

Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977–2006

SØREN BRAGE OG OLA THUNE

SAMMENDRAG

I de siste årene har det vært en urovekkende økning i antall unge mennesker som får uføreytelse. Artikkelen beskriver hvilke sykdommer som har forårsaket denne økningen. Vi har sett på aldersgruppen 16–24 år.

Den årlige tilgangen av unge uføre har blitt tredoblet i de siste 30 årene og i 2007 fikk 1 200 nye personer i alderen 16–24 år en uføreytelse. Omtrent halvparten av dem har en alvorlig psykisk lidelse – psykisk utviklingshemning, kromosomavvik, eller schizofreni/autisme. En snau fjerdedel har andre psykiske lidelser, enten atferds- og personlighetsforstyrrelser, eller angst- og depresjonstilstander. Denne gruppen har vokst meget kraftig siden 1993. De resterende unge uføre har somatiske sykdommer som årsak, spesielt vanlig er cerebral parese og epilepsi.

Alvorlige medisinske tilstander svarer for mesteparten av uføretilfellene. Arbeidsledighet og konjunktursvingninger ser ut å ha liten betydning for å forklare økningen. Bedret medisinsk behandling, økt offentlig forsørging og endringer i arbeidslivet kan være medvirkende årsaker til økningen.

Gruppen med alvorlige psykiske lidelser trenger spesielle tiltak både i velferds- og helsesektoren. Innføring i arbeidslivet vil kreve betydelige ressurser. Gruppen med mindre gjennomgripende psykiske lidelser trenger antagelig ikke personlig omsorg i samme utstrekning som gruppen med alvorlig psykisk lidelse, men fortsatt betydelig satsing, spesielt på aktive tiltak.

UNGE UTESTENGES FRA ARBEIDSMARKEDET

Et økende antall unge mennesker har problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet av helsemessige grunner. Mange får midlertidige trygdeytelser, og noen får varig uførepensjon. I Rikstrygdeverkets Rapport 7/2000 ble det vist at uførepensjon blant de unge hadde økt kraftig siden begynnelsen av 1990-årene (Bjerkedal mfl. 2000). Senere undersøkelser har vist det samme (Blekesaune 2005). I en nylig publisert OECD-rapport vises det til at andelen unge som får helserelaterte langvarige ytelser er høyere i Norge enn i mange andre europeiske land (OECD 2008).

Denne utviklingen er bekymringsfull fordi et betydelig antall unge mennesker aldri får muligheten til å prøve seg i yrkeslivet, men henvises tidlig i livet til en passiv og permanent trygdeytelse, selv om en del unge uføretrygdede deltar i varig tilrettelagte tiltak i NAVs regi. Årsakene til det økende antallet unge uførepensjonister er mest sannsynlig mange og sammensatte, og inkluderer blant annet helseforhold, arbeidsmarked og sosiale forhold.

Før det kan gjøres undersøkelser av disse årsakene, er det nødvendig med en beskrivelse av de medisinske diagnosene ved ung uførhet, noe denne artikkelen vil prøve å gi. Hvilke sykdommer kan forklare økningen i uførhet? Er

det en økning i rusrelaterte sykdommer, slik den allmenne debatten av og til synes å fokusere på? Er det somatiske tilstander? Er det stress-relaterte sykdommer og andre lettere psykiske plager?

Siden oppmerksomheten i denne artikkelen rettes mot medisinske forhold, er det spesielt viktig å undersøke gruppen av helt unge trygdemottakere, de som i tidligere utredninger er blitt kalt «født ufør». For noen av dem vil det ta noen år før arbeidsevnen blir satt på skikkelig prøve. I denne artikkelen har vi derfor valgt å sette grensen for ung ufør ved 25 år.

Formålet er å beskrive de medisinske årsakene til uføreytelser blant personer i alderen 16–24 år i perioden 1977–2006.

DIAGNOSER VED UFØREYTELSER

Analysene er basert på data fra uførepensjonsregistrene i NAV og vi har benyttet opplysninger om alder, kjønn, tilståelsestidspunkt og diagnoser. I de fleste tilfellene er en *primærdiagnose* for uførheten angitt. Det er den hovedsaklige medisinske årsaken til at uførhetsytelsen er innvilget. I mange tilfeller finnes også en *sekundærdiagnose*. Det er da en annen og medvirkende medisinsk årsak til

Uføreytelser

Fra 1. januar 1998 kunne uføreytelser bli gitt til personer i alderen 18–67 år. Tidligere var aldersgrensene 16–67 år. Frem til 2004 ble uføreytelser gitt som varig uførepensjon. Fra 1. januar 2004 kan de gis enten som varig uførepensjon eller som tidsbegrenset uførestønad for 1–4 år.

uførheten. I de foreliggende analysene er kun primærdiagnosene brukt.

Varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er slått sammen i analysene og benevnes uføreytelse.

I løpet av perioden 1977–2007 har det blitt foretatt betydelige endringer i diagnoseklassifiseringer og koding i uførepensjonsregistrene. Se faktarute for en oversikt over de viktigste endringene.

De enkelte sykdommene er slått sammen i grupper for å få oversiktlig og nøyaktig informasjon om medfødte tilstander og psykiske lidelser. Kodingsskjemaet for sykdomsgruppene ligger i vedlegg 1. I de fleste årene i undersøkelsesperioden har opplysningene om diagnoser vært tilfredsstillende. For aldersgruppen 16–24 år manglet diagnoser i mindre enn 7 prosent av de nye tilfellene hvert år, med unntak av årene 2006 hvor 13 prosent manglet diagnose, 1991 (16 % manglet) og 1984 (49 % manglet). Grunnen til den store mangelen på diagnosekoder i 1984 var antagelig en omfattende nedbygging av restanser.

I analysene beregner vi *årlige tilgangsrater*. Dette er den årlige tilgangen av personer med uføreytelse dividert med risikobefolkningen per 1. januar i angjeldende år¹. Personer som allerede hadde uføreytelse ble ikke inkludert.

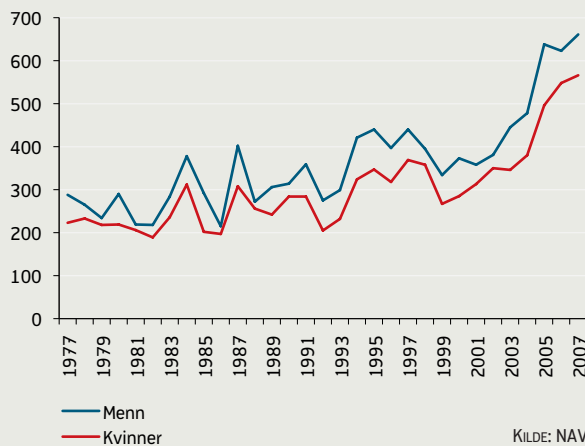
¹ For perioden til og med 1997 var risikobefolkningen definert som alle personer i alderen 16–24 år, i 1998 17–24 år og fra og med 1999 18–24 år.

Diagnoseklassifisering og koding i uførepensjonsregistrene 1977–2007

Diagnosene ved uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er blitt kodet i Rikstrygdeverket (1967–2006) og i NAV (fra 1. juli 2006) på basis av innsendte legeerklæringer. Arbeidet har vært utført av en egen kodeenhet under ledelse av overlege.

Kodingen av uførepensjonsdiagnoser har blitt gjort etter International Classification of Diseases – ICD. Frem til 31.12.1982 ble 7. utgave av ICD brukt (ICD-7), deretter ICD-8 (1.1.1983 - 31.03.1987) og ICD-9 (1.4.1987 - 31.12.1997). Fra 1.1.1998 er ICD-10 brukt. Fra innføringen av ICD-10 har nasjonalt vedtatte regler for koding vært fulgt.

Figur 1:
Årlig tilgang av nye uførepensjonister i alderen 16–24 år, 1977–2007

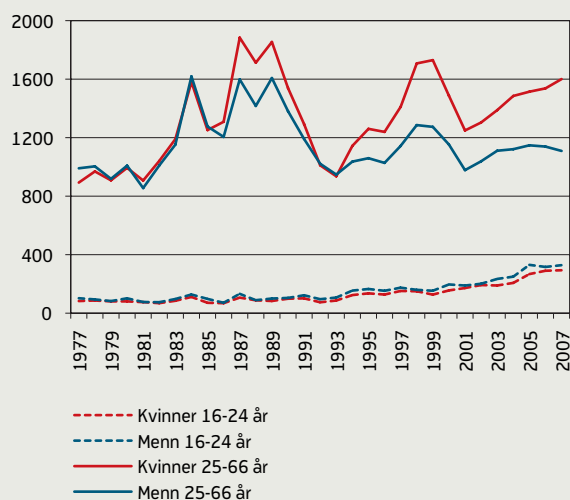


PSYKISK SYKDOM ER DEN VIKTIGSTE ÅRSÅKEN TIL UNG UFØRHET

Sterk økning i uføreytelser blant de unge

I årene 1977–2007 har det skjedd en kraftig økning i hvor mange unge som får uføreytelse hvert år. Mot slutten av 1970-årene fikk rundt 250 menn og 200 kvinner uførepensjon (figur 1). I 2007 fikk 661 menn og 566 kvinner i alderen 16–24 år en uføreytelse.

Figur 2:
Tilgangsrater per 100 000 for uføreytelser 1977–2007



Også de årlige tilgangsratene tiltok for personer med uføreytelser både for unge i alderen 16–24 år og andre voksne i alderen 25–66 år (figur 2). De årlige tilgangsratene blant de unge var lave frem til 1993 (ca. 100 pr. 100 000 menn og 80 pr. 100 000 kvinner), men viste deretter en sterkere økning enn ratene i resten av befolkningen.

De årlige tilgangsratene varierte betydelig fra år til år, med høye toppe i 1984, 1987–89 og 1998–99. Det var lav tilgang i 1977–81 og i 1992–93. Den langsiktige trenden viser en tydelig økning i tilgangen av personer med uføreytelser.

Tilgangsratene skilte seg for menn og kvinner. Fra 1993 var det en økende kjønnsforskjell blant personer 25–66 år, med høyere rater for kvinner. Blant personer i alderen 16–24 år var det en motsatt tendens, med høyere tilgangsrater blant menn i hele perioden.

Psykiske lidelser er den vanligste årsaken

I perioden 1977–2006 dominerte psykiske lidelser som årsak til uføreytelser blant personer i alderen 16–24 år (figur 3a og 3b). Blant menn forårsaket psykiske lidelser mellom 53 og 69 prosent av alle nye uføreytelser, med unntak for 1983. For kvinner lå andelen psykiske lidelser mellom 45 og 67 prosent. Fra år 2000 har andelen psy-

kiske lidelser vært over 60 prosent for menn og 58 prosent for kvinner.

Tilgangsratene for psykiske lidelser var relativt stabile frem til 1993. Deretter var det en kraftig økning i uførhet blant unge på grunn av psykiske sykdommer. Tilgangsraten ble mer enn tredoblet i perioden 1993–2006.

Tilgangsratene for andre diagnosekapitler var betydelig lavere. De nest største diagnosekapitlene, Medfødte misdannelser og kromosomavvik (særlig Downs syndrom) og Sykdommer i nervesystemet (særlig epilepsi og cerebral parese) viste imidlertid også en betydelig tilvekst i perioden 1977–2006. Muskel- og skjelettlidelser, som svarer for en meget stor andel av uføreytelserne i eldre aldersgrupper, var sjelden årsak til uføreytelser i aldersgruppen 16–24 år.

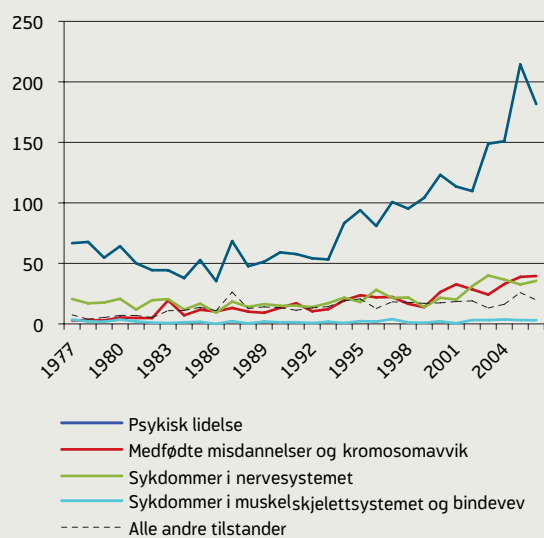
Halvparten av unge uføre har en alvorlige psykisk lidelse

I tillegg til den betydelige økningen i antallet unge med uføreytelser på grunn av psykiske lidelser etter 1993, skjedde det endringer i hvilke sykdommer som forklarer tilveksten. I figurene 4a og 4b er de psykiske lidelsene delt inn i fem grupper.

Psykisk utviklingshemning

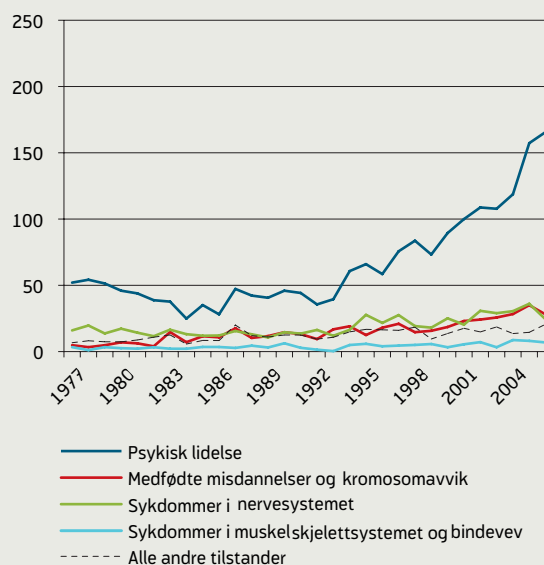
Ved slutten av 1970-årene var psykisk utviklingshemning

Figur 3a:
Tilgangsrater for uføreytelser 1977–2006 etter diagnosekapitler. Menn 16–24 år



KILDE: NAV

Figur 3b:
Tilgangsrater for uføreytelser 1977–2006 etter diagnosekapitler. Kvinner 16–24 år



KILDE: NAV

den vanligste årsaken til uføreytelser blant unge personer. De svarte for 51 prosent av alle uføreytelser blant menn og 56 prosent blant kvinner. I 2006 var psykisk utviklingshemning årsak til et mindretall av alle nye unge uføre (17 % av menn, 20 % av kvinner).

Medfødte misdannelser og kromosomfeil

Diagnosegruppen «Medfødte misdannelser og kromosomfeil» omfatter en rekke, ofte sjeldne sykdommer. Downs syndrom er den vanligste. Mange personer med disse sykdommene har redusert psykisk funksjonsevne i forhold til vanlig arbeidsliv, og derfor er denne sykdomsgruppen rapportert her, selv om den har annen plassering i ICD-10. Medfødte misdannelser og kromosomfeil var mindre vanlige årsaker til uføreytelser for 30 år siden, men har økt jevnt og kraftig frem mot 2006. Da var de årsak til uføreytelse blant 13 prosent av menn og 10 prosent av kvinner i alderen 16–24 år.

Schizofreni, paranoia og dype utviklingsforstyrrelser

Disse tilstandene er alvorlige psykiske sykdommer med betydelig påvirkning på personens psykiske funksjonsevne. De trenger ofte tett oppfølging fra helsevesenets side. Schizofreni og paranoide tilstander viste en synkende tendens mot midten av 80-årene, og økte siden kraftig.

Dype utviklingsforstyrrelser starter tidlig i barneårene, og omfatter blant annet autisme og Aspergers syndrom. De ble innført som egen diagnosegruppe mot slutten av 80-årene, og har vist en sterk tilvekst frem mot i dag. Samlet var schizofreni, paranoia og dype utviklingsforstyrrelser årsak til 19 prosent av uføreytelsene blant unge menn i 2006, og til 12 prosent blant unge kvinner.

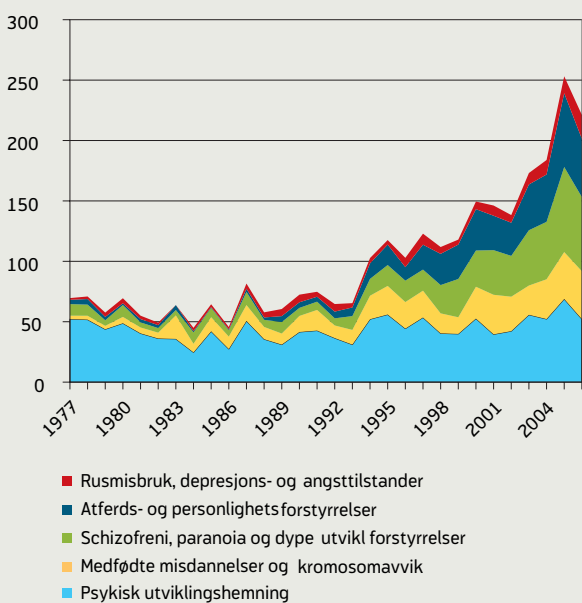
Atferds- og personlighetsforstyrrelser

Dette er en gruppe tilstander som karakteriseres enten av endringer i atferd, oppmerksomhet, personlighet eller utvikling, eller kombinasjoner av disse. Den hyppigst forekommende sykdommen i denne gruppen er AD/HD. Frem til 1992 var disse forstyrrelsene sjelden brukt som diagnose ved uføreytelser blant unge (mindre enn 5 % blant både menn og kvinner). Fra 1992 har de imidlertid blitt vanligere og ligger nå til grunn for 15 prosent av alle uføreytelser blant unge menn, og 14 prosent blant unge kvinner.

Rusmisbruk, depresjons- og angsttilstander

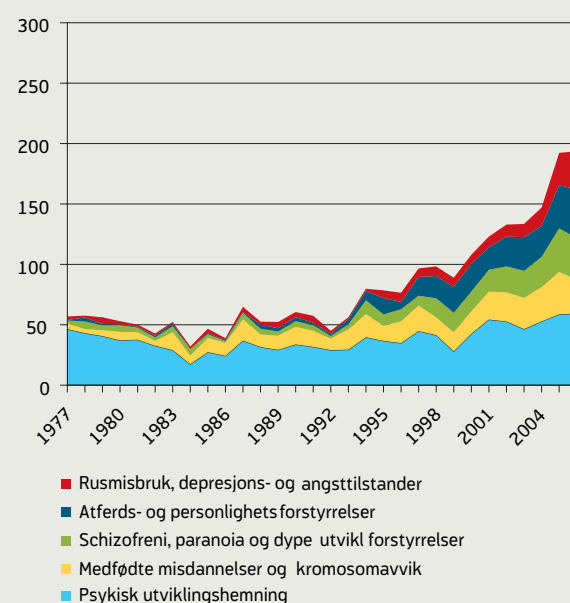
I denne diagnosegruppen inngår alkohol- og annet rusmisbruk, depressive og andre affektive lidelser, samt angst og andre nevrososer. Blant personer i aldersgruppen 25–66 år forårsaker depressive lidelser og angstlidelser en vesentlig andel av alle uføreytelser, men blant unge har denne grup-

Figur 4a:
Tilgangsrater for uføreytelser 1977-2006 etter psykiske sykdomsgrupper. Menn 16-24 år



KILDE: NAV

Figur 4b:
Tilgangsrater for uføreytelser 1977-2006 etter psykiske sykdomsgrupper. Kvinner 16-24 år



KILDE: NAV

pen foreløpig ikke hatt noen større betydning. I perioden 1977–2006 forklarte disse tilstandene kun 2–7 prosent av tilgangsratene for uføreytelser blant unge menn. Blant unge kvinner var disse diagnosene vanligere. I 2006 ble 11 prosent av unge uføre kvinner gitt en diagnose fra denne gruppen. Særlig depresjon og angstlidelser var gitt som uføreårsak i de siste årene. Alkohol- og rusmisbruk var i 1977–2006 sjelden årsak til uføreytelse blant personer i alderen 16–24 år (mindre enn 1 prosent av alle tilfeller).

Alvorlige psykiske lidelser

Sykdommer i noen av de tre gruppene Psykisk utviklingshemning, Medfødte misdannelser og kromosomfeil og Schizofreni, paranoia og dype utviklingsforstyrrelser medfører som oftest alvorlige konsekvenser for personens livsløp. Han eller hun trenger tett oppfølging fra helsevesenets side, og har omfattende omsorgsbehov. Derfor regnes disse tilstandene i denne sammenhengen som alvorlige psykiske lidelser. I 2005 var de den medisinske årsaken til 54 prosent av alle nye uføreytelser blant unge menn i 2005, og til 49 prosent blant unge kvinner. Andelen har imidlertid vært svakt synkende, da de i 1977 var årsak til 63 prosent av alle nye uføreytelser blant unge menn, og til 65 prosent av alle kvinner.

Andre psykiske lidelser

De to diagnosegruppene Atferds- og personlighetsforstyrrelser og Rusmisbruk, depresjons- og angsttilstander har samlet vist en sterk økning. I 1977 var de årsak til fem prosent av nye uføreytelser blant unge menn og fire prosent blant kvinner. I 2006 forårsaket de 22 prosent blant menn, og 25 prosent blant kvinner.

Somatiske sykdommer

De somatiske sykdommene (medfødte misdannelser og kromosomavvik ikke inkludert) har hatt en svakt synkende andel i perioden for unge menn. De hadde en andel på 32 prosent i 1977 og 23 prosent i 2006. For unge kvinner er andelen mer uforandret, 31 prosent i 1977 og 33 prosent i 2006.

Som oppsummering kan det altså sies at de fleste unge uføre i perioden 1977–93 hadde en diagnose på psykisk utviklingshemning eller medfødt misdannelse/kromosomavvik. Etter 1993 har det skjedd en betydelig økning i psykotiske tilstander, atferds- og personlighetsforstyrrelser og depresjons- og angsttilstander.

MANGE ÅRSAKER TIL ØKNINGEN I UNG UFØRHET

Tilgangen av unge uføre har økt kraftig siden 1993, og dette skyldes i hovedsak uførhet på grunn av psykiske

lidelser. Økningen har omfattet både alvorlige psykiske lidelser og atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser samt angst- og depresjonstilstander.

Den sterke økningen i uførepensjonering på grunn av psykiske lidelser blant unge mennesker har vært påvist i tidligere studier (Bjerkedal mfl. 2000; Blekesaune 2005). Økningen er urovekkende fordi den viser at en stadig større andel av unge mennesker utestenges fra et yrkesaktivt liv.

Til forskjell fra hva som ofte har vært antatt, viste resultatene at økningen i uføreytelser blant de unge ikke har vært begrenset til atferdsforstyrrelser, rusmisbruk og angst/depresjon. Det har også vært en markert økning i uførhet på grunn av psykososer og dype utviklingsforstyrrelser og på grunn av medfødte misdannelser og kromosomavvik.

Det er lite sannsynlig at det bare finnes én enkel årsak bak denne økningen. Forklaringene må søkes i flere og samvirkende faktorer – administrative (for eksempel endringer i regler og kompensasjonsnivåer), medisinske, arbeidsmarkedsmessige og sosiale.

Nedbygging av restanser

I denne undersøkelsen var det store variasjoner i de årlige tilgangsratene. Dette kan delvis skyldes administrative årsaker. Underbemanning ved trygdekontorene sammen med økt saksmengde har tidvis ført til opphopning av ubehandlede saker. Dette har måttet håndteres i de etterfølgende årene med «nedbygging av restanser». Noen av toppene med høy uføretilgang, eksempelvis i 1984 og 1987, kan ha sammenheng med slike nedbyggingstider. Det er derfor misvisende å se på uføretilgang i enkelte år, eller over korte tidsperioder. Først ved å undersøke trender i lengre perspektiv får slike administrative variasjoner mindre betydning.

Regelendringer

Regelendringer kan ha medvirket til økningen av tilgangsrater. Fra 1981 ble det innført et garantert minste poengtall for beregning av pensjonens størrelse blant unge uføre under 20 år. Fordi unge uføre sjelden hadde hatt inntektsgivende arbeid, ble pensjonsytelsen meget lav hvis den ble beregnet på vanlig måte. Aldersgrensen er siden 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, og er fra 2008 3,50. Disse reformene har gitt et mer tilfredsstillende nivå på pensjonens størrelse og kan dermed ha økt tilbøyeligheten til å søke om uføreytelser. Noen direkte og umiddelbare effekter kan imidlertid ikke leses ut av tilgangsratene, når de sammenlignes med endringstidspunktene for reformene. De kan imidlertid ha medvirket til en gradvis økt tilgang av unge uførepensjonister.

Bedre medisinsk diagnostikk

Det har skjedd store forandringer i diagnostikken av medisinske tilstander i løpet av de siste 30 årene. Spesielt har den genetiske forskningen hatt en revolusjonerende utvikling og gitt en kraftig kunnskapsvekst om medfødte og tidligdebuterende sykdommer. Dette har med sikkerhet påvirket tilgangsratene for noen av diagnosegruppene i denne undersøkelsen.

Psykisk utviklingshemning var den dominerende årsaken til ung uførhet ved slutten av 1970-tallet (fig 3a og b). Psykisk utviklingshemning er en beskrivende diagnose som gis til barn med signifikant lav intelligens og uttalte lærevansker til dagliglivets funksjoner, og der årsaker til hemningen ikke er kjent (Lorentzen 2008). I løpet av de siste årene har det blitt oppdaget mange nye former for kromosomavvik som medfører psykisk utviklingshemning. Denne nye kunnskapen er blitt tatt i bruk, og mange barn har fått en spesifikk diagnose fra Medfødte misdannelser og kromosomavvik i stedet for diagnosen Psykisk utviklingshemning, selv om deres medisinske tilstand er den samme. Dette har medvirket til den forholdsvise sterke økningen i tilgangsrater for uføre i gruppen Medfødte misdannelser og kromosomavvik.

På lignende måte har økt forskning over alvorlige og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser av typen autisme og Aspergers syndrom ført til bedre diagnostikk. Mange barn med autisme ville for 30 år siden antagelig også ha fått diagnosen Psykisk utviklingshemning. Den bedre diagnostikken kan delvis forklare økningen i tilgangsrater for personer med dype utviklingsforstyrrelser.

Fra figur 4a og 4b kan det virke som om psykisk utviklingshemning har fått mindre betydning for å forklare tilgangsratene blant unge uføre. Dette beror til dels på endret diagnostikk. Ved å slå sammen de tre gruppene Psykisk utviklingshemning, Medfødte misdannelser og kromosomavvik og Schizofreni, paranoia og dype utviklingsforstyrrelser vil en få et riktigere bilde av utviklingen. Sett under ett viste disse sykdommene en tredobling i tilgangsrater fra 1993.

I de siste 20 årene har også atferds- og oppmerksomhetsforstyrrelser hos barn (AD/HD) fått økt oppmerksomhet. Det har vært en styrking av spesialisthelsetjenesten, økt antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger for lidelsen, og økt medikamentell behandling (Åsheim mfl. 2007). Det har ikke blitt vist at sykdommen er vanligere, men at den i større grad enn tidligere er blitt diagnostisert. Det har også blitt anerkjent at sykdommen ikke opphører etter puberteten slik tidligere antatt, men at den fortsetter inn i voksen alder. Økningen i tilgangsrater for personer med atferds- og personlighetsforstyrrelser gjenspeiler antagelig denne økte bevisstheten om tilstanden.

Medisinsk behandling

Tilgangsratene for uføretytelser blant unge personer kan også ha blitt påvirket av bedret medisinsk behandling i de siste tiårene.

Fra 1977 har det vært en fortsatt nedgang i spedbarnsdødeligheten i Norge – fra 9,2 per 1000 til 3,1 per 1000 i 2007. Nedgangen har vært forklart med bedret medisinsk behandling av for tidlig fødte barn og av barn med medfødte misdannelser (Nesje 2001). Omfattende studier av for tidlig fødte barn har imidlertid vist at de i større grad enn andre får seinfølger, særlig nevrologiske skader (cerebral parese) og psykiske lidelser (AD/HD) (Moster mfl 2008). Noe av økningen i tilgangsrater for psykiske lidelser og cerebral parese kan derfor muligens forklares av bedre medisinsk behandling av for tidlig fødte og av barn med misdannelser. Betydning av dette er imidlertid usikker på sikt, da noen studier har vist en nedadgående trend i forekomsten av cerebral parese etter for tidlig fødsel, antagelig som følge av bedret behandling (Platt mfl. 2007).

I de siste tiårene har det også vært bedret behandling for barn med medfødte misdannelser og kromosomavvik. Eksempelvis har barn med Downs syndrom tidligere hatt en relativt høy dødelighet på grunn av medfødte hjertefeil. Disse hjertefeilene opereres nå i større utstrekning enn før. Overlevelsen for barn med Downs syndrom er dermed bedret, og de når oftere voksen alder. Dette vil også kunne øke tilgangsraten for unge uføre.

Det har også vært en svak økning i fødselstallene for barn med Downs syndrom på grunn av økende alder blant mødrene. Denne økningen har dog vært beskjeden (St meld nr. 14 (2001–2002)).

Forekomst av psykisk sykdom blant unge voksne i befolkningen

En nærliggende forklaring på de økende uførhetsratene blant unge personer er også at helsen i disse aldersgruppene generelt er blitt dårligere. Noen entydige forskningsfunn som viser at dette er en rimelig forklaring finnes imidlertid ikke. Levekårsundersøkelsene fra 1998–2005 har vist stabil selvpoplevd helse blant unge menn (16–24 år), mens unge kvinner har vist en signifikant tendens til mer psykiske plager. Dette dreier seg imidlertid om selvrapportering av lettere psykiske lidelser som tross alt har hatt en begrenset effekt på uførepensjonstallene i perioden.

Resultatene viste også en sterk stigning i tilgangsrater blant unge personer med schizofreni eller paranoide tilstander. Det finnes ikke holdepunkter for at det har skjedd noen økning i tilsvarende grad i befolkningen i Norge. Forekomsten av schizofreni blant unge personer har vist en fallende tendens i Finland og Sverige. (Johannesen 2002).

Endringer i arbeidslivet

Det er en rimelig antakelse at andre faktorer enn de helsemessige også har medvirket til den langvarige og sterke økningen i tilgangsratene blant unge mennesker. Spesielt kan man anta at endringer i arbeidslivet har betydning. En forklaring på økende ung uførepensjonering har vært at arbeidslivet stiller høyere krav og gir større psykisk belastning enn tidligere. Dette ville da være en medvirkende forklaring til økning i mindre alvorlige psykiske lidelser av typen angst og lettere depressive besvær.

Det er også mulig at kravene til god psykisk funksjonsevne er økende i arbeidslivet – det gjelder både evnen til samhandling og evnen til lesing, skriving og formidling av informasjon og kunnskap. Økende utstøting av unge (eller snarere manglende inkludering) kan være et uttrykk for at mange ikke klarer å møte disse kravene.

For de alvorlige psykiske lidelsene er dette neppe en forklaring. Her vil det være mer sannsynlig at personer med disse lidelsene trenger en betydelig grad av støtte og tilrettelegging på arbeidsplassen, og at dette behovet ikke er blitt tilgodesett i tilstrekkelig grad de siste årene. Økende tilgangsrater for personer med alvorlige psykiske lidelser og nevrologiske lidelser siden 1993, kan tyde på at færre personer enn tidligere i denne gruppen får innpass i arbeidslivet.

Arbeidsledighet

Sammenhengen mellom tilgangsrater i uføreytelser og arbeidsledighet har ikke vært entydig i denne perioden (NOU 2007). Før 1990 var det en tendens til stigende uføretall mot slutten av lavkonjunkturer med høy arbeidsledighet. Ved lav arbeidsledighet tenderte uføretallene å synke. En forklaring på denne sammenhengen er at unge med helseproblemer hadde vanskeligheter å komme inn i arbeidslivet i økonomisk stramme tider. Fra 1990 og fremover har imidlertid dette ikke vært tydelig. I de siste årene har det vært en økning av uføre blant de unge til tross for økonomisk gode tider med meget lav arbeidsledighet. Det kan tyde på at arbeidsledighet og sysselsetning har hatt liten betydning for å forklare den markerte økningen i tilgang på unge uføre.

Sosiale faktorer

En betydelig usikkerhetsfaktor med denne undersøkelsen er at det ikke kan bestemmes om økningen blant unge beror på at de i tiltagende grad er blitt synliggjort som offentlig forsørget i statistikken. Det er mulig at mange unge med redusert funksjonsevne tidligere var forsørget av familien og at spørsmålet om uførepensjon ikke var aktuelt eller kjent. Hvis dette er tilfellet, så er det meget tilfredsstillende at flere får pensjon. Det er da et uttrykk

for at antallet unge som burde ha, men som ikke har fått ytelse, har minsket.

Endrede familiestrukturer, og endrete oppfatninger om familiens rolle over de siste 20 årene, kan ha medvirket til at forsørgingen av unge personer med betydelige psykiske funksjonsproblemer er blitt flyttet fra familieområdet til det offentlige området. En slik forklaring gjelder antagelig i første rekke personer med betydelig medfødt funksjonstap, i form av psykisk utviklingshemning eller medfødte misdannelser og kromosomavvik.

Primærdiagnoser og sekundærdiagnoser

I denne undersøkelsen ble bare primærdiagnoser ved uførhet analysert. Det ble da vist at de psykiske lidelsene har en helt dominerende stilling for å forklare økningen i tilgangsrater for uføreytelser blant unge personer. Det er grunn til å anta at psykiske lidelser også har stor betydning for arbeidsuførhet der hovedårsaken angis å være en somatisk sykdom. I andre norske studier er det vist at psykiske lidelser er vanlige som samvirkende faktorer ved uførepensjon (Mykletun mfl 2006).

I registrene er alkohol- eller rusmisbruk sjelden angitt som primærdiagnose ved unges uførhet. I denne sammenhengen må det bemerkes at rusmisbruket i seg selv ikke gir rett til uføreytelse, men først når misbruket har gitt seinfølger av fysisk eller psykisk art. Dette tar ofte flere år, og vil antagelig være hyppigere i høyere aldre. Men det kan også forekomme at omfattende misbruk er medvirkende årsak til uførhet blant yngre uten at det angis som primærdiagnose. Antagelig er effekten av rusmisbruk underestimert i denne undersøkelsen.

KONSEKVENSER

Det har vært en kraftig økning i tilgangen av uføreytelser blant unge mennesker i perioden 1977–2006, spesielt i den siste halvdel av perioden. En analyse av underliggende diagnoser gir viktig informasjon for planlegging av velferdstiltak for denne gruppen.

Omtrent halvparten av alle nye unge uføre har en alvorlig psykisk lidelse. I 2006 gjaldt det rundt 600 personer. Disse trenger i stor utstrekning spesielle tiltak både i velferds- og helsesektoren, og innføringen i arbeidslivet vil kreve betydelige ressurser, kanskje spesielt i form av personlig støtte og hjelp. Utviklingen har vært negativ for denne gruppen siden 1993, med en sterk økning i tildeling av passive ytelse.

Det er nødvendig med videre undersøkelser av denne gruppen med alvorlig funksjonssvikt. Nøyaktig hvor stor denne gruppen er, er ikke kjent, og det er heller ikke gjort undersøkelser av hvor mange det er realistisk å søke inte-

grert i det ordinære eller i det tilrettelagte arbeidsmarkedet.

Den andre halvparten av alle nye unge uføre har dels somatisk sykdom, dels mindre gjennomgripende psykiske lidelser. Den sistnevnte gruppen har vist en hurtig økning i de siste årene. Denne gruppen trenger antagelig ikke konkret personlig omsorg i samme utstrekning som gruppen med alvorlig psykisk lidelse, men fortsatt betydelig satsing. Passive velferdsytelser er for denne gruppen også nødvendig, men andre virkemidler som for eksempel utdanningstilbud kan vurderes. Det bør gjennomføres spesielle undersøkelser av denne gruppen for å se hvilke tilbud de har og hvordan deres forhold til arbeidsmarkedet har vært. For denne gruppen vil det i særlig grad være aktuelt med undersøkelser av stønadshistorikk og analyser av deres stønadsforløp.

REFERENSER

Bjerkedal T, Gogstad A, D'Vries Enger N (2000). Uførepensjonering av unge mennesker i Norge. *RTV-rapport 07/2000*. Oslo, Rikstrygdeverket.

Blekesaune M (2005). Unge med helsesvikt stenges ute fra arbeidslivet. *Arbeid, velferd og samfunn, 2005*. Oslo, Rikstrygdeverket.

Johannesen J (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 122: 2011-4

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

Moster D, Lie RT, Markestad T (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *New England Journal of Medicine*; 359: 262-73.

Mykletun A, Øverland S, Dahl AA, mfl (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*; 163: 1412-8.

Nesje S (2001). Fortsatt nedgang i spedbarnsdødelighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 121.

Norges offentlige utredninger (2007). Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre. NOU 2007:4. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.

OECD (2008). *Jobs for youth - Norway*. Paris, OECD.

Platt MJ, Cans C, Johnsson A, mfl. (2007). Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1 500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *Lancet*; 369: 43-50.

St.meld.nr 14 (2001-2002). *Evaluering av lov om medisinsk bruk av bioteknologi*.

Åsheim H, Nilsen K, Johansen K, mfl. (2007). Forskrivning av sentralstimulerende midler ved AD/HD i Nordland. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 127:2360-2.

VEDLEGG

Gruppering av sykdommer for unge personer med uføreytelser

Diagnosegruppe	ICD-10 kode	ICD-9 kode	ICD-7 (77-82)
Organiske lidelser	F00-F09	290-294, 310	304-308
Alkoholmisbruk	F10	303, 3050	322
Annet rusmisbruk	F11-F19	304, 3051-3059	323
Schizofreni/paranoia	F20-F29	295, 297, 2981-2989	300, 303, 309
Depressive lidelser	F32-F33, F341	2980, 3004, 311	3011, 302, 314
Andre affektive lidelser	F30-F31, F340, F348-F349, F38-F39	296	3010, 3012
Angstlidelser	F40-F41	3000-3002	310-312
Tilpasningsforstyrrelser	F43	308-309	3263
Neurasteni	F480	3005	3183
Andre nevrotiske tilstander	F42, F44-F45, F481-F489	3003, 3006-3009, V11, V40	313, 315, 3180-3182, 3184-3185
Spiseforstyrrelser	F50	3071, 3075	Finnes ikke
Andre atferdsforstyrrelser	F51-F59	302, 306, 3070, 3072-3074, 3076-3079, 312	3205, 316-317, 324
Personlighetsforstyrrelser voksne	F60-F69	301	3200-3204, 3206-3207, 321, 3264
Utviklingshemning	F70-F79	317-319	325
Lærevansker	F81	3150-3152	3260
Dype utviklingsforstyrrelser	F84	299	Finnes ikke
Andre utviklingsforstyrrelser barn	F80, F82-F83, F88-F89	3153-3159	3261-3262
Hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD)	F90	314	Finnes ikke
Andre atferdsforstyrrelser barn	F91-F98	313	Finnes ikke
Uspesifisert psykisk lidelse	F99	316	Finnes ikke
Infeksjons- og parasittsykdommer	A00-B99	001-139	001-138
Svulster	C00-D48	140-239	140-239
Sykdommer i blod og bloddannende organer	D50-D89	280-289	290-299
Diabetes mellitus	E10-E14	250	260-261
Andre endokrine, ernærings- og metabolske sykd.	E00-E07, E15-E90	240-246, 251-279	250-254, 270-289
Epilepsi	G40-G41	345	353
Cerebral parese	G80	343	351
Andre lammelser	G81-G83	342, 344	352
Andre sykdommer i nervesystemet	G00-G37, G43-G73, G84-G99	320-341, 346-359	340-350, 354-362, 364-369
Sykdommer i øyet	H00-H59	360-379	370-389
Sykdommer i øret	H60-H95	380-389	390-398
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	I00-I99	390-459	328-334, 400-468
Sykdommer i åndedrettssystemet	J00-J99	460-519	240-241, 470-527
Sykdommer i fordøyelsessystemet	K00-K93	520-579	530-587
Sykdommer i hud og underhud	L00-L99	680-709	242-244, 690-716
Inflammatoriske leddlidelser	M05-M14	711-714	720-727
Ryggsykdommer	M40-M54	720-724	Finnes ikke
Uspesifisert reumatisme/myalgi	M79	729	Finnes ikke
Andre sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	M00-M04, M15-M39, M55-M78, M80-M99	710, 715-719, 725-728, 730-739	246, 363, 728-749
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	N00-N99	580-629	590-637
Svangerskap, fødsel og barseltid	O00-O99	630-676	640-689
Tilstander fra perinatalperioden	P00-P96	760-779	760-776
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	Q00-Q99	740-759	750-759
Symptomer, tegn	R00-R99	780-799	780-799
Skader, forgiftninger og vold	S00-T98	800-999	245, 800-999
Alle andre diagnoser	Y85-Y99, Z00-Z99	V01-V10, V12-V39, V41-V82	262, 335