

# UNG UFØRHET OG PSYKISK SYKDOM

Søren Brage og Ola Thune

## Sammendrag

*I 2013 hadde 11 000 personer mellom 18 og 29 år varig uføretrygd. Hvert år tilkommer ytterligere 1 700 nye uføretrygdede i samme alder. Av disse nye unge uføretrygdede er hvert år rundt 500 mellom 18 og 19 år. Det har vært en markert vekst i andelen 18- til 19-åringer med uføretrygd, og det er denne aldersgruppen som til stor del forklarer økningen i nye unge uføre.*

*Når det gjelder diagnoser, er de unge uføre en svært blandet gruppe. De viktigste medisinske årsakene til uføretrygd i alderen 18–19 år er psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik, som for eksempel Downs syndrom. Økningen i uføretrygd blant 18- til 19-åringer i perioden 1977–2012 skyldes trolig flere faktorer, blant annet lavere spedbarnsdødelighet ved alvorlige medfødte sykdommer, lavere dødelighet blant for tidlig fødte, og antagelig også framveksten av bedre velferdsordninger.*

*I alderen mellom 20 og 24 år var den vanligste årsaken til uføretrygd frem til 1998 også utviklingshemming, men deretter har andre psykiske lidelser blitt vanligere. De som får innvilget uføretrygd i alderen 25–29 år har oftest andre sykdommer, først og fremst alvorlige psykiske lidelser som dype utviklingsforstyrrelser, atferds- og personlighetsforstyrrelser samt depresjons- og angstlidelser. Denne aldersgruppen har gjerne hatt mer tilknytning til arbeidslivet og vil trolig ha større nytte av arbeidsrettede tiltak, sammenliknet med de aller yngste som blir uføretrygdet.*

*Bedre og mer presis diagnostikk kan ha ført til et økt antall unge uføre, ved at flere har fått kartlagt og avdekket et behov for uføretrygd.*

## Mange unge står utenfor arbeidslivet

Andelen mottakere av sykdomsrelaterte ytelser blant unge er høyere i Norge enn i mange andre europeiske land (OECD 2008). Spesielt har det vakt bekymring at unge mennesker med psykisk sykdom har lav arbeidsdeltakelse og tidlig får trygdeytelser (OECD 2013). I en tidligere artikkel viste vi at et økende antall personer i alderen 18–24 år har fått innvilget uføretrygd siden 1977 (Brage og Thune 2008). Dette skyldtes i hovedsak økning i alvorlige, psykiske lidelser. Det var også en økning i nye tilfeller av uføretrygd blant personer i alderen 25–39 år, men økningen i denne aldersgruppen skyldtes i større grad flere angst- og depressive tilstander (Brage og Thune 2009). På grunn av innføringen av arbeidsavklaringspenger (se faktaboks) og den økte oppmerksomheten på ung uførhet, kan det ha skjedd endringer siden 2008 i hvor mange unge som får uføretrygd. Vi har derfor ønsket å undersøke den seneste utviklingen i nye tilfeller av uføretrygd blant personer under 30 år i et medisinsk perspektiv. Særlig har vi ønsket å se nærmere på dem som får uføretrygd svært tidlig, det vil si ved 18–19 års alder.

Formålet med artikkelen er å beskrive utviklingen i nye tilfeller av uføretrygd fra 1977 til 2013 for aldersgruppen 18–29 år og hvor stor andel av disse som hadde fått uføretrygd da de var 18 og 19 år gamle. Vi beskriver også hvilke diagnoser som ligger til grunn for uføretrygd og hvordan disse diagnosene har endret seg i perioden 1977–2012.

## Data og metode

Fra registrene over uføretrygd i NAV 1977–2013 brukte vi opplysninger om alder, kjønn, diagnoser og hvilket år uføretrygd ble innvilget. Vi brukte persons alder ved tilgangstidspunktet. Siden noen kan få etterbetalt uføretrygd, kan våre estimater av antall uføretrygdede i de lavere aldre være noe for lavt. Denne unøyaktigheten er imidlertid den samme i hele perioden og påvirker ikke utviklingstrekkene. I analysene brukte vi *primærdiagnosen*, som er den medisinske hovedårsaken til nedsatt arbeidsevne. Siden 1977 er det blitt foretatt endringer i diagnoseklassifi-

## Diagnoseklassifisering og koding

Diagnosene ved uføretrygd er kodet i Rikstrygdeverket og NAV på basis av innsendte legeerklæringer. Arbeidet har vært utført av en egen kodeenhet under ledelse av overlege. Kodingen av uføretrygddiagnoser har blitt gjort etter ICD (International Classification of Diseases). Frem til 31.12.1982 ble sjuende utgave av ICD brukt (ICD-7), deretter ICD-8 (1.1.1983 – 31.03.1987), ICD-9 (1.4.1987 – 31.12.1997) og ICD-10 (fra 1.1.1998). Til denne artikkelen er alle tidligere diagnoser omkodet til ICD-10.

Til artikkelen satte vi sammen sykdomsgrupper basert på hvilke sykdommer som er de vanligste årsakene til uføretrygd i alderen 18–29 år. Sykdomsgruppene var:

- Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming (ICD-10 kode F00-F69 og F80-F99)
- Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik (F70–79 og Q00-Q99)
- Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
- Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet (M00-M99)
- Alle andre sykdommer (resterende ICD-10 koder)

Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming ble også delt i undergrupper:

- Organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser (F00-F09; F20-F29; F84)
- Atferds- og personlighetsforstyrrelser (F50-F69; F80-F83; F88-F98)
- Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser (F30-F48)
- Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk (F10-F19)

seringer og koding i uføretrygdregistrene (se faktaboks).

I de fleste årene mellom 1977 og 2012 var opplysningene om diagnoser tilfredsstillende. Mindre enn 7 % av sakene manglet diagnose. I 1984 var imidlertid diagnosemangelen 46 % og i 1991 og i perioden 2006–2012 manglet diagnoser i opp til 16 % av tilfellene. Diagnosedata forelå ved arbeidet med denne artikkel bare frem til utgangen av 2012.

I mange uføresaker er de diagnostiske opplysningene basert på både erklæringer fra fastlege og spesialist-erklæringer fra psykolog, nevropsykolog eller psykiater. Vi antar derfor at gyldigheten av diagnosene er akseptabel. Bruken av diagnoser har endret seg i løpet av den lange perioden 1977–2012. Noen diagnoser, slik som kromosomavvik, ADHD, personlighets-

forstyrrelser, autisme og Aspergers syndrom, har blitt vanligere å bruke. Andre diagnoser, som angstlidelser og depressive tilstander, har fått tydeligere definisjoner. Slike endringer påvirker fordelingen mellom ulike diagnosegrupper i statistikken.

I tidligere artikler om utviklingen i uføreytelser blant unge personer (Brage og Thune 2008; 2009) oppga vi samlede tall for uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad. Vi presenterer i denne artikkelen tallene atskilt, siden de personer som fortsatt hadde tidsbegrenset uførestønad i 2010 ble overført til arbeidsavklaringspenger.

I figur 1 og 2 gis absolutte tall for nye uføretrygdede. For å sette endringer i antallet nye uføretrygdede i forhold til befolkningsveksten, viser vi *uføretrygdrater* fra figur 3 og utover. Dette er da det årlige antallet nye uføretrygdede dividert med landets befolkning i samme aldersgruppe per 1. januar i angjeldende år. Raten angis pr 100 000. Personer som allerede hadde uføretrygd er da ikke inkludert.

### Økning i uføretrygd blant personer under 30 år

Antallet nye unge mottakere av uføretrygd har økt betydelig over tid (figur 1). I 1977 ble til sammen 810 personer under 30 år uføretrygd, i 2013 var antallet fordoblet til 1 700. I samme periode økte befolkningstallet i samme aldersgruppe med kun 8 prosent, slik at økningen i uføretrygd blant unge har vært langt sterkere enn befolkningsveksten skulle tilsi. Økningen har vært sterkest blant de aller yngste. I aldersgruppen under 20 år ble mellom 200 og 300 personer uføretrygd hvert år frem til år 2000. Deretter var det en jevn økning til dagens nivå på rundt 600 hvert år. Aldersgruppen 20–24 år viser en jevnere økning fra rundt 200 nye uføretrygdede i 1977 til mellom 400 og 500 i dag. Blant personer i alderen 25–29 år var det en kraftig økning mellom 1977 og 1999. Da økte det årlige antallet nye uføretrygdede fra 300 til 900. Deretter var det en betydelig nedgang frem mot år 2007, spesielt uttalt etter 2004. Etter 2008 har det årlige antallet på ny økt kraftig blant 25- til 29-åringene.

De store svingningene i antall nye uføretrygdede i alderen 25–29 år (og i en viss utstrekning de mellom

### Uføretrygd, tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger

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

Før 1998 kunne uføretrygd bli gitt til personer i alderen 16–67 år, deretter ble aldersgrensene endret til 18–67 år. I de lange tidsserier som presenteres i artikkelen er aldersgruppene 16–17 år og 18–19 år slått sammen.

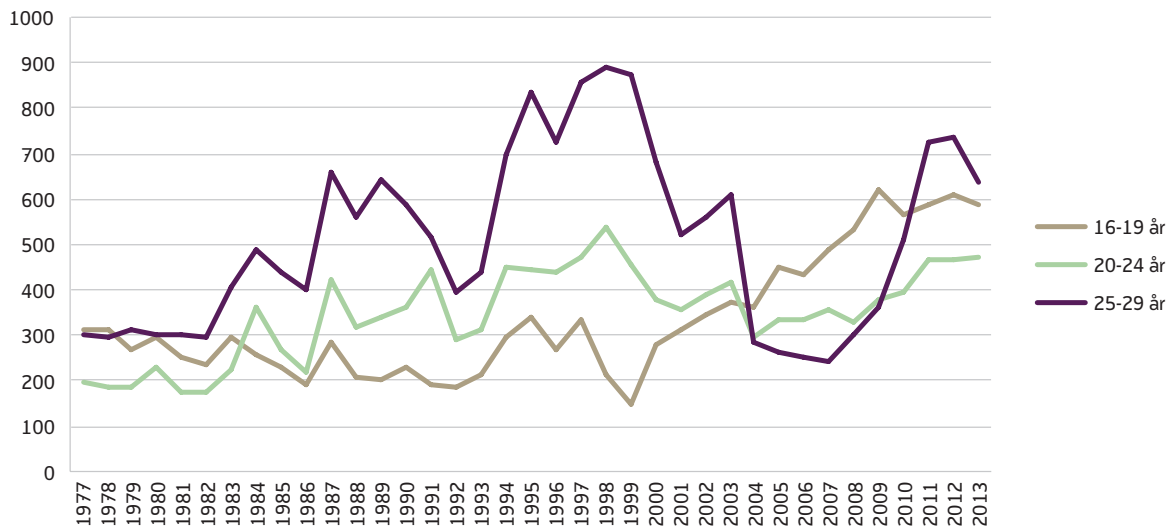
I perioden 1. januar 2004 – 1. mars 2010 ble også tidsbegrenset uførestønad brukt. Denne ytelsen ble gitt til personer som oppfylte vilkårene for uføretrygd, men der det ble vurdert å være muligheter for at arbeidsevnen på lang sikt kunne bli bedre. Den øvre grensen for varigheten av tidsbegrenset uførestønad var fire år, men det var mulig å forlenge den ytterligere.

Arbeidsavklaringspenger er en midlertidig, helserelatert ytelse, som kan innvilges til personer som har fått arbeidsevnen nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom. Det kreves at man enten er under aktiv behandling, deltar i et aktivt tiltak, eller anses å ha en viss mulighet for å komme i arbeid. Ordningen ble innført 1. mars 2010 og erstattet da rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Arbeidsavklaringspenger kan innvilges i inntil fire år.

20 og 24 år) skyldes antagelig endringer i regelverket. Den kraftige økningen frem mot 1998 kan settes i sammenheng med begrensninger i rehabiliteringsordningen som ble innført i juli 1993 (Nygård 1998; Bragstad og Brage 2011). Rehabiliteringspenger hadde tidligere kunnet bli gitt for flere år, men ble nå begrenset til ett år. Mange yngre mottakere fikk stoppet rehabiliteringspengene sine, og i stedet innvilget uføretrygd. Nedgangen fra 2000 skyldes antagelig at trygdeetaten fra og med det året ble pålagt å praktisere en skjerpet kvalitetssikring ved behandling av uførepensjonssaker (Kristoffersen 2005). Likeså ble attføringsvilkåret strammet inn. Målet med innskjerpingen var å motvirke varig uførepensjonering og få flere i arbeid, særlig blant yngre.

Det enda lavere antallet nye mottakere av uføretrygd i 2004–2009 skyldtes innføringen av tidsbegrenset uførestønad (figur 2). Blant de unge var det i særlig grad 25- til 29-åringene som fikk tidsbegrenset uføre-

**Figur 1.** Antall nye mottakere av uføretrygd i 1977–2013, etter aldersgruppe<sup>1</sup>



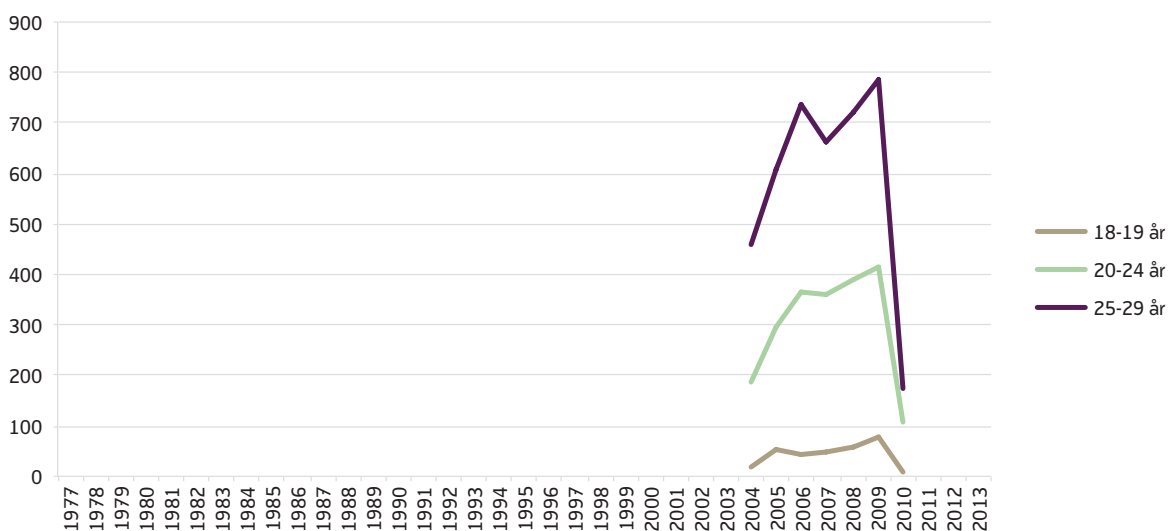
Kilde: NAV

<sup>1</sup> Den årlige tilgangen av nye uføretrygdede ble etter våre beregninger noe lavere enn hva den offisielle statistikken fra nav.no viser. Dette skyldes at vår lengre tidsserie gjorde det mulig å fjerne dobbeltregistreringer i større grad.

stønad i stedet for uføretrygd. I 2006 fikk 253 personer i denne aldersgruppen uføretrygd, mens 738 fikk tidsbegrenset uførestønad. Også i aldersgruppen 20–24 år

ble tidsbegrenset uførestønad brukt i stort omfang, men betydelig mindre i gruppen 18–19 år.

**Figur 2.** Antall nye mottakere av tidsbegrenset uførestønad 1977–2013, etter aldersgruppe



Kilde: NAV

Flertallet av de som fikk tidsbegrenset uførestønad ble seinere innvilget uføretrygd. Etter nærmere fire år hadde 70 prosent av de med tidsbegrenset uførestønad og overgang til arbeidsavklaringspenger fått uføretrygd (Kann og Kristoffersen 2014). Noen har imidlertid kommet tilbake i lønnet arbeid. Noe forenklet kan det sies at tidsbegrenset uførestønad som regel utsatte tidspunktet for uføretrygd. Hvis man ser begge disse ytelsene i sammenheng, forsvinner nedgangen i perioden 2004–2010 blant nye unge mottakere av uføretrygd.

### De fleste uføretrygdede er over 30 år

Det faktiske antallet nye uføretrygdede påvirkes av befolkningsveksten i de ulike aldersgruppene. I fortsettelsen viser vi derfor uføretrygdrater. I hele perioden var disse ratene langt høyere for aldersgruppen 30–66 år enn for de yngre aldrene. Det vil si at vi finner det store volumet av uføretrygdede i alderen over 30 år (figur 3). Også for denne aldersgruppen ser vi en merkbar nedgang i 2004–2010 som konsekvens av at mange fikk innvilget tidsbegrenset uførestønad.

I første del av perioden frem til 1993, lå uføretrygdratene for 18- til 19-åringene forholdsvis stabilt rundt 200 nye uføre pr 100 000 (figur 4). Deretter har det

skjedd en betydelig økning frem mot i underkant av 500 nye uføre per 100 000 i 2013. Det har også vært en økning blant 20- til 24-åringene og 25- til 29-åringene, men den har vært svakere.

Økningen blant 18- til 19-åringene kan altså ikke skyldes befolkningsveksten. Andre mulige forklaringer er endringer i diagnosestilling og endringer i helse-tilstand. For å undersøke dette nærmere så vi på hvilke diagnoser de nye mottakerne av uføretrygd hadde.

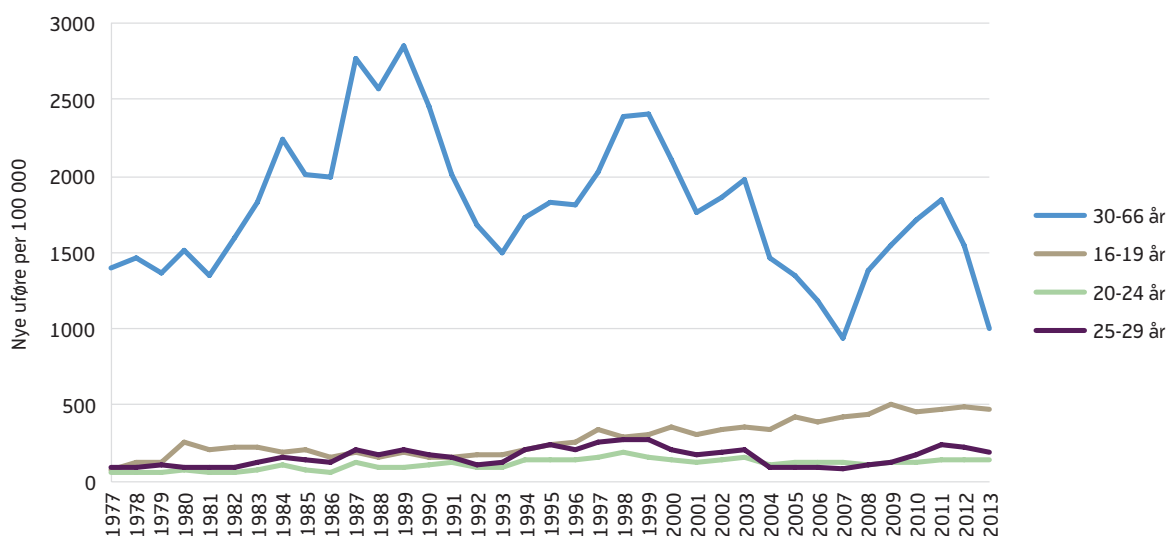
### Utviklingen blant de aller yngste

#### Flest med psykisk utviklingshemming og kromosomavvik

De vanligste medisinske årsakene til uføretrygd før 20 års alder var psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik (figur 5). Uføretrygdratene for disse tilstandene er blitt femdoblet siden 1977. Det var også en markant økning i nye tilfeller av uføretrygd blant personer med andre psykiske lidelser enn psykisk utviklingshemming.

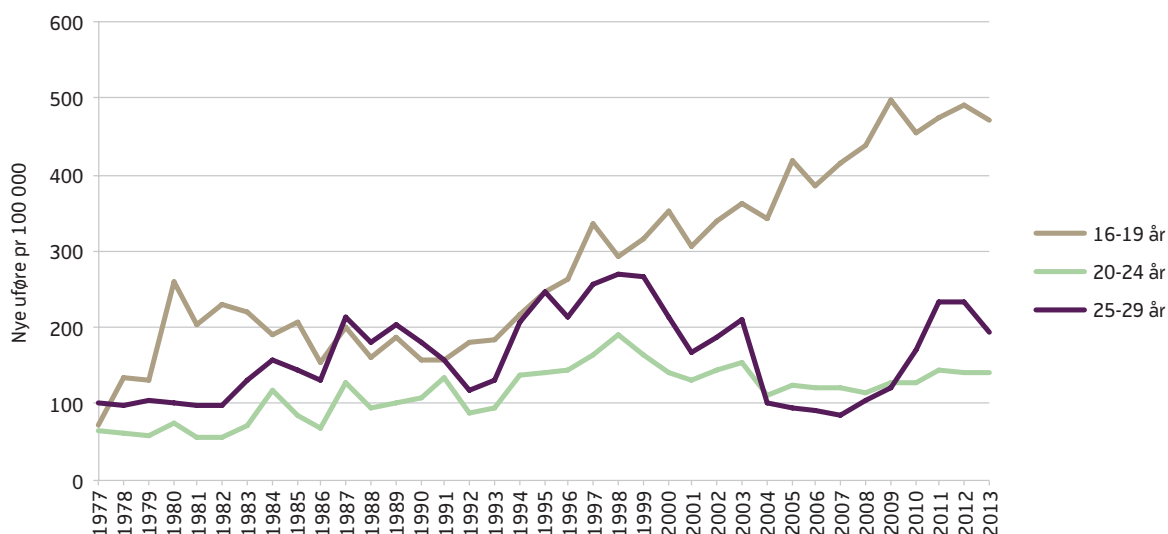
Psykisk utviklingshemming er en beskrivende diagnose som gis til personer med signifikant lav intelligens og uttalte lærevansker til dagliglivets funksjoner

Figur 3. Nye uføretrygdede i 1977–2013, etter aldersgruppe. Antall per 100 000



Kilde: NAV

**Figur 4.** Årlige nye uføretrygdede per 100 000 i 1977–2013 i yngre aldersgrupper

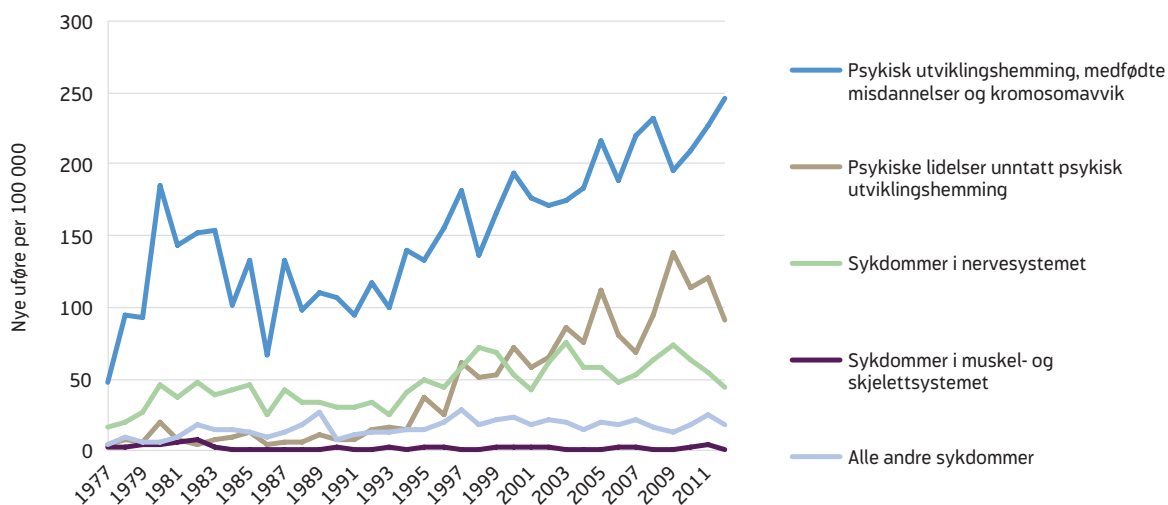


Kilde: NAV

(Lorentzen 2008). Vanligvis oppdages tilstanden i barneårene. I mange tilfeller er ikke årsaken nærmere kjent og da gis diagnosen «Psykisk utviklingshemming». I en tidligere stortingsmelding ble det anslått at rundt 75 000 personer i Norge har psykisk utviklingshemming, men tallet er usikkert (Meld. St. 2012). Det er ikke kjent om tallet har endret seg over tid.

I en del tilfeller kan man angi en nærmere årsak til utviklingshemmingen, vanligvis som en diagnose i «Medfødte misdannelser og kromosomavvik». Denne gruppen omfatter et stort antall sykdommer. Den vanligst forekommende er Downs syndrom. Det fødes rundt 60 barn årlig med Downs syndrom i Norge (Larsen 2014). I løpet av de siste årene har det blitt oppda-

**Figur 5.** Nye uføretrygdede i alderen 18–19 år, etter diagnosegruppe i 1977–2012. Antall per 100 000



Kilde: NAV

get mange nye og sjeldne former for kromosomavvik som medfører psykisk utviklingshemming og dermed har et økende antall personer fått en spesifikk diagnose fra «Medfødte misdannelser og kromosomavvik» i stedet for diagnosen «Psykisk utviklingshemming». Det er grunnen til at disse to gruppene er slått sammen. Det er sannsynlig at disse personene også tidligere ville ha blitt innvilget uføretrygd, men da med diagnosen «Psykisk utviklingshemming».

Mange personer med disse sykdommene har åpenbart redusert funksjonsevne i forhold til det vanlige arbeidslivet og de får uføretrygd i ung alder. Av de 468 personene i alderen 18–29 år som hadde psykisk utviklingshemming eller medfødte misdannelser og kromosomavvik som årsak til uføretrygd i 2012, ble 304 (65 %) trygdet før de var 20 år, ytterligere 116 (25 %) før de var 25, og 48 (10 %) når de var mellom 25 og 29 år (tall ikke vist).

En viktig årsak til den betydelige økningen i antallet nye unge uføretrygdede med psykisk utviklingshemming er bedret medisinsk behandling av barn med kromosomavvik. Siden 1969 har spedbarnsdødeligheten for personer med Downs syndrom sunket dramatisk, og gjennomsnittlig levealder har økt fra 16

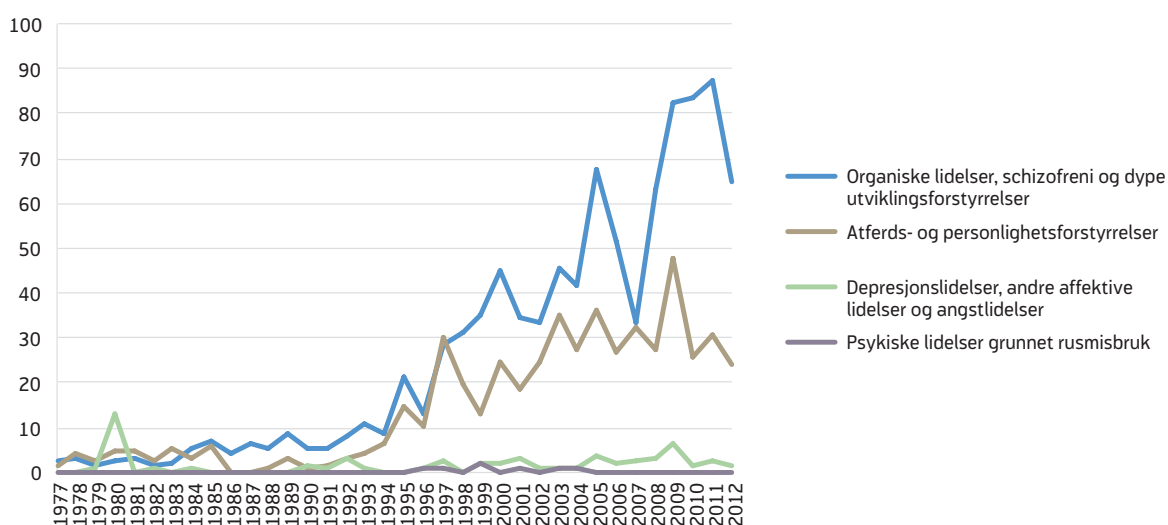
år i 1969 til 53 år i 2009 (Larsen 2014). Det betyr at langt flere personer med Downs syndrom, og antagelig også personer med andre medfødte tilstander, lever til godt voksen alder. Det økte antallet voksne med psykisk utviklingshemming eller kromosomavvik kan forklare en del av økningen i nye tilfeller av uføretrygd blant personer i alderen 18–19 år.

### Psykiske lidelser utenom psykisk utviklingshemming

Psykiske lidelser utenom psykisk utviklingshemming var uvanlige årsaker til uføretrygd blant 18- og 19-åringer frem til 1993, med en rate på rundt 10 årlige tilfeller per 100 000 (figur 6). Deretter har det vært en markert økning til over 100 per 100 000. Vi har sett nærmere på disse psykiske lidelsene ved å dele inn i undergrupper.

Det mer detaljerte bildet viser at økningen i psykiske lidelser utenom utviklingshemming først og fremst skyldtes kraftig tilvekst i organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser samt i atferds- og personlighetsforstyrrelser. Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk og depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angsttilstander var sjelden medisinske årsaker til uføretrygd blant personer i alderen 18–19 år.

**Figur 6.** Nye uføretrygdede i alderen 18–19 år i 1977–2012, etter utvalgte diagnosegrupper for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming. Antall per 100 000



Kilde: NAV

De to hyppigst forekommende psykiske lidelsene blant uføretrygdete 18- og 19-åringer var autisme og Aspergers syndrom, som begge regnes som dype utviklingsforstyrrelser. De har hatt en betydelig økning siden 1990.

### Psykiske lidelser blant 20- til 24-åringer

Også i aldersgruppen 20–24 år var psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik de vanligste årsakene til uføretrygd frem til 1998 (figur 7). Deretter har imidlertid andre psykiske lidelser blitt vanligere som årsak til uføretrygd og er nå de hyppigst forekommende i denne aldersgruppen. Øvrige diagnosegrupper viste en langsom økning frem mot slutten av 1990-årene og har siden gått tilbake noe.

Økningen i psykiske lidelser har vært markant siden 1993. Det er rimelig å se denne økningen i sammenheng med de nevnte begrensningene i rehabiliteringsordningen fra juli 1993 (Bragstad og Brage 2011). Nedgangen i rehabiliteringspenger blant unge gjaldt i

særlig grad dem med psykisk lidelse. De fikk i stedet innvilget uføretrygd.

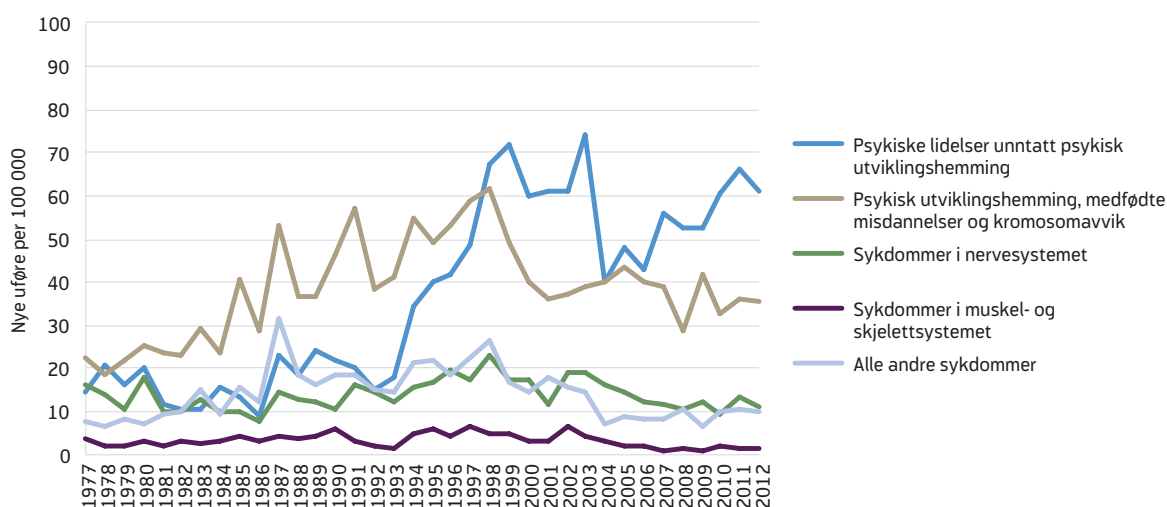
Når vi ser nærmere på undergrupper av psykiske lidelser, er det flere fellestrekk med utviklingen for aldersgruppen 18–19 år (figur 8). Mens psykisk utviklingshemming hadde nedgang fra 1997, har både organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser og atferds- og personlighetsforstyrrelser blitt brukt i økende grad frem mot 1999, for deretter å ligge på et relativt stabilt nivå. Depresjon og angst er vanligere i denne aldersgruppen enn blant 18- og 19-åringene. Disse lidelsene viste en svak økning frem mot 1996, og var deretter relativt stabile. I aldersgruppen 20–24 år var rusmisbruk kun sporadisk årsak til uføretrygd.

Det var en svak nedgang i uføretrygdratene for 20- til 24-åringene i perioden 2004–2009 på grunn av innføringen av tidsbegrenset uførestønad.

### Kraftig økning i psykiske lidelser blant personer 25–29 år

De medisinske årsakene til uføretrygd blant 25- til 29-åringene skiller seg markant fra yngre aldersgrupper. Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming er

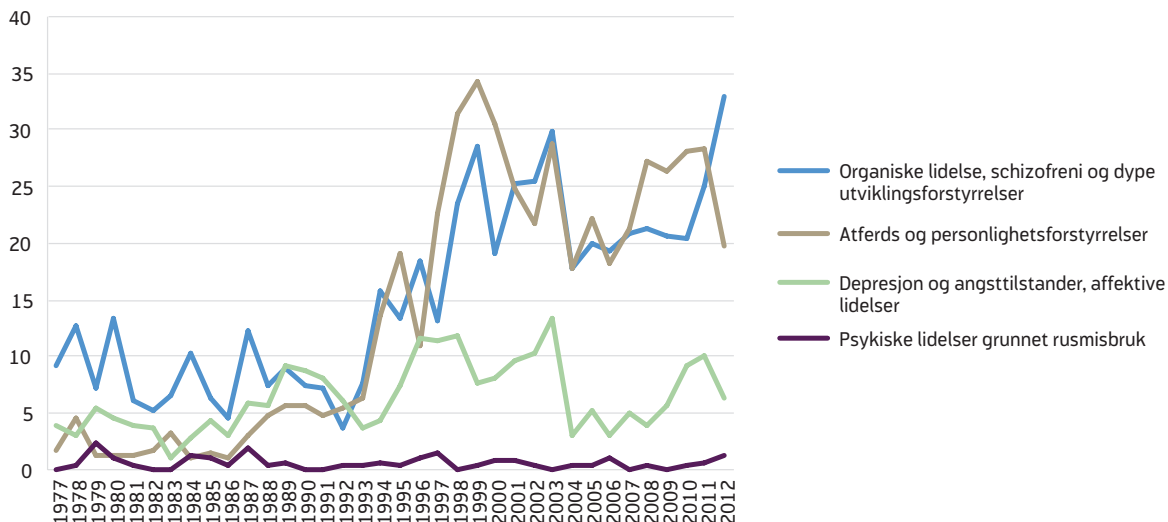
Figur 7. Nye uføretrygdete i alderen 20–24 år i 1977–2012, etter diagnosegruppe. Antall per 100 000



Kilde: NAV



**Figur 8. Nye uføretrygdede i alderen 20–24 år i 1977–2012, etter utvalgte diagnosegrupper for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming. Antall per 100 000**



Kilde: NAV

den dominerende årsaken, og har vokst betydelig siden 1993 (figur 9). Psykisk utviklingshemming svarer bare for et mindre antall uføretrygdede årlig og det har også vært en nedgang i denne gruppen siden slutten av 1980-årene. Andre lidelser har vist en svak økning frem mot 1995 og deretter en nedgang. Alle sykdomsgrupper viste en uttalt nedgang i 2004–2009, beroende på tidsbegrenset uførestønad.

Fra 1977 til 2012 var det i aldersgruppen 25–29 år en økning i uføretrygdraten for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming fra 40 til 130 per 100 000. Når de psykiske lidelsene deles i undergrupper, fremkommer et annerledes bilde enn for de helt unge under 20 år (figur 10).

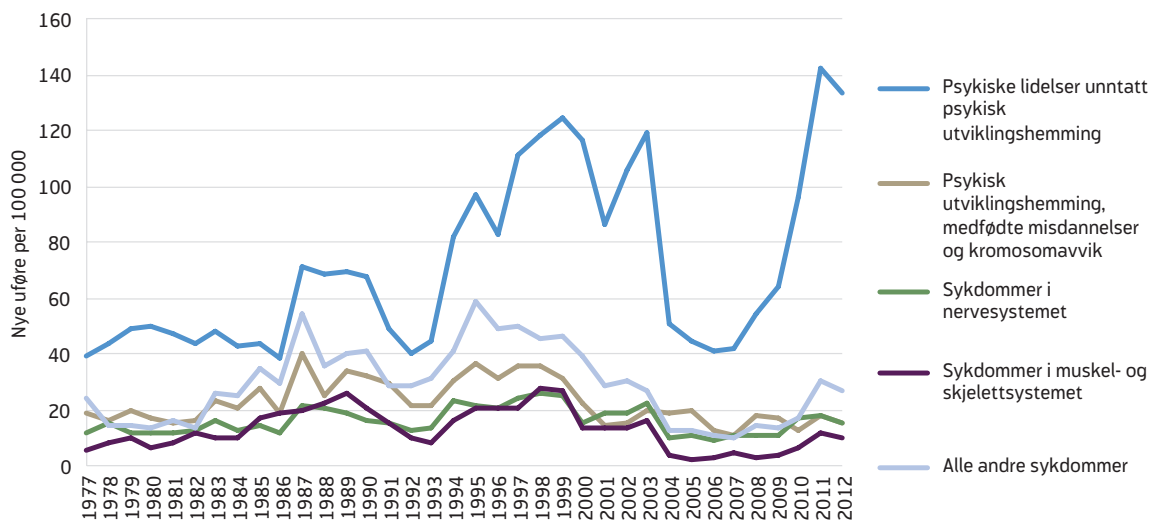
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk var en mindre vanlig årsak til uføretrygd mellom 25 og 29 år, men allikevel klart mer utbredt enn i yngre aldersgrupper. Økningen i de psykiske lidelsene var rimelig jevnt fordelt mellom de øvrige underkategoriene (henholdsvis a) organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser, b) atferds- og personlighetsforstyrrelser samt c) depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelse). Den største økningen var i atferds- og personlighetsforstyrrelser. De to vanlig-

ste diagnosene ved uføretrygd i denne aldersgruppen var ADHD og personlighetsforstyrrelser. Disse diagnosene var lite brukt før 1992 (Brage og Thune 2008). Som for dype utviklingsforstyrrelser kan årsaken til økningen i uføretrygd med disse diagnosene være endret diagnosebruk i helsevesenet.

### Ulike grupper med ulike behov

De uføretrygdede i alderen 18–29 år er en svært blandet gruppe. På den ene siden er det personer mellom 18 og 19 år som tidlig får uføretrygd på grunn av medfødte psykiske og kognitive funksjonsbegrensninger. Deres medisinske tilstand er i liten grad tilgjengelig for behandling. De har også gjerne begrensede muligheter for selvforsørgelse gjennom arbeid, selv med betydelig tilrettelegging. På den andre siden har vi personer i alderen 25–29 år som i stor utstrekning har psykiske lidelser av alvorlig art; psykoser, atferds- og personlighetsforstyrrelser og angst- og depresjonstilstander. Disse medisinske tilstandene kan i større grad behandles slik at brukerne kan nå en bedre funksjonsevne i både dagliglivet og arbeidslivet. For disse brukerne er det viktig å prøve arbeidsrettede tiltak.

**Figur 9. Nye uføretrygdede i alderen 25–29 år i 1977–2012, etter diagnosegruppe. Antall per 100 000**



Kilde: NAV

### Størst økning blant 18- og 19-åringene med alvorlig psykisk lidelse

Det har vært en jevn og sterk økning frem til 2012 i andelen personer i alderen 18–19 år som har fått uføretrygd. I en tidligere undersøkelse pekte vi på en lignende økning frem til 2006 i alderen 18–24 år (Brage og Thune 2008). Den nye undersøkelsen viser at økningen helt og holdent skyldes økning blant 18- og 19-åringene. Disse helt unge uføretrygdede har sykdommer som tyder på betydelige funksjonsbegrensninger: psykisk utviklingshemming, Downs syndrom og andre kromosomavvik, autisme og Aspergers syndrom.

Det er rimelig sikkert at bedret medisinsk behandling har medvirket til økningen. Spesielt viktig er det at spedbarnsdødeligheten har blitt betydelig redusert de siste førti årene. Langt flere barn med Downs syndrom overlever nå det første kritiske året og når voksen alder (Larsen 2014). Det kan antas at høyere overlevelse også gjelder barn med andre typer kromosomavvik og medfødte tilstander.

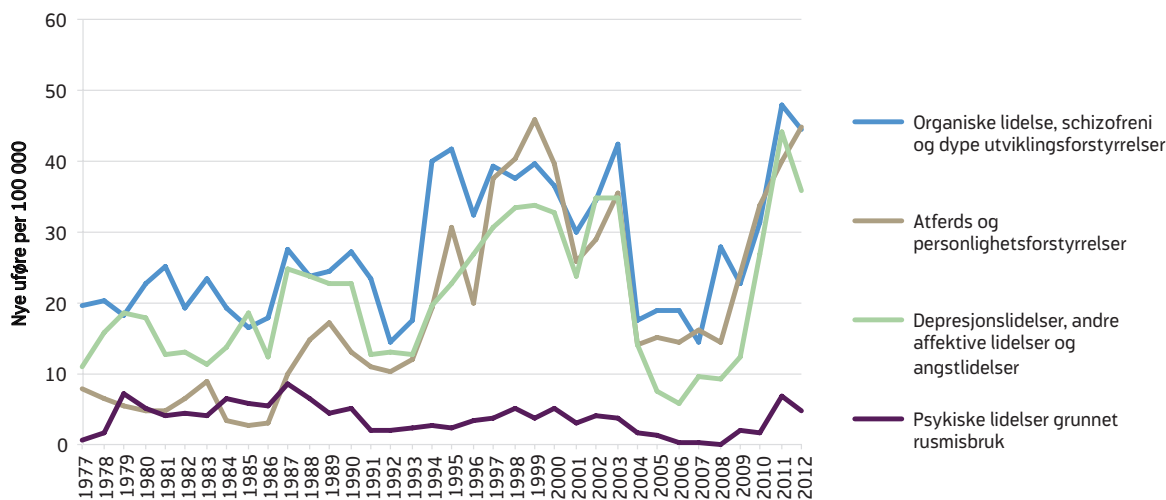
Dødeligheten blant for tidlig fødte barn har også falt dramatisk. Som vist i tidligere artikler vil dette ha betydning siden for tidlig fødte har en overhyppighet av psykiske og nevrologiske seinfølger når de når voksen alder (Brage og Thune 2009; Berg og Thorbjørnsrud 2009). Disse seinfølgene vil ha negative konsekvenser for arbeidsevne og funksjonsevne. I sin studie vis-

te imidlertid Berg og Thorbjørnsrud at omfanget av tidlig fødte barn med seinfølger har vært så begrenset at det bare kan ha hatt underordnet betydning for økningen i tidlig uførhet. Det samme vil antagelig gjelde også for personer med Downs syndrom og andre kromosomavvik. Antallet fødte barn med Downs syndrom er rundt 60 per år, og bedret overlevelse blant dem vil ikke kunne forklare hele den store økningen i uføretrygdrater blant 18- og 19-åringene.

En annen mulig forklaring på økte uføretrygdrater i denne alderen er endringer i forsørgelse av unge med nedsatt arbeidsevne. Vi har brukt et langt tidsperspektiv – 35 år – og i løpet av den tiden kan det ha skjedd en forskyving fra at familien tok de økonomiske konsekvensene for 18- og 19-åringene til at de i dag i større grad førsørges gjennom velferdsordninger, slik som uføretrygd.

Det er også mulig at bedret økonomisk sikring for unge uføre har ført til økte rater. Siden unge personer med betydelig uførhet sjelden har hatt inntektsgivende arbeid, ville deres uføretrygd bli meget lav hvis den ble beregnet på vanlig måte. Derfor ble det i 1981 innført et garantert minste poengtall for beregning av pensjonens størrelse blant unge uføre under 20 år. Denne aldersgrensen er blitt oppjustert flere ganger (i 1989 til 22 år, i 1992 til 24 år og i 1997 til 26 år). Også det garanterte poengtallet er blitt økt. Disse reformene har gitt et

**Figur 10.** Nye uføretrygdde i alderen 25–29 år i 1977–2012, etter utvalgte diagnosegrupper for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming. Antall per 100 000



Kilde: NAV

høyere nivå på pensjonens størrelse. Fra 1. januar 2015 er minstestøtten for enslige uføre rundt 235 000 kroner (2,66G), og for enslige unge uføre rundt 257 000 kroner (2,91G). Det er rimelig å anta at innføringen av disse reglene og den gradvise bedringen av dem, har ført til en økt søkertendens. Den økte tendensen gjelder antagelig hele aldersgruppen fra 18–29 år, siden det kan søkes om «ung ufør»- tillegget frem til 36 års alder.

Økende uføretrygdrater blant de unge kan også skyldes endringer i arbeidslivet. Mange typer ufaglært arbeid er forsvunnet og det stilles økende krav til fleksibilitet, effektivitet, sosial kompetanse og kognitive ferdigheter (Berg og Thorbjørnsrud 2009). Denne type krav er vanskeligere å møte for personer med utviklingshemming eller dype utviklingsforstyrrelser.

Behovet for uføretrygd for personer med psykisk utviklingshemming kan iblant være vanskelig å vurdere. Psykisk utviklingshemming finnes i alle grader fra mild til dyp, og noen personer vil med tilrettelegging kunne fungere i det ordinære arbeidsliv. Imidlertid vil de antagelig trenge bistand fra både arbeidsgiver og det kommunale støtteapparat. Det økende tallet på unge personer som raskt får en avklaring i form av uføretrygd ved 18–19 års alder kan tolkes i beste mening som at unødvendige forsøk på arbeidsinkludering unngås. Men det kan også tyde på at det ikke gjøres tilstrekkelige forsøk på tilrettelegging og tilpassing, og at

alt for mange skilles ut i for tidlig alder. Hvis man har uføretrygd, men behov for arbeid i en skjermet virksomhet, kan man få tilbud om varig tilrettelagt arbeid med tilpassede arbeidsoppgaver. Varig tilrettelagt arbeid kan også være enkeltplasser i ordinære virksomheter. Mange av disse unge deltar i slike varige tiltak.

Noen land, eksempelvis Nederland og Sverige, har egne uføretrygdordninger for personer under 30 år. De vil i stedet for varig uføretrygd få ytelser med et mer midlertidig preg. Dette kan muligens være en fordel for personer i alderen 25–29 år, men vil antagelig være mindre hensiktsmessig for mange i gruppen av 18- og 19-åringer som har betydelige og varige begrensninger i funksjons- og arbeidsevne.

### Psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd blant 25- til 29-åringer

Også i aldersgruppen 25–29 år er psykiske lidelser de vanligste årsakene til uføretrygd, men det medisinske grunnlaget er likevel annerledes. Forholdsvis få blir uføretrygd på grunn av psykisk utviklingshemming, da disse er blitt uføretrygd allerede i yngre alder. De vanligste årsakene er i stedet utviklingsforstyrrelser, atferds- og personlighetsforstyrrelser samt angst- og depresjonstilstander.

Det mest iøynefallende med utviklingen i alderen 25–29 år er at det har vært en i gjennomsnitt langsom øk-

ning, men med tildels store variasjoner i tilgangen. Som nevnt tidligere kan variasjonene settes i sammenheng med endringene i regelverket for rehabiliteringspenger i 1993, skjerpning av attføringsvilkåret i 2000 og tidsbegrenset uførestønad i 2004–2010. Variasjonen har vært mest tydelig for personer med psykiske lidelser.

For denne gruppen gjelder noe av de samme forklaringene på økte uføretrykdrater som for de mellom 18 og 19 år. Endringer i arbeidslivet, høyere stønader for unge uføre og økt offentlig forsørgelse kan ha medvirket til økte rater. Men for denne gruppen er det spesielt viktig å se sammenhengen med andre typer ytelser fra NAV. I en tidligere studie ble det påvist sterk økning i psykiske lidelser som diagnose ved rehabilitering og attføring i aldersgruppen 18–29 år, og de med psykisk lidelse hadde dårligere prognose for å vende tilbake til arbeidslivet (Bragstad og Brage 2011). I dag er rehabiliterings- og attføringsytelser erstattet med arbeidsavklaringspenger. For personer mellom 18 og 29 år vil mange av de som mottar arbeidsavklaringspenger ha en psykisk lidelse, og det er derfor grunn til å anta at en betydelig andel av disse vil søke om uføretrygd etter hvert. En medvirkende årsak til dette, som også ble vist i samme studie, er at det er særlig vanlig med kombinasjonen psykisk lidelse, lav utdanning og liten arbeidserfaring blant de unge som mottar midlertidige ytelser. Dette øker risikoen for uføretrygd ytterligere.

I de siste årene har det hvert år kommet til 1700 nye 18- til 29-åringer som har fått uføretrygd. Til sammenligning kan det vises til beregninger av Bragstad og Sørbø (2014) av hvor mange som har fått arbeidsavklaringspenger. I 2011 ble det registrert 1400 nye personer i aldersgruppen 18–29 år med nedsatt arbeidsevne<sup>1</sup> hver måned. Av disse hadde 66 prosent arbeidsavklaringspenger. På årsbasis betyr det at rundt 10 000 personer under 30 år får innvilget arbeidsavklaringspenger.

.....  
<sup>1</sup> Personer med nedsatt arbeidsevne er de som på grunn av nedsatt funksjon har vanskeligheter med å få eller beholde arbeid, og som er under medisinsk eller arbeidsrettet rehabilitering, eller får annen oppfølging fra NAV. I praksis klassifiseres personer til å ha nedsatt arbeidsevne enten ved at de har rett på arbeidsavklaring eller at bistandsbehovet er betydelig.

Som nevnt over, kommer mange uføretrygdede fra en periode med arbeidsavklaringspenger. Det er derfor grunn til å forvente at hvis tallet på mottakere av arbeidsavklaringspenger er høyt, vil det seinere gi høye uføretrykdrater. I en viss utstrekning kan en økning begrenses av at antallet personer som mottar arbeidsavklaringspenger ikke har økt siden 2010, og det ser ut til at risikoen for overgang til uføretrygd også er synkende (Kann og Kristoffersen 2014).

### **Fører endringer i diagnosesetting til flere unge uføre?**

Det er blitt vist i artikkelen at det har vært store endringer i diagnosemønstret ved uføretrygd til unge personer i perioden 1977–2012. Er det slik at disse endringene i seg selv kan ha ført til økt antall uføretrygdede, eller er endringene bare et bytte av navn på tilstander, som uansett ville ha ført til uføretrygd?

Når det gjelder endringen fra psykisk utviklingshemming til kromosomavvik, synes svaret ganske opplagt. Med økt viten fra genforskning kan man mer nøyaktig enn før gi spesifiserte diagnoser på kromosomavvik. En person med et slikt avvik har dog, uansett hva diagnosen sier, samme utviklingshemming og samme arbeidsuførhet, som tidligere. Endringen i retning av flere spesifiserte kromosomavvik har dermed antagelig ingen betydning for antallet uføretrygdede. Det som påvirker ratene er at flere lever opp med denne typen tilstander, og dermed bidrar til en økning i antallet tilfeller av uføretrygd.

Situasjonen er mer komplisert for dype utviklingsforstyrrelser, det vil si i hovedsak autismelidelser og Aspergers syndrom. Før disse diagnosene ble tatt i bruk i større omfang på 1990-tallet ville antagelig mange med autisme og Aspergers syndrom (men ikke alle) ha fått diagnosen psykisk utviklingshemming og for dem har et navnebytte ingen betydning for vurdering av behovet for uføretrygd. Men, samtidig med økt bruk av disse diagnosene har det også skjedd en utvikling i retning av mer presis diagnostikk, bedret behandling og økt oppmerksomhet i helsevesenet og skoleverket. Det er sannsynlig at flere tilfeller med disse tilstandene er blitt oppdaget, og at bedre og mer presis diagnostikk og utredning kan ha ført til at flere med autisme eller

Aspergers syndrom enn tidligere får påvist nedsatt arbeidsevne og dermed kan ha rett til uføretrygd. Samtidig kan man ikke se bort fra at mange med autisme eller Aspergers syndrom idag får bedre behandling og oppfølging, og i økt utstrekning kan fungere i arbeidslivet.

I aldersgruppen 25–29 år er ADHD og personlighetsforstyrrelser blant de vanligste årsakene til uføretrygd. Disse diagnosene var sjeldent brukt før 1992 (Brage og Thune 2008). Til forskjell fra autisme og Aspergers syndrom, er det lite sannsynlig at personer med ADHD og personlighetsforstyrrelser tidligere ville ha fått diagnosen psykisk utviklingshemming. Til det er tilstandene alt for ulike. Personer med ADHD og personlighetsforstyrrelser fikk sannsynligvis andre diagnoser enn psykisk utviklingshemming hvis de fikk innvilget uføretrygd. Vi har ikke undersøkt hvilke diagnoser som da ble benyttet. I likhet med autismedidelser og Aspergers syndrom, har det vært økt oppmerksomhet og bedret diagnostikk for ADHD og personlighetsforstyrrelser. Langt flere har fått disse diagnosene, og bedre utredningsrutiner kan ha ført til at flere har fått påvist nedsatt arbeidsevne og rett til uføretrygd.

For hele aldersgruppen 18–29 år er det altså sannsynlig at bedre utredning og diagnostikk har medvirket til at flere har fått uføretrygd. Men dette er bare én konsekvens av den medisinske utviklingen i perioden. Samtidig har det også skjedd fremskritt både i behandling (eksempelvis medikamentbehandling av ADHD) og oppfølging (for eksempel spesialprogram for personer med Aspergers syndrom) og det kan virke overraskende at dette ikke har ført til en nedgang i uføretrygdrater. Bekymringen rundt økt uføretrygdrate blant de yngste er gjerne basert på en antakelse om at noen blir uføretrygdet for tidlig, uten at alle muligheter er utprøvd. Med våre data kan vi ikke vurdere dette aspektet, utover å vise til at mange av de nye tilfellene skyldes alvorlige funksjonshemminger. Dette utelukker samtidig ikke at noen tilfeller kunne vært unngått ved god bruk av arbeidsrettede tiltak, kombinert med et bedre tilbud av egnede arbeidsplasser for unge med nedsatt funksjonsevne. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om denne gruppen.

## Referanser

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

Brage, Søren og Ola Thune (2008). Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977–2006. *Arbeid og velferd*, 3/2008, 28–36

Brage, Søren og Ola Thune (2009). Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25–39 år. *Arbeid og velferd*, 1/2009, 43–49

Bragstad, Torunn og Johannes Sørbø (2014). Hvem er de unge med nedsatt arbeidsevne? *Arbeid og velferd*, 1/2014, 51–63

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

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

Jakobsen, Torill (2007). *Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemning*. Rapport IS-1456. Oslo; Sosial og helsedirektoratet, 2007

Kann, Inger Cathrine og Per Kristoffersen (2014). Arbeidsavklaringspenger – et venterom for uførepensjon? *Arbeid og velferd*, 2/2014, 101–115

Kristoffersen, Per (2005). *Innskjerpingen i attføringsvilkåret i 2000*. RTV-Rapport 05/2005. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen

Larsen, Frode Kibsgaard (2014). *Levealdersutvikling for personer med Downs syndrom i Norge fra 1969 og frem til 2050*. Masteroppgave. Göteborg; Nordic School of Public Health, MPH 2014:7

Lorentzen, Eirin (2008). Psykisk utviklingshemning – hvordan stilles diagnosen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 128: 201–202.

Nygaard, Hanne (1998). *Hva skjer med dem som ikke lenger mottar rehabiliteringspenger? Virkningen av begrensningen på 52 uker*. RTV-Rapport 07/98. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen

OECD. (2008) *Jobs for youth – Norway*. Paris: OECD

OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Paris: OECD.

Meld. St. (2012–2013). *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemning*. Meld. St. Nr 45 2012–2013.