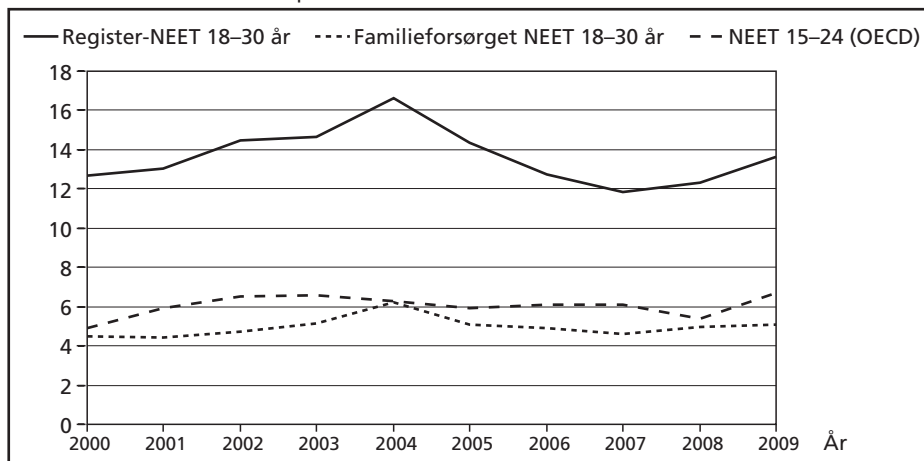
Tallene ovenfor refererer til antall NEET, men det er også mulig å beregne hvor stor andel gruppen av NEET utgjør av alle i aldersgruppen mellom 18 og 30 år. Andelen registerbaserte NEET i disse aldersgruppene har ligget et sted mellom 12 og 17 prosent i tiåret fra 2000 og framover. Andelen steg fram til 2004, for så å synke til rett under 12 prosent i 2007. De siste årene har andelen økt litt igjen (jf. figur 3.3).

Den registerbaserte andelen NEET ligger høyere enn andelen NEET 15–29 år definert i AKU. Utviklingen i de to ratene følger imidlertid i stor grad det samme mønstret over tid, med en topp i antallet NEET i 2004.

Andelen av dem som vi har definert som familieforsørgede NEET, lå på mellom 4,5 og drøye 6 prosent av unge i alderen 18–30 år. Dette er om lag den samme andelen NEET en finner basert på AKU. At NEET basert på AKU og familieforsørget NEET basert på registerdata fanger opp de samme individene, er lite trolig, men de to definisjonene gir omtrent like store grupper. Til sammenlikning varierte andelen unge mottakere av midlertidige helserelaterte ytelser i tidsrommet 2000 til 2012 med mellom 2,4 og 3,8 prosent.

I vår definisjon av familieforsørget satte vi en inntektsgrense på 2 G og gjorde en antakelse om at disse har så lav inntekt at de mest sannsynlig må være forsørget av noen andre. Det kan imidlertid hevdes at denne innteksdefinisjonen er for høy, og at det vil være mange som faktisk lever på slike lave inntekter. Ser vi derimot nærmere på inntekt etter skatt blant familieforsørgede NEET, finner vi at omtrent halvparten tjente under 18 000 kroner, og at mindre enn én av ti tjente mer enn 100 000 kroner i 2009 (tall ikke vist). Dette er svært lave inntekter og styrker dermed vår antakelse om at dette er personer som høyst sannsynlig er forsørget av noen andre. Vi minner om at disse personene heller ikke mottar noen form for offentlig trygd.

Figur 3.3 Andel registerbaserte NEET 18–30 år og andelen familieforsørgede NEET 18–30 år. 4. kvartal hvert år. NEET basert på AKU2.<sup>6</sup>

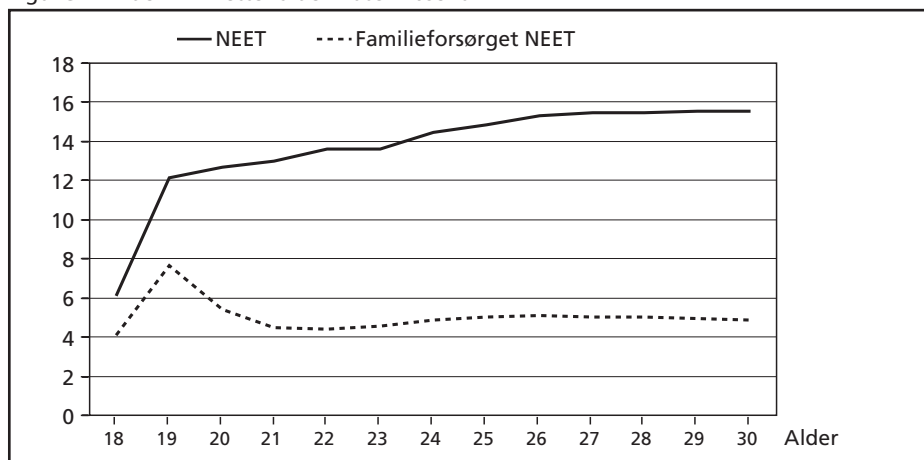


1 Ikke i utdanning, arbeid eller opplæring

2 Kilde OECD 2013

Over så vi at den samlede andelen NEET og familieforsørgede NEET i alderen 18–30 år var henholdsvis 14 og 5 prosent i 2009. I figur 3.3 har vi tatt utgangspunkt i kun året 2009 og sett på andelen NEET innfor hver alderskohort. Det skjer en stor økning mellom 18 og 19 år i andelen NEET, altså det året de fleste avslutter videregående utdanning (figur 3.4).

Figur 3.4 Andel NEET etter alder. 2009 Prosent.



<sup>6</sup> Vi mangler inntektsinformasjon for 2010 og har dermed ikke mulighet til å beregne antall/andel marginaliserte NEET for det året.

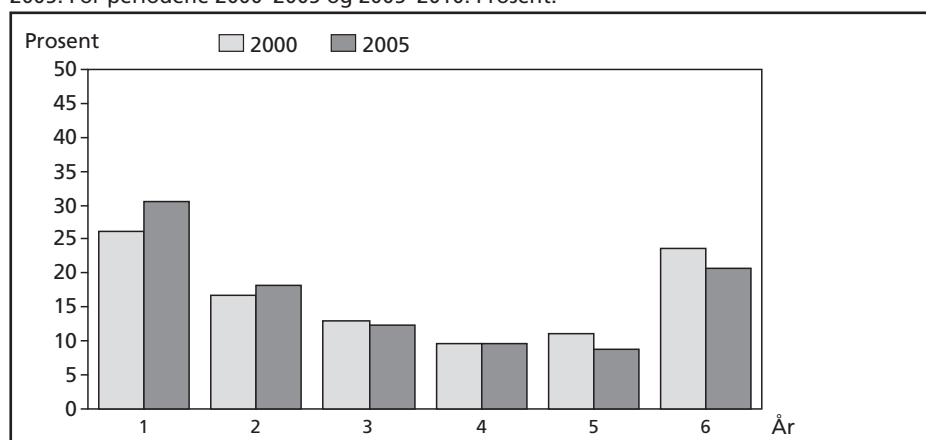
Andelen NEET er lav blant 18-åring, men er dobbelt så høy blant 19-åring. Den samlede andelen NEET øker så jevnt til 25–26 år og er deretter ganske lik for alle i slutten av 20-årene. Andelen familieforsørgede NEET er høyest blant 19-åring (nesten 8 prosent) og avtar så til under 4,5 prosent blant 22-åringene. Blant dem som er eldre, ligger andelen stabilt rundt 5 prosent.

Det vil si at i 2009 var om lag 5 prosent av alle mellom 24 og 30 år ikke registrert i verken arbeid eller utdanning, de hadde heller ingen egen inntekt og mottok ingen offentlig ytelse. Tilsvarende var det 6,3 prosent i aldersgruppen 26–29 som mottok en midlertidig eller varig helse relatert ytelse i 2009. Det vil si at andelen unge forsørget av familien er nesten like stor som andelen som forsørges gjennom helse relaterte ytelser, dersom vi ser på gruppen av unge voksne som er i slutten av 20-årene.

### Langtids NEET-ere: utenfor arbeid og utdanning gjennom flere år

Over fant vi at gjennom vår registerbaserte tilnærming til NEET identifiserer vi en langt større gruppe enn det som gjøres i AKU, hvor statusen som utenfor arbeid og utdanning er selvdefinert. En mulig årsak til at vår definisjon gir en høyere andel NEET, kan være at vi i større grad fanger opp dem som er utenfor arbeid eller utdanning for en kortere periode. En måte å «stramme inn» definisjonen på er å se på andelen som er NEET over flere år. Figur 3.5 viser en oversikt over dem som ble definert som NEET i henholdsvis år 2000 og i år 2005, og hvor mange av disse som gjenfinnes som NEET ett, to, tre, fire, eller fem av årene etterpå (opptil seks år til sammen).

Figur 3.5 Antall år definert som NEET blant personer 18–30 år definert som NEET i 2000 og 2005. For periodene 2000–2005 og 2005–2010. Prosent.



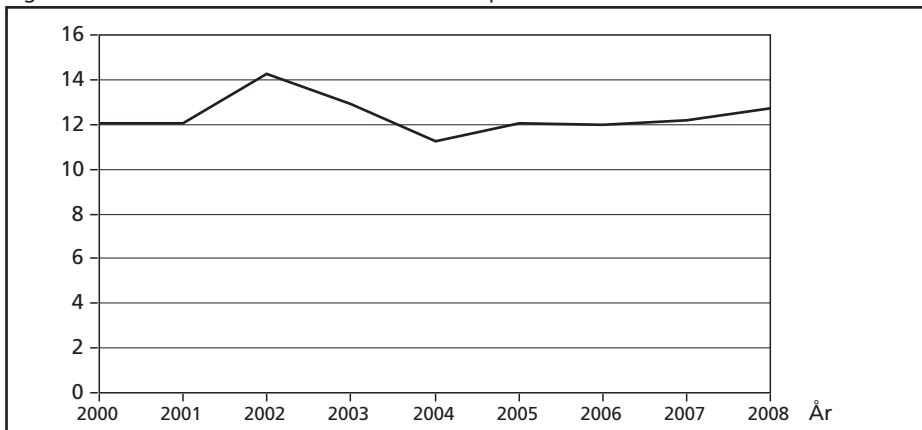


Vi finner at en forholdsvis høy andel av dem som defineres som NEET ett år, gjenfinnes i denne kategorien flere år på rad. Blant unge mellom 18 og 30 år som ble definert som NEET i år 2000, var bare omtrent én av fire registrert i denne statusen kun i ett år (jf. figur 3.5). Dermed var en stor andel av dem som var NEET i 2000, også det i ett eller flere av de påfølgende fem årene. Dette betyr at det var over 20 000 unge personer som var registrert som NEET hver høst fra 2000 til 2006.

Når vi ser på dem som var NEET i 2005, var det en litt høyere andel enn i 2000 som kun var innoom i det året, litt over 30 prosent. Vi finner også en tilsvarende reduksjon i andelen som var NEET i alle de påfølgende fem årene, men likevel var én av fem av dem som var NEET i 2005, utenfor arbeid, utdanning og opplæring i seks år på rad. Slår vi sammen dem som var NEET i fire, fem eller seks av årene, var det henholdsvis litt over og under 40 prosent av NEET-ere i henholdsvis 2000 og 2005 som var utenfor arbeid, utdanning og opplæring så mange år.

En annen måte å få innblikk i varighet i statusen som NEET på er å se på hvor mange som er definert som NEET tre år på rad. Dette er en strengere måte å definere NEET på, som også er mindre utsatt for tilfeldige feilmålinger av arbeidsmarkedsstatus i november ett år. Ved å legge til dette tilleggskravet om minimum tre års varighet, reduseres andelen NEET noe (fra å variere mellom 12 og 17 prosent, se figur 3.3), til å i hovedsak ligge på om lag 12 prosent (jf. figur 3.6). Det vil si at mer enn én av ti unge voksne er registrert i offentlige registre som ikke i arbeid, ikke i utdanning eller ikke på arbeidsmarkedstall i tre år på rad.

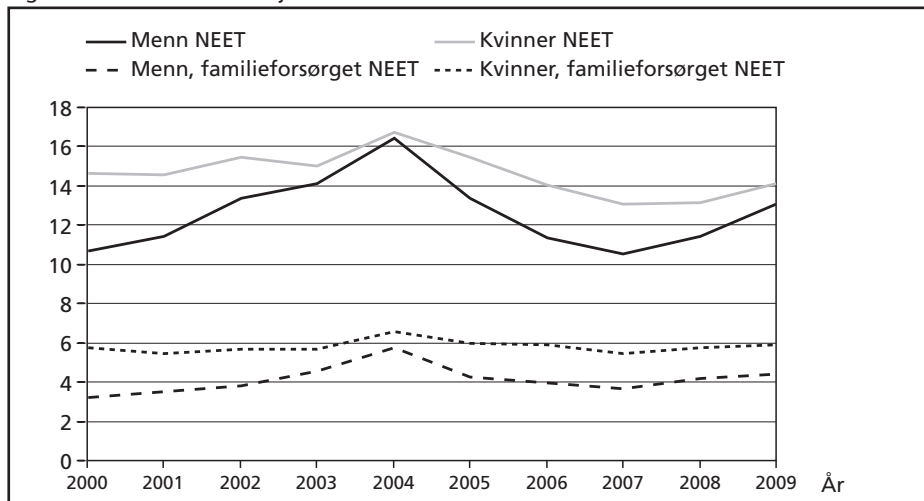
Figur 3.6 Andel 18–30 år definert som NEET 3 år på rad. Prosent.



## Kjønnsforskjeller

Historisk har kvinner i større grad enn menn vært utenfor arbeid og utdanning. Tidligere har derfor hjemmearbeid vært en viktig forklaring på andelen NEET, særlig blant kvinner. I dag er arbeidsledige den største gruppen blant dem som defineres som NEET (Barth & von Simson 2012).

Figur 3.7 NEET-rater etter kjønn.

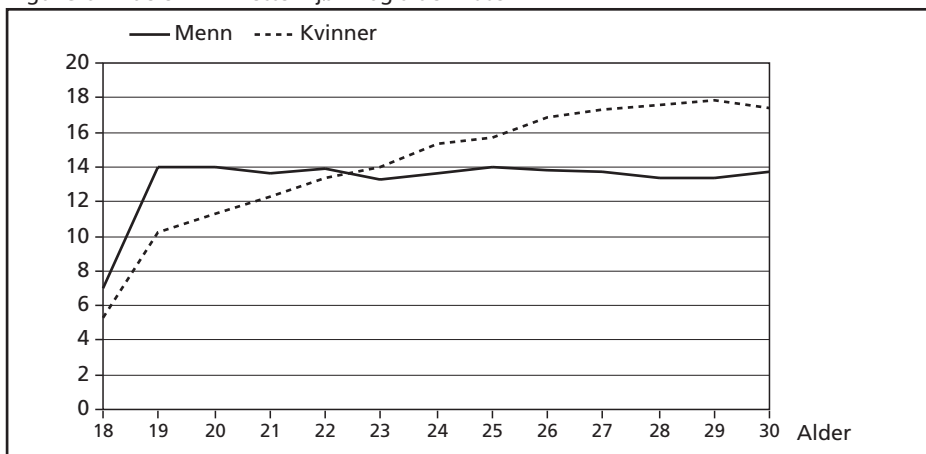


I figur 3.7 ser vi andelen NEET og andelen familieforsørgede etter kjønn. Vi finner at andelen NEET er høyere blant kvinner enn blant menn. Hjemmearbeid og barneomsorg kan være en viktig forklaring på denne kjønnsforskjellen. Kjønnsforskjellen i NEET-raten ble redusert med 4 prosentpoeng i 2000 (henholdsvis 11 og 15 prosent) til omtrent lik rate i 2004. I årene etterpå økte forskjellen igjen, før den igjen ble likere mot slutten av perioden.

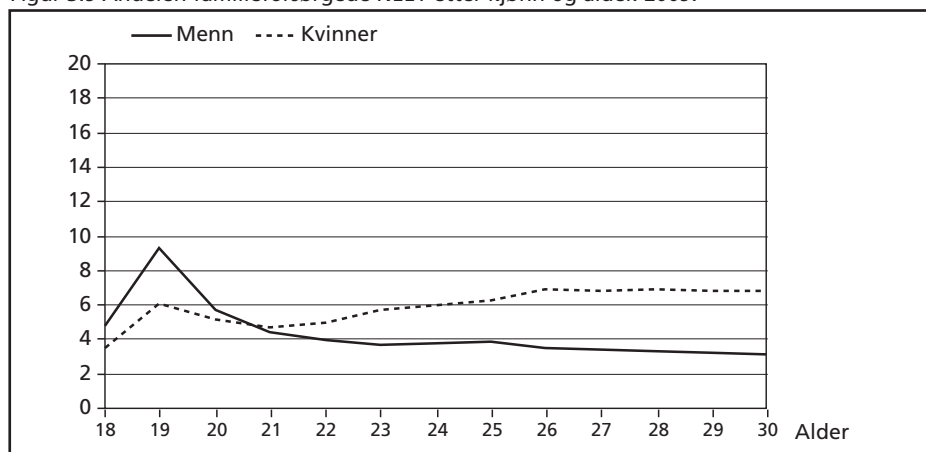
Kjønnsforskjellen blant de familieforsørgede NEET har vært mer stabil, og det skiller om lag 2 prosentpoeng mellom menn og kvinner her. Andelen kvinner har i hovedsak ligget på rundt 6 prosent, mens andelen menn har ligget på rundt 4 prosent. Også her ser vi at forskjellene var noe lavere i 2004. I disse analysene av familieforsørget skiller vi ikke mellom hvorvidt unge voksne bor med egne foreldre, eller om de for eksempel bor med en samboer som forsørger vedkommende.

Figur 3.7 kan imidlertid tilsløre at NEET-ratene kan variere mellom ulike aldersgrupper. I figur 3.8 og 3.9 ser vi igjen på andelen NEET i år 2009 etter alder og kjønn. Vi finner da at det ikke alltid er kvinnene som i størst grad er utenfor. Blant de yngste er det som oftest menn som er NEET, og dette gjelder både for det «vanlige» NEET-målet og for familieforsørgede NEET. Vi ser at andelen NEET blant menn er ganske lik mellom de ulike kohortene fra 19-årsalderen, mens andelen blant kvinner øker fram mot 30 år.

Figur 3.8 Andelen NEET etter kjønn og alder. 2009.



Figur 3.9 Andelen familieforsørgede NEET etter kjønn og alder. 2009.



Blant dem som er familieforsørgede NEET, reduseres andelen menn markert fra 19-årsalderen og flater ut omkring 22 år. Blant kvinner er det også en topp ved 19 år, fulgt av en liten reduksjon for 20- og 21-åringene før andelen øker fram til 26-årsalderen, for så å stabilisere seg litt under 7 prosent.

Dersom vi tar utgangspunkt i målet for familieforsørgede NEET, er sju prosent av kvinner ved 30-årsalderen ikke i arbeid, utdanning eller arbeidstrening og mottar heller ingen offentlig ytelse og har ingen eller meget lav egen inntekt (under 2 G). Det er med andre ord stor grunn til å anta at disse kvinnene er forsørgede av noen andre, hvor det mest opplagte er å tenke at de er forsørgede av familien, enten samboer eller ektefelle eller egne foreldre. Den tilsvarende andelen av 30 år gamle menn i samme situasjon, som ikke forsørger seg selv og ikke er forsørgede av det offentlige, er om lag 3 prosent.

Spørsmålet er da hvem som forsørger disse gruppene. En måte å belyse dette ved hjelp av registerdata er å analysere hvor mange av NEET som fremdeles er registrert som bosatte hjemme hos egne foreldre.

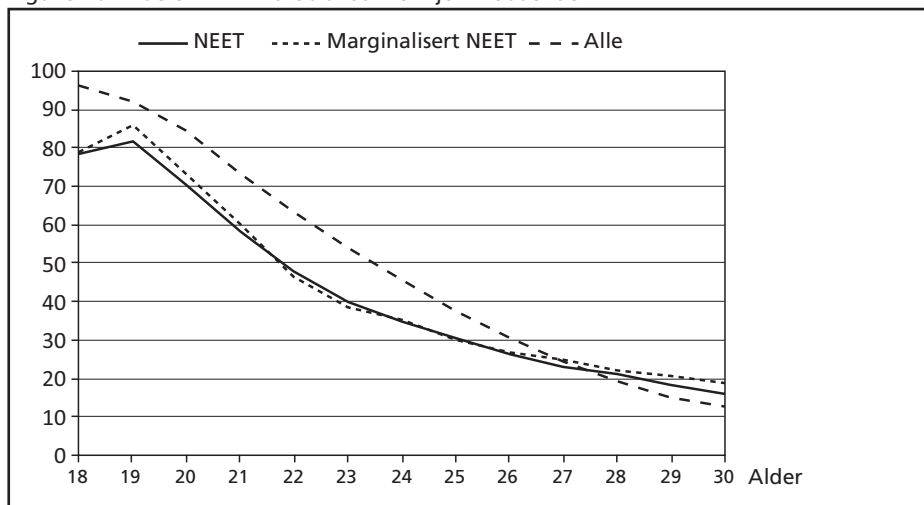
### Familieforsørgede NEET som bor i hushold med egne foreldre

Hvor lenge en person blir boende hjemme hos sine foreldre, kan variere mye og avhenger av en rekke forhold. De fleste bor hjemme, eller er registrert som bosatt hjemme, til de er ferdige med skole og utdanning. Andelen 18- og 19-åringer som er registrert bosatt med foreldre, er for eksempel over 90 prosent (jf. figur 3.10), mens andelen synker mot 10 prosent blant 30-åringene.

I figur 3.10 sammenlikner vi andelen NEET og andelen familieforsørgede NEET som er registrert bosatt med egne foreldre, med andelen av alle unge voksne som er registrert bosatt med egne foreldre. De som er registrert som NEET eller som familieforsørgede NEET, bor noe sjeldnere med egne foreldre enn andre, særlig fram til 25–26 år. For dem som er i slutten av 20-årene, er det en svak tendens til at NEET oftere bor med egne foreldre. Det er liten forskjell mellom dem som er registrert som NEET, og dem som er definert som familieforsørgede NEET, med tanke på hvor mange som er registrert som bosatt hjemme hos foreldrene.

De flytter ut, men er fremdeles ikke selvforsørget. Hvordan dette er for andre unge voksne, har vi ikke undersøkt her.

Figur 3.10 Andelen NEET 18–30 år som er hjemmeboende.

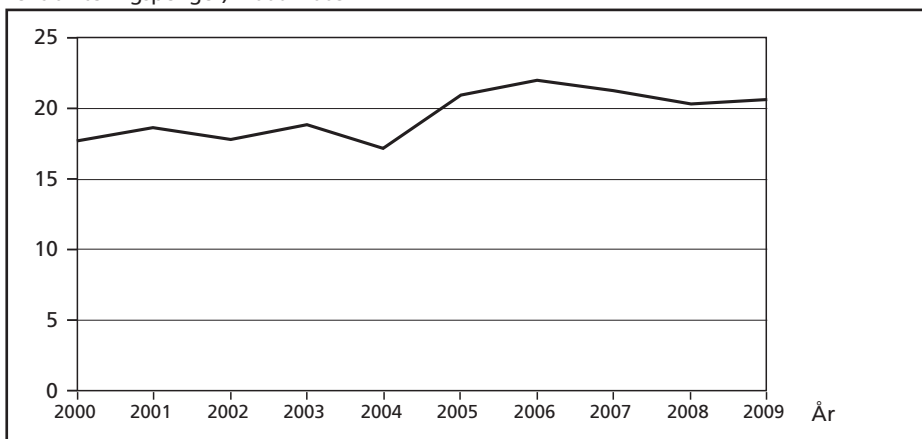


## NEET og helserelaterte ytelser

I analysene ovenfor har vi skilt ut en undergruppe av NEET som vi antar er familieforsørget. Men det finnes også andre undergrupper av NEET som registerdataene gir mulighet for å skille ut. En slik gruppe er andelen NEET som er mottakere av helserelaterte ytelser. Vi ser her på dem som er NEET og som har mottatt enten uførepensjon eller attførings- og rehabiliteringspenger. Vi har ikke inkludert dem som mottok sykepenger, da disse i hovedsak er sysselsatte.

I perioden mellom 2000 og 2004 var det om lag 20 prosent av alle NEET som også mottok en helserelatert ytelse (figur 3.11). Andelen var på sitt laveste i 2004, da tidsbegrenset uførestønad ble innført, og har siden ligget på noe over 20 prosent.

Figur 3.11 Andel av NEET som mottok helserelatert ytelse (uførepensjon, attføringspenger eller rehabiliteringspenger). 2000–2009.



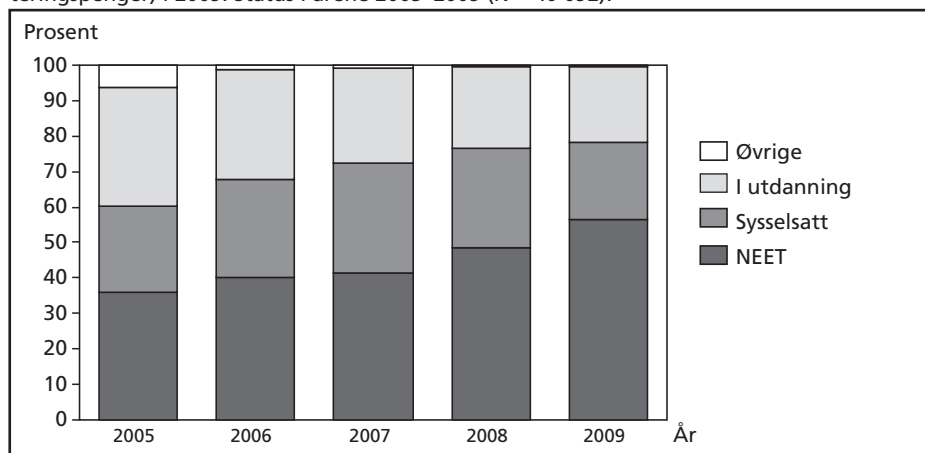
Sammenliknet med andelen NEET som svinger noe over tid, med en markant topp i 2004, er utviklingen i andelen NEET som mottar helserelaterte ytelser, mer stabil i tiårsperioden 2000 til 2009. Andelen økte etter at tidsbegrenset uførestønad ble innført. Denne økningen kan imidlertid også ses i lys av at det i 2004 både var et høyt antall og en høy andel NEET. Andelen av NEET med helserelaterte ytelser økte fra 2004 til 2006, en periode da andelen NEET ble redusert (jf. figur 3.2 og 3.3). Dermed kan den relativt svake økningen likevel være en indikasjon på at det er en økende andel av NEET som mottar helserelaterte ytelser.

Helserelaterte ytelser kan være midlertidige, og de trenger ikke være en indikasjon på at en er helt uten arbeidsevne. Attførings- og rehabiliteringspenger var midlertidige ytelser. Mange uføre er delvis uføre og kan derfor være i jobb samtidig som de mottar uførepensjon. Det er dermed ikke slik at alle som mottar de helserelaterte ytelsene vi her ser på (attførings- og rehabiliteringspenger og uførepensjon), ikke kan være i arbeid eller utdanning. Da er heller ikke alle mottakere av helserelaterte ytelser NEET.

Ser vi på mottakere av helse-relaterte ytelser i 2009, var under 60 prosent definert som NEET, mens én av fem var sysselsatt, og én av fem var under utdanning i 2009 (figur 3.12). I 2008 var under halvparten av dem som mottok helse-relaterte ytelser i 2009, definert som NEET, mens resten var forholdsvis likt fordelt mellom arbeid og utdanning. Går en lenger tilbake, reduseres andelen definert som NEET noe, mens andelen i arbeid og utdanning øker tilsvarende.

Ser en på mottakere av helse-relaterte ytelser i 2005 og deres status i 2005 og årene før, finner en et helt likt mønster (ikke vist).

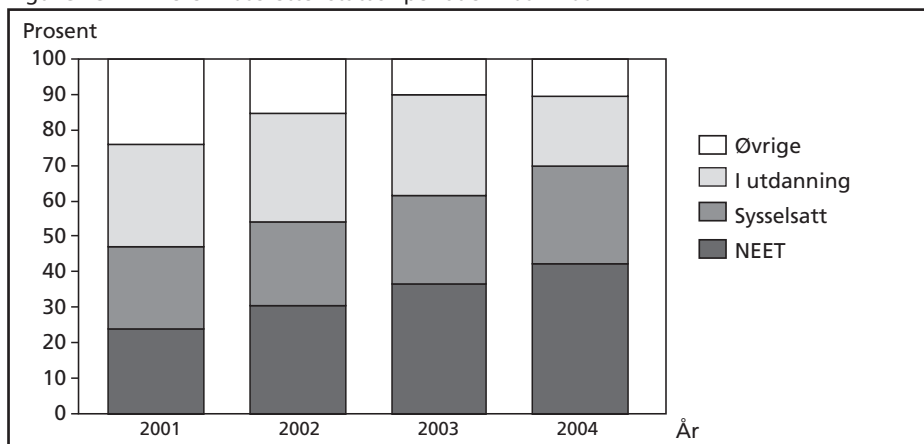
Figur 3.12 Mottakere av helse-relaterte ytelser (uførepensjon, attføringspenger eller rehabiliteringspenger) i 2009. Status i årene 2005–2009 (N = 40 092).



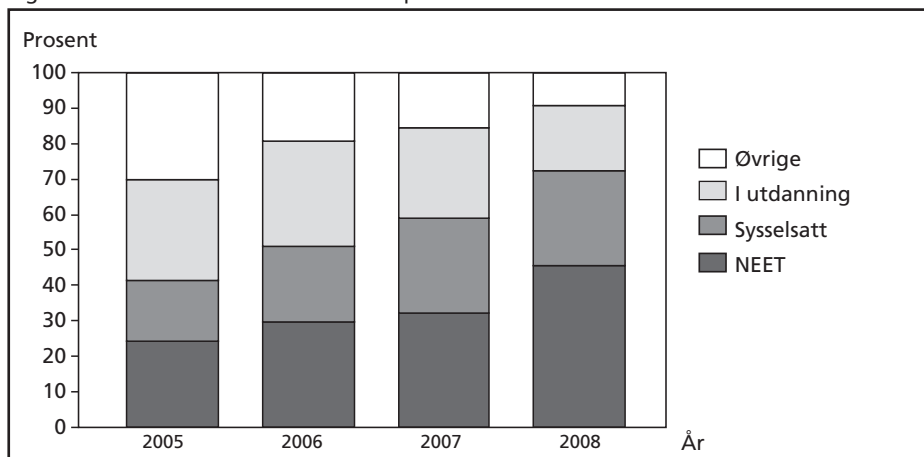
### Overgang til NEET: Hvor kommer de fra?

Over så vi at mange av dem som er definert som NEET, er utenfor arbeid og utdanning i mange år (jf. figurene 3.4 og 3.5). Når en undersøker status til et årskull definert som NEET, er det derfor ikke overraskende at mange var NEET også i årene forut. Dersom vi ser på dem som var definert som NEET i 2005, var over 40 prosent også NEET i 2004, 37 prosent i 2003, 31 prosent i 2002 og omtrent én av fire i 2001 (figur 3.13). Om lag én av fire var sysselsatt i et av de foregående årene. Én av fem av dem som var definert som NEET i 2005, var i utdanning året før, mens det gjaldt for tre av ti i årene 2001–2003. Andelen som verken var NEET, i utdanning eller i arbeid («Øvrige»), øker når en går bakover i tid. Hovedårsaken til dette er nettopp at vi ser på unge i alderen 18–30 år i 2005, og at andelen hjemmeboende skoleelever øker når vi går bakover i tid.

Figur 3.13 NEET-ere i 2005 etter status i perioden 2001–2004.



Figur 3.14 NEET-ere i 2009 etter status i perioden 2005–2008.



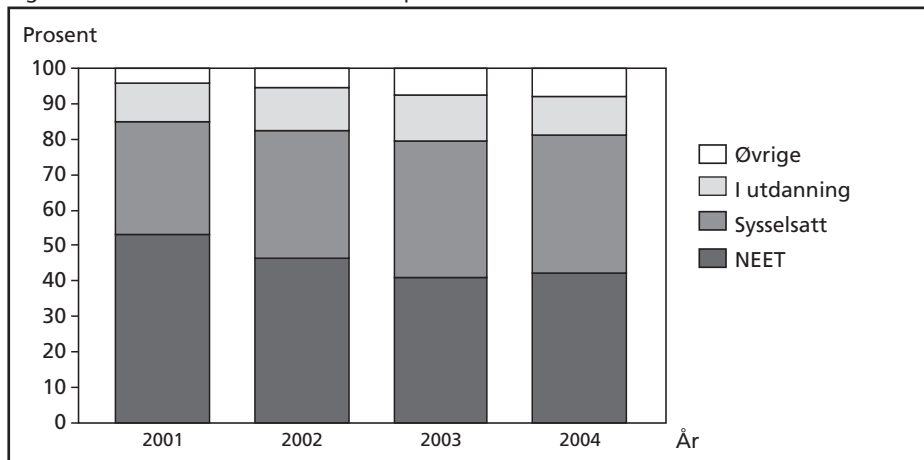
Tilsvarende tall for dem som var NEET i 2009, viser en ganske lik historikk (figur 3.14). En stor andel har vært NEET i årene før, og mange kommer fra utdanningssystemet. Blant NEET i 2009 var det færre som arbeidet i årene forut, og flere som verken var NEET, i utdanning eller i arbeid

Dersom vi kun ser på «nye» NEET-ere, det vil si personer definert som NEET i 2005 eller 2009, men som ikke var NEET i henholdsvis 2004 og 2008, kommer omtrent halvparten fra arbeid og en tredjedel fra utdanning.

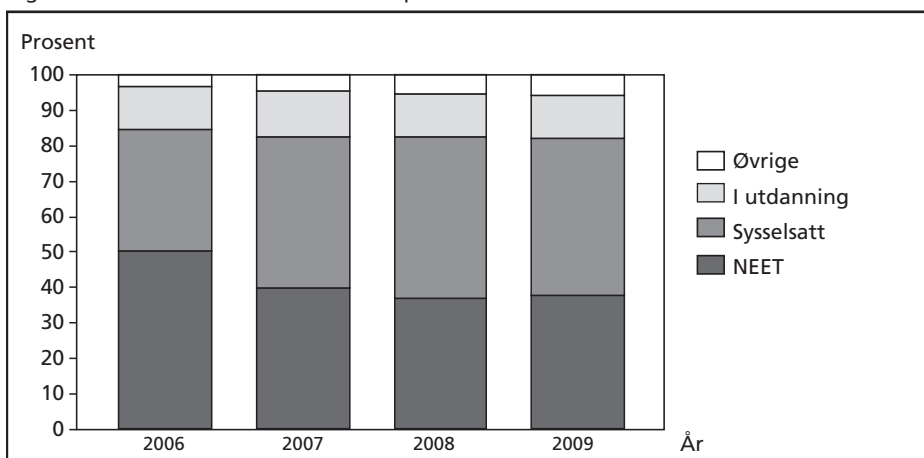
### Overgang til arbeid eller utdanning

Selv om det er en forholdsvis stor andel som gjenfinnes som NEET flere år på rad, vil det også være noen som går ut av NEET-statusen og over til arbeid og utdanning. Blant dem som var definert som NEET i 2000, var det omkring 10 prosent som var i utdanning i et av årene i perioden 2001–2004 (jf. figur 3.15). I den samme perioden økte andelen sysselsatte fra drøyt 30 prosent til nesten 40 prosent av dem som ble definert som NEET i 2000. Andelen definert som NEET ble redusert med drøyt 10 prosentpoeng fra 2001 til 2005.

Figur 3.15 NEET-ere i 2000 etter status i perioden 2001–2004.



Figur 3.16 NEET-ere i 2005 etter status i perioden 2006–2009.





Utviklingen blant dem som var definert som NEET i 2005, var forholdsvis lik (jf. figur 3.16). Andelen som var NEET et år etter, var litt lavere enn andelen som var NEET i 2000, og andelen ble mer redusert over tid i 2005-kullet enn blant NEET-erne i 2000. Andelen sysselsatte økte fra 34 prosent i 2006 til 44 prosent i 2009, mens andelen i utdanning lå jevnt på litt over 10 prosent.

## Diskusjon og oppsummering

Innledningsvis stilte vi spørsmålet om det er flere unge utenfor nå enn før. For å komme med innspill til å besvare et slikt spørsmål har vi i dette og i det foregående kapitlet benyttet to empiriske strategier. For det første har vi sett på utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser i den yngste delen av befolkningen gjennom en 20-årsperiode. Dette danner et godt grunnlag for å si noe om hvor mange unge voksne som er *innenfor* den offentlige forsørgelsen fordi de har problemer med egen helse. For det andre har vi hatt en ambisjon om å finne et mål på hvor mange unge voksne som står *utenfor* den offentlige forsørgelsen. Vi har ved hjelp av registerdata kartlagt gruppen av unge NEET gjennom det første tiåret på 2000-tallet. I tillegg har vi gjort et anslag over hvor stor andel av NEET-erne det er som ikke mottar offentlige ytelser. Denne gruppen har vi kalt familieforsørgede NEET. Dette er personer som ikke er i jobb, ikke er under utdanning, ikke har egen inntekt, og som heller ikke er innenfor døra til NAV. Disse personene er derfor med stor sannsynlighet økonomisk forsørget av noen andre, mest sannsynlig familien (foreldre, ektefelle eller samboer). Alternativt lever denne gruppen av inntekter fra svart arbeid, som ikke fanges opp gjennom analysene av registerdata som er foretatt her.

Både mottakere av helserelaterte ytelser og familieforsørgede NEET er personer utenfor det ordinære arbeidsmarkedet. Det som skiller disse, er hvem som forsørger dem økonomisk. Det kan være nyttig å sammenlikne utviklingen innenfor disse gruppene for å si noe om hvem som står henholdsvis innenfor og utenfor offentlig forsørgelse, og om dette har endret seg over tid. En slik sammenlikning kan belyse flere forhold. For det første vil utbredelsen av de to fenomenene sett i sammenheng kunne si noe om omfanget av et utenforskap blant unge voksne i den forstand at vi i begge tilfeller snakker om personer utenfor utdanning og arbeid. I tillegg kan vi si noe om hvorvidt det har vært endringer i disse gruppene over tid. For det andre kan en ved å sammenlikne utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser med utviklingen i omfanget av familieforsørgede NEET stille spørsmål om hvorvidt en mer omfattende bruk av helserelaterte ytelser blant unge (økt offentlig forsørgelse) samsvarer med en tilsvarende reduksjon i omfanget av den private forsørgelsen av unge voksne.

I det foregående kapitlet kom det fram at det har vært en økning i andelen unge mottakere av midlertidige og varige helserelevante ytelser. De siste 20 årene har andelen personer mellom 18 og 29 år som mottar en slik ytelse, økt fra om lag 3 prosent i 1992 til 4,9 prosent i 2012 (inkluderer både mottak av midlertidig og varig helserelevante ytelse). Utviklingen i andelen NEET har vært mer stabil. Vi har ikke hatt tilgang til data for et like langt tidsrom, men i løpet av de ti årene mellom 2000 og 2010 var om lag 13 prosent av unge NEET, og 5 prosent av alle unge var familieforsørgede NEET. Ut fra dette kan en dermed anslå at om lag 10 prosent av unge voksne er «utenfor» utdannings- og arbeidsmarkedet, hvorav 5 prosent er forsørget offentlig gjennom helserelevante ytelser og 5 prosent er forsørget privat. Disse tallene er kun et overslag, men er på linje med overslag andre har gjort. En rapport fra Nordens Velfærdscenter som har sett på utenforskap blant unge i Norden, har for eksempel anslått at mellom 5 og 10 prosent av unge mellom 15 og 24 år har høy risiko for å bli permanent ekskluderte fra arbeidslivet i Norden, mens mellom 2 og 3 prosent allerede er varig parkert på utsiden av arbeidslivet og mottar varige uføreytelser (Halvorsen mfl. 2013).

Ifølge våre analyser ser det ut til å ha vært noe vekst i bruken av midlertidige helserelevante ytelser over tid, mens omfanget av den private forsørgelsen (familieforsørgede NEET) ser ut til å ha vært mer stabilt i det første tiåret på 2000-tallet. Annen forskning har imidlertid pekt på at det var en nedgang i den familiebaserte forsørgelsen på 1990-tallet (Terum & Hatland 2014). Dersom det stemmer at det er færre som er forsørget privat nå enn før, så fanger imidlertid ikke våre analyser, som strekker seg over ti år fra 2000 til 2010, opp en slik reduksjon. Vi finner snarere en stabil andel unge voksne som forsørges privat, på om lag 5 prosent av unge 18–30 år. I det samme tidsrommet finner vi en økning i andelen NEET som mottar en helserelevante ytelse, og en generell økning i andel og antall unge mottakere av midlertidige helserelevante ytelser (se kapittel 2). Dette kan peke mot at omfanget av en offentlig basert forsørgelse av unge voksne med utgangspunkt i helserelevante ytelser har blitt stadig mer omfattende over tid. Samtidig virker det ikke å ha vært en tilsvarende nedgang i omfanget av den private forsørgelsen av unge voksne.

Det er ikke slik at alle som forsørges av familien, egentlig burde vært under offentlig omsorg, og vi kan ikke uten videre anta at unge voksne som er forsørget privat, egentlig skulle vært under offentlig økonomisk forsørgelse. Det vi illustrerer her, er derfor ikke uten videre en «underdekning» i bruken av offentlige ytelser innenfor gruppen av unge voksne, selv om det kan være det. Det er ikke noe galt i seg selv å ikke delta i arbeidslivet og å bli forsørget av andre. Poenget her har vært å illustrere at mange av dem som ikke deltar i arbeidsliv eller utdanning, ikke lever på offentlige ytelser, men forsørges av familie. Omfanget av privat forsørgelse av unge voksne i Norge er betydelig. Samtidig ser det ut til at bruken av helserelevante ytelser blant unge voksne har økt noe. Dette danner dermed et grunnlag for å kunne fremme en påstand om at det offentlige i større grad enn før «plukker opp» unge som ikke integreres i arbeid og utdanning,

og gir disse en midlertidig økonomisk forsørgelse gjennom tildeling av en helserelatert ytelse. Den private forsørgelsen er derimot rimelig konstant. Dette kan implisere at dersom det faktisk er slik at unge sliter med å integreres på arbeidsmarkedet, så er det i tilfelle det offentlige, og ikke familien, som trer inn med økonomisk forsørgelse for denne gruppen. Familien ser dermed ikke ut til å ta denne «støyten».

Økningen i den offentlige forsørgelsen av unge voksne som vi har sett på her, er knyttet til «reduert arbeidshelse» som inngangskriterium til ytelsen. Vi har pekt på at økningen i bruken av helserelaterte ytelser blant unge kanskje kan knyttes til at NAV har blitt flinkere til å identifisere personer med behov for hjelp og dermed favner om flere, og at NAV-døra derfor har blitt bredere. Det kan imidlertid også være betimelig å spørre om økningen i bruken av helserelaterte ytelser virkelig skyldes sviktende helse blant unge, eller om helserelaterte ytelser «tilbys» av det offentlige som en løsning på et problem som har sitt utspring i at unge voksne faller utenfor arbeidsmarkedet. Siden den private forsørgelsen av unge voksne synes å ha vært konstant de siste ti årene, mens bruken av helserelaterte ytelser har gått opp, er det en rimelig antakelse at økningen skyldes manglende arbeidsintegrering blant unge. Dersom det er mulig å påvise en sykdom eller diagnose hos en person som sliter med å komme inn på arbeidsmarkedet, vil dette også kunne utløse økonomiske rettigheter i form av ytelser. Det kan derfor være innebyggede systemeffekter som gjør det mer «hensiktsmessig» å peke på helseproblemer hos den enkelte (fordi det gir adgang til ytelser), for deretter å sette inn arbeidsmarkedstiltak når en person har blitt innvilget en midlertidig helserelatert ytelse. Dersom dette er mekanismene bak de tallene vi har beskrevet ovenfor, kan det være fristende å stille (det noe retoriske) spørsmålet: Er en i ferd med å gjøre arbeidsmarkedspolitikken rettet mot unge om til helsepolitikk? Dette er kanskje ett av flere spørsmål knyttet til bruken av helserelaterte ytelser blant unge som hadde fortjent mer forskning.

Samtidig må en ikke glemme at en stor del av det unge «utenforskapet» ikke finansieres av det offentlige. En stor gruppe unge har ikke gått inn gjennom NAV-døra i det hele tatt, men er til gjengjeld avhengige av sine nærmeste for å ha et økonomisk livsgrunnlag. For å forstå det unge utenforskapet er det derfor vår påstand at det er en for snever innfallsvinkel å basere slike analyser på bruk av offentlige ytelser, slik vi har gjort i kapittel 2. Snarere er det nødvendig å se på ulike former for økonomisk avhengighet. Det unge utenforskapet må forstås i alle relasjonene i «velferdstrianglet» skissert innledningsvis, hvor både arbeidsmarkedet, det offentlige og det private spiller en rolle.



## 4 Litteratur om unge utenfor

Som vi har vist i de to foregående kapitlene, har vi kartlagt et «utenforskap» bestående av om lag 10 prosent av alle unge under 30 år. Vi finner at om lag halvparten av disse blir forsørget av at det offentlige betaler ut helserelaterte ytelser til unge. I tillegg er om lag 5 prosent av unge voksne under familiebasert forsørgelse og mottar ingen form for offentlige stønader. Som vi skisserte i innledningskapitlet, kan vi søke etter årsaker til denne utviklingen i endringer på tre samfunnsområder: i arbeidsmarkedet, i velferdsstaten og i familien/husholdningene. Mens de to første er relativt inngående studert, har det vært lite oppmerksomhet om den tredje og om betydningen av privat forsørgelse. I tillegg finnes en fjerde type forklaringer, som hovedsakelig søker å forklare fenomenet som en kulturendring: lavere terskel for å oppsøke offentlige ytelser, mindre sosial kontroll og stigmatisering. Denne hypotesen må sies å ha fått mer oppmerksomhet i mediedebatten enn i forskningsbaserte studier.

I dette kapitlet gir vi først to oversiktsbilder som setter situasjonen i Norge i dag i et historisk og nordisk perspektiv. Deretter gjennomgår vi perspektiver og forskning om unge utenfor. Denne gjennomgangen er i all hovedsak rettet mot å forstå veksten i mottakere av helserelaterte ytelser og det offentlige som økonomisk forsørger. Dette er fordi det er denne tematikken, og ikke den private forsørgelsen, som dominerer forskningslitteraturen. Diskusjonen er derfor organisert etter hvor en kan finne hovedforklaringen på vekst i ytelser til unge: i arbeidsmarkedet, hos individet eller i velferdsstaten.

### Litteratur om unge med helserelaterte ytelser før og nå: nye forståelser?

I denne rapporten er vi ute etter å dokumentere og forstå endringer i andelen unge som mottar helserelaterte ytelser over tid. Vi har derfor forsøkt å kartlegge studier av denne mottakergruppen over tid, for å se om forståelsen av fenomenet har endret seg. Snakket en om unge mottakere av helserelaterte ytelser på en annen måte tidlig på 1990-tallet enn en har gjort etter 2010? Er forståelsesrammene de samme?

Vi har ikke hatt mulighet til å gjøre en fullstendig litteraturanalyse av 20 års forskningslitteratur. Det viktigste funnet fra de søkene vi har gjort, er kanskje at det finnes svært få undersøkelser fra 1990-tallet om dette temaet. Litteraturen om hvordan

mottak av helserelevante ytelser generelt kunne forstås, er begrenset, og studier som ser på unge mottakere spesielt, er enda sjeldnere. May-Len Skilbrei gjorde en gjennomgang av litteraturen i 2005 og siterte der en konklusjon fra en 15 år gammel utredning: «det er en påfallende mangel på undersøkelser der en ser på hvilke forhold utenfor en eventuell kronisk sykdom som kan føre til at personer blir uførepensjonert» (NOU 1990: 17, s. 25, sitert i Skilbrei 2005). Hun legger til, som konklusjon på sin egen litteraturgjennomgang: «Situasjonen er ikke særlig bedret i dag.» (Skilbrei 2005:26).

Skilbrei framhever likevel tre forskningstemaer innenfor området ungdom og uførhet som særlig viktige: brukernes møter med saksbehandlere i (det som den gang het) trygdeetaten, forhold ved arbeidsplassen og arbeidslivet (med vekt på utstøting) og forhold i privatlivet som virker sammen med lønnsarbeid på helsetilstand og møtet med hjelpeapparatet. Dette siste knyttes særlig til «dobbelarbeidshypotesen», altså antakelsen om at kvinner blir syke og i neste omgang uføre av å skulle mestre kravene både i arbeidslivet og på hjemmebane. Blekesaune (2005) påpeker at uførepensjonen i seg selv var blitt «gunstigere» over tid, og at ytelsen dermed kan være mer attraktiv. Denne «tiltrekningshypotesen» har fått mer oppmerksomhet de senere årene.

Det som kanskje kan sies å være en kontrast i litteraturen Skilbrei gjennomgår (se også Becken 1996; Blekesaune 2005), til den nyeste litteraturen, er at forskningen fra 1990-tallet later til å ta de unge uføres arbeidsuførhet for gitt. Studiene konsentrerer seg dermed om hvordan unge med helseplager og funksjonshemning møtes på arbeidsplassene og i hjelpeapparatet, og hvordan de selv ser på sin egen situasjon. Et eksempel på dette er studien til Bjerkedal (1998) som så på uførepensjonering blant unge i perioden 1976–1996. Ambisjonen var å forklare hvorfor andelen økte. Han fant at i første, og lengste, del av perioden (1976–1993) skyldtes økningen hovedsakelig primærdiagnosene medfødte misdannelser og utviklingshemning. Dette knytter han til bedringen i overlevelse for nyfødte og småbarn med slike tilstander. Økningen i andelen uføre var større i treårsperioden 1993–1996 – hele 50 prosent – og denne økningen gjaldt alle diagnosegrupper. Denne økningen ble knyttet til at det ble innført en tidsbegrensning på rehabiliteringspengene, noe som ble antatt å ha redusert funksjonshemmedes muligheter til å komme i arbeid (Bjerkedal 1998).

Andre forståelser gjorde seg imidlertid gjeldende mot slutten av 1990-tallet. En studie fra 2000 gjennomgikk alle innvilgede uførepensjonssaker for 16–34-åringer i 1992 og 1997 (Bjerkedal, Gogstad & Enger 2000). Denne studien fant at den medisinske årsaken til innvilget uførepensjon oftere var lettere psykiske lidelser i 1997 enn i 1992, og at dette særlig gjaldt lettere psykiatiske problemer, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Forskjellen var likevel ikke tilstrekkelig til å forklare hele økningen i antall unge uføre i perioden. Forfatterne konkluderer med at funnene styrker antakelsen om at det har skjedd en økning av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant ungdom. Derimot gir ikke studien noe svar på om denne økningen skyldes en

reelt høyere sykdomsføremkomst i yngre årsklasser, eller om problemene i større grad ble avdekket i møtet med et stadig mer krevende arbeidsmarked.

Studien til Bjerkedal, Gogstad og Enger (2000) påpeker også et annet interessant trekk, nemlig den begrensede bruken av medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. Bruken av rehabilitering var lav på begge tidspunktene, mens antallet som ble henvist til yrkesrettet attføring, var lavere i 1997 enn i 1992. Dermed satte denne studien også forholdet mellom de ulike ytelsene på dagsordenen.

Selv om det bare finnes et begrenset antall studier av unge på helserelevante ytelser på 1990-tallet, var en også i dette tiåret bekymret for ungdom og marginalisering (jf. Furlong & Hammer 2001), men denne bekymringen var særlig knyttet til arbeidsledighet. Arbeidsledigheten blant unge var på et historisk høyt nivå i Norge de første årene på 1990-tallet (NAV 2013:6) og holdt seg høy – om enn fallende – gjennom meste-parten av tiåret. Andre sentrale temaer i forskningen på ungdom i sårbare situasjoner var rusmisbruk og kriminalitet. Forskning om unge mottakere av helserelevante ytelser, eller om ungdom som befinner seg i arbeidsmarkedets randsone på grunn av mer eller mindre diffuse helseplager, har kommet på dagsordenen først de senere årene. Som litteraturgjennomgangen her vil vise, er det fortsatt bare et begrenset antall studier som ser på ungdom spesielt. Litteraturen om bruk av helserelevante ytelser generelt har vokst raskt, men få av disse studiene konsentrerer seg særlig om ungdom.

Siden ungdomsledigheten i Norge i dag oppfattes som lav, og det finnes en rekke tiltak rettet mot unge som ikke er i utdanning eller arbeid, rettes større oppmerksomhet mot unge mottakere av helserelevante ytelser. Dette er en gruppe som øker i antall, uten at det er helt forstått hvorfor. Fordi de fleste nye tilfellene skyldes «diffuse» lidelser, der grensen mellom «syk» og «arbeidsfør» kan være flytende, tas ikke lenger diagnosene for gitt. Den nye forskningsagendaen, i den grad en slik finnes, retter oppmerksomheten mot møtet mellom det sårbare individet og det krevende arbeidslivet og søker også å kartlegge og forstå andre trekk ved individet som kan føre i retning helserelevante ytelser (jf. VAM 2013).

## Nordiske sammenlikninger

Utenforskap eller marginalisering blant unge kan ha mange ansikter. En nordisk studie har sammenliknet ulike grupper av unge mellom 15 og 24 år som er i ferd med, eller allerede har, falt utenfor arbeidslivet (Halvorsen mfl. 2013). Sammenlikningen inkluderer

- langtids arbeidsledige (over ett år),
- mottakere av velferdsytelser,

- NEET (Not in Education, Employment or Training), unge som ikke er under utdanning, i arbeid eller i annen aktivitet.

Oversikten som presenteres i den rapporten (Halvorsen mfl. 2013, tabell 1), viser at det er variasjoner mellom de ulike nordiske landene. Norge har for eksempel i stor grad sluppet unna den økonomiske krisa som inntraff i 2008, og skiller seg i denne sammenstillingen fra de andre nordiske landene ved å ha den laveste andelen unge langtidsledige (2 prosent av alle ledige i Norge mot 4,5 i Finland, 4,25 i Sverige og 4 prosent i Danmark). Norge ligger også lavt i Norden når det gjelder andelen 18–24 år som mottar sosialhjelp eller sosialhjelpsliknende ordninger. 5,5 prosent av de unge i Norge mottok sosialhjelp i 2009, mot 10 prosent i Danmark, 11 prosent i Finland og 9 prosent i Sverige. Andelen i Norge er med andre ord omtrent halvparten av hva den er i nabolandene, noe som må forstås i lys av den lavere ungdomsledigheten i Norge. Derimot har Norge en høy andel unge i alderen 20–24 år som ikke har fullført videregående opplæring. Denne er 20 prosent i Norge, mot 16 prosent i Danmark, 9,25 prosent i Finland og 8 prosent i Sverige.

Når det gjelder andelen unge uføre, ligger Norge omtrent i midten blant de nordiske landene. 2 prosent av unge mellom 20 og 34 år mottok uføreytelser i Norge i 2009, det samme gjorde 1,8 prosent i Danmark og Finland og 2,6 prosent i Sverige. Andelen NEET som presentert i denne rapporten er heller ikke høyest i Norge, hvor den er estimert til å omfatte 5,5 prosent av unge i alderen 15–24 år. Tilsvarende andeler i Danmark er 5,25 prosent og 8,5 prosent i Finland og Sverige (Halvorsen mfl. 2013, tabell 1:21). Totalt sett estimerer denne rapporten at et sted mellom 5 og 10 prosent av unge voksne i Norden står i overhengende fare for å droppe ut av skole og arbeidsliv, og at om lag 2–3 prosent av unge voksne allerede er ekskluderte, gjennom å motta permanente trygdeytelser (Halvorsen mfl. 2013). Utfordringene knyttet til andelen unge som står i fare for å forbli varig på utsiden, er større i både Sverige og Finland enn i Norge. Likevel finnes det også en betydelig andel blant unge norske som står i fare for å bli varig ekskluderte fra utdanning og arbeidsliv.

Alle de nordiske landene møter utfordringer knyttet til ungdom og marginalisering, men disse arter seg litt ulikt i de ulike landene. Ifølge tallene presentert hos Halvorsen mfl. (2013) har Norge mange med frafall i videregående skole, vi har få langtidsarbeidsledige og middels høy andel unge på helserelaterte ytelser. Christer Hyggen (2013) har gjort en liknende sammenlikning av arbeidsledighetsmønstrene i de nordiske landene og finner at andelen langtidsledige som andel av alle arbeidsledige er høyere i Norge enn i de andre landene i Norden (15–24-åringer). Han finner også langt høyere tall enn Halvorsen mfl. (2013) for langtidsledighet, ofte 20 prosent eller mer (Hyggen 2013, figur 6). En årsak til spriket mellom de to studiene kan være at Hyggen beregner andelen som har vært ledig i mer enn seks måneder, mens Halvorsen mfl. (2013) beregner andelen som har vært ledig i mer enn ett år. I perioden seks måneder til et år kan det



skje mye, og mange av dem som ikke har fått jobb, kan være i tiltak eller i utdanning etter en så lang periode. Tiltaksgarantien (se nedenfor) må antas å spille en rolle her.

Det viktigste å slå fast etter denne nordiske gjennomgangen er at Norge ikke later til å skille seg ut i Norden med mange unge utenfor betalt arbeid. Norge har imidlertid relativt høyt frafall fra videregående skole. I alle tilfeller gjelder det at grensene mellom helserelaterte og arbeidsmarkedsrelaterte problemer kan være flytende, og at ulikhet i utformingen av stønadene i de ulike landene kan virke inn på hvilke ordninger de unge sluses inn i.

En ny nordisk antologi om ungdom og psykisk uhelse i Norden (Olsen & Tägtström 2013) har foreslått tre framtreddende diskurser som preger debattene om marginalisering av unge voksne og unges psykiske uhelse. De tre diskursene søker ikke nødvendigvis å forstå og forklare (økning i) marginalisering, men uttrykker snarere «omdreiningspunkter» i de pågående debattene i de nordiske landene. De tre sentrale omdreiningspunktene er arbeidsmarkedet, helsesituasjonen og/eller velferdsstatens virkemåte.

- *Arbeidsmarkedsdiskursen.* Denne legger vekt på at de nordiske landene er høyt utviklede arbeidsmarkeder med store krav om spesialisert arbeidskraft. Unge med lave kvalifikasjoner, liten arbeidserfaring og liten eller mangelfull utdanning finner få åpninger inn i arbeidslivet. Det foregår en høy grad av selv-realisering og identitetsbygging gjennom arbeidslivet, og hvilket yrke en har, blir i stor grad sammenvevd med personers identitet og personlige egenskaper (Sennet 1998). Personer som faller utenfor arbeidsmarkedet, opplever både økonomisk og sosial marginalisering.
- *Folkehelsediskursen.* Innenfor den medisinske disiplinen handler denne diskursen om utbredelse av diagnoser og sykdommer i befolkningen. Når temaet er unge voksne som marginaliseres, er særlig debatten omkring unges psykiske helse framtreddende. I tillegg til «kliniske» diagnoser for psykisk uhelse inkluderes utviklingstrekk som økt ensomhet, mobbing, forventningspress, normer for kropp og utseende og forventninger om gode skoleprestasjoner til denne diskursen.
- *Velferdsstatsdiskursen.* Knyttet til denne er alle diskusjoner om hvordan velferdsstaten løser sine oppgaver, og hvordan de personene helse- og velferdstjenestene møter, klassifiseres og betjenes. Inngangen til de helserelaterte ytelsene, og andre offentlige tjenester, går gjennom medisinske diagnoser. Dette legger et press mot at personer som ikke får arbeid, på en eller annen måte må gis en diagnose som syk eller ufør, før økonomiske, offentlige rettigheter utløses. Medisinske diagnoser gjenspeiler dermed ikke bare medisinske kategoriseringer, men blir et uttrykk for samtidens sosiokulturelle verdier, menneskesyn, klasse- og kjønnsstrukturer. Framveksten av bestemte diagnoser kan derfor ses på både som et uttrykk for medisinske vurderinger og som betydningen av andre samfunnsmessige faktorer.

De framtrede diskursene er i stor grad knyttet til faktorer relatert til hvordan arbeidslivet og velferdsstaten er utformet, og hvordan medisinske diagnoser og kulturelle faktorer fungerer i et samspill med disse institusjonene (arbeids-/utdanningsmarked og velferdsstat), og danner bestemte utfall, i form av risikoer for marginalisering av bestemte grupper av unge.

De tre diskursene er på ingen måte gjensidig utelukkende, og argumenter knytter seg ofte både til arbeidsmarked, helse og velferdssystemet. Å begrepsfeste tre diskurser, slik Olsen og Tägtström (2013) gjør, illustrerer først og fremst at debatten om ungdom og marginalisering eller utenforskap er sammensatt og berører flere av de sentrale områdene i moderne samfunn. Samtidig er det verdt å merke seg at ingen av disse diskursene berører endringer i familien og i holdninger og praksis knyttet til privat forsørgelse

## **Årsaker til økning i antall unge med helserelaterte ytelser: ulike perspektiver**

I lys av de tre diskursene skissert ovenfor er det klart at også årsakene til økningen i antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser kan søkes på ulike områder: i arbeidsmarkedet, i velferdssystemet og i helsetilstanden. Arnstein Mykletun (2013, se også Mykletun & Øverland 2007) har konkretisert dette i tre ulike forklaringsmodeller: en utstøtingsmodell (med vekt på prosesser i arbeidslivet), en attraksjonsmodell (med vekt på egenskaper ved velferdssystemet) og en medikaliseringmodell (med vekt på moderne forståelser av sykdom og helse).

- Utstøtingsmodellen vektlegger at det er ufrivillige faktorer utenfor den enkeltes kontroll som bidrar til å støte personer ut av arbeidsmarkedet og gjøre dem avhengige av trygd. Det finnes en rekke ulike utstøtingsmekanismer som for eksempel skadelig arbeidsmiljø, sosial utstøting og diskriminering av utsatte grupper. Modellen forutsetter at folk ønsker å arbeide, men at utstøtingsfaktorer i enkelte tilfeller kan gjøre dette skadelig eller vanskelig. Denne tenkningen har vært særlig innflytelsesrik i en norsk kontekst, hvor politikktutforming først og fremst har tatt sikte på å beskytte individer og grupper mot utstøting.
- Attraksjonsmodellen fokuserer på at det å bli trygdemottaker i noen grad er et valg som treffes av den enkelte, etter en avveining av fordeler og ulemper ved dette valget. Modellen vektlegger at mennesket foretrekker fritid framfor arbeid, og at det er en fare for at trygdeytelser utnyttes. Et viktig poeng i denne modellen er at ordninger som uførepensjon og sykelønn ikke må bli for økonomisk attraktive sammenliknet med fortsatt arbeid, og at det må være effektive kontrollmekanismer for å hindre

misbruk av trygdeordningene. Politikktutforming basert på denne modellen tar først og fremst sikte på å beskytte trygdeordningene mot overforbruk.

- Medikaliseringsparadigmet kommuniserer ikke med de to andre modellene, men vektlegger som forklaring at den økende avhengigheten av trygdeordninger må ses i et medisinsk lys. Lovverket for innvilgelse av sykefravær og uføretrygd er utformet slik at sykefravær skyldes en diagnose (for eksempel depresjon), og at dette medfører en nedsatt funksjonsevne. Til dette perspektivet hører oppfatninger som at syke må være sykemeldte, og at sykemeldte som venter på behandling, må være sykemeldte. Kritikken mot dette perspektivet er at det er bygget på en «naiv» trygdemedisinsk modell, med en utstrakt tro på betydningen av medisinske diagnoser, men at disse kun i begrenset grad fanger opp årsakssammenhengene som fører til trygd.

Denne kategoriseringen er ikke ulik de tre «omdreiningspunktene» for debatten vi skisserte ovenfor under gjennomgangen av nordiske likheter og forskjeller. «Arbeidsmarkedsdiskursen» og «utstøtingsparadigmet» innebærer omtrent samme forståelse, som sier at økningen i antallet mottakere av helserelevante ytelser må forstås i lys av utstøtingsprosesser, og kanskje høyere krav, i arbeidsmarkedet. Det er også en rekke paralleller mellom «folkehelsediskursen» og «medikaliseringsparadigmet», som begge legger vekt på utbredelsen av sykdom og forståelsen av sykdom i befolkningen. De to inndelingene skiller imidlertid i noen grad lag i det de retter blikket mot velferdsstaten: «Velferdsstatsdiskursen» legger vekt på at en må kunne skilte med en medisinsk diagnose for å få varige ytelser som ikke-yrkesaktiv, og at økning i uførerater dermed kan forstås som en systemtilpasning til velferdsstatens kriterier. «Attraksjonsmodellen» legger i større grad vekt på nivået på ytelsene og på at helserelevante ytelser gir en arbeidsfri inntekt som kan være attraktiv i seg selv. Begge søker dermed forklaringer i velferdssystemet, men i ulike mekanismer knyttet til dette.

Studiene som foreligger, kan grovt sett organiseres etter disse tre dimensjonene. I gjennomgangen nedenfor har vi delt studiene inn etter om de primært søker forklaringer på arbeidsmarkedet, om de søker forklaringer i endret helsetilstand eller forståelser av helse, eller om de søker forklaringene i velferdsstatens organisering. Diskusjonen vil illustrere at modellene ikke er gjensidig utelukkende, og at noen studier søker forklaringer i samspillet mellom de tre prosessene.

I denne litteraturgjennomgangen konsentrerer vi oss om de mer langsiktige helse-relaterte ytelsene, som for tida er arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. Vi går ikke inn på sykepengene, som er den ytelsen en mottar det første året en er syk, gitt at en har vært i jobb i minst seks måneder i forkant. Det er to grunner til dette: For det første er det skrevet lite om sykefravær blant unge spesielt, noe som igjen vil ha sammenheng med at det legemeldte fraværet blant unge er stabilt. For det andre forutsetter rett til sykepenger at en faktisk er i jobb. Mange av de unge det er grunn til å være bekymret for, har aldri kommet inn på arbeidsmarkedet, eller de har en så ustabil tilknytning at

de ikke opparbeider rett til sykepenger (Furuberg 2014). Et tredje poeng er at det er skrevet flere sammenfatninger av sykefraværskforskningen i Norge de senere årene, og at det neppe er nødvendig å gjenta funnene fra disse gjennomgangene her.

## Studier som tar for seg prosesser i arbeidslivet

### Ungdoms situasjon på arbeidsmarkedet

Har arbeidsmarkedet generelt blitt vanskeligere for unge? Oppdaterte oversiktsbilder av situasjonen til unge på arbeidsmarkedet i Norge og Norden finnes hos Hyggen (2013) og NAV (2013). Begge dokumenterer at arbeidsledigheten blant unge er klart høyere enn ledigheten blant de eldre. Dette gjelder i alle de nordiske landene (Hyggen 2013), skjønt ledigheten i Norge er noe lavere enn ellers i Norden. Arbeidsledighet er likevel ikke det eneste målet på marginalisering blant unge, kanskje ikke engang det best egnede: Hyggen (2013:369ff) argumenterer for at et viktigere mål kan være andel unge som ikke er i jobb, utdanning eller kvalifisering (NEET). De nordiske landene kommer bedre ut i sammenlikning med EU for øvrig når en sammenlikner NEET, enn når en sammenlikner bare arbeidsledighet. NEET er imidlertid heller ikke en homogen gruppe, minst fem undergrupper kan identifiseres: de tradisjonelt ledige, de frakoblede (som ikke søker jobb eller utdanning til tross for at de ikke er forhindret av forpliktelser eller andre begrensninger), de utilgjengelige (unge med familieansvar, unge med helseproblemer), mulighetssøkerne (de som søker jobb samtidig som de venter på muligheter som matcher deres kompetanse og interesser) og frivillige NEET (som tar et friår for å gjøre noe annet) (Hyggen 2013, basert på Eurofound). Unges manglende inkludering i arbeidslivet kan altså skyldes kombinasjoner av manglende muligheter, manglende motivasjon, egne aktive valg, andre forpliktelser eller helseplager, slik Hyggen (2013) påpeker.

Rapporten fra NAV om unges tilknytning til arbeidsmarkedet gir et oversiktsbilde over utviklingen i arbeidsledighet i ulike aldersgrupper, men konsentrerer seg hovedsakelig om å diskutere NAVs arbeid med oppfølging (NAV 2013). Diskusjonen tar utgangspunkt i at gruppen unge registrerte arbeidssøkere kan deles i to grupper: På den ene siden har en de som klarer seg selv, som gjerne er ledige i korte perioder etter fullført utdanning eller mellom jobber, og som ofte har rett til dagpenger. På den andre siden finnes unge med betydelige oppfølgingsbehov. De færreste av disse har fullført videregående skole, få har arbeidserfaring, og mange har en sammensatt problematikk. Veilederne på NAV-kontorene opplever ofte at rus- og psykiatriproblematikk opptrer sammen. Igjen minnes vi altså på at det kan være vanskelig å skille mellom arbeidsledighet og helserelatert eksklusjon fra arbeidsmarkedet.

Arbeidsledigheten blant unge svinger mer med konjunktorene enn arbeidsledighet blant de eldre (Hyggen 2013; NAV 2013). Ungdomsledigheten øker raskt under ned-gangskonjunkturer, for å ta seg raskt opp igjen i høykonjunkturer. Siden slutten av 1990-tallet har det gjennomgående vært et godt arbeidsmarked for unge i Norge, med unntak av en liten økning i ledigheten i 2003–2004. Ledigheten har gjennomgående vært lavere for ungdom under 20 år enn for 20–24-åringene i Norge, noe som iallfall delvis kan forklares med garantiordningene for unge under 20 (se nedenfor).

### **Økte kompetansekrav og mulig utstøting**

Når hovedbegrunnelsen for den økte andelen unge med helserelaterte ytelser søkes i arbeidsmarkedet, er det typisk kompetansekravene og de generelle kravene i moderne arbeidsliv en er opptatt av. Norge, som de andre nordiske landene, har et «post-industrielt» arbeidsmarked med en synkende andel jobber i primær- og sekundærnæringer og en økende andel jobber i servicenæringer. Dette kan ha ført til en høyere terskel inn i arbeidslivet i den forstand at krav om kommunikasjon med kunder, kombinert med effektivisering og omorganiseringer i arbeidslivet, kan virke utstøtende på personer med psykiske lidelser eller utviklingsforstyrrelser (Berg & Thorbjørnsrud 2009). I en studie basert på intervjuer med medarbeidere i hjelpeapparatet ble slike forklaringer tillagt stor vekt: «før kunne de dra til sjøs», kunne informantene si, men denne typen ufaglærte jobber finnes i mindre grad. Akkurat løsningen «å dra til sjøs» ble problematisert av forskerne, fordi den muligheten forsvant på grunn av strukturelle endringer i sjøfarten lenge før en så en økning i antallet unge uføre, men også jobbene som tilsvarende jobbene førstereisgutter kunne få i andre sektorer, blir færre (Berg & Thorbjørnsrud 2009; se også Grødem & Aspøy 2013).

Økende kompetansekrav i arbeidsmarkedet kan være en grunn til at unge finner det vanskeligere å komme inn. «Utsøttingsmekanismen» (Mykletun & Øverland 2007) peker også på at dårlig arbeidsmiljø, arbeidsbelastninger, stress og mobbing kan føre til tilbaketrekning fra arbeidslivet. Kombinasjonen av høye krav til arbeidet og liten innflytelse over arbeidssituasjonen er forbundet med angst og depresjon, som igjen er forbundet med tilbaketrekning fra arbeidslivet (Sanne mfl. 2005). Det er godt dokumentert at utdanning har betydning for risikoen for å bli uførepensjonert (f.eks. Østby mfl. 2011), og det argumenteres for at iallfall deler av denne effekten skyldes at lavt utdannede ofte har lite fleksible jobber (Bruusgård mfl. 2010). Mange av disse jobbene lar seg ikke utføre med mindre en er psykisk og fysisk frisk. Det å ha en krevende jobb kan altså samtidig føre til lavere jobbtilfredshet og kanskje symptomer på angst eller depresjon, samtidig som nettopp disse jobbene ikke lar seg utføre av personer med fysiske eller psykiske lidelser. Arbeidstakere med lav utdanning kan også ha vanskeligere for å finne annet arbeid og dermed raskere oppleve at de i praksis blir utstøtt fra arbeidslivet.

## **Frafall i videregående og brutne forventninger**

Et tegn på at kvalifikasjonskravene i arbeidsmarkedet er blitt større, er at effekten av å mangle videregående opplæring later til å ha økt relativt markant over tid (Bratsberg & Røed 2011). Risikoen for at en person uten videregående utdanning ble uføretrygdet, var markant høyere i 2006 enn i 1994, noe som tolkes som en indikasjon på at arbeidsmarkedet er blitt vesentlig tøffere for de lavest kvalifiserte.

Dette fører over i bekymringen for frafall i videregående skole, en vedvarende bekymring i Norge (Hernes 2010). Som vist ovenfor er også frafallstallene klart høyere i Norge enn i de andre nordiske landene (med et delvis unntak for Danmark). Selv om andelen som faller fra, har vært påfallende stabil siden 1990-tallet (SSB 2013), kan det tenkes at betydningen av frafall har økt. Hypotesen om betydningen av økt frafall i videregående skole som drivkraft for økt uførepensjonering får empirisk støtte i en rapport av Falck og Nyhus (2009). Studien følger kohortene som avsluttet grunnskolen mellom 1993 og 2003, og finner at blant dem som har fullført videregående opplæring innen fem år etter avsluttet grunnskole, er det så godt som ingen som er uføretrygdet. De som ikke fullførte, hadde 14 ganger høyere sannsynlighet for å være uføretrygdet i 1994-kohorten, og hele 21 ganger større sannsynlighet i 1999, sammenliknet med dem som hadde fullført (Falck & Nyhus 2009:25). Tilsvarende fant Bragstad og Brage (2011) at unge som var yrkeshemmede og/eller mottakere av rehabiliteringspenger, hadde betydelig lavere utdanning enn ungdomsgruppen som helhet. Bare 24 prosent av stønadsmottakerne i aldersgruppen 20–24 år hadde fullført videregående skole, sammenliknet med 65 prosent i aldersgruppen for øvrig. For 25–29-åringene i tilsvarende situasjon var tallene henholdsvis 44 og 70 prosent. Overgangen fra ung til voksen kan altså være en kritisk fase, også med tanke på bruk av helserelaterte ytelser (se også Hyggen 2009).

Et økt utdanningsnivå i befolkningen kan ha ført til endringer i forventninger til hva arbeidslivet skal tilby av muligheter for selvrealisering (Hyggen 2006). Når de faktiske mulighetene unge har på arbeidsmarkedet, ikke samsvarer med forventningene blant de unge selv, kan dette føre til en forsterkning av psykiske problemer og en ytterligere marginalisering fra arbeidslivet blant enkelte grupper av unge. Dette kan også skape nye utfordringer for NAV og øvrig offentlig hjelpeapparat når det gjelder hvordan, og med hvilke tiltak, en best skal kunne møte unge voksne som enten faller ut av arbeidslivet, eller aldri har kommet skikkelig inn.

## **Gråsoner mellom arbeidsledighet og helseproblemer**

Som vi har vært inne på flere steder i denne rapporten, er det ikke et vanntett skille mellom eksklusjon fra arbeid som skyldes «helse», og eksklusjon av andre årsaker. Flere studier påpeker at det er en «gråsoner» mellom arbeidsledighet og uførhet. «Frisk og arbeidsfør» og «syk og ufør» er ikke avgrensbare og gjensidig utelukkende

kategorier, det er snarere snakk om en glideskala der en kan ha varierende grad av sykkelighet (Hatland & Øverbye 2012). Kostøl og Mogstad (2012) viser for eksempel at mange uføre viste seg å ha en ikke ubetydelig restarbeidsevne da de fikk anledning til å jobbe uten avkorting av stønaden. Statistisk sentralbyrå beregnet i 2007, på basis av en intervjuundersøkelse, at 224 000 sysselsatte i dette året hadde fysiske eller psykiske helseplager av varig karakter (Olsen & Thi Van 2007). Mange av disse gikk på jobb på tross av disse helseplagene, men en kan tenke seg at mange av disse plagene ville kunne gi grunnlag for sykemelding i en situasjon der en sto i fare for å miste jobben – eller kunne brukes som argument for uførepensjon hvis en mistet jobben og ikke så utsikter til en ny.

I Norge er arbeidsledigheten svært lav, mens uførepensjoneringen er relativt høy sammenliknet med andre land i OECD-området. Innebærer dette at det er lettere å få en medisinsk diagnose i en utsatt livssituasjon i Norge enn i andre land? Dette er en hypotese som ikke er lett å teste empirisk. OECD har gjort en studie av yrkesaktivitet blant mennesker med mentale lidelser, der de omtaler forskjellene i stønadsmottak blant personer med slike lidelser i ulike land som påfallende små (OECD 2011). Norge skiller seg likevel litt ut, ifølge denne studien, med at det er flere med lettere psykiske lidelser som mottar uføreytelser. Lettere psykiske lidelser defineres da som angst- og depresjonslidelser og visse former for rusavhengighet. Dette kan oppfattes som støtte til hypotesen om at en i Norge har en noe mer liberal praksis med å tilkjenne uførepensjon til mennesker med lettere psykiske lidelser enn det som er tilfellet i andre OECD-land.

## **Individorienterte forklaringer: psykisk helse, normer og «arv»**

Den andre hovedgruppen av forklaringer på hvorfor antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser øker, søker forklaringen hos ungdommene selv. Endringer i helsetilstanden, endringer i opplevelsen av sykdom / hva som utgjør en lidelse, samt endringer i normer og verdier er de tre hovedmekanismene som drøftes under denne overskriften. Vi ser først på hvilke diagnoser som øker over tid, og som fører til at unge kanaliseres ut av arbeidslivet.

### **Hvilke diagnoser øker?**

Økningen i andelen unge uføre tyder på en økt sykkelighet blant unge – ingen blir uføre uten en medisinsk diagnose. Er det bestemte diagnoser som øker over tid? Brage og Thune (2008, 2009) forsøker å svare på dette gjennom å se på utviklingen i diagnosene for unge uføre i perioden 1977–2005. Den første av disse artiklene så på

uføretrygdingen blant de helt unge voksne, de mellom 18 og 24 år (Brage & Thune 2008). Mer enn halvparten av dem som ble uførepensjonert allerede ved overgangen til yrkesaktiv alder, hadde lidelser som måtte antas å være medfødte: utviklingshemning, kromosomavvik eller autisme/schizofreni. De andre fordelte seg omtrent 50/50 på andre psykiske lidelser og somatiske sykdommer, oftest cerebral parese eller epilepsi. Analysen viser altså at de aller yngste uføre i all hovedsak hadde medfødte diagnoser, som sannsynligvis var kjent av helsevesenet gjennom hele livsløpet deres. Når en kommer til dem som uføretrygdes etter fylte 25 år, vil derimot bildet bli annerledes (Brage & Thune 2009). Tilstandene som er mest vanlige, og som økte mest, blant nye uføre i alderen 25–29 år, var atferds- og personlighetsforstyrrelser, depressive lidelser og angstlidelser. Dette gjaldt både kvinner og menn. For menn var det også en betydelig, og økende, andel som hadde schizofreni, paranoide tilstander og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Psykiske lidelser som følge av rusmiddelbruk var uvanlig blant 25–29-åringene, men vanligere blant 30–34-åringene, og da særlig blant menn. For denne tilstanden var det likevel ingen økning i perioden. Økningen i denne aldersgruppen, for begge kjønn, skrev seg fra en økning i andelen med depressive lidelser, angstlidelser og atferds- og personlighetsforstyrrelser. Blant kvinner mellom 30 og 34 år skilte også muskel- og skjelettsykdommer seg ut som en relativt vanlig årsak til uførepensjonering, dog var den mindre vanlig enn de psykiske lidelsene.

### **Blir det flere unge med psykiske lidelser?**

De fleste unge som mottar helserelaterte ytelser, gjør altså dette med basis i psykiske diagnoser. Antallet unge som får en helserelatert ytelse, er relativt høyt og har vært stabilt høyt siden 1990-årene (Bragstad & Brage 2011). Det finnes ingen sikker kunnskap om hva dette skyldes, dette er tvert imot en av de største diskusjonene på feltet: Er det arbeidslivet som stiller så høye krav at lidelser som tidligere var håndterbare, nå blir grunn til eksklusjon, er det leger og hjelpeapparatet for øvrig som er blitt flinkere til å fange opp og diagnostisere psykiske lidelser, eller har andelen unge med psykiske lidelser faktisk økt?

Den ene av disse forklaringene utelukker naturligvis ikke de andre – alle tre prosesser kan godt være riktige samtidig. Forskningen på folkehelse og utbredelsen av ulike lidelser generelt kan likevel ikke underskrive på at det har vært en generell økning i andelen med psykiske lidelser de senere årene. Det norske Folkehelseinstituttet har publisert tall over forekomsten av psykiske lidelser i 1990 og 2003, uten å finne noen påviselig økning. De fire Helse- og levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå mellom 1998 og 2008 tyder heller ikke på at det har vært særlige endringer i psykiske plager. Forskjellene etter alder er også ubetydelige i levekårsundersøkelsene, det er ingenting som tyder på at unge er vesentlig mer utsatte enn eldre. Kjønnforskjellene er derimot påatakelige, i den forstand at kvinners risiko for å oppleve depressive lidelser



og angstlidelser er 2,3 og 2,5 ganger større enn risikoen for menn. Det kan føyes til at den generelle befolkningshelsen historisk sett aldri vært bedre, og helsetilstanden i den yngre delen av befolkningen har ikke blitt vesentlig dårligere de siste tiårene (Mykletun mfl. 2009).

Det kan likevel lanseres plausible argumenter for at omfanget av psykiske lidelser faktisk har økt i befolkningen, noe som diskuteres hos Berg og Thorbjørnsrud (2009). En forklaring på økte uførerater som har vært lansert, er at flere unge får helseproblemer fordi flere for tidlig fødte barn overlever nå enn tidligere, og at disse er mer utsatt for å få helseplager senere i livet (jf. Bjerkedal 1998). Dette angår likevel for få per årskull til å være en hovedforklaring på den utviklingen som har vært i uføretallene blant unge. Andre hypoteser som virker mer sannsynlige, er at det har vært en økning i rusmiddelbruken blant unge, og at dette har ført til en økning i psykisk sykdom blant unge. Hvorvidt psykiske lidelser som følge av rusmiddelbruk fører til en varig nedsatt *arbeidsevne* blant unge, er imidlertid ikke utforsket, og hypotesen er dermed plausibel, men ikke endelig verifisert (Berg & Thorbjørnsrud 2009). En tredje hypotese er at barns oppvekstforhold påvirker arbeidsevnen senere i livet. Psykologiske studier har vist at en usikker tilknytning i barndommen kan føre til personlighetsforstyrrelser som ungdom og voksen. Spørsmålet er da hvorvidt faktorer som øker risikoen for at barns oppvekstforhold blir dårligere, har økt i omfang de siste 20–30 årene på en slik måte at det kan forklare en økning i psykiske lidelser og arbeidsuførhet blant unge voksne. En faktor som har økt i omfang, er antallet skilsmisser. Selv om en norsk studie konkluderer med at det å oppleve skilsmisse i barndommen har negativ betydning for helsen i voksen alder, så er det likevel komplisert å skulle slutte at skilsmisse medfører omfattende psykiske problemer (Berg & Thorbjørnsrud 2009).

Ungdomsforskningen, med basis i undersøkelser av store ungdomsutvalg, peker på sin side i retning av at det har vært en økning i antallet unge som har symptomer på psykiske lidelser. De siste funnene i NOVAs ungdomsforskningsundersøkelser, gjennomført i flere omganger mellom 1992 og 2012, tyder på at ungdom har blitt «mer prektige», men samtidig har en økt forekomst av psykiske lidelser. Rusmiddelbruken går ned, skoletrivselen øker, færre utviser problematferd, færre røyker og flere stemmer ved valg (Hegna, Ødegård & Strandbu 2013; NOVA 2013). Samtidig øker andelen som har symptomer på lettere psykiske lidelser i samme periode: Andelen som sier de har hatt søvnproblemer, økte fra 22 til 35 prosent på 18 år, andelen som sier de føler at alt er håpløst med tanke på framtida, fra 16 til 27 prosent, og andelen som sier de bekymrer seg «for mye», fra 36 til 43 prosent (Hegna, Ødegård & Strandbu 2013). Bruker en strengere mål på psykiske lidelser, finner en en mer moderat økning: Andelen som rapporterte depressive symptomer, økte på 1990-tallet, men stabiliserte seg etter år 2000 (von Soest 2012). Resultatene samlet reiser spørsmålet om de oppvoksende ungdomskullene er en «sykt seriøs» generasjon (Hegna, Ødegård & Strandbu 2013), som «må forvalte ungdomstida som en verdifull kapital for framtida» (s. 376).

Vektleggingen av utdanning, og mangelen på stabile jobber til dem som ikke har fullført utdanning, fører til at «Ungdom i dag ikke har råd til å trå for mye utenfor – og de vet det» (s. 376). Spørsmålet kan dermed stilles om hvorvidt trykket på utdanning og framtidsskoleing er så sterkt at det skaper økt psykisk stress (Hegna, Ødegård & Strandbu 2013:377). I så fall skjer det motsatte av det de framtidsskoleingene håper – risikoen for marginalisering på arbeidsmarkedet og for at en får en periode som mottaker av helserelaterte ytelser, øker.

Selv om det kan argumenteres for at det er trekk i samfunnet som kan tenkes å føre til økt forekomst av psykiske diagnoser – trekk som varierer fra flere overlevende etter fødselsskader til økt press på ungdom i skolealder – tyder helseforskningen ikke på at det har skjedd noen generell økning i de psykiske lidelsene i befolkningen. Hva med den andre hypotesen, at flere får diagnostisert de lidelsene de faktisk har? Det å få stilt en diagnose kan være en nødvendig, om ikke tilstrekkelig, betingelse for å utløse rettigheter i stønadssystemet. Det kan være grunn til å feste lit til denne forklaringen, fordi en ser at det blant annet behandles flere barn og unge av spesialisthelsetjenesten enn tidligere, samtidig har det kommet nye diagnoser, for eksempel ADHD, som har vokst i omfang i Norge siden begynnelsen av 1990-tallet. Dette er en diagnose som tidligere kun ble stilt på barn, men som nå også brukes på voksne (Berg & Thorbjørnsrud 2009). Den økte bevisstheten om tilstander som ADHD, Aspergers og Tourettes syndrom vil ha ført til at skolen avdekker og setter navn på barn som sliter med slike, og disse diagnosene vil følge den det gjelder, resten av livet (jf. Gautun, Grødem & Hermansen 2012). Det som tidligere (feilaktig) ble oppfattet som «dårlig oppførsel», forstås i dag i større grad som et psykologisk avvik, noe som også kan ha konsekvenser for hvordan den enkelte møtes, og forventer å bli møtt, i hjelpeapparatet. Vi kommer tilbake til dette nedenfor, i diskusjonen av velferdsstatens rolle.

### **Familiebakgrunn og «arv» – av hva?**

Flere studier har pekt på at det er en sammenheng mellom foreldre med lav sosioøkonomisk status (inntekt) og sannsynligheten for at barna senere i livet skal motta sosialhjelp (Nordli Hansen & de Vibe 2005). Det er også funnet at trygdemottak blant foreldre øker sannsynligheten for at deres barn mottar trygd/sosialhjelp som unge voksne (Stenberg 2000; Hyggen 2006; Lorentzen & Nielsen 2008). Hyggen (2009) finner ingen slik direkte sammenheng, men forklarer dette med at studien bruker andre mål på sosioøkonomisk status enn inntekt ( mors utdanning og fars yrkesstatus). Det er fremdeles begrenset kunnskap om hvorfor stønadsmottak later til å ha en tendens til å «gå i arv»: De to hovedhypotesene er at sykdommen som fører til mottak av helserelaterte ytelser, går i arv, eller at arven har form av normer og moral. Hvis det siste er riktig, blir barn av stønadsmottakere selv stønadsmottakere i større grad enn andre fordi de lærer hjemme at dette – å motta stønader og ikke jobbe – er en grei måte å leve på.

To nyere studier presenterer data som forfatterne mener svekker markant den første hypotesen, altså at det som arves, er disposisjon for sykdom. Den ene av disse studiene sammenlikner søsken som har vokst opp i samme familie, ut fra en tanke om at søsken vil ha samme risiko for å arve foreldres anlegg for sykdom (Bratberg, Nilsen & Vaage 2012). Studien viser at barn som var små da foreldrene fikk innvilget uførepensjon, har større risiko for selv å bli uførepensjonister enn dem som var eldre på dette tidspunktet. Dette tolkes som støtte til hypotesen om at barna lærer av foreldrene og tar til seg verdier som tilsier at det er uproblematisk å motta helserelaterte ytelser. Den andre studien (Dahl, Kostøl & Mogstad 2013) sammenlikner utfall i familier der foreldrene har søkt, men ikke fått, uførepensjon, med familier der søknadene er innvilget. Dette er gjort i et design der en kun ser på utfall i trygderetten etter å ha identifisert de dommerne som oftest dømmer i søkers favør. Den eneste forskjellen på familiene skal altså være at noen har hatt «flaks» med sin tildelte dommer, andre har hatt «uflaks». Risikoen for selv å motta uførepensjon er 12 prosent høyere over en tiårsperiode for barn av foreldre som har fått en «snill» dommer (og altså fått innvilget pensjon) enn for barna i familiene der foreldrene fikk avslag. Dette tolkes også som avvisning av hypotesen om arv av helseproblemer og støtte til hypotesen om at det skjer noe med «kulturen» i familien når foreldrene får innvilget uførepensjon. Fordi denne siste studien så på utfall for voksne barn, er det imidlertid vanskelig å peke på formidling av verdier i oppveksten. Funnet i denne studien er altså at stønadsmottak hos aldrende foreldre øker risikoen for stønadsmottak hos voksne barn. Mekanismene bak dette utfallet er vanskelige å identifisere, en kan være en variant av «smittehypotesen» (jf. Rege, Votruba & Telle 2009) – altså at risikoen for å motta uførepensjon øker når en befinner seg i et miljø der mange mottar slike ytelser.

Søskenstudien til Bratberg, Nilsen og Vaage (2012) tyder på at verdier formidlet i oppveksten også har betydning. Denne tolkningen har likevel vært kritisert, og det har vært påpekt at barn som opplever i ung alder at faren blir uførepensjonert, opplever et økonomisk og sosialt sjokk som kan ha negative konsekvenser for oppvekstvilkårene deres (Pedersen 2013). Familieinntekten faller, og det samme gjør antakelig den sosiale anseelsen, tilgangen på sosiale nettverk osv. I den grad barna selv blir uføre, kan det ha sammenheng med at de arver foreldrenes sosiale problemer – de har rett og slett hatt dårligere livssjanser enn andre. Det er plausibelt å anta at effekten av dette er større jo yngre barna er når sjokket inntreffer.

I innledningskapitlet var vi inne på at mange unge voksne bor hjemme hos foreldrene og lever på foreldrenes inntekt til de er litt oppe i 20-årene. Dette kan være et «vern» mot selv å søke helserelaterte ytelser. Foreldre som mottar uførepensjon, eller som lever på andre begrensede sosiale overføringer, kan ha et mindre økonomisk handlingsrom til å yte slik støtte til egne barn. Barna kan dermed oftere befinne seg i en situasjon der de må skaffe seg en egen inntekt, og helserelaterte ytelser kan være ett

av flere alternativer for noen. Hyggen (2009) har antydnet en slik årsakssammenheng for mottak av sosialhjelp, og argumentet kan også ha gyldighet for andre ytelser.

## **Velferdsstatsorienterte forklaringer: mer aktiv innsats og «avhengighet»**

Som vi var inne på ovenfor, finnes det minst to hovedtyper velferdsstatsorienterte forklaringer på veksten i antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser. Den ene hovedtypen legger vekten på at velferdsytelser kan virke tiltrekkende – for eksempel fordi de tilbyr en høyere inntekt for mindre innsats enn arbeidslivet – og at det å motta velferdsytelser skaper en avhengighet av slike ytelser. Den andre hovedtypen legger vekten på at økt velferdsstatlig innsats bidrar til å avdekke flere problemer, og sikrer at flere får de ytelsene de faktisk har krav på. I dette avsnittet gjennomgår vi kort begge forklaringstypene.

### **Innelåsing eller tilvenning**

I en studie fra 2009 undersøker Christer Hyggen sannsynligheten for å motta en helserelatert ytelse eller sosialhjelp som voksen blant personer født mellom 1965 og 1968. Studien kontrollerer for fire grupper av bakgrunnsvariabler knyttet til individets oppvekstsituasjon og posisjon i overgangen mellom skole og arbeid, sosial integrasjon og sosial helse (målt i 1987), individets trygdehistorie og individets helse (målt i 2003). Et hovedfunn er at samlet tid tilbragt på offentlige overføringer er en sentral forklaringsfaktor for senere arbeidsuførhet og trygdeavhengighet (Hyggen 2009). Dette er i tillegg bekreftet av annen tidligere forskning (Fevang mfl. 2004, 2006). Det at en er sosialt integrert i ungdomstida, har også betydning for trygdemottak senere i livet.

Et hovedfunn fra disse studiene er altså at stønadsmottak over tid øker sjansen for at en fortsetter å motta stønad: Jo lenger en er i dette systemet, jo større er risikoen for å bli værende. Dette kan tolkes som en indikasjon på det som kan kalles «innelåsingeffekter». På den andre siden fant Lorentzen og Dahl (2003, se også Lorentzen 2006) ikke slike innelåsingeffekter for mottakere av sosialhjelp. Hypotesen om innelåsingeffekter tilsier at avgangen fra stønaden vil være høyest i starten, deretter vil den avta over tid, og de som har vært lenge i en stønadsordning, vil i liten grad gå ut av den med mindre stønaden i seg selv er tidsbegrenset. Lorentzen og Dahl (2003) finner at avgangsratene over tid har en skjev klokkeform: De øker raskt i starten, deretter faller de sakte. En delvis forklaring på de avtakende avgangsratene på lang sikt antas også å være at de som mottar sosialhjelp over lang tid, har andre karakteristika enn dem som bare mottar ytelsen i kortere perioder.

En eldre studie ser på denne problematikken kun med vekt på helserelevante ytelser, dog uten at dette er knyttet til ungdom spesielt (Nordberg & Røed 2002). Studien påpekte imidlertid at også for unge arbeidstakere var det en tendens til at sykefravær som strakte seg over et halvt år eller mer, ofte ble starten på en lang trygdekarriere. Attføringsopplegg kunne utsette overgangen til uførepensjon, men lot ikke til å hindre at mottakerne havnet på denne ytelsen til slutt. Dette ble tolket som et tegn på innelåsing (se også Fevang mfl. 2004; NOU 2004: 13).

Det er vanskelig å tolke hva som er mekanismene bak eventuelle innelåsingseffekter i helserelevante ytelser. I analyser av markeder forstås «innelåsing» som noe som skjer når en først har knyttet seg til et produkt: En «låses» til banken sin fordi det er mye jobb forbundet med å skifte bank, en «låses» til et flyselskap fordi en opptjener bonuspoeng etc. Men det er ingen bonussystemer forbundet med å motta arbeidsavklaringspenger. En kan kanskje forstå inngangen til disse ytelsene – det å skaffe seg en legeerklæring, lage en søknad med alle nødvendige vedlegg – som en investering, men det virker søkt å anta at tanken på hvor mye jobb det var å komme innenfor, skal holde folk i midlertidige ytelser. For uførepensjon kan det være slike effekter – dette er en livslang ytelse, og det skal ta tid å få tildelt denne. Har en først kommet gjennom det nåløyet, er det rimelig å anta at mange vil ønske å bli der. Argumentet blir likevel annerledes for mottakere av tidsbegrensede ytelser – en kan per definisjon ikke bli låst inne i en ytelse som stoppes etter fire år. Da må en i så fall argumentere for at den enkelte låses til et løp der uførepensjon framstår som eneste realistiske (eller attraktive) mulighet etter en periode på en midlertidig ytelse. Dette leder over i diskusjonen om «velferdsavhengighet». Denne har vært relativt lite artikulert i Norge, men har i perioder stått sterkt i USA og i noen grad i Storbritannia (jf. Murray 1984, 1990). Argumentet går i korthet ut på at velferdsytelsene i seg selv skaper avhengighet, lærer befolkningen at en kan få penger uten innsats, og dreper den enkeltes initiativ. Innenfor rammene av langsiktige, men tidsbegrensede ytelser kan det være lettere å argumentere for tilvenning og «avhengighet» enn for innelåsing. Dette er i så fall kontroversielle argumenter som trenger mer empirisk belegg.

### **Selvbilde og familiens rolle**

En mekanisme som kan opptre, og som kan gjøre velferdsytelsene til en drivkraft for fortsatt stønadsmottak, er at mottakere av helserelevante ytelser tildeles en rolle som «arbeidsuføre» og kan komme til å utvikle et selvbilde i samme retning. For å kunne få en helserelevanter ytelse må en ha en diagnose, og for å kunne opprettholde legitimiteten til mottaket av ytelsen må en holde fast på opplevelsen av seg selv som «syk». Dette kan bidra, om ikke til innelåsing, så til en selvforståelse og situasjonsoppfatning som forsterker tendensen til å forbli i et trygdeløp.

Et beslektet argument er hypotesen om «crowding out». Denne hypotesen, som også omtales som substitusjonshypotesen (Daatland & Herlofson 2004), antar at utbygging av velferdsstatlige ytelser og tjenester fortrenger de støttemekanismene som allerede er der, knyttet til familier, lokalsamfunn og frivillige aktører. Dette vil i sum gi mindre velferd, fordi den byråkratiske staten umulig kan erstatte de menneskelige ressursene som omgir den enkelte. Anvendt på velferdspolitikken har hypotesen fått mye kritikk, og flere argumenterer for at det er det motsatte som skjer: Velferdsstatlig innsats gir «crowding in» (Künemund & Rein 1999). Dette kalles også komplementaritetshypotesen: Velferdsstaten og familien kan gi ulike former for hjelp på ulike betingelser, og på sitt beste vil de utfylle hverandre. Dette er mest diskutert innenfor eldreomsorgsforskningen, der internasjonale studier ikke gir støtte til hypotesen om at hjelpetrengende eldre får mindre hjelp fra familien i utbyggede velferdsstater (Daatland & Herlofson 2004). Derimot tyder studiene på at velferdsstaten og familien i land som Norge gir ulike bidrag: De offentlige tjenestene sørger for eventuelt fysisk stell og det viktigste av husarbeid, familien holder den gamle med selskap, tar ham eller henne med på aktiviteter og hjelper til med plenklipping, handling og andre husholdningsoppgaver som er viktige, men ikke livsnødvendige. Vi vet mindre om hvordan dette spiller seg ut for unge i arbeidslivets randsone, men en hypotese kan være at unge søker økonomisk sikring og uavhengighet hos det offentlige, mens de søker støtte og oppmuntring fra familien. Det kan være lettere for familien å gi ungdommen denne støtten hvis de ikke samtidig må ta belastningen med å forsørge ham eller henne. «Crowding out» i denne sammenhengen vil være at familien trekker tilbake både menneskelig og økonomisk støtte i det ungdommen «overleveres» til NAV og andre offentlige tjenester. «Crowding in» innebærer at familiestøtten øker når ungdommen får en velferdsstatlig ytelse, fordi det å slippe å forsørge ungdommen minsker konfliktpotensialet og frigjør ressurser i familien. Disse ressursene kan brukes til å hjelpe, støtte og oppmuntre den unge med helseproblemer. Vi vet lite om hvordan dette faktisk spiller seg ut, men det er store muligheter for at dette vil variere sterkt fra én familie til en annen, og det vil også kunne avhenge sterkt av typen helseproblematikk, og omfanget av denne, til den enkelte unge.

### **Uheldige insentiveffekter?**

Helserelaterte ytelser kan gi negative insentiveffekter hvis ytelsene er satt for høyt relativt til det mottakerne kan oppnå som yrkesaktive. Dette ble diskutert i NOU 2011: 7, *Velferd og migrasjon*, når det gjaldt innvandrere. Utredningen påpekte at mange innvandrere, særlig de fra land utenfor EU, hadde svært lave kvalifikasjoner på det norske arbeidsmarkedet og sannsynligvis bare ville konkurrere om de dårligst betalte jobbene. Samtidig ville mange få relativt høye stønadsutbetalinger, fordi mange av dem hadde hjemmenværende ektefelle og store barneflokker (Bratsberg, Raaum & Røed

2010). For unge med helserelevante ytelser vil det første av disse argumentene – lave kvalifikasjoner og dårlig utgangspunkt for konkurranse på arbeidsmarkedet – gjelde for mange, mens det andre ikke er relevant. Kan det være at noen unge mottakere av helserelevante ytelser synes dette er å foretrekke framfor de jobbene de kan få, fordi disse jobbene er lite attraktive? Dette er i så fall en utfordring i skjæringsfeltet mellom individuelle holdninger, arbeidsmarkedets organisering og tilbudet i hjelpeapparatet (kvalifisering mv.). Det må påpekes her at unge mottakere ofte har et magert eller ikke-eksisterende opptjeningsgrunnlag, slik at ytelsene de mottar, vil være lave. Det kan diskuteres om dette bidrar til å skape ønskede insentiver, eller om det i realiteten bidrar til større marginalisering av den aktuelle gruppen.

### **Arbeidsavklaringspengene – nye prosesser?**

Arbeidsavklaringspenger er en relativt ny ytelse. Den ble innført i 2010 med den eksplisitte hensikten å bedre rehabiliteringsarbeidet og få flere over i betalt arbeid. Har dette fungert? Siden det bare har gått fire år, er det for tidlig å si noe bastant, og det finnes også få studier som tematiserer denne ytelsen spesielt. Det er likevel gjort en kartlegging av hvor mottakerne av AAP kom fra før de begynte å motta ytelsen, og hva som skjer med dem etter at de har mottatt AAP i noen år (Kann, Kristoffersen & Thune 2013). Denne kartleggingen viser at 58 prosent av dem som mottok arbeidsavklaringspenger i 2012, var overført fra en av de tre tidligere ytelsene: 18 prosent var tidligere mottakere av tidsbegrenset uførepensjon, 19 prosent tidligere mottakere av rehabiliteringspenger, og 21 prosent var tidligere mottakere av attføringspenger. 43 prosent var «nye» brukere som ikke hadde mottatt noen av de tidligere ytelsene (Kann, Kristoffersen & Thune 2013, tabell 1). Denne fordelingen antyder at mange blir på «overgangsyttelsene» i relativt lang tid. Av de «nye» mottakerne – de 43 prosentene av totalen – hadde om lag halvparten mottatt sykepenger umiddelbart før de fikk AAP. Rundt 7 prosent hadde vært arbeidsledige og mottatt dagpenger umiddelbart før AAP-mottaket. Rundt 40 prosent av de nye mottakerne kom «utenfra», i den forstand at de ikke var registrerte som mottakere av noen av NAVs ytelser før de fikk AAP. Mange av disse var imidlertid registrert som personer med nedsatt arbeidsevne. Dette vil i hovedsak være personer som har helseproblemer, men ikke har rett til sykepenger, som studenter, og personer som ikke har registrert seg som arbeidsledige, fordi de av ulike grunner ikke kan stille seg til disposisjon for arbeidsmarkedet (Kann, Kristoffersen & Thune 2013:45).

Det finnes altså ulike veier inn i overgangsyttelsen arbeidsavklaringspenger. Hva med veiene ut? Kartleggingen viste at dette varierte noe over tid, men gjennomsnittet for perioden mars 2010–oktober 2012 var at 22 prosent av avsluttede mottakere gikk ut i arbeid. Dette kan være alt fra fulltids jobb til noen timer i uka, men disse var registrert i arbeidstakerregisteret. 45 prosent hadde fått innvilget varig uførepensjon, mens 10

prosent var tilbake på arbeidsavklaringspenger seks måneder etter avgang, 23 prosent var ikke å finne i noen av disse kategoriene seks måneder etter avgang fra AAP (Kann, Kristoffersen & Thune 2013:46). Risikoen for avgang til uførepensjon er mindre jo senere personene begynte å motta AAP, noe som isolert sett kan tyde på at arbeidsavklaringspengene – og det tilhørende aktiveringsregimet – i økende grad bidrar til å bremse utslusing fra arbeidsmarkedet (ibid.). Et forbehold er likevel at denne studien kun ser på personer som faktisk har avsluttet mottak av arbeidsavklaringspenger før oktober 2012, da ytelsen hadde eksistert i litt over to år. Det er mulig at flere av langtidsmottakerne over tid vil gå over på uførepensjon. Mulige forklaringer på denne utviklingen kan være at arbeidsmarkedet bedret seg i perioden 2010–2012, og/eller at NAV jobber mer effektivt med oppfølging. Dette er likevel hypoteser, og det kan være andre faktorer som også spiller inn.

### **Betydningen av oppfølging, kartlegging og utvikling av tilbud**

Så langt har vi konsentrert oss om ytelsene NAV forvalter, og om hvordan disse kan skape en egendynamikk der den enkelte «låses inne» eller utvikler et bilde av seg selv som uegnet til betalt arbeid. Men det kan også argumenteres for at den økte vekten på oppfølging, avklaring og tiltak kan føre til en økning i antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser. Her vil det være tale om to bevegelser: fra privat (eller ingen) forsørgelse til helserelaterte ytelser, og fra andre velferdsytelser til helserelaterte ytelser.

Det at offentlige etater har tilbud til flere brukergrupper nå enn tidligere, kan føre til at flere kommer inn i systemene. Særlig innsats i skolen, dagtilbud, avlastningsordninger etc. kan føre barn/unge og familiene deres i kontakt med hjelpeapparatet på et langt tidligere stadium enn før. I tillegg kommer det vi diskuterte ovenfor, at flere tilstander diagnostiseres. Dette ble et sentralt tema i en undersøkelse som søkte å forstå økningen i antallet yngre brukere av kommunale helse- og omsorgstilbud (Gautun, Grødem & Hermansen 2012). Det er rimelig å anta at økningen her kan ha røtter i noen av de samme forholdene som skaper en økning i antall unge med helserelaterte ytelser. Synliggjøring og kunnskap om ulike diagnoser og tilstander ble oppfattet som en drivkraft for økningen i antallet unge brukere av kommunale tjenester. En informant i denne studien, en tjenesteleder i en stor kommune, snakket om denne økningen i «nye» diagnoser og la til:

«Mange fler får en diagnose. Det er en annen måte å tenke atferdsvansker på. Brukerne kommer som godt voksne, som vi knapt har visst om fordi foreldrene har tatt seg av dem. Det har blitt akseptert å søke om hjelp. Det er en trend i samfunnet at det offentlige har ansvar» (sitert i Gautun, Grødem & Hermansen 2012:87).

Dette sitatet fanger opp tre poenger som alle kan være relevante også for mottak av helserelaterte ytelser: For det første tenkes atferdsvansker oftere enn før på som



diagnoser, med alt det trekker med seg for den enkeltes selvbylde, rettigheter og forventninger til offentlig innsats. For det andre oppfattes det i større grad enn før som legitimt og akseptabelt å søke hjelp. Og for det tredje er mange mennesker med behov «skjult» for det offentlige fordi de blir ivaretatt av familien i ungdomsårene og ung voksen alder, men familieomsorgen – og forsørgelsen – tar en dag slutt.

Økt diagnostisering og tilbud til flere grupper er en mekanisme som kan gjøre at velferdssystemene «skaper sin egen etterspørsel». En annen hovedmekanisme kan være den økte kartleggingen og oppfølgingen av personer som allerede er innenfor systemet, slik at mennesker med helseproblemer faktisk i økende grad mottar helse-relaterte ytelser framfor for eksempel sosialhjelp. Muligheten til å «passivt» motta stønad er i mindre grad til stede, og vansker med å følge opp aktivitetskrav vil bli lagt merke til. Økt krav til aktivitet og behandling mens en mottar ytelse, kombinert med en tettere oppfølging fra NAV, kan ha ført til at personer med psykiske lidelser tidligere blir oppdaget og klassifisert som arbeidsuføre, sammenliknet med tidligere (Berg & Thorbjørnsrud 2009). Det er for eksempel kjent at mange mottakere av økonomisk sosialhjelp til dels har store helseproblemer (van der Wel (red.) 2006). Den økte oppfølgingen som ligger i kvalifiseringsprogrammet øker sannsynligheten for at flere av disse blir kartlagt og sluset over i en helserelatert ytelse (Djuve, Nielsen & Strand 2012). Tilsvarende har tettere oppfølging av familier som mottar sosialhjelp, i mange tilfeller ført til oppdagelse av helsesvikt hos foreldrene og overføring til arbeidsavklaringspenger (Fløtten & Grødem 2014). Tettere oppfølging og bedre kartlegging fører til at flere sykdomstilstander avdekkes, slik at flere kanaliseres til helserelaterte ytelser fra andre tiltak eller kontantytelser.

### **Garantier og satsinger rettet mot ungdom**

NAV (og tidligere Rikstrygdeverket) har i lengre tid hatt særlig vekt på å stoppe utviklingen i retning av at unge permanent støtes ut av arbeidsmarkedet. De mange variantene av stønader som kan innvilges etter et år med sykepenger (eller uten forutgående mottak av sykepenger for personer uten yrkestilknytning), er eksempler på dette. Lovgiverne har gjort flere forsøk på å finne fram til ordninger som i størst mulig grad bidrar til å sluse mottakerne over i betalt arbeid.

Arbeidsmarkedspolitikken prioriterer innsats ovenfor unge. Dette kommer for eksempel til uttrykk i de ulike garantiordningene rettet mot ungdom. Garantiordningene har lang tradisjon i Norge og de eldste strekker seg tilbake til 1979. I dag finnes tre ulike garantiordninger for ungdom. Disse er ikke lovfestede rettigheter, men politiske garantier, som også fungerer som målsetninger for NAVs arbeid rettet mot denne bruker-gruppen. *Ungdomsgarantien* skal sikre unge under 20 år uten arbeid eller skoleplass tilbud om et arbeidsrettet tiltak.

*Oppfølgingsgarantien* (innført 2007) skulle sikre ungdom 20-24 år som hadde vært ledige i mer enn tre måneder en oppfølging fra NAV. *Tiltaksgarantien* (innført 2009) skulle sikre ungdom 20-24 år et tilbud om arbeidsmarkedstiltak dersom de hadde vært ledige i minst et halvt år. Disse ble erstattet i 2013 av en ny garantiordning, som sikrer at arbeidssøkere i alderen 20 til 24 år skal ha en aktivitetsplan innen en måned etter at NAV-kontoret har konkludert med behov for arbeidsrettet bistand (også kalt situasjonsbestemt innsats). Endringene var begrunnet i at den nye garantien skulle være bedre tilpasset NAVs oppfølgingsmetodikk og bedre ivareta den enkelte ungdoms individuelle bistandsbehov.

I tillegg ble det i 2013 innført en *ny garanti for unge med nedsatt arbeidsevne*, for å sikre at disse blir prioritert i oppfølgingen. Garantien har som mål at 90 prosent av gruppen unge med nedsatt arbeidsevne til enhver tid skal ha en godkjent aktivitetsplan. Denne garantien ble også fra 1.1. 2014 utvidet til å omfatte alle unge under 30 år med nedsatt arbeidsevne. Den nyeste garantien tilfører altså nye elementer til ungdomsgarantiene som for eksempel et utvidet ungdomsbegrep. I tillegg knyttes garantien til unge med nedsatt arbeidsevne, som er en gruppe hvor mange har helseutfordringer.

Utover disse garantiene har NAV også lagt stor vekt på å videreutvikle et mer ut-strakt samarbeid med skolen for tidligere å «fange opp» unge som er på vei til å bli marginaliserte. Eksempler på dette er Ny GIV-satsingen som rettet søkelyset mot å redusere frafallet fra videregående skole, og LOS-prosjektet gjennomført av NAV i enkelte fylker. Hensikten med LOS-prosjektet er at egne NAV-ansatte skal jobbe med elever i ungdomsskolen som viser begynnende tegn på marginalisering, og elever på videregående som har avbrutt opplæringen og står uten jobb. Ny GIV er en bredere satsing som ble lansert høsten 2010 og pågikk ut 2013, og hadde som mål å etablere et varig samarbeid mellom stat, fylkeskommuner og kommuner gjennom Oppfølgingsprosjektet og Overgangsprosjektet. Oppfølgingsprosjektet skal bidra til bedre samarbeid mellom fylkeskommunen og NAV om ungdom som over tid har vært ute av utdanning og arbeidsliv. Overgangsprosjektet skal bidra til systematisk samarbeid mellom kommune og fylkeskommune om tett oppfølging av svakt presterende elever som risikerer å ikke mestre videregående opplæring. Målsettingen med alle tiltakene, både de som implementeres nasjonalt og de lokale, er å sikre at elevene når formell kompetanse i videregående opplæring.

Innenfor de ulike garantiordningene og satsingene er det etablert et mangefasettert samarbeid mellom NAV og skolesektoren/fylkeskommunene. Tilsvarende samarbeid mellom NAV og helsesektoren er ikke like utbredt og *kan* være et mulig satsingsområde for å bedre tjenestene NAV gir til unge brukere med psykiske lidelser.

## Perspektiver på forholdet mellom privat og offentlig forsørgelse

La oss til slutt se kort på en hypotese som i liten grad har vært utforsket i studiene av økningen i andelen unge mottakere av helserelaterte ytelser, nemlig forholdet mellom privat og offentlig forsørgelse. Foreldre er pålagt å yte forsørgelse ovenfor egne barn, men det er ikke nødvendigvis slik at all privat forsørgelse opphører den dagen et barn fyller 18 år. På sikt vil de fleste unge utvikle seg til å bli økonomisk selvstendige. Det er likevel mange som i en periode helt eller delvis vil være økonomisk avhengige av foreldrene også etter at de er voksne. Graden og varigheten av en slik avhengighet vil naturligvis variere, men en hypotese som kan forklare noe av den økningen vi har sett hos unge stønadsmottakere, er at det over tid har vært en utvikling hvor det økonomiske foreldreansvaret tidligere i livsløpet erstattes av et offentlig forsørgeransvar. En mulig pådriver for en slik utvikling kan være en kraftigere utvikling av at det offentlige hjelpeapparatet er tidligere på banen. Utbygging av et tilbud vil kunne utløse flere, eller tydeligere, rettigheter om ytelser eller offentlige overføringer. Tidlig avklaring av unge når det gjelder helseproblemer, vil også kunne utløse slike rettigheter tidligere i livsløpet, og det kan skje en dreining mot at foreldreforsørgelsen tidligere i livsløpet erstattes med offentlig forsørgelse.

«Unge mottakere» av helserelaterte ytelser er i denne studien – som ofte i statistikken – avgrenset til å gjelde unge under 30 år. Siden de helserelaterte ytelsene bare tilkjennes voksne over 18 år, betyr det at vi ser på forsørgelsesmønstre for personer mellom 18 og 29 år. For 18–20-åringene er det relativt vanlig å bo hjemme og bli forsørget av foreldrene. Dette viser blant annet en studie gjennomført av Christer Hyggen (2009), som har fulgt tre årskohorter gjennom en lengre tidsperiode, med spørreskjemaer på flere tidspunkter i oppfølgingsperioden. Respondentene i denne undersøkelsen var født mellom 1965 og 1968 og var mellom 19 og 21 år da de ble intervjuet for første gang i 1987. Den største gruppen av dem forsørget seg da ved hjelp av egen inntekt, men rundt 30 prosent ble fortsatt forsørget av foreldrene. Andelen som ble forsørget av foreldrene, var fortsatt betydelig i 1989. Da studien ble gjentatt i 2003, og respondentene var mellom 35 og 38 år, var det ingen som ble forsørget av foreldre. Men det betyr ikke at privat forsørgelse ikke for mange fremdeles er vesentlig. I 2003 oppga om lag 35 prosent at deres hovedinntektskilde var ektefelle/samboer. Til sammenlikning oppga om lag 45 prosent at egen inntekt var hovedinntektskilden (Hyggen 2009). Det skjer en vridning i perioden fra ung til voksen fra å være avhengig av foreldrene til å være økonomisk avhengig av ektefelle eller partner, men andelen privat forsørgelse ser ut til å være ganske konstant over tid. Andelen som lever av offentlige overføringer, øker også i perioden fra ung til voksenalder. Mens 2,8 prosent av utvalget mottok en eller annen form for trygdeytelse i 1987 (19–21-årsalder), økte denne andelen til 6,2 prosent i 2003 (35–38-årsalder) (Hyggen 2009).

Noen få studier finnes også som argumenterer for at det ikke har vært noen økning i trygdebruken de siste 20 årene. Terum og Hatland (2014) har laget et estimat for antallet årsverk brukt på henholdsvis sysselsetting, trygd og andre former for økonomisk forsørgelse de siste 20 årene. De hevder at andelen mottakere av trygd i den yrkesaktive delen av befolkning har vært rimelig konstant over tid, men at det har vært en betydelig økning i andelen sysselsettingsårsverk. Det er altså flere som forsørger seg selv gjennom eget lønnsarbeid nå enn før. De finner i tillegg at familieforsørgelsen har gått ned, og særlig skjedde dette i løpet av 1990-tallet. Mens andelen årsverk i sysselsetting har økt (fra 60 prosent til om lag 68 prosent), har det vært en relativt stabil utvikling i andelen trygdeårsverk, men det har vært noe variasjon over tid, og trygdebruken har svingt mellom 17 og 21 prosent. De finner imidlertid at det har vært en nedgang i «annen» forsørgelse, som her omfatter familieforsørgelse og personer som forsørges gjennom utdanningslån (fra om lag 20 til 12 prosent). Hovedkonklusjonen er imidlertid at det ikke finnes noe empirisk grunnlag for å si at det har blitt mer vanlig å forsørge seg selv ved trygd (Terum & Hatland 2014).

De hevder videre at bekymringen for at flere lever av trygd og færre av arbeid, er et utsagn som har et svakt empirisk grunnlag (Terum & Hatland 2014). Denne studien tar ikke for seg unge spesielt, men er likevel interessant i konteksten av vår studie, da den er et av få eksempler som inkluderer anslag over omfanget av andre former for økonomisk forsørgelse ut over yrkesinntekt og trygd. Denne studien forsøker å komme med et estimat for hvordan hele «velferdstriangelet» stat – marked – familie er i et samspill, og hvordan vekst i én del av et forsørgelsessystem kan ses i sammenheng med andre forsørgelsessystemer, og de argumenterer, i likhet med hva vi har gjort i denne studien, at det er nødvendig å også inkludere familiebasert forsørgelse som en del av dette bildet.

## Oppsummering

Det er ingen konsensus i forskningslitteraturen om hvorfor antallet unge med helse-relaterte ytelser øker. Det foreligger en svært omfattende litteratur om utviklingen i mottak av helserelaterte ytelser generelt, men få av disse studiene ser spesielt på unge mottakere. Det er mulig at prosessene og mekanismene som fører til (varig eller midlertidig) eksklusjon fra arbeidsmarkedet, er annerledes for unge enn for eldre, men dette har vi per i dag lite kunnskap om. Mye av litteraturen legger til grunn at mekanismene rammer relativt uavhengig av alder og kjønn. Dette kan være en delvis forklaring på hvorfor familieperspektivet er så lite framme i de aktuelle studiene – familieforsørgelse er lite aktuelt for voksne menn, og det er klart mindre vanlig blant kvinner enn det var

for en generasjon siden. Blant unge voksne er derimot familieforsørgelse og praktisk familiestøtte fremdeles sentralt, slik Hyggens (2009) studie viser.

Forklaringene på økningen i antallet unge med helserelevante ytelser i den foreliggende litteraturen søkes dermed ikke i triangelet familie – stat – arbeidsmarked, slik vi slo opp i innledningen. Snarere skisseres triangelet arbeidsmarked – individ – stat. Vi har hovedsakelig organisert denne gjennomgangen av litteraturen etter disse tre hjørnene i trekanten. Temaene vi har tatt opp, er:

- **Arbeidsmarkedet**

- o Arbeidsledighet og NEET blant ungdom
- o Økte krav til kompetanse
- o Utstøting og sosial skjevhet i mottak av helserelevante ytelser
- o Frafall i videregående og vanskeligere arbeidsmarked for personer uten fullført videregående opplæring
- o Høye forventninger til selverrealisering i arbeidslivet og opplevelse av tap når disse ikke innfris
- o «Gråsoner» mellom arbeidsledighet og helserelevanter eksklusjon

- **Individet**

- o Unge som mottar helserelevante ytelser, gjør det oftest på grunn av psykiske diagnoser, men også muskel-skjelett-lidelser og ruslidelser.
- o Det kan argumenteres for at trekk ved moderne samfunn skaper økt sårbarhet for psykiske lidelser, men befolkningsundersøkelser tyder ikke på generelt økt sykkelighet.
- o Det å ha en forelder som er ufør, øker risikoen for å motta helserelevante ytelser. Det er påvist elementer av «arv».
- o Hva som arves, er uklart, men later ikke til å være sykkeligheten i seg selv. Det pågår en diskusjon om normer og «familiekulturer».

- **Velferdsstaten**

- o Det er usikkert om det kan påvises innelåsings- eller tilvenningsmekanismer i mottak av helserelevante ytelser.
- o Det å motta helserelevante ytelser over tid krever at en holder fast i et selvbylde som «arbeidsudyktig», noe som kan minske sjansen til rehabilitering.

- o Forholdet mellom familiens og velferdsstatens innsats (substitusjon eller komplementaritet) er et lite studert tema i tilknytning til unges mottak av helserelaterte ytelser.
- o «For høye» stønader til unge med helseplager kan skape uheldige insentiv-effekter, mens «for lave» stønader kan bidra til økt marginalisering.
- o NAVs arbeid med kartlegging av brukerne og tett oppfølging kan føre til at flere helseproblemer avdekkes, og at flere sluses over i helserelaterte ytelser fra andre stønader.

## 5 Utfordringer for framtidig forskning

Vi har fortsatt begrenset kunnskap om årsakene til at flere unge enn før mottar helse-relaterte ytelser. Forskningen på temaet er begrenset. Dette må ses i sammenheng med at til tross for den økningen vi har sett de senere årene, som er dokumentert i kapittel 2, er antallet unge mottakere av helse-relaterte ytelser fremdeles lavt. Det er fremdeles snakk om et marginalt fenomen, og slike fenomener er generelt vanskelige å få fram generell kunnskap om. Hver enkelt ungdom med helse-relaterte ytelser har sin egen historie om familie og oppvekst, skolegang, sosialt liv, overgangen til videregående skole og videre ut i arbeidslivet, og ikke minst om helse og livspåkjenninger.

Som en del av arbeidet med prosjektet denne rapporten springer ut av, ble vi bedt om å skissere mulige problemstillinger for videre forskning om stønadsmottak blant unge. Her skulle vi ikke bare drøfte interessante innfallsvinkler, men også hva som er mulig – hva som er forskbare problemstillinger. For å belyse dette arrangerte vi en intern workshop på Fafo. Denne ble holdt 7. februar 2014 og inkluderte forskere med bakgrunn i forskning om fattigdom, fordeling og eksklusjon, funksjonshemming, kompetanseutvikling og læring, overgangen skole–arbeidsliv samt inkludering og diskriminerende barrierer i arbeidslivet. I dette kapitlet oppsummeres noen hovedperspektiver fra denne workshopen. Diskusjonen på workshopen dreide seg delvis om å utvikle forskbare problemstillinger, og delvis om å diskutere overordnede prosesser som kan skape eksklusjon blant unge og føre dem over på helse-relaterte ytelser.

### Perspektiver på ungdom og eksklusjon

#### **Aldri bare ett svar**

Eksklusjon skapes over tid og i et samspill mellom mange ulike arenaer. Som det ble sagt på workshopen, hadde det vært et enkelt svar på hvorfor det blir flere unge med helse-relaterte ytelser, hadde vi kjent til det nå. Politiske tiltak kan ha ulike virkninger for ulike grupper – tiltak som fungerer godt for noen, kan fungere negativt for andre. Noen unge «på kanten» har historier om møter, enkeltpersoner eller tiltak som hjalp dem tilbake til utdanning eller arbeid, mens andre vil ha tilsvarende historier om

enkeltbegivenheter som ga dem en følelse av større avstand til det etablerte samfunnet. Det kan være en fordel, både i forskningen og i politikken, å komme bort fra forventningen om at så komplekse spørsmål som «hvorfra mottar flere unge helserelaterte ytelser» skal kunne gis et enkelt svar.

Når en diskuterer eksklusjonsprosesser blant unge, kan det være nyttig å skille mellom de unge som har vært i gang med utdanning og arbeid og falt ut, og de som aldri kom i gang. Dette kan særlig gjelde overgangen til arbeidslivet: Noen unge har hatt jobb og vært innenfor, men senere falt ut. Andre kom aldri inn i yrkeslivet etter endt utdanning, men kan ha hatt praksisplasser eller andre tiltak. Prosessene involvert i disse «veiene ut» kan være forskjellige og bør forstås som forskjellige.

### **Samfunnsendringer som kan øke unges overgang til helserelaterte ytelser**

Endring over tid er sentralt i dette prosjektet og ble også et sentralt tema på workshopen. Hva er det som har endret seg over tid som fører til at flere unge later til å bli ekskludert på et tidlig stadium i livet? Som vi har vært inne på andre steder i denne rapporten, kan endringsprosessene søkes i arbeidslivet, i forståelsen av sykdom og samfunnets evne til å fange opp og diagnostisere sykdom og i hjelpeapparatets, inkludert legenes, rolle. I tillegg kan det stilles spørsmål om det har skjedd noe i kulturen mer generelt som skaper eksklusjon blant noen unge. Det har liten hensikt å diskutere om «ungdommen» er «later» nå enn før – noe voksensamfunnet har bekymret seg for til alle tider – men det er relevant å spørre om for eksempel den svært raske teknologiske utviklingen, globaliseringen og den konstante tilstedeværelsen av idealbilder av hvordan livet kan være i reklame, kjendisreportasjer og i noen grad sosiale medier, skaper rammebetingelser som gjør at unge i større grad enn før faller utenfor.

Langt flere unge enn før tar høyere utdanning, og denne tendensen har vart over lang tid. Økningen i antallet unge mottakere av helserelaterte ytelser skjer altså i en periode der ungdomskullene generelt er høyere utdannet enn på noe tidligere tidspunkt. Samtidig framstilles «ungdommen» i samfunnsvitenskapene som konform og orientert mot etablerte verdier. Sosiologen Gunnar C. Aakvaag lanserte betegnelsen «generasjon Lydig» om de studentene han møtte i forelesningssalen:

«Dette er en veldig seriøs og ordentlig generasjon som drikker mindre, røyker mindre, ruser seg mindre, debutterer senere seksuelt og søker tryggere utdanninger enn min generasjon – alt mens de lever superhektiske liv på sosiale medier.» (Aakvaag 2013a)

«Generasjon Lydig er generasjonen som lojalt vedlikeholder tidligere generasjoners byggverk. Generasjonen som gjør som mamma og pappa – og beste- og oldeforeldre – sier. Uten å opponere. Uten å tilføre noe nytt.» (Aakvaag 2013b)



«Ungdommen nå for tida» skulle altså være en samling lett styrbare kohorter som gjør det som forventes: utdanner seg, følger i foreldres og besteforeldres fotspor, unngår enhver atferd som er forbundet med risiko – med et mulig unntak for atferd på sosiale medier. Det samme inntrykket gis i den siste presentasjonen av spørreskjemaundersøkelsen Ungdata (NOVA 2013), der det i baksideteksten beskrives som en trend at «ungdom blir stadig mer veltilpasset og skikkelige». Økningen i antallet unge med helserelaterede ytelser skjer altså samtidig med at ungdom som gruppe framstår som svært «skikkelig» – som «generasjon lydig».

Samtidig brukes merkelappen «Idol-generasjonen» om de yngre kohortene. Denne merkelappen er mer tvetydig: Idol-programmene dreier seg om å prestere innenfor en klart definert ramme og å framføre musikk andre har framført tidligere – sånn sett en egnet arena for «generasjon lydig». Men det at så mange ønsker å stille opp i Idol og liknende talentkonkurranser, tolkes også som uttrykk for et veldig behov for å bli sett – og som uttrykk for at svært mange ønsker å bli «stjerner». Flere har vært inne på at unge i moderne samfunn blir gitt en overdreven oppfatning om hva de kan og bør få til. De oppmuntres til å finne «talentet» sitt, enten dette er innenfor musikk, skuespill, datautvikling, visuell kunst, litteratur eller vitenskap, og «følge drømmen sin». En kronikk som vakte mye diskusjon våren 2012, med tittelen «En trygdesnylterers bekjennelser», framhevet spriket mellom forventinger og faktiske realiteter i arbeidslivet som en hovedutfordring:

«Rundt omkring sitter det mengder av unge mennesker som har blitt innprentet siden barneårene hvilke muligheter de har, hva de kan bli. Forventingene ligger oppe under taket som et lag vanndamp, og en voldsom avkjøling er nødvendig for at de skal gjenopprette kontakt med «gølv» eller bakkenivå i det hele tatt. Avkjøling av slike forventninger kan fort ta sin tid, og i mellomtiden går vi på NAV mens vi håper at talentene våre skal bli lagt merke til og at vi skal få en mulighet til å gjøre noe som faktisk er verdt innsatsen» (Skjervheim 2012).

Denne «trygdesnylteren» oppklarte senere at selv om han hadde poengtert i kronikken at han ikke hadde fysiske handikap som hindret ham fra å ta en jobb, hadde møtet med utdanning og arbeidsliv ført til en psykisk reaksjon, som igjen førte til arbeidsuførhet og deretter NAV (*Dagbladet* 3. april 2012). Hans egen opplevelse var at det var spriket mellom forventinger og realiteter som utløste reaksjonen. Dette er i så fall et aspekt ved en endret kultur, der barn og unge oppmuntres til å ha høye ambisjoner, og der skuffelsen i verste fall kan være sykdomsutløsende når de konfronteres med hvilke muligheter de realistisk har i yrkeslivet. Det som fra sidelinja kan se ut som sviktende moral – som «naving» – kan i realiteten være en reaksjon på opplevde muligheter og kontrasten mellom disse mulighetene og egne (og andres?) forventninger.

Disse betraktningene går inn i mer generell ungdomssosiologi og i litteraturen om samfunns- og kulturendringer mer generelt. Vi skal ikke i denne rapporten gå videre på

problemstillinger av denne typen, men det kan være nyttig å ha disse bredere endringsprosessene som et bakteppe for diskusjonen om unge og mottak av ytelser.

Et annet overordnet utviklingstrekk som kan være viktig å ta inn i denne sammenhengen, er at den ungdomsgenerasjonen som er på vei over i arbeidslivet nå, er den første generasjonen som har vokst opp med full integrering av barn og unge med funksjonshemninger i skolen. De statlige spesialskolene ble nedlagt i 1992, og ansvaret for å tilby tilpasset undervisning ble overført til kommunene. Denne undervisningen tilbys innenfor rammene av det generelle skoletilbudet. Det foreligger relativt lite kunnskap om hva denne omleggingen fra spesialopplæring til opplæring i normalklasser har betydd for unge med ulike funksjonshemninger, men det er rimelig å anta at denne institusjonelle endringen også kan være en del av det totale bildet. En ny studie fra NOVA (Finnvold 2013) av barn med fysiske funksjonsnedsettelse – de fleste i utvalget hadde cerebral parese – viste at bare 43 prosent av disse deltok i vanlig klasseromsundervisning hele tida. 14 prosent gikk på egne skoler, og 43 prosent gikk på vanlige skoler, men hadde undervisning separat fra resten av klassen mesteparten av tida. Barna som var segregerte det meste av tida, hadde færre venner enn andre og deltok i liten grad i fritidsaktiviteter. Dette gjaldt i enda sterkere grad for de barna som gikk på spesialskoler: Foreldrene rapporterte at de var fornøyd med skoletilbudet disse barna fikk, men bekymret for den manglende inkluderingen blant jevnaldrende. Terje Ogden, som er professor i psykologi, understreket denne problematikken i Aftenposten da han advarte mot spesialskoler: Trivselen på slike skoler er høy, og foreldrene er fornøyd – men spesialskoleelever integreres i mindre grad enn andre i lokalmiljøet, og de utvikler i mindre grad ferdigheter de har bruk for i arbeidslivet. Ogden knyttet dette til en økt risiko for å motta uføretrygd senere i livet (Aftenposten 10. februar 2014). Gjennomgående finnes det begrenset kunnskap om hvordan måten elever med særlige behov håndteres på i grunnskolen, påvirker overgangen til yrkeslivet.

## Mulige prosjektideer

Hovedhensikten med workshopen var å ha en idédugnad om mulige forskningsprosjekter innenfor temaet ungdom og helse relaterte ytelser. Ideene kan deles i fire hovedgrupper: de som retter seg mot de unge selv, de som retter seg mot yrkeslivet, de som har hovedvekt på hjelpeapparatet, og de som retter seg mot lokalsamfunn. Det som kom fram på workshopen, er naturligvis ikke ferdig utviklede prosjekter, men snarere ideer til grep som kan gjøres for å få fram mer kunnskap om de prosessene som skaper eksklusjon.

## Prosjekter som søker forklaringer hos de unge

(1) Mening og mestring: Det finnes mye anekdotisk kunnskap om unge menneskers sviktende arbeidsmoral, urealistiske «Idol-drømmer», opptatthet av dataspill osv. Det finnes også flere studier av ungdoms planer, drømmer og ambisjoner (ref. Ung i Norge-undersøkelsene, Øia & Fauske 2010). Studiene av ungdom i «vanlige» utdannings- og jobbløp gir likevel begrenset informasjon om eksklusjonsprosessene. Hvordan ser de ungdommene som mottar helserelaterte ytelser, på situasjonen sin? Hva opplever de gir mening i livene deres, når opplever de mestring – og i hvilke situasjoner har de erfart nederlag? Hvor viktig opplever de at normen om selvforsørgelse er? Vi kjenner ikke til at det finnes noen større undersøkelser som kvalitativt intervjuer unge med helserelaterte ytelser om livshistoriene deres og om deres egne opplevelser av mening og mestring (men se Høy Anvik & Gustavsen 2012).

(2) Unge med synlig funksjonshemming: Noen unge med funksjonshemming er i jobb, andre er det ikke. Hva skiller dem som lykkes i arbeidslivet, fra dem som ikke gjør det? Hvilke funksjonshemninger framstår som de største hindrene, og hvilke forskjeller er det etter foreldres utdanning og inntekt, bosted/landsdel og etter om personen har gått på spesialskole eller ikke? Slike undersøkelser er mulige å gjøre ved hjelp av registerdata, fortrinnsvis der en har koblet til informasjon om presise diagnoser. (Finnvold (2013) presenterer en analyse av denne typen for alle aldersgrupper, men begrenser analysene til familier som har mottatt grunn- og hjelpestønad). I den grad det er mulig, vil det være interessant å se på endringer i disse mønstrene over tid. Er det en større eller mindre hindring å ha for eksempel ryggmargbrokk når en skal inn i arbeidslivet i 2010 enn det var i 1990?

(3) Longitudinelle undersøkelser av unge: Som påpekt flere ganger skjer eksklusjonsprosesser over tid. To prosjektideer legger opp til å se på utvikling over lengre perioder:

(3a) En mulighet vil være å velge ett eller to årskull i to kommuner, en med mange unge på helserelaterte ytelser og en med få, og følge disse ungdommene over tid. Hvilke faktorer har betydning i ulike kontekster? Hvilken betydning har det å komme i kontakt med hjelpeapparatet på et tidlig eller senere tidspunkt? Varierer risikofaktorene mellom kontekster? Også denne undersøkelsen kan gjøres ved hjelp av registerdata.

(3b) Registerdataanalyser kan likevel bare gi begrenset informasjon om prosesser og årsaker. Dette kan være særlig viktig når temaet er ungdom og marginalisering, der en rekke ikke-registrerte faktorer – ensomhet, mobbing, en negativ saksbehandler, en særlig støttende lærer – kan være utslagsgivende. En longitudinell kvalitativ undersøkelse, der de unge intervjues på flere tidspunkter, vil derfor kunne gi mye ekstra informasjon. Et mulig design kunne være å definere et utvalg av unge med dårlige karakterer på ungdomsskolen – en kjent risikofaktor for frafall i videregående skole og et vanskelig utgangspunkt på arbeidsmarkedet – og intervju disse med jevne mellomrom over to

eller tre år. På denne måten kan en få tilgang til både «gode» og «dårlige» historier om sårbar ungdoms møter med videregående opplæring og arbeidsmarked. Dette vil være et langsiktig og forholdsvis dyrt design, men det vil kunne gi informasjon som ikke er tilgjengelig på andre måter.

(4) Betydningen av familiekontekst: I trygdeforskningen generelt har det vært et sterkt søkelys på individforklaringer og hvordan ulike bakgrunnskjennetegn ved en enkelt person, for eksempel manglende utdanning, lav inntekt eller tidligere trygdebruk, kan predikere bestemte utfall på arbeidsmarkedet. Det er viktig å ta dette perspektivet med seg videre også for unge, men samtidig er det viktig å utvikle dette til å undersøke betydningen av familiekontekst. Kartlegginger av familiebakgrunn kunne styrke forståelsen av individers stønadsmottak og familiekonteksten de lever i. Et relevant aspekt her vil være å se på foreldres helsebakgrunn og arvelighet av helseplager.

Slike analyser kan gjennomføres på registerdata. Samtidig er det viktig å understreke at slike undersøkelser ikke nødvendigvis vil kunne bidra til å finne kausale sammenhenger, der utfall for den enkelte ungdom kan leses ut av familiebakgrunnen.

Betydningen av familieforhold er spesielt relevant for unges trygdebruk. Unge er i en livsfase der en i prinsippet skal løsrive seg fra familien for bli økonomisk uavhengig av foreldrene, fortrinnsvis forsørget av egen jobb. For unge på trygd har ikke denne livsfaseovergangen foregått i henhold til normallivsløpet, og det er viktig å se på hvilken rolle familiebakgrunn har i en slik livsfaseovergang. En mulighet for å belyse dette vil være å gjøre kvalitative intervjuer av for eksempel unge voksne mottakere av helserelaterte ytelser og deres foreldre.

### **Prosjekter som søker forklaringer i arbeidsmarkedet**

(5) Jobbene med små krav til kompetanse: Det har vært gjentatt flere ganger at det norske arbeidsmarkedet er kompetansekrevende, og at de ufaglærte jobbene forsvinner. Det er likevel fremdeles en rekke jobber som ikke har krav til formell kompetanse, ikke minst i servicesektoren. Hvis det oppleves som at terskelen inn i arbeidslivet har blitt høyere, kan det ha sammenheng med at konkurransen om de ufaglærte jobbene har økt. En årsak til dette kan være den betydelige arbeidsinnvandringen de senere årene, ikke minst av svensk ungdom som direkte konkurrerer med nordmenn i samme alder. Det ville være et interessant inntak til dette feltet å ta utgangspunkt i de ufaglærte jobbene og spørre om hvem som besetter disse nå. Har innvandrere, eller norske arbeidstakere med begrensede kvalifikasjoner, presset ut ungdom med enda lavere kvalifikasjoner?

(6) En måte å få et inntrykk av om betydningen av kompetanse har endret seg over tid, er gjennom å se på om det er forskjeller i arbeidstilknytning mellom dem som

har de laveste ferdighetene i ulike kohorter. Data er tilgjengelige, både om utdanning og bevegelser ut og inn av arbeidslivet (registerdata) og om faktisk kompetanse. Det siste er kartlagt gjennom undersøkelsen PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies), som OECD gjennomførte i 24 land, inkludert Norge, i 2011–2012. PIAAC måler kompetanse innen lesing, regning og problemløsning med IKT (Bjørkeng 2013). Analysene av studien for Norge viser, ikke uventet, at ferdighetsnivået er klart høyere blant dem som er i arbeid, enn blant dem som ikke er yrkesaktive, inkludert uføre. Men hvordan ser disse sammenhengene ut hvis en kobler PIAAC til registerdata og ser på bevegelser inn i og ut av arbeidslivet for dem med lavest ferdigheter i ulike kohorter? Har det blitt et vanskeligere arbeidsmarked for dem med lavest reelle ferdigheter? Hvor viktig er henholdsvis lesing, regning og problemløsning med IKT for å få og beholde en jobb i ulike kohorter?

(7) Arbeidsplassene som lykkes: Vi vet for lite om hva som skal til for å ta imot og beholde ungdom med en marginal posisjon på arbeidsmarkedet. Hva er suksesskriteriene på dette området? Hva kjennetegner de bedriftene som lykkes i å rekruttere og beholde unge som sliter med å etablere seg som arbeidstakere? Dette kan utforskes gjennom å kartlegge bedrifter som lykkes, og gjøre feltarbeid i et utvalg av disse.

En slik studie kan også følges opp eller kombineres med registeranalyser av hvor lenge tidligere unge mottakere av helserelaterte ytelser blir i jobb (blir jobben varig, eller returnerer de raskt tilbake til hjelpeapparatet?), hvilke typer av jobber virker å lykkes bedre med å integrere unge (når det gjelder type av yrke og bransjer)?

(8) Partene i arbeidslivet: Hva gjør de på dette området? Hvor aktivt søker de etter effektive tiltak som kan hjelpe flere som er utenfor til å komme inn? En systematisk gjennomgang av temaene i de siste årenes forhandlinger kan kaste lys over hvordan partene balanserer mellom det å fremme interessene til dem som er i jobb, og det å finne tiltak som kan hjelpe flere inn.

(9) Arbeidsgiveres holdninger til «hull i CV-en»: Det er nylig gjennomført en vignettstudie av arbeidsgiveres holdninger til å ansette innvandrere (Midtbøen & Rogstad 2012). Studien viste at søkere med utenlandsk klingende navn hadde 25 prosent mindre sjanse til å bli innkalt til intervju, selv når de var like godt kvalifiserte som søkere med norsk klingende navn. Hvordan ville dette falt ut for søkere som hadde uforklarte hull i CV-en, eller som oppgir at de har en lettere psykisk lidelse? Teknisk er det fullt mulig å bruke vignettmetoden til å få et inntrykk av arbeidsgiveres manøvrering i møte med jobbsøkere som har spesielle utfordringer.

### **Prosjekter som søker forklaringer i hjelpeapparatet**

(10) Endringer i utformingen av trygdesystemet og hjelpeapparatet: De siste årene har trygdepolitikken tatt en sterk dreining i retning av arbeidslinjen. Sammen med NAV-reformen har dette bidratt til å viske ut noen av skillelinjene mellom trygd og tjenester. Det vil si at det ikke er mulig å motta en midlertidig, helsereelatert ytelse uten at en samtidig forplikter seg til å benytte den oppfølgingen og de tjenestene NAV tilbyr. Bruk av midlertidige, helsereelaterte ytelser legger derfor sterke føringer for aktivitet og avklaring for arbeid. Det er flere aspekter knyttet til utformingen av dette «regimet» og hvordan det forholder seg til og fungerer for inkluderingen av unge i arbeidslivet. Et aspekt er å vurdere selve kvaliteten på de tjenestene som gis til unge. Hvilke muligheter og begrensninger har de NAV-ansatte til å yte hjelp? Hva slags hjelp kan de gi, og er denne hjelpen tilstrekkelig og ønskelig? Her ligger det også føringer og begrensninger for at NAV-tiltakene kan være arbeidsmarkedskvalifiserende, men ikke nødvendigvis gi formell kompetanse. Og hva med de etiske aspektene ved at «alle» skal i aktivitet og inn i arbeidslivet? Dette må skje innenfor en begrenset tidsramme – nå på fire år, som er så lenge en i utgangspunktet kan motta arbeidsavklaringspenger.

(11) Arbeidsavklaringspenger som trygdereform og konsekvenser for unge mottakere: I 2010 ble de tre ulike midlertidige helsereelaterte ytelsene slått sammen til én, samtidig ble det gjort obligatorisk å innføre en metodikk med arbeidsevnevurderinger i NAV. Det ble også satt en tidsbegrensning på fire år på å motta en midlertidig, helsereelatert ytelse. Ytelsene tildeles personer i yrkesaktiv alder generelt, og utfordringene når det gjelder å komme inn i arbeidslivet for mottakere av arbeidsavklaringspenger, er åpenbart svært sammensatte og komplekse. Det vil være nyttig i nær framtid å se særskilt på hvordan denne omleggingen har fungert for oppfølgingen og arbeidsmarkedsintegrasjonen av unge spesielt. Den institusjonelle utformingen kan være med på å sette ulike premisser, som kan føre til bestemte utfall. Et spørsmål er om disse endringene har fått andre konsekvenser for unge enn for noe eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger. Et aspekt er hva tidsbegrensningen på fire år (for arbeidsavklaringspenger) gjør, et annet er i hvilken grad hjelpeapparatet sluser unge over i helsereelaterte ytelser fordi det er der NAV er best rustet til å møte dem som trenger hjelp, og som for eksempel ikke har rett til sykepenger eller dagpenger. Det vil si at en evaluering av hvordan ordningen med arbeidsavklaringspenger fungerer for unge, også må ses i lys av hvilke andre trygder og tjenester unge NAV-brukere benytter.

(12) Legenes rolle: Alle som får en helsereelatert ytelse, har fått legeerklæring på at de – varig eller midlertidig – ikke er i stand til å jobbe. Det finnes imidlertid flere studier som viser at leger har ulik praksis når det gjelder å gi slike erklæringer (f.eks. Terum & Nergaard 2001; Carlsen 2008; Markussen mfl. 2011; Markussen, Røed & Røgeberg 2013). Legenes vurderinger vil avhenge av mange faktorer, og det er sannsynlig at alder

er en av dem. Variasjonene mellom leger kan med andre ord være annerledes når det er snakk om pasienter under 30 år, enn når pasientene er eldre, og legene kan legge vekt på andre faktorer når pasientene er helt unge.

Terum og Nergaard (2001) brukte vignettmetoden for å kartlegger forskjeller i vurderinger blant leger i møte med pasienter med diffuse muskelsmerter og psykiske plager, men disse fiktive pasientene var henholdsvis 39 og 56 år. Hvordan hadde vurderingene vært hvis pasientene var 22 og 26? I og med at det foreligger en studie fra 2001, vil denne tilnærmingen også gjøre det mulig å si noe tentativt om endringer over tid.

(13) Erfarne ansattes opplevelser av endringer over tid: I kvalitative intervjuer med saksbehandlere og andre som dreier seg om ulike sider ved hjelpeapparatets rolle, vil informantene ofte reflektere over ulike sider ved jobben som har endret seg over tid. Disse refleksjonene er likevel sjelden hovedtema i studiene og blir ofte ikke rapportert. Som en kilde til faktisk endring over tid vil slike data ha betydelige feilkilder, men som et inntak til ansatte i hjelpeapparatets *opplevelse* av endring kan de ha en verdi. Erfarne leger og NAV-ansatte vil ha møtt mange unge gjennom flere år, og vil ha en følelse av om det er temaer som går igjen i 2014 og senere som en ikke støtte på tidlige.

### **Prosjekter som søker forklaringer i lokalsamfunn**

(14) Geografiske mønstre: Antallet unge som mottar helserelaterte ytelser, er lavt, og tallene for dette er ikke gjennomgående analysert. NAV publiserer jevnlig tall for mottak av helserelaterte ytelser etter alder, kjønn og fylke, men disse bakgrunnsfaktorene kobles ikke sammen i den publiserte statistikken. Dermed har vi lite kunnskap om alders- og kjønnsfordeling etter fylke og kommune og eventuelle endringer i denne over tid. I Oslo vil det være ønskelig å korrigere tallene for innvandrerbakgrunn, for å teste en hypotese om at økningen i stor grad skyldes unge med utenlandskfødte foreldre. En slik kartlegging vil være relativt enkel å gjøre med basis i registerdata.

(15) Smitteeffekter og «vippepunkter»: Det finnes studier som viser at mottak av uførepensjon har en tendens til å «smitte» i lokalsamfunn (Lindbeck, Palme & Persson 2008; Rege, Telle & Votruba 2012). Det er rimelig å anta at dette også vil gjelde for unge mottakere av ulike helserelaterte ytelser, men mekanismene og mønstrene kan være annerledes for unge enn for eldre. Unge antas å være særlig orientert mot andre i samme alder, slik at både positive og negative spiraler må antas å utvikle seg spesielt heftig når en ser på de yngre aldersgruppene. Det vil være ekstra interessant i denne sammenhengen å identifisere «vippepunkter»: Hvor mange må motta ytelser i et lokalmiljø før smitteeffekten gjør seg gjeldende?

## Avslutning

I dette kapitlet har vi søkt å peke på noen veier framover for forskningen om unge mottakere av helserelaterede ytelser. Kapitlet bygger i stor grad på en intern workshop som ble holdt på Fafo i februar 2014.

Forskning på dette temaet må legge til grunn at det ikke finnes en overordnet historie som kan forklare økningen i antallet unge med helserelaterede ytelser. Sammenhenger vil være sammensatte og delvise. Fragmenter av forklaringer kan søkes både i forståelsen av sykdom – både blant leger og i befolkningen – i utviklingen av arbeidslivet (kompetansekrav, konkurranse om jobber), i måten mennesker med funksjonsnedsettelse møtes på i skole, arbeidsliv og hjelpeapparat, og i generell ungdomssosiologi. Litteraturen på disse feltene er spredt, og det er lite kommunikasjon mellom studier av frafall i videregående skole, studier av bruk av helserelaterede ytelser og ungdomsstudier. Det er en utfordring å utvikle studier som trekker på innsikter fra alle disse feltene, samtidig som en holder fast i forståelsen av at det finnes flere enn ett svar.

Studier som konkret forsøker å forstå økningen i antallet unge mottakere av helserelaterede ytelser, kan søke svar hos de unge selv, i arbeidslivet, i hjelpeapparatet og i lokalsamfunnene der de unge bor. Både kvalitative intervjuer, registerdata og bedre utnyttelse av foreliggende data (som OECDs PIAAC) kan gi verdifull informasjon om prosessene som fører til at noen blir mottakere av helserelaterede ytelser i ung alder.



## Referanser

- Anvik, C. H. & Gustavsen, A. (2012). *Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid*. Bodø: NF-rapport nr. 13/2012.
- Barth, E. & von Simson, K. (2012). Ungdomsarbeidsledighet og konjunkturer. Økonomiske analyser, 5/2012. Oslo: SSB.
- Bäckman, O., Jakobsen, V., Lorentzen, T., Österbacka, E. & Dahl, E. (2011). *Dropping out in Scandinavia. Social Exclusion and Labour Market Attachment among Upper Secondary School Dropouts in Denmark, Finland, Norway and Sweden*. Arbetsrapport 2008:11. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier
- Becken, L-E. (1996). *Unge uførepensjonerte – en beskrivelse av kjennetegn ved uføre som er mellom 20 og 40 år*. INAS-notat 1996:3.
- Berg, H. & Thorbjørnsrud, T. (2009). Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*, 3, 389–399.
- Bjerkedal, T. (1998). Uførepensjonering i ung alder i Norge i årene 1976–96. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118, 2305–7.
- Bjerkedal, T., Gogstad, A. & Enger, N. (2000). *Uførepensjonering av unge mennesker i Norge. En gjennomgang av saksdokumenter for 239 personer i alderen 16–34 år som ble uførepensjonert i 1992–1997*. Rikstrygdeverket Utredningsavdelingen, rapport 07/2000.
- Bjørkeng, B. (red.) (2013). *Ferdigheter i voksenalderen. Resultater fra den internasjonale undersøkelsen om lese- og tallforståelse (PIAAC)*. Statistisk sentralbyrå, Rapport 42/2013.
- Blekesaune, M. (2005). *Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra?* Oslo: NOVA-rapport 8/05.
- Blekesaune, M. & Dale-Olsen, H. (2010). Kapittel 12 Sykdom og Sykefravær. I Bay et al. (red.) *De norske trygdene. Framvekst, forvaltning og fordeling*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brage, S. & Bragstad, T. (2011). *Unge på arbeids- og helserelaterte ordninger*. NAV-Rapport 1/2011.

- Brage, S. & Thune, O. (2009). Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25–39 år. *Arbeid og Velferd*, 1.
- Brage, S. & Thune, O. (2008). Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977–2006. *Arbeid og Velferd*, 3.
- Bratberg, E., Nilsen, Ø. A. & Vaage, K. (2012). Is Reciprocity of Disability Pension Hereditary? *IZA Discussion Paper*, No. 6508. April.
- Bratsberg, B. & Røed, K. (2011). Kan demografi forklare veksten i uførhet? *Søkelys på arbeidslivet*, 01-02/2011.
- Bruusgård, D., Smeby, L. & Claussen, B. (2010). Education and disability pension: stronger association than previously found. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010 (0), 1–5.
- Bråten, M., Andersen, R & Svalund, J. (2008). *HMS-tilstanden i Norge 2007*. Oslo: Fafo-rapport 2008:21.
- Bø, T. P. & Håland, I. (2002). *Dokumentasjon av arbeidskraftundersøkelsen (AKU)*. Notater: 2002/24. Oslo: SSB.
- Carlsen, B. (2008). Dobbeltmoralens voktere? Intervjuer med fastleger om sykemelding. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 11(4), 259–275.
- Dahl, E. & Lorentzen, T. (2003). Explaining Exit to Work among Social Assistance Recipients in Norway Heterogeneity or Dependency? *European Sociological Review*, 19(5), 1–18.
- Dahl, G. B., Kostøl, A. R. & Mogstad, M. (2013). *Family Welfare Cultures*. Oslo: NBER Working Paper No. 19237.
- Dale-Olsen, H. & Røed, M. (2012). Ufør av kollegaers uførhet? I S. Stjernø & E. Øverbye (red.), *Arbeidslinja. Arbeidsmotivasjonen og velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Djuve, A. B., Nielsen, R. A. & Strand, A. H. (2012). *Kvalifiseringsprogrammet og sosialhjelpsutgiftene*. Oslo: Fafo-rapport 2012:63.
- Daatland, S. O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA-rapport 7.
- Ekspertgruppeutvalg (2010). «Mykletunutvalget». *Rapport om tiltak for reduksjon i sykefravær*. Arbeids- og sosialdepartementet.

- Eurofound (2012). *NEETs – Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Falck, T. & Nyhus, O. H. (2009). *Frafall fra videregående opplæring og arbeidsmarkedstilknytning for unge voksne*. SØF-rapport nr. 07/09 Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Fevang, E. & Røed, K (2006). *Veien til uføretrygd i Norge*. Oslo: Rapport 10/2006, Frischsenteret.
- Fevang, E., Røed, K., Westlie, L. & Zhang, T. (2004). *Veier inn i, rundt i og ut av det norske trygde- og sosialhjelpssystemet*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Finnvold, J. E. (2013). *Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar*. Oslo: NOVA-rapport 12/2013.
- Fløtten, T. & Grødem, A. S. (2014). *Helhetlige tiltak mot barnefattigdom. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Fafo-rapport 2014:18.
- Fløtten, T. m.fl. (2011). *Kunnskap om fattigdom i Norge. En oppsummering*. Oslo: Fafo-rapport 2011:21.
- Furlong, A. (2006). Not a very NEET solution: representing problematic labour market transitions among early school-leavers. *Work Employment and Society*, 20(3), 553–569.
- Furlong, A. & Hammer, T. (red.) (2001). *Youth Unemployment and Marginalisation in Northern Europe*. Oslo: NOVA Rapport 18/00.
- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. Oslo: Fafo-rapport 2012:62.
- Gogstad, A. & Bjerkedal, T. (2001). Stadig flere unge uføretrygdede. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121, 1452–6.
- Grødem, A. S. & Aspøy, T. (2013). *Konkurransetsatt kompetanse. Om NAVs arbeid med AMO-kurs for minoritetsspråklige*. Oslo: Fafo-rapport 2013:26.
- Halvorsen, B., Hansen, O.-J., & Tägtström, J. (2013). *Young people on the edge (summary). Labour market inclusion of vulnerable youths*. TemaNord 2013:536.

- Hagesæther, P. V. & Svarstad, J. (2014, 11. februar). Professor: - Kort vei fra spesialskole til uføretrygd. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Professor---Kort-vei-fra-spesialskole-til-uforetrygd-7464520.html>
- Hansen, M. N. & de Vibe, U. (2005). Behov for sosialhjelp og uføretrygd: Individuell ulikhet eller sosial arv? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 22(2), 149–156.
- Hatland, A. (2012). Tendenser og utfordringer. I A. Hatland (red.), *Veivalg i velferds-politikken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hatland, A. & Øverbye, E. (2011). Syk eller arbeidsledig? I A. Hatland (red.), *Veivalg i velferdspolitikken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hegna, K., Ødegård, G. & Strandbu, Å. (2013). En «sykt seriøs» ungdomsgenerasjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(4), 374–377.
- Hellevik, T. (2008). Sosial reproduksjon i etableringsfasen: betydningen av foreldres økonomiske støtte. *Sosiologisk tidsskrift*, 16(1), 55–77.
- Hernes, G. (2010). *Gull av gråstein. Tiltak for å redusere frafall i videregående opplæring*. Oslo: Fafo-rapport 2010:03.
- Hyggen, C. (2013). Søkelys på Norden: Unge i og utenfor arbeidsmarkedet i Norden. *Søkelys på arbeidslivet*, 30.
- Hyggen, C. (2009). Unge arbeidsuføre – livsløp og risiko. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(2), 80–93.
- Hyggen, C. (2006). Risks and resources: Social capital among social assistance recipients in Norway. *Social Policy & Administration*, 40.
- Kann, I. C., Kristoffersen, P. & Thune, O. (2013). Arbeidsavklaringspenger – gjennomføring og avgang fra ordningen. *Arbeid og Velferd*, 1-2013, 41–57.
- Knardahl, S., Labriola, M., Lund, T. & Sterud, T. (2010). *Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet. Utredning for HODs utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren*. Stami/Iris.
- Kostøl, A. R. (2010). Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting. *Upublisert manuskript til Almlidutvalget (2010)*.
- Kostøl, A. R. & Mogstad, M. (2012). *How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work*. Statistisk sentralbyrå: discussion papers no. 688.

- Kostøl, A. R. & Telle, K. (2011). Sykefraværet de siste tiårene. Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen, 1*, 4–14.
- Krokstad, S., Johnsen, R. & Westin, S. (2002). Social determinants of disability pension: A 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology, 31*(16), 2468–81.
- Künemund, H. & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society, 19*, 93–121.
- Lindbeck, A., Palme, M. & Persson, M. (2008). Social interaction and sickness absence. CESifo working paper 2215.
- Linton, S. (2010). *The role of psychological factors in the development of work disability with a focus on musculoskeletal pain*. Kunnskapsoppsummering til Almlidutvalget.
- Lorentzen, T. (2006). Income Dynamics in Norwegian Families on Social Assistance: A panel study of a social assistance cohort. *European Journal of Social Security, 8*, 279–299.
- Lorentzen, T. & Dahl, E. (2003). Explaining exit to work among social assistance recipients in Norway: Heterogeneity or Dependency. *European Sociological Review, 19*(5), 519–536.
- Lorentzen, T. & Nielsen, R. (2008). *Går fattigdom i arv? Langtidseffekter av å vokse opp i familier som mottar sosialhjelp*. Oslo: Fafo-rapport 2008:14.
- Markussen, S., Røed, K. & Røgeberg, O. (2013). *The Changing of the Guards: Can Physicians Contain Social Insurance Costs?* IZA DP no 7122.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. & Gaure, S. (2011). The Anatomy of Absenteeism. *Journal of Health Economics, 30*, 277–292.
- Midtbøen, A. H. & Rogstad, J. (2012). *Diskrimineringens omfang og årsaker*. Oslo: ISF-rapport 2012:1.
- Murray, C. (1990). *The Emerging British Underclass*. London: IEA Health and Welfare Unit.
- Murray, C. (1984). *Losing Ground: American Social Policy, 1950–1980*. New York: Basic Books.
- Mykletun, A. (2013). Unge, uføretrygd og psykiske lidelser. I T. Olsen & J. Tägtström (red.), *For det som vokser. Unge, psykisk uhelse og tidlig uførepensjonering i Norden. En antologi*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.

- Mykletun, A. & Øverland, S. (2007). Er nedsatt funksjonsevne blant uføretrygdede alltid en konsekvens av medisinske diagnoser og symptomer? *Tidsskrift for velferdsforskning* 1/2007.
- Mykletun, A. m.fl (2012). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktivisering- og nærvervsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.2010*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Mykletun, A. mfl. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet Rapport 2009:8.
- Nordberg, M. & Røed, K. (2002). *Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle*. Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning, Rapport 2.
- NOU 2011: 7 *Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid*. Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2010: 13 («Almlidutvalget») *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2007: 4 *Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2004: 13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Sosialdepartementet.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>.
- OECD (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. OECD Publishing.
- OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland. Vol. 1*. OECD Publishing.
- Olsen, B. & Thi Van (2007). *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2007*. SSB rapport 2007/40. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Olsen, T. & Tägtström, J. (2013). Innledning. I T. Olsen & J. Tägtström (red.), *For det som vokser. Unge, psykisk ubehag og tidlig uførepensjonering i Norden. En antologi*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Ose, S. O. m.fl. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. Rapport A11947. SINTEF Helse.

- Pedersen, A. W. (2013, 17. juli). Oppdratt til trygd. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.samfunnsforskning.no/Publikasjoner/Kronikker-og-andre-artikler/2013/2013-011>
- Quintini, G. & Martin, S. (2006). *Starting Well or Losing their Way? The Positions of Youth in the Labour Market in OECD Countries*. Paris: OECD.
- Rege, M., Telle, K. E. & Votruba, M. (2012). Social Interaction Effects in Disability Pension Participation: Evidence from Plant Downsizing. *The Scandinavian Journal of Economics* 114(4), 1208–1239.
- Rikstrygdeverket (2006). *Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet. Rapport nr. 06/2006*
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E. & Tell, G.S. (2005). Testing the job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55(6), 463–473.
- Skilbrei, M. (2005). *Unge uføres avgang fra arbeidslivet – en kunnskapsoversikt*. Oslo: NOVA Skriftserie 5/05.
- Skjervheim, V. (2012, 31. mars). En «trygdesnylter» bekjennelser. *Dagbladet*.
- Skrede, K. & Wiik, K. Aa.(2012). Forsørgelsesstruktur og inntektsfordeling: Mer likestilling og større ulikhet? I A. L. Ellingsæter & K. Widerberg (red.), *Velferdsstatens familier. Nye sosiologiske perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Social Exclusion Unit (1999). *Bridging the gap: New opportunities for 16-18 years olds not in education, employment or training*. Report presented to Parliament July 1999.
- SSB (2013). Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2007-2012. Hentet fra <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen/aar/2013-05-28>
- Stenberg, S. A. (2000). Inheritance of welfare reciprocity: An intergenerational study of social assistance reciprocity in postwar Sweden. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 228–239.
- St.meld. nr. 46 (2012-2013). *Flere i arbeid*. Arbeidsdepartementet.
- St.meld. nr. 9 (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Terum, L. I. & Nergaard, T. B. (2001). Uførepensjon og likebehandling. Legar og trygdefunksjonærer som portvakter ved fordeling av offentlige gode. I A-H. Bay, B. Hvinden & C. Koren (red.), *Virker velferdsstaten?* Kristiansand: Høy-skoleForlaget.

- Van der Wel, K. (red.) (2006). *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. Oslo: Høgskolen i Oslo, rapport 2009/ 26.
- von Soest, T. M. (2012). Tidstrender for depressive symptomer blant norske ungdommer fra 1992 til 2010. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, Vol. 12.
- VAM (2013). Velferdsordningene. Temanotat. Tilgjengelig på [http://www.forskningsradet.no/prognnett-vam/Nyheter/Tre\\_temanotater\\_publicert\\_Velferd\\_arbeidsinnvandring\\_og\\_ungdom/1253985843290/p1232443453173](http://www.forskningsradet.no/prognnett-vam/Nyheter/Tre_temanotater_publicert_Velferd_arbeidsinnvandring_og_ungdom/1253985843290/p1232443453173) (skrevet av Anne Skevik Grødem og Anne Hege Strand)
- Øia, .T & Fauske, H. (2010). *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Østby, K. A., Ørstavik, R. E., Knudsen, A. K. & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). *Health problems account for a small part of the association between socioeconomic status and disability pension award*. Results from the Hordaland Health Study.
- Aakvaag, G. C. (2013a, 1. september). Hva skal dagens unge bruke stemmeretten til? *Aftenposten*.
- Aakvaag, G. C. (2013b, 9. september). Generasjon søker prosjekt. Aftenposten.*





# Unge mottakere av helselerelaterte ytelseser

I denne rapporten undersøker vi utviklingen i bruken av helselerelaterte ytelseser blant unge voksne gjennom en tjuetårsperiode. Videre ser vi på gruppen av unge NEET – unge utenfor arbeid, utdanning og opplæringsstiltak. Hvor stor andel av disse mottar en form for offentlig forsørgelse, og hvor stor andel forsørges av familien? I siste del av rapporten gjennomgår vi forskningslitteraturen om unge utenfor, og vi presenterer forklaringer og hypoteser om unges utenforskap som har vært lansert de siste åra.



**Fafo**

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 2014:37  
ISBN 978-82-324-0139-0  
ISSN 0801-6143  
Bestillingsnr. 20384