

FoU rapport nr. 9/2009

# **”Et liv jeg ikke valgte”**

Om unge uføre i fire fylker

Forfattere:

Torunn S. Olsen, Nina Jentoft  
og Hanne Cecilie Jensen

Universitetet i Agder og Agderforskning

November 2009



Tittel	”Et liv jeg ikke valgte” - Om unge uføre i fire fylker.
Forfattere	Torunn S. Olsen, Nina Jentoft og Hanne Cecilie Jensen
Rapport	FoU-rapport nr. 9/2009
ISBN-nummer	82-7602-129-5
ISSN-nummer	0803-8198
Trykkeri	Edgar Høgfeldt, 4626 Kristiansand

#### Bestillingsinformasjon

Utgiver	Agderforskning Gimlemoen 19 N-4630 Kristiansand
Telefon	48 01 05 20
Telefaks	38 14 22 01
E-post	post@agderforskning.no
Hjemmeside	<a href="http://www.agderforskning.no">http://www.agderforskning.no</a>

## Forord

Denne rapporten er sluttproduktet til prosjektet *UNGE UFØRE. Hva forklarer den høye uføreandelen blant unge på Agder? En kvalitativ analyse av unge uføre i fire fylker*. Prosjektet er i sin helhet finansiert av NAV gjennom programmet FARVE - forsøksmidler arbeid og velferd, som skal takkes for muligheten til å realisere prosjektet samt utvist tålmodighet.

Prosjektets referansegruppe har bestått av Greta Støre, FARVE - forsøksmidler arbeid og velferd, Torunn Bragstad, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Liv Flaten, NAV Aust-Agder, og Anne Sofie Syvertsen, Fylkeslegen i Aust-Agder. Liv Flaten har spilt en nøkkelrolle i prosjektets tidlige fase med å koordinere arbeidet i forhold til å skaffe navn- og adresselister fra NAV Drift og utvikling, og takkes for det.

Forskergruppen har bestått av Nina Jentoft og Hanne Cecilie Jensen, begge Agderforskning, samt undertegnede. I prosjektets tidlige fase var Gro Kvåle, den gang Agderforskning, også med i gruppen. Alle forskerne har bidratt til å hente inn data fra Aust-Agder, mens Hanne Cecilie Jensen var alene om å samle inn data fra Hedmark, undertegnede samlet inn dataene fra Møre og Romsdal, og Nina Jentoft og undertegnede sto for datainnsamlingen i Finnmark. Det er undertegnede som har hatt redaktøransvaret og skrevet brorparten av sluttrapporten. Innholdet i rapporten må imidlertid ses på som et fellesprodukt basert på drøftinger i forskergruppa. En stor takk til dere alle.

Ikke minst ønsker jeg å takke alle som har stilt opp til intervju. En spesiell takk til de unge uføre som samtykket til at vi fikk innsyn i deres mapper og deres historier. Uten deres velvilje ville det heller ikke ha blitt et prosjekt. Historiene deres har rørt oss, men også den åpenhet og tillit som ble vist oss. Tusen, tusen takk!

Målet med denne rapporten er ikke bare å dokumentere et stort feltarbeid. Målet er også å bidra med økt innsikt i hvorfor unge mennesker blir uføretrygdet, samt å skape debatt i forhold til hvilke grep som bør gjøres for å unngå at historiene gjentar seg. Kjør debatt!

Torunn S. Olsen  
Prosjektleder  
Universitetet i Agder





## Innholdsfortegnelse

FORORD.....	4
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	7
TABELLOVERSIKT .....	9
SAMMENDRAG .....	11
DEL 1 INNLEDNING .....	1
1 UFØREFENOMENET PÅ AGDER.....	1
1.1 Agder topper uførestatistikken.....	1
2 HVA VET VI OM UNGE UFØRETRYGDEDE? .....	11
2.1 Epidemiologiske studier .....	11
2.2 Annen kvantitativ forskning .....	17
2.3 Kvalitative studier.....	31
3 METODE OG DATATILFANG.....	37
3.1 Forskningsdesignet .....	37
3.2 Utvalg og uttrekkskriterier.....	39
3.3 Den praktiske gjennomføringen.....	41
3.4 Datatilfanget.....	44
3.5 Erfaringer fra datainnsamlingen .....	46
3.6 Datakvalitet, skjevheter og generaliserbarhet .....	49
DEL 2 UNGE UFØRE I FIRE FYLKER.....	53
4 AUST-AGDER .....	55
4.1 Innledning .....	55
4.2 Kjennetegn ved Aust-Agder .....	57
4.2 Hva kjennetegner unge uføre i Aust-Agder .....	60
4.3 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Aust-Agder? .....	63
4.4 Informantenes forklaring på uføreandelen i Aust-Agder .....	64
4.5 Forvaltningspraksis.....	75
4.6 Legenes rolle.....	84
4.7 Hva forteller mappene oss?.....	93
4.8 Hva mener de unge uføre selv?.....	94
4.9 Oppsummering.....	120
5 HEDMARK .....	125
5.1 Innledning .....	125
5.2 Kjennetegn ved Hedmark .....	126
5.3 Hva kjennetegner unge uføre i Hedmark .....	130
5.4 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Hedmark? .....	132
5.5 Informantenes forklaring på uføreandelen i Hedmark.....	132
5.6 Forvaltningspraksis.....	137
5.7 Legenes rolle.....	139

5.8	Hva forteller mappene oss?.....	140
5.9	Hva mener de unge uføre selv?.....	141
5.10	Sammenligning Hedmark og Aust-Agder .....	147
6	MØRE OG ROMSDAL .....	151
6.1	Innledning .....	151
6.2	Kjennetegn ved Møre og Romsdal .....	152
6.3	Hva kjennetegner unge uføre i Møre og Romsdal? .....	155
6.4	Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Møre og Romsdal .....	157
6.5	Informantenes forklaring på uføreandelen i Møre og Romsdal .....	159
6.6	Streng forvaltningspraksis .....	159
6.7	Forvaltningspraksis .....	162
6.8	Legenes rolle.....	165
6.9	Sammenligning Møre og Romsdal og Aust-Agder.....	167
7	FINNMARK .....	171
7.1	Innledning .....	171
7.2	Kjennetegn ved Finnmark.....	173
7.3	Hva kjennetegner unge uføre i Finnmark .....	177
7.4	Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Finnmark?.....	181
7.5	Informantenes forklaring på uføreandelen i Finnmark .....	182
7.6	Forvaltningspraksis .....	193
7.7	Legenes rolle.....	198
7.8	Hva forteller mappene oss?.....	201
7.9	Hva mener de unge uføre selv?.....	202
7.10	Sammenligning Finnmark og Aust-Agder.....	218
8	UNGE UFØRE I FIRE FYLKER.....	223
8.1	Veksten av unge uføre på landsbasis .....	223
8.2	Forklaringer på eget fylkes uføreandel .....	227
8.3	Analyse på tvers av fire fylker .....	232
8.4	Fire problemstillinger .....	238
8.5	Er det noe særegent med Aust-Agder? .....	244
8.6	Hvordan samsvarer våre funn med annen forskning?.....	245
8.7	Avslutning.....	252
	LITTERATUR.....	257
9	VEDLEGG .....	265
9.1	Intervjuguide: Bruker.....	265
9.2	Intervjuguide: Saksbehandler.....	267
9.3	Intervjuguide: Leger .....	269
	FOU INFORMASJON.....	270



## Tabelloversikt

Tabell 3.1 Datatilfanget .....	44
Tabell 4.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007 .....	58
Tabell 4.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006.....	59
Tabell 4.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007 .....	59
Tabell 4.4 Unge uføre fordelt på alder. Andel .....	60
Tabell 4.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Andel.....	61
Tabell 5.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007 (SSB-tall) .....	127
Tabell 5.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006.....	129
Tabell 5.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007 .....	129
Tabell 5.4 Unge uføre fordelt på alder. 2007. Prosent.....	130
Tabell 5.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Prosent .....	131
Tabell 6.1 Arbeidsmarkedstall. 2007 .....	153
Tabell 6.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006.....	154
Tabell 6.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007 .....	155
Tabell 6.4 Unge uføre fordelt på alder. Andel .....	156
Tabell 6.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. 18-34 år. Pr 31.12.06. Andel .....	156
Tabell 7.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007 .....	175
Tabell 7.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006.....	176
Tabell 7.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007 .....	177
Tabell 7.4 Unge uføre fordelt på alder. 2007. Prosent.....	177
Tabell 7.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Andel.....	178



## Sammendrag

I denne rapporten dokumenterer vi feltarbeidet som ble utført i fire fylker i løpet av 2008. Prosjektet har sin opprinnelse i at Agderfylkene topper uførestatistikken blant unge i Norge, noe både forskere på Agder og FARVE-forsøksmidler arbeid og velferd var interessert i å vite noe mer om. Med utgangspunkt i tidligere forskning ble fire problemstillinger stilt. Problemstillingene søker å belyse om det er noe særegent ved unge på Agder eller om det er noe spesielt ved tjenesteapparatet, legene eller tjenestetilbudet på Agder som kan forklare statistikken. For å ha referansedata ble to kontrastfylker valgt, samt et fylke med nær lik uførestatistikk til Agderfylkene. I dette prosjektet har vi således hentet data i Aust-Agder, Hedmark, Møre og Romsdal og Finnmark, hvor de to sistnevnte fylkene utgjør kontrastfylkene.

Da vi designet prosjektet forventet vi å kartlegge utstøtningsmekanismer i arbeidslivet. I stedet endte vi opp med å kartlegge omsorgssvikt i tidlig oppvekst. Det skal sies at ikke alle sakene vi har fått innsyn i var preget av omsorgssvikt. Enkelte forteller også om en lykkelig barndom, men brorparten av historiene handler om det motsatte. Dessverre kan legeinformantene og informantene i forvaltningen bekrefte dette bildet.

Funnene kan i høy grad tilskrives vår metode. Vi har hatt en åpen og eksplorerende tilnærming, basert på kvalitativ metode og bruk av datatriangulering. Etter informert samtykke har vi fått innsyn i 30 mapper som tilhører unge uføre (mottakere av en uførestønning under 35 år). De unge uføre er i tillegg intervjuet, det er også deres saksbehandlere i tidligere trygdeetat og Aetat, samt et utvalg av fastleger, kommuneleger og rådgivende leger. Til sammen 63 intervjuer er gjennomført og intervjuene er gjennomført med de mest sentrale aktørene i forhold til en ung persons søknad om uføreytelse.

Vi hørte mange like historier på tvers av fylkene fra de unge uføre. Mange av de unge informantene beskriver hvordan en vanskelig oppvekst har farget resten av deres liv. Problemer i familien forflyttet seg til skolen. Konsentrasjons- og lærevansker, mobbing og etter hvert utagerende atferd og skulking i grunnskolen gikk igjen i historiene. Ikke alle kom i gang med videregående skole, og flertallet gjennomførte ikke. Etter hvert utvikler de sosiale og/eller psykiske problemer som kommer til uttrykk i tilpasningsproblemer, tidlig alkoholdebut, rus, angst, spiseforstyrrelser, selvskading og/eller suicidal atferd. Relativt mange har vært i berøring med både barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. For mange topper det seg i slutten av tenårene/tidlig

voksen alder, ofte med en lengre innleggelse ved psykiatrisk avdeling, hvor-etter veien til en uføreytelse er relativt kort.

Ovennevnte historier tilhører en av de tre kategoriene av unge uføre som informantene fra forvaltningen og legeinformantene var relativt samstemte i. Den andre gruppen beskrives som ressursvake personer hvor det er vanskelig å identifisere hva problemet består i. Disse kjennetegnes ofte av diffuse lidelser med mange symptomer, herunder muskel- og skjelettlidelser, fibromyalgi og ME. I motsetning til mishandling og vanskjøtsel preges disse unge mer av at de er sosialisert inn i sykerollen. Videre preges disse sakene av mange brutte attføringsløp, ofte over mange år, og til slutt en form for utmattelse og erkjennelse av at ingenting nytter.

I begge ovennevnte kategorier er det et betydelig innslag av dysfunksjonelle familier hvor barn blir tapere fra ganske ung alder. Disse to gruppene blir beskrevet som de største, noe som bekreftes av statistikken. Den siste gruppen består av unge med medfødte misdannelser og kromosomavvik, unge som har vært utsatt for alvorlige ulykker eller skader, eller unge som har andre alvorlige sykdommer eller lidelser. Disse sakene omtales som kurante, hvor en varig uførepensjon ofte tilstås ved attenårsdagen.

Flertallet av informantene har pekt på at NAV ikke kan løse problemene med de unge uføre alene. Svært mye av løpet er kjørt før NAV kommer inn i bildet, og i mange saker har ikke NAV annet å gjøre enn å avslutte saken, det vil si å tilstå en uføreytelse. Våre data tyder på at skal man gå inn i unge uføreproblematikken, må man sette inn tiltak på et langt tidligere tidspunkt. En forsterket fokus på familien, barnehagene, skoleverket, PPT, skolehelsetjenesten og legene vil være nødvendig. I alle ledd må man få til en generell kompetanseheving slik at barn og ungdom blir sett og reagert på. Videre vil det kreve langsiktig tenking hvor forebygging, tidlig intervensjon og økt samhandling mellom aktørene, inkludert NAV, er viktige stikkord.

I forhold til veksten av unge uføre på landsbasis, samt de fylkesvise variasjonene i uføretallene, viser våre informanter til sammensatte forklaringer som varierer på tvers av geografi og kultur. Enkle forklaringsmodeller med få variabler avvises. Forklaringene som blir gitt består av både struktur- og individforklaringer, ofte i samspill. Veksten av unge uføre på landsbasis relateres til endringer i arbeidsmarkedet og arbeidslivet, generelle samfunnsendringer, mangelfulle tjenestetilbud, regelverksendringer og individforklaringer. Det er bortfallet av ufaglært arbeidskraft som tillegges stor vekt i tre av fylkene, hvor Finnmark er unntaket. I tillegg viser informantene til at nye ferdigheter etterspørres og at det stilles krav til arbeidssøkere som mange

unge ikke har forutsetninger for å oppfylle. I Finnmark trekkes teorikravene i Reform 94 fram som en forklaring på ungdommenes manglende gjennomføring av videregående skole, i tillegg til endrete rusvaner blant ungdommen. En utbygging av psykiatritilbudet har også trolig bidratt til at flere psykiatriske diagnoser stilles. I tillegg har befolkningen generelt sett blitt mer opp-tatt av diagnoser og sykdom som følge av legevitenenskapens utvikling. I tre av fylkene vises det også til at familien trolig har blitt mindre flinke i sin sosialiseringsoppgave med å skape robuste ungdommer, samt at foreldre har blitt mer rettighetsorientert i forhold til trygdeytelser og inntektssikring av sine voksne barn. Med økt velstandsutvikling i samfunnet generelt, øker forventningspresset på å framstå som vellykket, noe som kan ramme ungdom spesielt. Mangler ved offentlige tjenestetilbudet trekkes også fram, som en forsterkende effekt i forhold til ovennevnte utfordringer, samt endringer i regelverket som kan gjøre det lettere å få en uføreytelse med en rusutløst helsesvikt.

I forhold til forklaringene knyttet til eget fylke var det mange like svar på tvers av fylkene, men også en viss variasjon. Det var relativt like beskrivelser av hva som kjennetegnet de unge uføre (se over). I alle fylkene fikk vi også høre at unge uføreproblematikken er størst i de minst folkerike delene av fylket. Lav befolkningstetthet har betydning både for arbeidsmarkedet og for den sosiale kontrollen, samt mulighetene for innsyn i familiene. I alle fylkene fikk vi også høre om rusproblematikken blant unge, men omfanget av ”eksport” av rusungdom og hvordan forvaltningen forholdt seg til denne problematikken varierte. Et annet viktig fellestrekk var at i alle fylkene var det ikke-medisinske forklaringer som ble ansett som de viktigste når andelen unge uføre skulle forklares. I de fylkene med lav uføreandel blant unge, fant vi ingen opphopning av unge i andre deler av trygdestatistikken. Vi fant imidlertid også forskjeller mellom fylkene, forskjeller som trolig kan bidra til å forklare forskjellene i statistikken. Våre data kan tyde på at fylkene som har lavest uføreandel blant unge, er også fylkene som er flinkest til å tilby ufaglærte jobber og sysselsette unge menn som ellers er i faresonen for å stå uten jobb. I alle fylkene viser man til at sosial arv er et betydelig problem, men ikke i alle fylkene synes det som at man har jobbet systematisk i forhold til dette problemkomplekset. I tillegg avdekker vår kartlegging tydelige forskjeller i forvaltningspraksis og samhandlingen mellom de sentrale aktørene innen fylkene. Dette settet med forklaringsvariabler tillegger vi stor vekt. Til slutt kom det også fram forskjeller i kultur og væremåte som kan bidra til å forklare hvorfor barn som trenger bistand fra hjelpeapparatet blir mer usynlige i enkelte regioner.

Mange av forklaringene for Aust-Agder og Hedmark er svært like, noe som kan bidra til å styrke at forklaringsvariablene vi har berørt, kan ha forklaringskraft. Aust-Agder skiller seg imidlertid ut fra Hedmark i forhold til to variabler, nemlig betydningen av vellykkethet (fasaden) og likestilling. I lys av disse dataene stiller vi spørsmål til om verdikonservatismen på Agder kan ha betydning for hvorfor Aust-Agder toppe statistikken over Hedmark med tanke på unge uføre. Dette er imidlertid et spørsmål vi ikke har data nok til å konkludere på.

Mye av våre data samsvarer bra med annen forskning, men det er relativt lite forskning på samspillet mellom forvaltningen og legene som vi kan tolke våre data i forhold til. Vi mener at dette er et viktig område å forske videre på. Som følge av dette prosjektet har vi også blitt nysgjerrige på om det er en sammenheng mellom barnevernstallene og unge uføre tallene, samt om den sørlandske væremåten er en myte og hvis ikke, om den har betydning for unge uføretallene i regionen.

For de med begrensede ressurser til å lese, anbefaler vi kapittel 8. Dette kapitlet er en syntese av datakapitlene, samt inneholder våre refleksjoner knyttet til datamaterialet. For de som er interessert i å sette seg inn i uføreproblematikken blant unge, anbefaler vi å lese de fylkesvise kapitlene hvor dataene er brettet ut og hvor resonnementene er gitt.

# Del 1

## Innledning

### 1 Uførefenomenet på Agder

#### 1.1 Agder topper uførestatistikken

Ved inngangen til oktober 2008 var det 336.334 personer som mottok en uføreytelse i Norge. Dette tilsvarer 11 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder. I løpet av dette århundret har vi sett en økning i andelen som mottar uføreytelser på 1,2 prosentpoeng, med en utflating i 2006.

Kikker vi nærmere på tallene ser vi at det er klare regionale forskjeller. Mens Oslo, Akershus, Rogaland og Hordaland har en relativt lav uføreandel etter norske forhold, kjennetegnes andre fylker av en opphopning av uføremottakere. Begge Agderfylkene peker seg ut som fylker med en relativt stor uførebefolkning. Lenge toppet Aust-Agder uførestatistikken i Norge. På 90-tallet økte uføreandelen i Aust-Agder med 36,1 prosent, det vil si en vekst som var mer enn dobbelt så sterk som i resten av landet. Samtidig hadde dette fylket en sterkere vekst i sysselsettingen sammenlignet med de øvrige fylkene. I 2001 ble derfor Aust-Agder beskrevet som det paradoksale ”uførefylket” (Røed m.fl. 2001).

Siden 2000 har veksten flatet ut noe, men vi snakker fortsatt om en betydelig vekst. Fra 2000 til 2008 har uføreandelen i Aust-Agder økt med 1,2 prosentpoeng, en vekst i beholdningen på 17,9 prosent. Ved inngangen til oktober 2008 var uføreandelen i Aust-Agder på 14,2, kun forbigått av Hedmark med 0,1 prosentpoeng. Bildet ser ikke så mye annerledes ut for Vest-Agder. Fra 2000 til 2008 økte uføreandelen i Vest-Agder også med 1,2 prosentpoeng, en vekst i beholdningen på 20 prosent. Det er derfor ikke uten grunn at Agder omtales som uførefylkene.

I tillegg til en høy uføreandel for alle i yrkesaktiv alder, kjennetegnes Agderfylkene også av relativt sett flest *unge* uføremottakere. Ifølge Blekensauve (2005) var det Agderfylkene som hadde relativt sett flest unge som var uførepensjonert ved inngangen til 1998 og flest unge som ble uførepensjonert i årene 1998-2001. Med unge menes i denne sammenheng personer under 35

år. Ved inngangen til 2008 var det fortsatt Aust-Agder som toppet den unge uførebeholdningen med 3,2 prosent, mot et landsgjennomsnitt på 2 prosent. Det er også Aust-Agder som har høyest andel nye unge uføremottakere i 2007 med en vekst på 5,3 prosent, mot en gjennomsnittlig vekst på landsbasis på 3,7 prosent.

### **Hva er det som gjør Agder spesiell?**

Et spørsmål som har begynt å interessere stadig flere er hvorfor Agderfylkene ligger så høyt på uførestatistikken: Hva er det som gjør Agder spesiell og hva forklarer den høye andelen unge uføre på Agder?

På folkemunne snakkes det om at Sørlandet er et attraktivt sted å bo for trygdeinnflytterne på søk etter et mer fordelaktig klima og/eller lavere bostnader og/eller attraktive velferdstilbud. Slike "flytte"forklaringer forutsetter da at flyttestrømmen av trygdemottakere er større inn til Agderfylkene enn ut av disse fylkene. Tall fra Statistisk sentralbyrå gir noe av svaret på "trygdenomader". I perioden 2000-2005 var det 9.000 innflyttere og 10.400 utflyttere til/fra Agderfylkene. Det var like mange uførepensjonister og mottakere av attføringspenger som flyttet inn som flyttet ut, det vil si 600 bevegelser i hver retning. Agderforskning finner i sitt arbeid om Levekår i Vest-Agder (Ellingsen m.fl. 2009) vanskelig holdepunkter for en slik hypotese både i litteraturen og i tilgjengelig statistikk.

Det er også reist spørsmål om egder er sykere enn resten av befolkningen: At kanskje enkelte miljøer på Agder er genetisk predisponert for enkelte sykdommer eller lyter. Det er gjennomført noen få kartlegginger som søker å avdekke om Agders befolkning har dårligere helse enn resten av befolkningen. Ytterdahl (2000) har sammenlignet data fra Statens Helseundersøkelser (SHUS) i Aust-Agder i 1998 med materiale fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1995 (HUNT). I motsetning til Aust-Agder er ikke Nord-Trøndelag et fylke som skiller seg ut med verken et høyt nivå på antall uførepensjonerte eller en sterk vekst. Ytterdahl fant ikke store forskjeller mellom den selvrapporterte helse i de to fylkene. Den mest markerte forskjellen gjaldt symptomer på depresjoner: 41 % av kvinnene i Aust-Agder utvalget rapporterte om depresjonssymptomer, mot 32 prosent i Nord-Trøndelag. Blant mennene er det 25 prosent i Aust-Agder og 19 prosent i Nord-Trøndelag som rapporterer om depresjonssymptomer (Røed m.fl. 2001). Vi har altså ingen dokumentasjon på at helse forklarer forskjellen.

Livsstil og levekår kan også bidra til uhelse og større forbruk av trygdeordninger. Siden midten av 90-tallet har Agderfylkene hatt en bred debatt om



levetårsutfordringene i landsdelen. Rapporten *Surt liv på det blide Sørland* (Hagestad og Røed 1994) skapte bred debatt og førte til blant annet at Agderforskning gjennomførte en undersøkelse om levekårene i Agderfylkene på slutten av 90-tallet (Skaar m.fl. 1999). Det er særlig mht uføretrygding og andre former for utenforskap i forhold til arbeidslivet at Agderfylkene scorer svakt på Statistikk sentralbyrås levekårsindekser. De negative resultatene på Statistisk sentralbyrås levekårsindeks er et bilde som har tegnet seg over lang tid, og som var kjent før indeksen ble lansert i 1995. Det gjør at statistisk usikkerhet, som særlig er knyttet til de mindre kommunene, reduseres. Agderfylkenes og –kommunenes dårlige plassering på denne indeksen har holdt seg konstant, og snarere forverret seg over det siste tiåret (Ellingsen m.fl. 2009).

Agderforskning har også nylig gjennomført en levekårsundersøkelse i Mandal som har fokusert på innbyggere under 30 år utenfor det ordinære arbeidslivet (Mydland og Jentoft 2006). Undersøkelsen synliggjorde at mange av de unge er veldig stedbundet til Mandal og at arbeidsmarkedet i kommunen er ganske smalt. Med manglende mobilitet og pendling i forhold til arbeid, fører det til at mange er utenfor arbeidslivet. Videre finner kartleggingen at arbeidslivstilknytning synes for en del å komme et stykke ned på prioriteringslista. Bosted i Mandal, nær familie- og vennenettverk, synes å bli høyere prioritert enn å jobbe utenfor kommunen.

I tillegg til levekårsindeksene, scorer Agder lavt på likestillingsindeksen, hvor blant annet kvinners lave yrkesdeltakelse og omfanget av deltidsarbeid på Agder peker seg ut. Agderforskning har gjennomført prosjekter hvor man har fokusert på den sørlandske kulturens innvirkning på agderkvinnens lave yrkesdeltakelse og arbeidstid (Magnussen m.fl. 2005). Konklusjonen er at idealer knyttet til morsrollen bidrar til lav arbeidsmotivasjon blant store deler av kvinnebefolkningen. Det kan derfor tenkes at disse kulturelle strukturene kan bidra til å forklare den høye andelen uføre på Agder, men dette spørsmålet trenger mer forskning.

### **Behov for mer systematisert viten**

Flere av de ovennevnte forklaringene har blitt lansert i den offentlige debatten, men få av forklaringene er gjort til gjenstand for forskning. At Agderfylkene ligger på uføretoppen bør også vekke uro og interesse blant lokale, regionale og nasjonale aktører som er opptatt av levekår og regionalutvikling. Dels fordi veksten i uføretilgangen har vedvart over tid og ikke synes å være konjunkturbestemt. Og dels fordi mange unge i regionen i liten grad vil bidra til verdiskapning i arbeidsmarkedet, men heller ha en lang trygdekarri-

ere foran seg. Tallene er urovekkende ut fra et kostnadsperspektiv. Storsamfunnet belastes med trygdekostnader og tap av arbeidskraft. Men bak hvert tall ligger det også en historie. En historie som ofte ikke bare berører den som mottar uføreytelsen, men også hans eller hennes nærmeste. Kostnadene ved uførepensjonering berører således storsamfunnet, lokalsamfunn, familier og ikke minst enkeltindivider.

Det er behov for flere analyser og tiltak lokalt, regionalt og nasjonalt. Hovedformålet med dette forskningsprosjektet er å bidra til en analyse av hvorfor Agder har en så høy andel unge uføremottakere. Da dette prosjektet ble igangsatt i 2007 var det relativt lite forskning på unge uføre. I 2005 konkluderte Skilbrei (2005) med at få undersøkelser har fokusert på unge uførepensjonister og at det er ingen kvalitative undersøkelser som har tatt for seg problemstillinger om hvorfor unge blir uførepensjonister. Som vi vil se i kapittel 3 er dette bildet i ferd med å endre seg.

### **Forskningsprosjektets problemstillinger**

Den sentrale problemstillingen i dette prosjektet er: *Hva kan forklare den høye uføreandelen blant unge uføre på Agder?*

I sin kunnskapsoversikt presenterer Skilbrei (2005) tre perspektiver som kan være relevante i forståelsen av uføreforekomsten blant unge personer. Skilbrei viser først til at møtet mellom brukerne og saksbehandlerne kan være en medvirkende faktor til framveksten av unge uføre. Både Blekensauve (2005) og Skilbrei (2005), samt våre egne kartlegginger (Kvåle m.fl. 2005; Olsen m.fl. 2006a) viser at veien til en uførepensjon ofte strekker seg over mange år. At det finnes ulike virkelighetsoppfatninger av tjenestetilbudet er også dokumentert av flere forskningsmiljøer (bl.a. Jessen 1997, Andreassen 1999, Ford 2000, Anvik og Olsen 2004; Kvåle m.fl. 2005, Olsen m.fl. 2006a, Mydland og Jentoft 2006). I vår evaluering av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen (Olsen m.fl. 2006) så vi også hvor viktig legenes rolle i en uføreprosess er, både med tanke på å være en premissleverandør med sin medisinske kompetanse, men også med tanke på å være en viktig veileder/rådgiver i forhold til pasienten med tanke på trygdestønad. Hvordan møtet med etatene og legene har vært, hvilke råd brukerne har mottatt, hva slags bistand de for øvrig har fått, og hvilke tiltak de har deltatt i, kan således være faktorer som påvirker hvorvidt en uførepensjon blir sluttresultatet eller ikke. I forhold til dette prosjektet vil problemstillingen være: Er møtet med tjenesteapparatet, legene og tjenestetilbudet til unge med helseproblemer annerledes på Agder, relativt til andre deler av landet?

For det andre viser Skilbrei (2005) til utstøtningshypotesen, det vil si at det er forhold ved arbeidsplassen og arbeidsmarkedet som bidrar til å støte personer ut av arbeidslivet. Ifølge Skilbrei er grunntanken i denne modellen at uførhet kommer som et resultat av at krav om høyere effektivitet skaper en situasjon hvor enkelte arbeidstakere ikke lenger passer inn i arbeidslivet. I vår studie av tidlig avgang blant eldre arbeidstakere på Agder (Halvorsen m.fl. 2002a), finner vi indikasjoner på at det skjer en viss utstøting fra arbeidslivet blant eldre arbeidstakere på grunn av effektivitetskrav og omstilling. Hvorvidt det samme er tilfelle for unge arbeidstakere vet vi lite om, men dette er en av problemstillingene vi også vil ønske å utforske i dette prosjektet: Er det slik at unge personer med helseproblemer på Agder opplever møtet med arbeidslivet annerledes enn det sammenlignbare unge gjør andre steder i landet?

Til slutt viser Skilbrei (2005) til dobbeltarbeidshypotesen som går ut på at det er forhold i privatlivet som sammen med kravene i arbeidslivet fører til at uhelse utvikles og skaper sykefravær og uførhet. Denne forklaringen knyttes ofte til kvinners uførhet. Det vises til at kvinner oftere blir uførepensjonister enn menn, og at de til dels får andre diagnoser enn menn. I dette prosjektet vil vi således ha et spesielt øye for forskjeller mellom unge kvinner og unge menn. Problemstillingen vil være om unge kvinner på Agder opplever deres livssituasjon annerledes på Agder, enn det tilfellet er i andre deler av landet.

I lys av prosjektene gjennomført av Agdermiljøet, spesielt levekårsprosjektet i Mandal, er vi opptatt av en fjerde problemstilling, nemlig sosiale normers betydning for uførepensjonering. Det kan tenkes at det er flere forhold som virker sammen til å skape større tilbøyelighet til å bli trygdemottaker – og at disse forholdene i større grad er til stedet på Agder enn andre deler av landet. Det kan tenkes at Agders uførestatistikk kan forklares med kombinasjonen av et smalt arbeidsmarked, større legitimitet for at det er greit å leve på trygd fordi det er så mange andre som gjør det, og stedbundethet. Med hensyn til sistnevnte tenker vi på ideen om det gode livet på Sørlandet og hvordan det kan ha forplantet seg i ungdommens ønske om å bli i sitt nærmiljø nærmest til enhver pris, representert med utsagn som *”Her har vi det så godt, her vil jeg ikke flytte fra”*. I dette prosjektet ønsker vi å undersøke om unge uføre på Agder prioriterer annerledes enn sammenlignbare grupper andre steder i landet mht til hvor viktig det er å jobbe kontra en rekke andre verdier som steds-, familie- og nettverkstilhørighet.

Samtlige av de ovennevnte perspektivene vektlegger ikke-medisinske forklaringer på uførepensjoneringen. Dersom vi bruker hoveddiagnose som indikator på type helseproblem (medisinske forklaring), ser vi at unge uføremotta-

kere skiller seg klart ut fra uføremottakere i alle aldre. Mens sykdommer i muskel- og skjelett og bindevev er den største diagnosegruppen ved utgangen av 2006 for uføremottakere i alderen 18-64 år (32,6 prosent), er det kun 5,5 prosent av de unge uføremottakerne (18-34 år) som oppgis med samme diagnose. Blant unge uføremottakere er det psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som klart dominerer med nærmere 59 prosent. Igjen peker Aust-Agder seg ut, med å ha den høyeste andelen med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. I Aust-Agder er det 64,3 prosent av de unge uføre som har dette som hoveddiagnose. Siden psykiske lidelser utgjør en av de tyngste diagnosegruppene, både totalt og blant de unge uføre, vil vi ønske å spesielt spørre legene på Agder om hva de mener kan ligge til grunn for denne statistikken.

Med bakgrunn i ovennevnte er det fire problemstillinger vi har valgt å fokusere på:

- Er møtet med tjenesteapparatet, legene og tjenestetilbudet til unge med helseproblemer annerledes på Agder, relativt til andre deler av landet?
- Er det slik at unge personer med helseproblemer på Agder opplever møtet med arbeidslivet annerledes enn det sammenlignbare unge gjør andre steder i landet?
- Opplever unge kvinner på Agder deres livssituasjon annerledes på Agder enn det tilfellet er andre deler av landet?
- Prioriterer unge på Agder annerledes relativt til sammenlignbare grupper andre steder i landet med hensyn til hvor viktig det er å jobbe i forhold til en rekke andre verdier som steds-, familie- og nettverkstilhørighet?

For å belyse ovennevnte problemstillinger, ønsket vi å kartlegge:

- De unge uføremottakernes holdninger og verdisett: Hva er viktig for dem i livet og hva har de ambisjoner om å realisere? Hvordan prioriterer de unge uføremottakerne i en rekke verdivalg? Hvor villige er de unge til å flytte på seg for å realisere sine mål?
- Hvordan ble tanken om å søke uførepensjon generert? Hvem har de unge mottatt impulser/råd fra? Familien, nære venner, legen, etatsansatte, andre?
- De unge uføremottakernes erfaringer fra arbeidslivet: I hvilken grad har de vært yrkesaktive (varighet og antall arbeidsforhold)? Hvordan opplevde de møtet med arbeidslivet, og kravene/forventningene fra arbeidsgiver og kollegaer?

- De unges vei til uføreytelsen: Hva er de unges syke-, trygde- og tiltaks-historie? Hvilke erfaringer har de med tiltak og etatene de har vært i kontakt med?
- Hva mener aktørene selv er viktige forklaringer på hvorfor unge personer faller ut av arbeidslivet – eller aldri kom inn? Og hva mener aktørene kunne eventuelt ha hindret dette?
- Hvordan oppleves livet med uførepensjon for en ung person? Er det gjort forsøk med reaktivisering eller utdanning etter uførepensjonen ble tilstått?
- Hvilken rolle mener aktørene at legene har spilt? Hvilke råd har legene gitt og har legene utfordret de unge uføre til å prøve andre tiltak enn uføretrygd?

### En kvalitativ tilnærming

Siden problemstillingene over er komplekse og handler om aktørenes subjektive opplevelser, holdninger og verdisett, er kvalitativ metode best egnet. Selv om det er uførefenomenet på Agder vi ønsket å studere, ønsket vi å gjøre det i en komparativ sammenheng. Dette for at vi skal ha referanser som Agderdataene kan drøftes i forhold til. Vi har derfor gjennomført en undersøkelse hvor vi har sammenlignet et utvalg fra Agder med utvalg i tre andre fylker i Norge. I dataene leter vi etter hva som gjør at det er så mye *mer* uføretrygding på Agder, relativt til andre regioner. En nærmere redegjørelse for metoden og gjennomføringen av forskningsprosjektet er gitt i kapittel 3.

### Presiseringer og avgrensninger

Målgruppen for dette forskningsprosjektet er alle personer under 35 år som er innvilget en uføreytelse, uavhengig av om de mottar tilleggssytelsen ”unge uføre” etter Folketrygdloven § 3-21 eller ikke. Sistnevnte er en garantert tilleggssytelse etter særlige regler for unge som enten er født uføre eller er blitt minst 50 prosent ufør før han eller hun fylte 26 år.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ordningen med garantert tilleggspensjon for unge uføre ble innført i 1981. Hensikten var å gi kompensasjon for at tidlig uførhet er til hinder for å opptjene tilleggspensjon i trygden. Ordningen er blitt utvidet mange ganger, men i 1998 ble det gjort en betydelig innstramming ved at det er stilt strengere krav til årsaken til uførheten. Etter de tidligere reglene var det tilstrekkelig at et medlem før fylte 26 år hadde fått sin inntektsevne/arbeidsevne varig nedsatt med minst halvparten. Reglene var lik de alminnelige vilkår for rett til uførepensjon. Etter 1998 skal sykdommen være alvorlig og varig og klart dokumentert. Intensjonen bak innstrammingen var å gjøre regelverket målrettet mot fødte og unge uføre som ikke har hatt mulighet til å delta i inntektsgivende arbeid på grunn av en tidlig og omfattende alvorlig medisinsk lidelse. Bakgrunnen for endringen var at man observerte en tendens til at unge med rus-

Siden vi er opptatt av de unges møte med arbeidslivet og eventuelt attføringsinstitusjonene, har vi definert målgruppen til å være personer som ikke var født uføre eller som ble innvilget en uføreytelse ved 18-årsdagen. Målgruppen for denne studien er således unge personer som har hatt et ønske om å være yrkesaktiv i det ordinære arbeidsmarkedet og som enten har prøvd seg og/eller har deltatt i et attføringsløp med sikte på å komme i arbeid på ordinære vilkår.

### Presentasjon av rapporten

Denne rapporten har to deler. Den første delen (kapitler 1-3) er en innledning til del 2. I *kapittel 2* presenterer vi en del studier som har relevans til veksten i unge uføretrygdde og som kan bidra til å belyse våre problemstillinger. Denne oversikten er ikke ment å være uttømmende, men gir en viss oversikt. I *kapittel 3* redegjør vi for vår forskningsdesign, hva vi har gjort, hvilke erfaringer vi høstet, samt hva vi kan si noe om på bakgrunn av vår metode.

I del 2 presenterer vi våre data og ser nærmere på de geografiske variasjonene. Hvert fylke er viet et eget kapittel, *kapitler 4-7*. For hvert fylke redegjør vi for noen kjennetegn ved fylket samt hvordan informantene presenterer sitt fylke. Videre redegjør vi for hva informantene vektlegger som forklaringer på uføreandelen blant unge i eget fylke, samt forvaltningspraksis slik det er beskrevet av informantene. I hvert fylkeskapittel tar vi også med stemmene til de unge uføre, der hvor det lar seg gjøre av personvern hensyn. I *kapittel 8* ser vi på de fire fylkene under ett og analyserer spørsmålet om hvorfor Agder har en høy andel unge uføre i lys av de øvrige fylkene. I dette kapitlet avrunder vi også rapporten. Vi ser på de fire problemstillingene som dannet utgangspunktet for vår datainnsamling, samt sammenstiller våre datafunn med annen forskning. Til slutt tar vi oss den frihet å komme med noen forslag til nye problemstillinger som det bør forskers videre på, samt noen overordnede betraktninger i lys av resultatene fra dette forskningsprosjektet. Selv om dataene vi har hentet inn har sitt utspring i perioden før NAV reformen, har li-kevel flere av informantene benyttet intervjuet til å komme med betraktning-

---

problemer og/eller varierende grader av psykiske problemer ble omfattet av ordningen – noe som ikke var intensjonen da den ble innført. (Gulbrandsen og Holst 2001) I februar 2001 ga Rikstrygdeverket i rundskriv til bestemmelsen i Folketrygdloven § 3-21 en nærmere veiledning om hvordan bestemmelsen er å forstå med eksempler på sykdomstilstander som kan gi rett til garantert minstepensjon. Rikstrygdeverket har tolket innstrammingen i retning av at de som vil falle ut av garantiordningen, vil være ungdom med kombinerte sosiale og lettere psykiske problemer, rusmisbruk, alternativ livsstil og liknende, dvs personer i grenselandet mellom sykdom og uvanlig sosial livsstil. (Holst 2001)

er om hvordan ting fungerer i dag. Vi vil avslutningsvis ta med enkelte av disse betraktningene.





## 2 Hva vet vi om unge uføretrygdede?

I det følgende vil vi presentere en rekke studier som har bidratt med kunnskap om unge uføretrygdede. Hva kjennetegner unge uføretrygdede, hvem risikerer å bli uføretrygdet i ung alder, og hva forklarer veksten i uføretilgangen blant unge, er spørsmål som har opptatt flere forskningsmiljøer. Denne oversikten er ikke en *state of the art*. Tematikken unge uføre berører mange fagområder som sosiologi, pedagogikk, sosialarbeid, barnevern, sosialpolitikk, offentlig administrasjon, trygderett, sosialøkonomi, psykisk helsevern, og sosialmedisin, for å nevne noen. Innenfor rammen av dette prosjektet har vi ikke anledning til å følge alle spor i alle retninger. Vi skal imidlertid vise til nyere forskning som kan være av betydning for problemstillingene vi er opptatt av. Vi har ikke vurdert studiene ut fra deres validitet og reliabilitet, det ville i så fall ha krevd helt andre ressurser enn det vi har til rådighet.

Nyere forskning relatert til unge uføre er stort sett kvantitative studier, men det er ikke en omforent forståelse av hvilken aldersgruppe som utgjør de ”unge”. Vi har gruppert studiene under tre overskrifter: Epidemiologiske studier, andre kvantitative studier, og til slutt kvalitative studier. Studiene har etter hvert blitt tallrike, men ikke alle studiene vi referer til har et spesielt fokus på unge.

### 2.1 Epidemiologiske studier

Innen epidemiologien finnes det en god del forskning internasjonalt og nasjonalt som søker å identifisere risikofaktorer og således predikere uføretrygding. Denne forskningen er ofte basert på nasjonale registerdata og dataomfanget er blitt utvidet ettersom man kobler på stadig flere databaser. Ikke bare inkluderer mange av studiene sosioøkonomiske variabler, trygdevariabler og variabler knyttet til arbeidslivet, i tillegg har flere av studiene blitt utvidet til å omfatte langtidseffekter på helse og kronisk sykdom forårsaket av fysiske eller sosiale forhold som de har blitt eksponert for i løpet av fosterperioden, barndommen, ungdomstiden og senere voksen alder, omtalt som livsløpsepidemiologi (Ben-Shlomo og Kuh 2002 referert i Gravseth og Kristensen 2008b). Enkelte av studiene inkluderer også variabler fra foreldregenerasjonen i analysen. Mange av disse studiene har imidlertid ikke hatt uførepensjon i unge alder som utfall, men mer hatt et fokus på hvordan forhold i ung alder påvirker sannsynligheten for å bli uføre-

trygdet senere i livet. I det følgende viser vi til enkelte av disse epidemiologiske studiene som kan være av interesse.

NTNU-miljøet har med utgangspunkt i data fra HUNT<sup>2</sup> studert hvordan sosioøkonomisk status, utdanning, helse og andre forhold påvirker risikoen for å bli uførtrygdet i løpet av en tiårsperiode (Krokstad m.fl. 2002a; 2002b; 2004a, Krokstad og Westin 2004). Forskerne fant at forekomsten av uførepensjon endret seg betydelig i oppfølgingsperioden og varierte etter alder og kjønn. Blant personer under 50 år ble lav sosioøkonomisk status, lav utdanning, lav kontroll i arbeidssituasjonen og fysisk anstrengende arbeid funnet å være de sterkeste ikke-medisinske årsaksfaktorene for uførepensjon. Lav sosioøkonomisk status var en sterkere årsaksfaktor hos personer under 50 år enn hos personer over 50 år (Krokstad m.fl. 2002a). Unge menn som er arbeidsledige, og unge kvinner som opplever samlivsbrudd, har også større sjanse for å havne på trygd (Krokstad m.fl. 2002b). Videre fant de en betydelig økt risiko for uføretrygding i utkantkommuner med sosiale utfordringer (Krokstad m.fl. 2004). I løpet av ti år var det en 30-40 prosent høyere risiko for de som bodde i slike utkantkommuner å bli uføretrygdet. Forskerne konkluderte med at sosiale utfordringer i utkantkommuner, forårsaket av offentlige og markedsrelaterte sentraliseringsprosesser, forårsaker uføretrygding.

Ved Universitetet i Bergen har Gjesdal og kollegaer gjennomført flere studier for å identifisere predikatorer for overgang fra langtidsfravær til uførepensjon med spesiell fokus på kjønn (Gjesdal og Bratberg 2002, Gjesdal m.fl. 2005; 2008, Bratberg m.fl. 2009). Langtidsfravær er i disse studiene definert som fravær utover åtte uker. I den første studien ble langtidssykemeldte i 1990 og 1991 identifisert ved bruk av KIRUT-databasen og fulgt opp i tre år (Gjesdal og Bratberg 2002). De dominerende predikatorene for uførepensjon var alder og sykefraværslengde. Å arbeide deltid økte risikoen for uførepensjon, mens høyere utdanning og det å ha barn under sju år reduserte risikoen. Den ”beskyttende” effekten av å ha små barn gjaldt kun for kvinner. Fulltidsarbeidende kvinner er gruppen med lavest risiko for overgang fra langtidsfravær til uførepensjon blant alle gruppene. Forskerne undrer om dette kan forklares med den høye andelen kvinner i deltidsstillinger og selvseleksjon til deltid: At deltidsansatte i gjennomsnitt har dårligere helse og av den grunn ikke har valgt å jobbe i full stilling. Forskerne har ikke data som kan belyse dette, og viser avslutningsvis til en alternativ tolkning, nemlig at al-

---

<sup>2</sup> HUNT er akronym for HelseUndersøkelsen i Nord-Trøndelag. Datamaterialet bestod av den ikke-uføre andel av befolkningen i Nord-Trøndelag fylke i alderen 20-66 år i 1984-86. Informasjon om tidspunktet for innvilgelse av uførepensjon i oppfølgingsstiden ble hentet fra Rikstrygdeverkets database.

ternativkostnadene ved overgang fra inntekt til trygd er lavere for deltidsansatte enn heltidsansatte.

I den neste studien hadde Gjesdal m.fl. (2005) et større fokus på personer under 40 år. Studien inkluderte alle nye langtidssykemeldte i Hordaland (unntatt svangerskapsrelatert fravær) i seks måneder i 1994. Kohorten ble fulgt opp til utgangen av 1999, med innvilget uførepensjon som utfallsvariabel. Forskerne fant en femårsrisiko for overgang til uførepensjon på 7,9 prosent for menn og 10,3 prosent for kvinner. Ved psykiske lidelser ble 24 prosent av mennene og 11 prosent av kvinnene uførepensjonert. Psykiatrisk diagnose (bare menn), lav inntekt (begge kjønn), økende alder (bare kvinner) og tidligere langtidsfravær (bare menn) økte risikoen for uførepensjon. Forskerne konkluderte med at unge menn som er langtidssykemeldt med psykiatrisk diagnose og unge kvinner med muskel- og skjelettplager kan trenge spesiell oppfølging fra behandlende leger og trygdeetaten.

Bergensmiljøet har gått videre med å studere overgangen fra langtidssykemelding med ulike psykiske diagnoser til uførepensjon (Gjesdal m.fl. 2008; Bratberg m.fl. 2009). Ifølge forskningsmiljøet er dette den første studien som søker å predikere overgangen fra langtidssykemelding som følge av en psykisk diagnose til uførepensjon. Studien viser at menn med psykiske diagnoser har en høyere uførerisiko når man kontrollerer for diagnose, alder og inntekt (Gjesdal m.fl. 2008). En mulig tolkning forskerne lanserer er at menn i større grad vegrer seg for å søke hjelp, og derfor er langtidssykemeldte menn mer alvorlig syke enn kvinner. I tilknytning til denne studien drøfter forskerne hvilken rolle alkohol- og rusmisbruk kan ha i forhold til langtidssykemeldinger og psykiske lidelser. Forskerne peker på at det er en del stigma og rettslige konsekvenser knyttet til misbruk av alkohol og rus, og at flere studier av langtidsfravær som skyldes psykiske lidelser ikke omfatter alkohol- og rusmisbruk. Mulig underrapportering gjør derfor datakvaliteten usikker. I deres egen studie viste det seg at mer enn 40 prosent av dem med en alkohol- og annet rusmisbruk diagnose, endte med en uførepensjon, men at tallene var små. Forskningsmiljøet viser imidlertid til annen forskning som peker på sammenhenger mellom alkoholforbruk og svekket arbeidsevne, og at misbruk av alkohol og andre rusmidler kan bidra til å komplisere diagnosebildet til andre psykiske og somatiske lidelser.

Til slutt viser vi til en bergensstudie hvor en kohort av langtidssykemeldte med en psykisk diagnose<sup>3</sup> er fulgt i en femårsperiode (1997-2002) (Bratberg m.fl. 2009). Formålet med denne studien var å undersøke både individuelle

---

<sup>3</sup> Studien omfatter 12.283 kvinner og 7099 menn.

og kontekstuelle forklaringsvariabler for uførerisikoen. Individuelle forklaringsvariabler ble hentet fra FD-trygd, mens de kontekstuelle variablene blant annet var representert med en levkårsindeks konstruert på fylkesnivå på bakgrunn av data levert fra Statistisk sentralbyrå. Etter femårsperioden var 25,6 prosent av mennene og 23,4 prosent av kvinnene mottakere av en uførepensjon. Det var visse kjønnsforskjeller i diagnosebildet. Mens depresjon var noe vanligere blant kvinner (73 prosent mot 61 prosent), er alkohol og rusmisbruk og psykoser mer vanlig blant menn. Studien viste at individnivåvariablene kjønn, diagnose, alder, utdanning og inntektsnivå hadde forklaringskraft for uførerisikoen. Menn hadde en større risiko enn kvinner. Dobbelte så mange med lav utdanning ( $\leq 9$  år) ble uføre relativt til dem med høy utdanning (16+ år). Andelen på uføre ble lineært redusert med økende inntekt for både kvinner og menn. Å ikke være gift økte også sannsynligheten for å bli ufør for begge kjønn, og det å bo i en husholdning med små barn beskyttet mot uføre. Personer med psykose som hoveddiagnose hadde høyest risiko for uførepensjonering, mens personer med stress reaksjoner hadde lavest risiko. I tillegg til disse individfaktorene, hadde levekår på fylkesnivå en viss betydning for kvinner, men ikke for menn. Det vises blant annet til at kvinners deltakelse i arbeidsmarkedet avgjøres mer av ytre forhold, mens menns atferd i større grad styres av medisinske forhold og individuelle sosioøkonomiske variabler. Kvinner bosatt i fylker med dårlige levekår har en større risiko for å bli uføre etter en langtidssykemelding grunnet psykiske lidelser. Forskerne viser for øvrig til at det høye aggregeringsnivået til dataene i levkårsindeksen er trolig en medvirkende årsak til at det er vanskelig å identifisere kontekstuelle faktorer. Uføretilbøyeligheten for begge kjønn var imidlertid større i fylker med generell lav utdanning og høy dødelighet. Fylkesvise forskjeller i arbeidsledigheten hadde betydning for uførerisikoen for menn, men ikke for kvinner. Dess høyere ledighet, dess større risiko for uføre for menn.

Forskningsmiljøet ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har også levert flere relevante bidrag, herunder flere studier av risikoen for uførepensjonering i ung alder (Kristensen og Bjerkedal 2004, Gravseth m.fl. 2007, Gravseth m.fl. 2008, Gravseth og Kristensen 2008a; 2008b). Disse studiene er resultater av Forskningsrådsprosjektet "Sosiale ulikheter i helse: helse i barneårene og senere deltakelse i arbeidslivet"<sup>4</sup> med en prosjektperiode fra 2002

---

<sup>4</sup> Ifølge hjemmesidene til prosjektet følges alle levendefødte 1967-76 (N=626.928) til utløpet av 2003 mht utdanning, uførepensjon, pensjonsgivende inntekt og sykmeldinger (fra RTVs registre). Ut fra data i Medisinsk fødselsregister og RTVs stønadsregistre (grunn/hjelpestønad i barnealder) kan forskerne kvantifisere hvilken betydning helseforhold ved fødsel og kronisk sykdom i tidlig barnealder har for deltakelse i arbeidslivet som voksen. <http://www.stami.no/?nid=15862&lcid=1044&proid=8173&subavd=0&selected=0>

til 2008. Felles for studiene er at de har tatt utgangspunktet i registerkoblinger for en kohort født mellom 1967 og 1976 og disse er fulgt til utløpet av 2003 (da var de eldste 36 år). Med en viss variasjon i tema, blir denne kohortens risiko for blant annet uførepensjonering predikert.

I Kristensen og Bjerkedal (2004) blir analysene avgrenset til å gjelde to grupper som defineres som utsatte grupper, nemlig menn som mottok grunn- og/eller hjelpestønad i barnealder og menn med lavt utdanningsnivå<sup>5</sup>. Forskerne konkluderte med at unge voksne menn med lav utdanning og trygdestønad som barn faller oftere ut av arbeidslivet enn andre. Videre fant de at effektene av kronisk sykdom i barnealder på deltakelse i arbeidslivet hadde et syklisk konjunkturbestemt forløp, mens effekten av lav utdanning var preget av jevn og gradvis forverring i løpet av perioden som studien dekket. Ifølge forskerne tyder dette på at kronisk sykdom har en ugunstig effekt på deltakelse i arbeidslivet i unge år, men denne effekten er konjunkturbestemt. I motsetning har lav utdanning en ugunstig effekt som forverret seg jevnt over tid. Forskerne kan ikke forklare dette, men undres om menn med lav utdanning har økende vansker med å innpasse seg et stadig mer komplekst og skiftende arbeidsliv. Forskerne mener også at en forklaring på hvorfor den samme utviklingen ikke gjør seg gjeldende for unge menn med kronisk sykdom, kan være den nordiske velferdsmodellen som ivaretar arbeidsmulighetene til funksjonshemmede. Forskerne oppsummerer med at det kan virke som om menn med lav utdanning er taperne i debuten på arbeidsmarkedet, mens vi tar vare på de kronisk syke – i det minste når konjunkturene er gode.

STAMI-miljøet har også undersøkt hva det vil si å vokse opp i familier hvor minst en av foreldrene har uførepensjon (Kristensen m.fl. 2004). I kohorten som ble undersøkt, gjaldt dette omlag ti prosent. Ifølge forskerne opplevde denne gruppen mange ulike problemer i ung voksen alder, blant annet lavere utdanningsnivå, lavere inntekt og høyere sykefravær, og disse effektene kunne for en stor del forklares med at de materielle kårerne for barn med uføre foreldre er dårligere enn for andre. Dersom mor eller far var ufør omtrent doblet risikoen for egen uførepensjonering (justert for materielle forhold). Videre fant de at sammenhengen med egen uførhet var sterkere jo yngre man selv var da mor eller far ble ufør, og at sammenhengen var sterkere for kvinner hvis mor var ufør, og sterkere for menn når far var ufør. Forskerne tolker disse resultatene i retning av at man preges av de rollemodellene som nedfelles i barnealderen. For øvrig vises det til at uføre foreldre ofte er ressurssvake og at deres barn oftere har kroniske sykdommer, og henviser til annen

---

<sup>5</sup> Størrelsen på populasjonen var 321.975 menn.

forskning som viser at personer som kommer fra lavere sosiale klasser, gjerne utvikler mindre gunstige mestringsstrategier, for eksempel Bosma (2006) (Gravseth og Kristensen 2008b).

I en annen studie ble risikofaktorer for å få uførepensjon i løpet av de første årene man er i arbeidslivet studert (Gravseth m.fl. 2007). Siden hensikten med studien var å se på utstøttingsmekanismer fra arbeidslivet, ble studien avgrenset til å gjelde personer som hadde et minimum av arbeidserfaring før uførepensjoneringen. Oppfølging startet således ved alder 20 år og datagrunnet inkluderer ikke psykisk utviklingshemmede og multifunksjonshemmede. Om lag 10.000 personer (1,6 prosent) ble tildelt uførepensjon i løpet av oppfølgingstiden (ut 2003).<sup>6</sup> Halvparten av disse ble uførepensjonert med en psykisk lidelse. Siden eget utdanningsnivå spilte en stor rolle for uførepensjonering, ble materialet delt i to omtrent like store grupper: De som ikke hadde fullført videregående skole ved 20 års alder, og de som hadde fullført (henholdsvis lavt og høyt utdannede). Risikoen for uførepensjonering viste seg å være omtrent fem ganger så høy for lavt utdannende sammenlignet med høyt utdannede. Foreldreutdanning spilte her en mindre rolle, bortsett fra en omvendt gradient hos lavt utdannede menn. Blant lavt utdannede menn økte risikoen for uførepensjonering dersom minst en av foreldrene hadde universitetsutdanning. Forskerne foreslår en mulig forklaring til å være at manglende evne eller vilje til å leve opp til høye krav og forventninger hos foreldrene, øker risikoen for psykiske lidelser. Videre viser forskerne til at det var små, men klare effekter på uførerisikoen ved fødselsvekt lavere enn gjennomsnittet, kronisk sykdom som barn, ikke-gifte foreldre og uføre foreldre, men at disse faktorene til sammen er mindre enn halvparten av hva eget utdanningsnivå alene forklarte.

Gravseth m.fl. (2008) har gått nærmere inn på betydningen av utdanning. Ved å koble på data fra militærsesjonen, er data vedrørende utdanningsnivå, mental og intellektuell utvikling, kroppsmasseindeks (BMI) og høyde lagt til analysen. Studien ser på risikoen for uførepensjon etter fylte 23 år, og avgrenser seg således til å gjelde unge menn.<sup>7</sup> Analysene viste at 3651 menn (1,2 prosent) mottok en uførepensjon ved oppfølgingstidens slutt i 2003. Tilbøyeligheten for uførepensjon var større dess lavere man scoret på utdanningsnivå og kognitive ferdigheter, selv når man kontrollerte for vekt, kroppsbygning og svekkede mentale evner. Effekten av de fleste risikofaktorene ble marginale når man kontrollerte for kognitive ferdigheter, men svekkede mentale evner hadde en uavhengig effekt. Videre fant de at høyere ut-

---

<sup>6</sup> Størrelsen på populasjonen var 595.393 personer.

<sup>7</sup> Størrelsen på populasjonen var 302.330 menn.

danning kan bidra til å modifisere effektene av lave kognitive ferdigheter. Forskerne konkluderer med at lavt utdanningsnivå, lave kognitive ferdigheter og svekkede mentale evner ser ut til å være viktige markører for uførepensjon i ung voksen alder.

STAMI-miljøet oppsummerer med at oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for senere deltakelse i arbeidslivet, omfang av sykefravær og risikoen for å bli ufør, og at evnen til å lykkes i arbeidslivet i stor grad blir påvirket av forhold som skriver seg tilbake til de første leveårene (Gravseth og Kristensen 2008a; 2008b). Videre går det fram at lav fødselsvekt og kronisk sykdom i barneårene spiller liten eller ingen rolle for sykefraværet. Det kan se ut til at personer med sykdom fra barndommen utgjør en like stabil arbeidskraft som andre, dersom de først kommer inn i arbeidslivet (Gravseth og Kristensen 2008b). For øvrig vises det til at det er en sammenheng mellom mestringsstrategier og sykefravær, med henvisning til Kristensen (1991), og at resultater viser at de sosiale forholdene man vokser opp under, og ”ballasten” man får med seg derfra, spiller en rolle for sykefraværet.

### **Oppsummering**

Det er enkelte funn som går igjen på tvers av de ulike fagmiljøene vi nå har referert til. Et av disse er at lav utdanning har en sterk effekt på tilbøyeligheten til uførepensjonering. Dette gjelder for unge så vel som for alle aldersgrupper. Studiene viser også at kjønnsforskjeller i forhold til diagnoser, tilknytning til arbeidsmarkedet/arbeidstid, og hvordan man forholder seg til hjelpeapparatet kan ha betydning for uførerisikoen. Videre antyder STAMI-miljøet at regionale forskjeller i levekår kan øke risikoen for uføretrygding for kvinner, men ikke for menn, men tar en rekke forbehold i forhold til datakvaliteten. STAMI-miljøet viser også til at dersom en av foreldrene var ufør, doubles risikoen for egen uførepensjonering. Videre fant de en sterkere sammenheng jo yngre man selv var da mor eller far ble ufør, og er sterkere for kvinner dersom mor var ufør, og sterkere for menn dersom far var ufør. STAMI-miljøet oppsummerer med at oppvekst og sosial bakgrunn har stor betydning for uførerisikoen, og at evnen til å lykkes i arbeidslivet i stor grad blir påvirket av forhold som skriver seg tilbake til de første leveårene.

## **2.2 Annen kvantitativ forskning**

I det følgende vil si vise til annen kvantitativ forskning som er relevant i forhold til unge uføreproblematikken. Flere av disse studiene ligner på de epidemiologiske studiene ved at de bruker registerdata for å identifisere risiko-

faktorer og omfatter en rekke variabler på individnivå, samt bakgrunnsvariabler knyttet til sosioøkonomiske forhold. I tillegg er det andre studier som har sett nærmere på problemstillinger knyttet til arbeidsplassene (nedbemannings; økte krav), forvaltningspraksis og tiltakssiden.

### **Studier med hovedfokus på individet**

Dahl (2005) har sett nærmere på veksten i uførepensjonister og mulige årsaker, og dekker aldersgruppen 35-65 år. Analysen sammenligner personer som ble uførepensjonert i 2001 med alle personer som er under risiko for uførepensjon ved inngangen til 2001. Dahl fant at kjønn, alder, sivilstand, utdanning, sykefravær, arbeidssøking, sosialhjelp, størrelse på inntekten og yrkestilknytning har en signifikant effekt på sannsynligheten for å bli uførepensjonert. Siden Dahl har definert målgruppa nettopp ut fra hensynet til at de er voksne, har avsluttet sin utdanning og forventes å ha inntekt fra yrkesaktivt arbeid, kan det tenkes at en del av disse variablene ikke er like signifikante for gruppen av personer under 35 år. Vi tar i denne sammenheng kun med et av resultatene: Selv når man korrigerer for alder, er uføretilbøyeligheten høyere for personer med lav enn med høy utdanning. Dette er således i tråd med annen forskning.

På bakgrunn av registerdata har Blekesaune (2005) undersøkt hva som kjennetegner unge uføre og hvilken yrkeserfaring de har hatt. Unge uføre er av Blekesaune definert som alle som mottok en uførepensjon og som var under 35 år. Hvor mye de har jobbet, hvor de har jobbet, og i hvilken grad de har mottatt ulike typer offentlig inntekt før de ble uførepensjonert, er noen av spørsmålene som Blekesaune belyser ved hjelp av data fra FD-trygd for perioden 1998-2001. I Blekesaunes studie kjennetegnes mer enn halvparten av de unge uføre av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. I tråd med det Brage og Thune (2008) finner (se under), er det forskjeller i diagnosebildet mellom de ”yngste” unge uføre og de øvrige unge uføre. Relativt sett var det flere med psykiske lidelser, sykdommer i nervesystemet, samt medfødte misdannelser og kromosomavvik blant dem under 25 år, relativt til aldersgruppen 25-34 år. Videre fant Blekesaune at en betydelig andel av de aller yngste uførepensjonistene har lite eller ingen utdanning. Blant dem som har en utdanning, har relativt mange videregående utdanning, men få har utdanning utover videregående skole. Mange av de unge uføre har jobbet litt før de ble uføretrygdet, men få har jobbet mye. Det vises for øvrig til at registerdataene gir usikre indikasjoner på hvor lenge arbeidsforholdene har vart. Relativt mange har jobbet i helse- og sosialsektoren, og dernest i andre sosiale og personlige tjenester. Mange hadde også mottatt andre trygdeytelser for arbeidsuførhet før de ble uførepensjonert. To-tredjedeler var registrert som



yrkeshemmede arbeidssøkere i en seksårsperiode før uførepensjonering. Blekensauve avrunder imidlertid med å gi uttrykk for at hans egen, samt tidligere undersøkelser, gir usikre indikasjoner på hvorfor flere unge personer blir uførepensjonert i dag enn tidligere.

Brage og Thune (2008) i NAV har sett nærmere på de medisinske årsakene til uføreytelser blant de ”yngste” uføre, her definert som aldersgruppen 16-24 år<sup>8</sup>. Brage og Thune ser blant annet på hvilke sykdommer som ligger til grunn for økningen i antall unge mennesker i perioden 1977-2006, og stiller blant annet spørsmål om økningen i antall unge uføre er rusrelatert, om det kan knyttes til somatiske sykdommer, om det er stressrelatert, eller om det skyldes andre lettere psykiske plager. Brage og Thune har benyttet seg av opplysninger om alder, kjønn, tilståelsestidspunkt og primærdiagnose. For aldersgruppen 16-24 er det høyere tilgangsrater blant menn, relativt til kvinner, for hele perioden. Videre er det psykiske lidelser som dominerer statistikken. Fra 2000 har andelen psykiske lidelser vært over 60 prosent for menn og 58 prosent for kvinner. Tilgangsraten for psykiske lidelser var relativt stabile frem til 1993, deretter har man sett en kraftlig økning. Tilgangsraten ble mer enn tredoblet i perioden 1993-2006. Muskel- og skjelettlidelser, som svarer for en stor andel av uføreytelser i eldre aldersgrupper, var sjelden årsak til uføreytelser i aldersgruppen 16-24 år. Brage og Thune oppsummerer med at etter 1993 har det skjedd en betydelig økning i psykotiske tilstander, atferds- og personlighetsforstyrrelser og depresjoner og angsttilstander. Forfatterne viser også til at effekten av rusmisbruk er trolig underestimert i undersøkelsen, og viser til at i registrene er alkohol- og rusmisbruk sjelden angitt som primærdiagnose. Rusmisbruk i seg selv gir ikke rett til uføreytelse. Seinfølger av fysisk eller psykisk art av et rusmisbruk kan imidlertid gi rett til uføreytelse, men dette tar ofte flere år og vil oftere være tilfelle etter fylte 25 år. Videre viser de til at det er lite sannsynlig at det bare finnes én enkel årsak bak denne økningen. Forklaringene må søkes i flere samvirkende faktorer, herunder administrative, medisinske, arbeidsmessige og sosiale. Det vises blant annet til regelendringer som bedrer stønadsnivået for unge, utviklingen innen diagnostikken av medisinske tilstander, økt fokus på enkelte type diagnoser, bedret medisinsk behandling av for tidlig fødte barn og barn med medfødte misdannelser, økte krav i arbeidslivet med påfølgende større psykisk belastning, og endrete familiestrukturer og overføring av ansvar fra familien til det offentlige.

---

<sup>8</sup> Den 1.1.98 ble den nedre aldersgrensen for uførepensjon hevet fra 16 til 18 år.

## Studier med hovedfokus på konteksten

Flere studier har også sett på betydningen av kontekstuelle forhold, blant annet betydningen av nedbemanning i arbeidslivet. Med bakgrunn i FD-trygd databasen for perioden 1992-2000 og et arbeidstakerregister, konkluderer Rege m.fl. (2005) at nedbemanning øker sannsynligheten for å bli uføretrygdet<sup>9</sup>. Ansatte som var sysselsatt i virksomheter som ble nedlagt i perioden fra 1993 til 1998, var 28 prosent mer tilbøyelig til å motta en uførepensjon i 1999 sammenlignet med ansatte i virksomheter som ikke ble nedbemannet. Videre fant de at forholdet mellom nedbemanning og uførepensjonering ikke er lineært. Ansatte i virksomheter hvor man nedbemannet med 65-95 prosent ga en høyere uføretilbøyelighet enn virksomhetene som ble nedlagt. Videre finner disse forskerne at sannsynligheten for uførepensjonering etter nedbemanning er størst for eldre arbeidstakere med lang ansiennitet og lav utdanning. I en annen studie finner de samme forskerne (Rege m.fl. 2007a) at uførerisikoen blant eldre arbeidstakere også påvirkes av venners og naboers (eng: peers) sykefravær og uførerater som følge av nedbemanning. Dette tyder på at det kan være en viss smitteeffekt i lokalsamfunnet blant eldre arbeidstakere ved nedbemanning. Forskningsmiljøet ved Statistisk sentralbyrå har også studert effekten av nedbemanning på arbeidstakernes ektefeller og barn (Rege m.fl. 2007b). Forskerne fant en sammenheng mellom økt grad av uføretrygding og at mennenes barn gjør det dårligere på skolen. Dårligere skoleresultater blant barn der fedrene er utsatt for nedbemanning gjelder kun for kommuner med et middelfungerende arbeidsmarked. Dersom det er mor som er gjenstand for nedbemanning, har nedbemanningen den motsatte effekt på barna (skoleresultatene blir bedre). Denne forskjellen forklares med at barn utsettes for stress dersom rollemodellen som tilsier at far skal være familieforsørger kommer under press, mens nedbemanning for mor innebærer at mor kan få mer tid til å være hjemme og således bruke mer tid på barna.

Miljøet ved Frischsenteret har også kartlagt hva som kjennetegner klientløpet til dem som blir uførepensjonert (Fevang m.fl. 2004), samt hvilke grupper som har høyest risiko for å bli uføretrygdet og hvilke effekter omstillinger og nedbemanning har for uføretilbøyeligheten (Fevang og Røed 2005, Fevang og Røed 2006, Røed og Fevang 2007, Raaum m.fl. 2009). I studien av klientløpet skiller forskerne mellom personer under 50 år og eldre (Fevang m.fl. 2004). Blant de under 50 år, var 24 prosent under 35 år ved starten av forløpet. Studien fant at forløpene til de yngste varte lengst. Videre fant de at uføretrygdede under 50 år i større grad hadde vært gjenstand for

---

<sup>9</sup> Etter visse avgrensninger utgjør utvalget 497.961 arbeidstakere, bosatt i 434 kommuner og sysselsatt i 33 ulike 2-sifra bransjer.

utredning og/eller deltagelse i yrkesrettet attføring i løpet av sitt klientforløp, relativ til de eldre (35,7 prosent mot 7,8 prosent). Blant dem under 50 år var det nær 12 prosent som startet sitt klientløp med et helt ordinært ledighetsproblem og om lag sju prosent startet med sosialhjelp. Med henvisning til Nordberg og Røed (2002) vises det til at 43 prosent av nye uføretrygdede mellom 20 og 40 år hadde en ledighetsregistrering forut for sin første sykdomsregistrering. Forskerne peker derfor på at arbeidsmarkedet har en viss betydning for rekruttering til uførepensjon.

Med tanke på uførerisikoen, fant Fevang og Røed (2006) at 14 prosent av den ikke-uføre befolkningen som var mellom 30 og 55 år i 1992 ble uføretrygdet i løpet av den påfølgende 11-årsperioden (1993 til 2003). For øvrig fant de store variasjoner i uførerisiko mellom ulike grupper. Kvinner er mer utsatt enn menn og personer med lav utdanning har en større sannsynlighet for å bli uføretrygdet enn personer med høy utdanning. Videre fant de at forhold på arbeidsmarkedet har stor innvirkning på risikoen for å bli ufør, og at en stor andel av dem som ble uføretrygdet hadde lange trygde- og sosialhjelpshistorier bak seg. Hele 45 prosent av de nye uføre mottok trygd eller sosialhjelp så lenge som ti år før uføretidspunktet. Om lag 25 prosent var innom yrkesrettet attføring i perioden 1992-2002 og de deltok i attføringstiltak i gjennomsnitt 19,5 måneder.

Videre konkluderer Fevang og Røed (2006) med at et forsiktig anslag tyder på at nedbemanninger foretatt i perioden 1993-2000 i de bedriftene som eksisterte i 1992 forårsaket om lag 5 prosent av nyrekrutteringen til uføretrygd i perioden 1993-2003. Dette miljøet har også sett nærmere på effekten av omstillinger og nedbemanninger for enkelte yrkesgrupper som har et gjennomgående høyt sykefravær med påfølgende stor overgang til uføretrygd, nemlig sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (Fevang og Røed 2005, Røed og Fevang 2007). Med utgangspunkt i PAI-data for perioden 1992 til 2000, som er koblet til opplysninger om sykemeldinger, attførings- og rehabiliteringspenger, uføretrygd, dagpenger og sosialhjelp, finner forskerne at nedbemanninger fører til høyere sykefravær og økt bruk av mer langvarig trygd, eksempelvis attføringspenger og uføretrygd. Siden få av de ansatte sies opp (som regel er det snakk om omplassering ved nedbemanning i helsesektoren), drøftes ulike mulige forklaringer for det økte sykefraværet og overgangen til uførepensjon. Økt jobbusikkerhet og økt arbeidspress for de som blir igjen ved arbeidsplassen nevnes som to mulige forklaringer.

Forskere ved Frischsenteret har også sett nærmere på sammenhengen mellom skatte- og trygdesystemet med tanke på om disse systemene fører til at enkelte velger trygd framfor arbeid (Fevang m.fl. 2005). Forskerne fant at i

gjennomsnitt vil trygdemottakere oppnå en økonomisk gevinst (i disponibel inntekt) på omlag 70.000 kroner (2001-kroner) ved eventuell overgang fra trygd til fulltidsarbeid. Videre fant de at om lag tre prosent av de uføre oppnår høyere netto inntekt som uføre enn i fullt arbeid. Dette gjelder spesielt personer med kombinasjonen lav arbeidsinntekt, hjemmeværende ektefelle og mange barn. Videre vises det til at "trygdefeller" kan oppstå fordi en del velferdsgoder som er ment å bekjempe fattigdom (barnetillegg, forsørgertillegg, bostøtte, skattefordeler), ikke bare er betinget av at man har lav familieinntekt, men av at den lave inntekten er en trygd.

Tveråmo m.fl. (2003) har undersøkt endringer i folks mestring av kravene i samfunnet. Arbeidshypotesen var at endrede krav til tilpasning skaper økt psykisk stress, som igjen fører til økt uføretrygding på grunn av psykiske lidelser. Tveråmo m.fl. finner at andelen 20-39 åringer som ble forsørget ved offentlig bistand økte fra 6,4 prosent i 1994 til 7,7 prosent i 2000, en økning på 20,3 prosent. Den største økningen var knyttet til "lettere psykiske lidelser" og "ryggsykdommer, myalgier og andre lidelser", med en økning på henholdsvis 152 prosent og 111 prosent i perioden 1992-2000. I 2000 utgjorde disse diagnosene 51 prosent av nye tilfeller av tilkjent uføretrygd for aldersgruppen 20-39 år. Ifølge forskerne er disse diagnosene i hovedsak knyttet til tilpasningsproblemer, og tolker resultatene i retning av det er et økende misforhold mellom samfunnets tilpasningskrav og mestringsressursene i befolkningen. Videre sies det at misforholdet er sannsynligvis mest uttalt i arbeidslivet på grunn av endrede krav, men det er tegn til at endrede krav også i privatlivet er medvirkende. Videre hevdes det at hjelpesystemet greier ikke å utbedre dette, men snarere kan være en bidragsyter ved at pasientene møter for få krav og sosialiseres til sykerollen.

Bragstad og Hauge (2007; 2008) har studert geografiske forskjeller i uføretilgangen for perioden 1997-2004, men de har ikke sett spesielt på unge. Uføretilgangen varierer mellom kommuner og fylker og over tid. Mye av økningen i uførepensjoneringen og de geografiske forskjellene kan forklares med endringer i folkemengden. Den yrkesaktive delen av befolkningen blir stadig eldre og flyttemønstrene påvirker også den geografiske alderssammensetningen. Oslo har for eksempel en svært stor innflytting av unge i alderen 18-34 år, mens Finnmark har en særlig stor utflytting i perioden 1993-99. Videre finner de at forskjellen mellom kommunene når det gjelder andelen nye uførepensjonister er relativt stabil over tid. Høy alder og høyt sykefravær er faktorer som bidrar til at det blir flere nye uførepensjonister i en kommune. Det lokale arbeidsmarkedet ser også ut til å spille en rolle. Forskerne konkluderer med at det ikke er mulig å finne én forklaring, men at det er flere faktorer som påvirker antall nye uførepensjonister.

Hansen og de Vibe (2005) er opptatt av spørsmålet om fattigdom reproduseres over generasjoner, og etterlyser forskning som belyser hvilken betydning sosial bakgrunn har for bruk av velferdsordninger. Hansen og de Vibes anliggende er at sosial klasse har mistet sin forklaringskraft i norsk velferdsforskning til fordel for individuelle prosesser og valg. Den enkelte velger å bli ufør fordi det er mindre stigmatiserende, mer legitimt, mer lønnsomt eller en eller annen rasjonell grunn sett fra enkeltindividet. Som Hansen og de Vibe (2005) uttrykker det:

”Det handler som oftest om uflaks, ulykke eller sykdom, og ikke om sosial reproduksjon av ulikhet” (s. 150).

Hansen og de Vibe har således studert sammenhengen mellom foreldreøkonomi i barndom og ungdom og senere behov for sosialhjelp og uføretrygd. Sosial bakgrunn er målt med foreldrenes inntekt i individenes barne- og ungdomsår, og data fra FD-trygd er koblet opp mot opplysninger om mor og far (kun norskfødte foreldre). Det er fødselskullene 1955-1959 som blir studert og de eldste var nådd 48 år i det siste observasjonsåret. Forskerne fant at blant 48-åringene er det mer enn tre ganger så vanlig å være uføretrygdet blant dem med dårligst foreldreøkonomi enn blant dem fra økonomisk velbeslåtte hjem. Blant den samme gruppen er det også om lag dobbelt så vanlig å være uføretrygdet dersom foreldrene er grunnskoleutdannede relativt til dem med foreldre med universitetsutdanning. Foreldreinntekt har klar betydning for sannsynligheten for å være uføretrygdet, også når personer med samme utdanningsnivå sammenlignes, og at foreldreinntekt har sterkere betydning for sannsynligheten for å være uføretrygdet blant menn enn blant kvinner. Forskerne konkluderer med at det er en klar og systematisk sammenheng mellom det å ha lav sosial bakgrunn og det å havne i ufordelaktige livssituasjoner, og at det er stor grad av sosial arv.

Miljøet ved NOVA har, ved hjelp av barnevernsdata, sosialhjelpsdata og en del registerdata fra SSB, sett nærmere på hvordan det går med barneverns klienter (Kristofersen og Clausen 2008, Clausen og Kristofersen 2008). Studien inkluderer alle som har fått tiltak fra barnevernet i perioden 1990-2005, i alt 120.986 personer i alderen 0-37 år. SSB har også trukket et sammenlikningsutvalg på 112.412 personer. Dette består av barn, unge og unge voksne som aldri har hatt barnevernstiltak. Personer som har fått tiltak fra barnevernet kommer gjennomgående dårligere ut på de levekårsfaktorene som er analysert, sammenliknet med personer som aldri har fått tiltak fra barnevernet. Undersøkelsen viser også at overgangsfaser er krevende for utsatt ungdom. Mangelfull utdanning og vesentlige helseproblemer ser ut til å være en viktig

kilde til senere problemer hos tidligere barnevernsklienter. Kun åtte prosent av de tidligere barnevernsbarna hadde høyere utdanning når de var blitt 25 år og over i 2005, mot 40 prosent i sammenlikningsutvalget. Nesten 70 prosent av de tidligere barnevernsklientene på 17 år og over i 1997 hadde dessuten vært arbeidsledige i løpet av perioden 1997-2004<sup>10</sup>, og halvparten av dem hadde vært arbeidsledige i mer enn ett år. Videre fant de at nesten åtte prosent av unge voksne (18 år og over) som hadde vært i barnevernstiltak, hadde fått tilstått uførepensjon innen utgangen av 2005. Den tilsvarende andelen i sammenlikningsutvalget var i underkant av en prosent. Videre fant forskerne at 11 prosent av barnevernsbarna med foreldre som selv mottok sosialhjelp, fikk egen uførepensjon. Forskerne konkluderer med at det er viktig både med tidlig intervensjon og ettervern for tidligere barnevernsklienter, og at fokuset på utdanning og helseproblemer må skjerpes både hos barneverntjenesten og NAV. Videre gir forskerne uttrykk for at helsetjenesten også må fokusere mer på omsorgssvikt blant barn, på frafall fra skole og utdanning og på fattigdomsproblemer og rusmisbruk hos unge mennesker.

Siden psykisk helse og lav utdanning er to viktige risikofaktorer for å bli ufør i ung alder, tar vi også med studien til Heiervang og Torsheim (2008). Studien er basert på befolkningsundersøkelsen Barn i Bergen, hvor lærere har besvart spørsmål om lese- og skrivevansker (LSV) og psykiske problemer da barna gikk i 2.-4. klasse, og på nytt tre år senere da de gikk i 5.-7. klasse. Heiervang og Torsheim fant at om lag fem prosent av barna rapporteres å ha LSV, og at dette gjelder to til tre ganger så mange gutter som jenter. Videre fant de en tydelig sammenheng mellom LSV og ulike psykiske problemer hos barna, selv om sammenhengen ble svakere når man tok hensyn til forskjeller i kjønn og alder mellom gruppene, samt om det samtidig forelå mer generelle lærevansker. Forskerne melder også om at de med tidlige og vedvarende lesevansker hadde mest psykiske problemer, og for denne gruppen økte vanskene over tid. Et positivt funn var at bedring av leseferdighetene over tid medførte bedring også av den psykiske helsen, og kan tyde på at tidlig ekstra innsats for å bedre leseferdighetene også kan føre til at barna viser mindre uro og atferdsvansker i skolen.

### **Studier med hovedfokus på forvaltningen og/eller tiltakssiden**

Avslutningsvis presenterer vi enkelte kvantitative studier hvor hovedfokuset er på de unges møte med tiltaksapparatet/forvaltningen, forvaltningens håndtering av unge personer som står i fare for å falle helt ut av arbeidslivet eller tiltak rettet mot unge eller spesielt utsatte grupper.

---

<sup>10</sup> I sammenlikningsutvalget var dette tilfelle for 40 prosent.

Rikstrygdeverket satt i gang høsten 1999 en studie av alle innvilgede søknader om uførepensjon hos personer under 35 år fra 1992 og 1997 i 19 kommuner, en kommune fra hvert fylke, i alt 239 saker (Gogstad og Bjerkedal 2001). Alle saker ble gjennomgått, og en rekke sosiale og demografiske variabler, medisinsk bakgrunn og elementer i saksbehandlingen ble registrert og statistisk behandlet. Gogstad og Bjerkedal fant ikke store forskjeller i demografiske forhold mellom de unge som ble førepensjonert i 1992 og 1997. De medisinske årsakene til uførepensjon var imidlertid oftere psykiske lidelser i 1997 enn i 1992, særlig gjaldt dette lettere psykiske problemer, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Videre ble det påvist en tendens til færre henvisninger til yrkesrettet attføring i 1997 enn i 1992, mens medisinsk rehabilitering var lite benyttet i begge årene. Dokumentgjennomgangen avdekket også en rekke mangler i saksbehandlingen i begge år, litt mer uttalt i 1997 enn i 1992, og gjaldt trygdefaglige så vel som medisinske rutiner. Videre fant de et skjørt og til dels sviktende samarbeid mellom etatene. Vel to av tre var blitt henvist til Aetat, og blant disse var det bare en av tre som fullførte opplegget<sup>11</sup>. Det var også en markert større andel av de som ble uførepensjonert i 1997 enn i 1992 som ble tilrådet av Aetat om å søke uførepensjon (31 prosent i 1997, mot 20 prosent i 1992). I undersøkelsen ble saksbehandlingen klassifisert som ”adekvat”, ”tvilsom” eller ”mangelfull”, hvor det i de to sistnevnte kategoriene ble påvist en eller flere vesentlige mangler<sup>12</sup>. Gogstad og Bjerkedal melder om store forskjeller mellom kommunene, men de har ikke data som kan belyse dette nærmere. Andelen som ble vurdert som adekvat varierte fra 20 til 100 prosent mellom de 19 kommunene, mens forskjellene mellom 1992 og 1997 var mindre. Dette kan tyde på at forskjellene mellom kommunene er vedvarende. Videre fant de at det var stor forskjell i saksbehandlingen i forhold til uførediagnosen. Best, og med nær 80 prosent adekvat saksbehandling, er uførepensjonerte med medfødte misdannelser. Vanskeligst synes saksbehandlingen å ha vært i sakene hvor det forelå alkoholisme/narkomani. I denne gruppen var det knapt en av tre med adekvat saksbehandling. Sakene til de yngste blir oftest adekvat behandlet, og dette tilskrives at denne gruppen i større grad blir uførepensjonert på grunn av klare medisinske tilstander. For å illustrere hva Gogstad og

---

<sup>11</sup> I om lag 45 prosent av henvisningene ble opplegget avbrutt av Aetat, og i om lag 15 prosent av tilfellene ble opplegget avbrutt av den henviste selv.

<sup>12</sup> De viktigste her var manglende legeerklæring, vedtak på tvers av sakkyndiges råd, ikke henvist til attføring der dette måtte anses som rimelig, urimelig lang saksbehandlingstid, ufullstendige legeerklæringer, vedtak på grunnlag av psykolog- eller legeuttalelse 8-10 forut for søknad uten oppdatering, ikke bruk av basisteam, ikke bruk av rådgivende lege eller spesialist, ikke bruk av adgang til redusert uføretrygd eller oppfølging, og ureflekterte vedtak på bakgrunn av Aetats tilråding.

Bjerkedal (op.cit) legger i begrepet mangelfull saksbehandling, tar vi med følgende sitat:

”De 20 mest mangelfulle sakene i 1997 og de syv i 1992 viser i prinsippet de samme mangler begge år. De personer sakene angår er oftest eldre enn 24 år og har en psykiatrisk diagnose eller svak evneutrustning. Generelt er de medisinske tilstander ufullstendig beskrevet og den medisinske behandling er dårlig dokumentert. Legeerklæringerne er kortfattede eller mangler helt. Funksjonsbedømmelse foreligger ikke. Forsøk på yrkesrettet attføring er ofte avbrutt med anbefaling om uførepensjon uten at andre vilkår er dokumentert. I flere tilfeller er søkeren ikke henvist til attføring. I andre tilfeller tar trygdekontoret avgjørelsen på tvers av sakkyndiges råd. Trygdekontorene retter seg oftest etter attføringsfunksjonærenes syn. Delvis uførhet er sjelden vurdert.

Sammenfatningsvis kan sies at saksgangen i disse saker synes svært forenklet: saken avsluttes med vedtak om uførepensjon, av og til med høyere prosent uførhet enn foreslått av medisinske rådgivere og uten innhenting av oppdaterte opplysninger. Trygdekontorene synes også å legge stor vekt på Aetats anbefaling om uførepensjon. Bedømt ut fra saksdokumentene er Sosialetaten helt fraværende i disse saker. Basisteam er ikke brukt.” (s. 26)

At det er rom for skjønn og at saksbehandlingen kan variere på tvers av trygdekontor, bekreftes også av Jessens (2005) studie. Jessen har ved hjelp av en survey blant sosialarbeidere og trygdefunksjonærer i 2004 sett nærmere på hvordan disse to yrkesgruppene oppfatter sin egen yrkesutøvelse<sup>13</sup>. Begge yrkesgruppene har mandat til å iverksette sosialpolitiske mål og utøve skjønn. Undersøkelsen viser at både sosialarbeidere og trygdefunksjonærer opplever stor grad av autonomi. Saksbehandlerne på lokalt nivå i trygdeetaten er delegert relativ stor beslutningsmyndighet på enkeltområder og opplever at de kan ta mange avgjørelser på egen hånd. Selv om saksbehandlerne i trygdeetaten arbeider i en regelstyrt forvaltning med andre virkemidler enn i sosialtjenesten, oppfatter de likevel sin rolle som ”hjelper”. I forhold til ut-

---

<sup>13</sup> Jessen (2005) formidler resultater fra undersøkelsen ”Velferdsyrker i endring. En komparativ studie av yrkesutøvelse og kompetanse i trygdeforvaltningen og sosialtjenesten”. Undersøkelsen dekker 4 hovedtemaer: Autonomi og handlingsfrihet, muligheter for skjønnsutøvelse, jobbinnhold og trivsel, kompetanse og opplæringsbehov. Utvalget består av sosialarbeidere med ansvar for forvaltning (utmåling og tildeling) av økonomiske sosialhjelp innen den kommunale sosialtjenesten, og saksbehandlere på trygdekontor (med unntak av merkantile stillinger). De to utvalgene utgjør hhv 25 prosent av sosialkontorene og 20 prosent av trygdekontorene i landets kommuner, trukket fra kommuneregisteret 2003.



øvelse av skjønn, mener halvparten av respondentene at muligheter for å fatte selvstendige avgjørelser er blitt større de siste årene, både innenfor sosialtjenesten og trygdeetaten. Jessen viser til at endringer i velferdspolitiske mål og desentralisering av oppgaver og ansvar til førstelinjen er trolig forklaringen på at forvaltningsyrkenes faglige autonomi er styrket. Jessen avslutter med å peke på at begge yrkesgrupper har et stort behov for mer kunnskap og nye ferdigheter som følge av endringer i velferdspolitikken, nye oppgaver og omorganisering av forvaltningen.

Andre studier igjen har sett nærmere på om stønadsmottakere blir låst inne i stønadsrollen og således ikke kommer i arbeid. Pedersen (1998) har evaluert en intervensjonsstudie blant unge sosialklienter og rusmisbrukere i utvalgte kommuner. I 1989 ble det i utvalgte kommuner undersøkt om arbeidsmarkedstiltak var egnet på lang sikt til å hjelpe unge sosialklienter og rusmisbrukere ut av klientrollen. I forsøkene ble det opprettet tiltaksplasser for to målgrupper, nemlig sosialklienter mellom 18 og 24 år og rusmisbrukere under 35 år. Felles for mange var at de hadde behov for mer eller mindre omfattende hjelp ved siden av at de manglet arbeid. Prosjektet igangsatte ulike arbeidsmarkedstiltak og kombinerte flere typer tiltak overfor den enkelte klient. I forhold til rusklientene var to ulike modeller tatt i bruk, nemlig tradisjonell arbeidstrening og integrasjonsmodellen. Sistnevnte la vekt på at tiltaksplassene skulle være så nær det normale arbeidsliv som mulig og at arbeidsplassene skulle være egnet til å sosialisere deltakerne på en effektiv måte. I forhold til evalueringen ble det opprettet en kontrollgruppe for å kunne sammenlikne utviklingen til tiltaksgruppen med en gruppe som ikke ble utplassert gjennom forsøket. Data ble innhentet via klientskjemaer og en registerundersøkelse for å kartlegge de mer langsiktige virkningene av tiltaket<sup>14</sup> ble gjennomført. Oppfølgingsdataene ble hentet inn mellom seks måneder og to år etter at tiltakene ble avsluttet. Pedersen fant at selv om tiltakene ikke fjernet klientene fra stønadsrollen i stort omfang, indikerer tallmaterialet likevel at en høyere andel personer kom i arbeid som følge av prosjektene. Klientene på de ulike stønadsordningene ble forskjøvet fra stønader fra trygdekontoret og sosialkontoret til arbeidskontorets virkemidler. Tiltakene fjernet imidlertid ikke klientene fra stønadsrollen i stor skala. Samlet sett er ikke antall måneder med offentlige stønader gått ned som følge av tiltakene. Differansen mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen var størst i integrasjonsmodellen, mens for tradisjonell arbeidstrening ble forskjellen mellom kontrollgruppen og tiltaksgruppen liten. Sett under ett kom de som var utplassert gjennom integrasjonsmodellen mer i arbeid enn de som hadde vært i

---

<sup>14</sup> 1036 personer ble registrert og fordelt på kontroll- og tiltaksgruppe. Frafallet ved analyse-tidspunktet var på 8,3 prosent.

arbeidstreningssmodellen. I forhold til rusgruppen kom tiltaksdeltakerne med dårligst forutsetninger oftere ut i arbeidslivet enn kontrollgruppen, i etterkant av forsøkene.

Nordberg og Røed (2002) har sett på strømmene mellom ulike trygdetilstander og arbeidsstyrken. Selv om studien fokuserer spesielt på hvilke faktorer som påvirker om langtidssykemeldte og yrkeshemmede kommer tilbake til arbeidsstyrken eller ikke, ser den også på hva slags historie nye uførepensjonister har forut for vedtaket. Studien viser at mange langtidssykemeldte har problemer med å komme ut av en tilstand som trygdet, og at det å delta på yrkesrettet attføring fører bare i begrenset omfang til at man helt kan forlate en tilstand som trygdet. Problemer med å få fotfeste i arbeidsmarkedet kan således være en medvirkende årsak til at enkelte forblir trygdemottakere.

Telemarksforskning-Bø har sett nærmere på yrkeshemmede personer med psykiske lidelser og deres jobbsannsynlighet (Bergsgard og Løyland 1998, Møller 2005), men ingen av disse studiene ser spesielt på unge. Bergsgard og Løyland (1998) har undersøkt i hvilken grad den økte satsingen på yrkesrettet attføring som arbeidslinja og ansvarsreformen innebar, samt den økte fokuseringen på psykiske lidelser, har ført til en bedre og mer målrettet yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser. Deres undersøkelse omfatter både en kvantitativ og en kvalitativ del. I den kvantitative delen ble KIRUT-databasen benyttet for å analysere jobbsannsynligheten etter endt attføring avhengig av en rekke bakgrunnsvariabler og hvilke tiltak de har gått på. Hovedkonklusjonen i denne analysen er at jobbsannsynligheten er lavere for brukere med psykiske lidelser enn for brukere med somatiske lidelser. Det vises også til at jobbsannsynligheten øker med økt utdanningsnivå og økt inntekt.

Med utgangspunkt i tidligere studier som viste at yrkeshemmede med psykiske lidelser hadde dårlig jobbsannsynlighet, har Møller (2005) sett nærmere på hvilke arbeidsmarkedstiltak personer med psykiske lidelser har deltatt i og hvilke effekt dette ga. Et av spørsmålene som Møller tok opp var om det var noen tiltak som er spesielt effektive eller lite effektive for yrkeshemmede med psykiske lidelser. Undersøkelsen er basert på registerdata (FD-trygd) over yrkeshemmede i perioden 1996-1999, og en resultatperiode som løper fra 2000 til 2002, supplert med nyere registerdata fra Arbeidsdirektoratet. På nytt finner Møller at yrkeshemmede med psykiske lidelser i mindre grad kommer i jobb etter attføring sammenlignet med andre yrkeshemmede. Dette forklares med at yrkeshemmede med psykiske lidelser har en lengre trygdehistorie og mindre arbeidserfaring. Videre fant Møller at tiltaksbruken for de med psykiske lidelser ikke skiller seg vesentlig for tiltaksbruken for andre

yrkeshemmede. Det er skoletiltak og arbeidspraksis som benyttes mest, men at yrkeshemmede med psykiske lidelser er overrepresentert i Arbeid med bistand. Et gjennomgående trekk er at de tiltakene som gir gode resultater for andre yrkeshemmede, gir også relativt sett gode resultater for personer med psykiske lidelser, og motsatt, med unntak av skoletiltak. Skoletiltakene gir relativt sett dårligere effekt for denne gruppen sammenlignet med andre yrkeshemmede, samtidig som dette er det mest benyttede tiltaket. Tiltakskjeding synes imidlertid å ha en bedre jobbeffekt for de med psykiske lidelser. Dette gjelder tiltakskjeder som starter med arbeidstrening, og som ender opp med lønnstilskudd. Undersøkelsen viser også at varigheten i tiltak har en positiv virkning på jobbeffekten. Personer med psykiske lidelser har bedre utbytte av å gå lengre i spesielt Arbeid med bistand fase 2 og lønnstilskudd enn andre yrkeshemmede. Den samme tendensen finner Møller også i forhold til skoletiltak, men da er forskjellene ikke like markante. Møller konkluderer med at det er mulig å oppnå noe bedre sysselsettingseffekter for de med psykiske lidelser ved å øke varigheten i enkelte tiltak.

Til slutt tar vi med en fersk undersøkelse fra Folkehelseinstituttet som tyder på at mange unge med psykiske lidelser ikke blir sett og fanget opp av skoleverket eller helsevesenet. Folkehelseinstituttet har gjennomført en undersøkelse basert på svar fra om lag 900 13-15 åringer og foreldrene deres<sup>15</sup> (Helland og Mathiesen 2009). Svært mange ungdommer med betydelige psykiske plager får verken støtte fra lærere eller blir fanget opp av helsevesenet. Lærere når i for liten grad fram til ungdom med psykiske plager. Elever med mye psykiske plager og lite pliktfølelse for skolearbeidet får ofte heller ikke støtte fra lærerne. Undersøkelsen viser også at 13 prosent av ungdommer mellom 13 og 15 år er så plaget av symptomer på angst og depresjon at de trenger behandling. Bare 17 prosent av ungdommene med betydelige emosjonelle plager har vært i kontakt med psykisk helsevern for plagene, herunder pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), psykolog eller andre fagpersoner i forbindelse med atferdsproblemer, trivselsproblemer eller annet. I de tilfeller det har vært søkt om hjelp, er det stort sett BUP og PPT som har vært involvert. Mens allmennlegene er inngangsporten til den psykiske helsetjenesten for den voksne befolkningen i to av tre tilfeller (Dalgard m.fl. 2008), var det kun et fåtall av ungdommene har søkt hjelp hos allmennlegen i forbindelse med betydelige emosjonelle plager. Helland og Mathiesen viser for øvrig til en SINTEF-rapport om fastlegers rolle i tiltak for barn og unge med psykiske problemer (Andersson 2006) som også konkluderer med at fastlegene ofte

---

<sup>15</sup> Svarene er hentet fra to undersøkelser: "Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 2005" (HUS) og "Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid" (TOPP).

har en perifer rolle i forbindelse med henvisning av barn og ungdom til psykisk helsevern. I denne rapporten slås det fast at kommunale deltjenester ofte utformer henvisningen, og kun kontakter fastlegen for å få denne signert. Videre fant Helland og Mathiesen (2009) at det er klare sammenhenger mellom ungdoms psykiske helse og hvordan de har det i familien, på skolen og i fritiden. Mye plager og lite psykisk velvære henger sammen med det å ha foreldre som enten har psykiske plager, utsettes for store belastninger eller som mottar lite sosial støtte fra familie og venner. Godt nabolag og støtte fra jevnaldrende er forbundet med få psykiske plager og mye psykisk velvære. ”Det er en sterk sammenheng mellom den sosiale støtten ungdommene får fra foreldre, lærere og venner og deres trivsel og fungering. Dette tyder på at det er mulig og svært viktig å forebygge at ungdom utvikler psykiske plager ved å sørge for at både ungdom og familiene deres har gode sosiale nettverk rundt seg.

### Oppsummering

Andre kvantitative undersøkelser av hva som kjennetegner unge uføre og endringer i dette mønsteret, er stort sett i samsvar med de epidemiologiske studiene. Enkelte av studiene differensierer mer aldersmessig og finner ulike diagnosebilder mellom de ”yngste” unge uføre (under 25 år) og de ”eldre”. Mens de yngste har et større innslag av psykiske lidelser, sykdommer i nervesystemet, samt medfødte misdannelser og kromosomavvik, er omfanget av psykotiske tilstander, atferds- og personlighetsforstyrrelser, depresjoner og angsttilstander oftere diagnosegrupper for de eldre. Flere forskere viser til at alkohol- og rusmisbruk kan være en medvirkende faktor for diagnosebildet blant de eldre, men dataene i forhold til denne problemstillingen er ikke gode nok. Videre finner flere miljøer at en rekke kontekstuelle faktorer har betydning for uføretilbøyeligheten, blant annet nedbemanning og omstillinger. Sistnevnte studier har imidlertid ikke sett spesielt på unge, og det kan tenkes at studier av yngre med liten arbeidserfaring vil gi andre resultater. Studier viser imidlertid at en historie med arbeidsledighet øker sannsynligheten for overgang til uføre, også blant unge. Av denne grunn tillegges arbeidsmarkedet betydning for rekruttering til uførepensjon. Andre studier igjen vektlegger sosial arv, hvor foreldres trygdehistorie og sosioøkonomiske forhold har betydning. Til slutt har vi referert til studier hvor hovedfokuset er på forvaltningen og tiltakssiden. De fleste av disse studiene er basert på forvaltningspraksis fra før NAV-reformen. I dokumentgjennomgangen av 239 saker fant man store forskjeller fra kommune til kommune. Tar vi med at andre studier finner at trygdefunksjonærer opplever stor grad av autonomi og skjønn i utøvelsen av sitt yrke, kan det tenkes at en del av de geografiske variasjonene som kommer fram i statistikken, kan dels forklares med ulik forvaltnings-

praksis. Videre har vi referert til studier som viser at yrkeshemmede med psykiske lidelser i mindre grad kommer i arbeid etter et attføringstiltak, relativt til andre yrkeshemmede som ikke har psykiske lidelser som diagnose. Til slutt tok vi med en studie som viser at omfanget av unge med psykiske lidelser er trolig underrapport og at mange ikke får den hjelpen de trenger.

### 2.3 Kvalitative studier

I forhold til unge uføre presenterte Skilbrei (2005) en kunnskapsoversikt over de kvalitative studiene. Hun oppsummerte med at det er få undersøkelser som fokuserer spesielt på unge uførepensjonister og deres egen forklaring og forståelse av sin uførhet.

Det er kun Nordriks (2008) studie med tittelen «Curriculum Vitae: Ung og ufør» som er av nyere dato og som er en ren kvalitativ studie. Nordriks, i likhet med oss, er opptatt av at unges referanseramme ikke er lik voksne arbeidstakere som har hatt et fottfeste i arbeidslivet. Forskningsresultater basert på voksnes overgang fra arbeid til uføretrygd, kan ikke nødvendigvis overføres til yngre med svært liten, hvis ingen, erfaring fra det ordinære arbeidsmarkedet. Nordrik er spesielt opptatt av på hvilken måte uføreløpet har hatt betydning for de unges identitetsutvikling, samt hvilke erfaringer som har betydning for de unges motivasjon for reaktivering. Nordriks studie er basert på intervjuer med 24 unge uføre, hvorav 14 hadde en fysisk funksjonsnedsettelse som primærdiagnose, og de resterende ti har en psykisk primærdiagnose. Av de 24 informantene, ble ni diagnostisert ved fødsel, mens ti ble diagnostisert i tidlig barneår eller i løpet av skolegangen. De resterende fem erfarte først å bli diagnostisert mens de var yrkesaktive. Nordrik oppgir ikke alderen ved tilstått uføreytelse.

Ett av Nordriks hovedpoeng er at unge uføre opplever å ha blitt stemplet som mindre kompetente og kvalifiserte av etatsansatte, enn det de erfarer selv å være. Selv om de unge uføre beskriver avgangen fra arbeidslivet som vanskelig, er det samhandlingen med arbeids- og velferdsetatens saksbehandlere som beskrives som aller vanskeligst. De unge uføre opplever å bli stemplet av de etatsansatte, noe som igjen bidrar til svekkelse av deres tro på egne evner og muligheter. Videre stiller Nordrik spørsmål til premissene i velferdspolitikken (les NAV reformens) arbeidslinje. Til tross for lange og ofte flere attføringsløp er det likevel vanskelig for unge uføre å bli reaktivisert til arbeidslivet. Det vises blant annet til arbeidsgiveres manglende vilje eller evne til å inkludere arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Nordrik stiller således spørsmålet om man kan forsvare innstramningen i arbeids- og vel-

ferdsetatens aktivitetsprogrammer, når man ikke samtidig innskjerper kravene til arbeidsgiverne om inkludering.

Utvalget til Nordrik skiller seg fra vårt på to vesentlige punkter: Nordriks utvalg omfatter stort sett personer som fikk en diagnose relativt tidlig i livet. Vi valgte bort denne gruppen i vårt utvalg. Videre har vi en langt større andel med psykiske lidelser. Mens Nordriks utvalg består av informanter med relativt klare diagnoser fastslått tidlig i livet, består vårt utvalg av flere med diffuse og ofte sammensatte lidelser, hvor ”diagnosen” er bestemt noe senere i livet. Denne forskjellen kan i seg selv være et viktig moment med tanke på identitetsutvikling og hvordan man blir møtt av det offentlige hjelpe- og tiltaksapparatet. Til forskjell fra vår studie, er Nordrik også noe mindre opptatt av informantenes historie *før* møtet med NAV<sup>16</sup> og tiltaksapparatet. Mens Nordriks informanters historie nærmest begynner med NAV-møtet, blir det å anse nærmest som stoppestedet i våre informanters historie.

I tillegg til Nordrik har Mydland og Jentoft (2006) gjennomført en levekårsundersøkelse i Mandal som har fokusert på innbyggere under 30 år utenfor det ordinære arbeidslivet. I prosjektets fase 1 ble det gjennomført intervjuer om målgruppen med blant annet representanter fra Aetat, trygdekontoret og sosialkontoret. I tillegg ble en del bakgrunnsstatistikk innhentet. I prosjektets fase 2 ble det gjennomført personlige intervjuer med 17 tjenestebrukere i alderen 19-29 år som ble rekruttert via Aetat, trygdekontoret og sosialkontoret. Kartleggingen fant at det ikke er noe spesielt med hensyn til Mandal langs en rekke levekårsindikatorer. Mandal kommune er ganske lik andre kommuner i Agderfylkene. Forskjeller fra landsgjennomsnittet synes å være mer knyttet til trekk ved Sørlandsregionen enn til lokale trekk ved Mandal. Målgruppen er imidlertid heterogen og kjennetegnes av ulike individuelle behov. Denne studien fant at etatene som er involvert ikke fungerer godt i forhold til de individuelle behov som mange i målgruppen har. Dette gjelder særlig de etatene som nå utgjør NAV. Mange av de unge ble gående passive på trygdeytelser uten at det ble stilt nevneverdige krav om å forsøke seg i arbeidslivet, selv om det ville innebære å pendle eller å flytte til et større arbeidsmarked. I stedet ble ungdommene gående og ”slenge” over lang tid.

---

<sup>16</sup> Riktignok høster Nordrik skoleerfaringer. De unge viser blant annet til utfordringer i forbindelse med å få skolehverdagen tilrettelagt og mobbing fra medelever.

## Eldre studier

Øvrige kvalitative studier som er av interesse er noe eldre. Felles for disse studiene er at de er basert på intervjuer med ulike type informanter, dette være seg trygdefunksjonærer eller brukere med ulike kjennetegn.

Solheim (1992) har studert trygdefunksjonærens rolle som portvokter til velferdsstaten. Solheim har ved hjelp av intervjuer med ansatte ved fire trygdekontor, samt et utvalg av klienter, rettet søkelyset mot trygdefunksjonærens rolle i saksbehandling av uførepensjonssaker, og på samhandlingen mellom trygdekontor og trygdesøker. Solheim har tatt spesielt for seg saker der skjønnsvurdering kan komme inn, her definert som saker der søkerne er husmødre, deltidsarbeidende kvinner og selvstendige næringsdrivende. Solheim har lagt vekt på å få fram brukernes skildringer av møte med trygdekontoret, samt å drøfte trygdefunksjonærens arbeidssituasjon og dilemmaer i lys av rammevilkårene i deres arbeid.

Pettersvold (1996) har intervjuet 53 personer under 40 år som er uføretrygdet på grunn av smertefulle, funksjonshemmende lidelser i bevegelsesapparatet. Hensikten var å få en dypere forståelse av hvordan trygdeetatens arbeid, spesielt i saker der behandlingsapparatet utfordres av en stor gruppe pasienter som ikke "passer inn" med sine nye "diffuse" lidelser. For øvrig hadde informantene et forholdsvis lavt utdanningsnivå og hadde startet sin arbeidskarriere i ung alder i et fysisk krevende yrke. Smertene og plagene blant denne informantgruppen hadde begynt å gjøre seg gjeldende i ung alder, og de ble tilstått en uførepensjon før de fylte 40 år. Pettersvold viser til at for de fleste var uførepensjon en løsning som ga dem et bedre liv, men ikke for alle. Flere opplevde at attføring ikke var forsøkt, at de ikke var tilstrekkelig undersøkt, og/eller at deres liv var preget av isolasjon og lavt aktivitetsnivå. Studien viser også at legen oppfattes som den viktigste hjelperen, mens saksbehandlere på trygdekontoret og arbeidsgiverne blir til dels beskrevet som anonyme og passive. Videre opplever brukerne at attføringshjelperne ikke tok hensyn til deres sykdom og egne forslag. Ifølge Pettersvold er det mye som tyder på at attføringsapparatet er lite kvinnetilpasset, at initiativtakerne til uførepensjoneringen er i hovedsak legene, og at hjelpesløshet er et stikkord for hva som preget samhandlingen mellom informantene og hjelperne. Når samhandlingsgrunnlaget svikter i én relasjon forflytter problemene seg: Fordi det er vanskelig for legene å diagnostisere og gi adekvat hjelp til pasientgruppa, får det følger for fysioterapeutene og trygdefunksjonærene. Pettersvold viser til at det er forholdsvis klare kjønnsforskjeller i beskrivelsene av samhandlingens kvalitet, hvor mennene ikke har møtt de samme problemene som kvinnene. Pettersvold (1996) poengterer at de "diffuse" lidelsene fører til flere nye utfordringer:

”For brukernes del er det sykerollen, slik den tradisjonelt oppfattes, som utfordres. Lidelsenes synlighet og tilsynelatende ukjente årsak og virkning blir en bevisføringens felle. For hjelperne, eller for behandlingsapparatet, er det produktiviteten, det mannstilpassete behandlingsapparatet, diagnostiseringen og kildene til kunnskap som utfordres. Det som til syvende og sist utfordres er målstyringen, trygdeetatens ledelsesverktøy og – ideologi” (s. 4).

Bergsgard og Løyland (1998) har gjennomført en undersøkelse blant 26 attføringsbrukere med psykiske lidelser. Målet var å kartlegge brukernes vurdering av møtet med og samarbeidet i mellom aktørene i attføringsapparatet. Ifølge forskerne opplevde informantene i liten grad negative holdninger fra aktørene i attføringsapparatet, ei heller fra tiltaksplassene. Imidlertid savnet informantene at arbeidskontorene hadde bedre kjennskap til psykiske lidelser generelt, og den enkeltes problemer spesielt. Denne mangelen på kjennskap til deres lidelse ble ansett som et hinder for å planlegge et tilfredsstillende attføringstilbud. Forskerne fant også et skille mellom de ”studieorienterte” brukerne og de ”arbeidslivsorienterte”. Mens de studieorienterte ble karakterisert som ”enkle” og fornøyde brukere, ble de arbeidslivsorienterte karakterisert som ”kompliserte” og frustrerte i møtet med attføringsapparatet. Videre rapporterte informantene i liten grad om omfattende samarbeid mellom aktørene. Forskerne kan ikke si om dette skyldes at det reelt sett var lite samarbeid eller om informantene manglet kjennskap til et slikt samarbeid. I sin drøfting viser Bergsgard og Løyland til at Aetat introduserte aktørmodellen<sup>17</sup> som grunnlag for etatens brukerperspektiv i attføringssaker, i større grad la opp til sjanselighet framfor resultatlikhet og at dette perspektivet i liten grad tok hensyn til at brukerne hadde svært forskjellige utgangspunkt. På bakgrunn av sin kartlegging etterlyser således Bergsgard og Løyland et mer fleksibelt brukerperspektiv, hvor det er brukernes individuelle forutsetninger som blir utgangspunkt for hvilken tilnærming og perspektiv en skal legge på den yrkesrettede attføringen.

---

<sup>17</sup> Fra siste del av 1990-tallet tok man i Aetat til orde for aktørmodellen som arbeidsmetode i arbeidet med yrkesrettet attføring. Dette innebar at den enkelte bruker (den yrkeshemmede) skulle bli en aktiv aktør i forhold til sitt eget attføringsløp, i stedet for å bli en passiv mottaker av hjelp. Aetat skulle i bidra til at den enkelte bruker forsto sin rolle som aktør og veiledningen som Aetat skulle bidra med, var i hovedsak hjelp til selvhjelp. Målet var å stimulere den enkeltes egenaktivitet og mestringsevne. Ansvar for attføringsløpet var så langt det var mulig plassert hos den enkelte bruker, noe som skulle styrke brukermedvirkning, selvforståelse som aktør og motivasjon til å gjennomføre attføringsløpet og senere komme i arbeid (Olsen m.fl. 2003).



## **Oppsummering**

Felles for de kvalitative studiene nevnt over er et fokus på møtet mellom ulike brukergrupper og forvaltningen. Selv om kjennetegnene ved brukergruppene er noe forskjellige i de ulike studiene, er et gjennomgående trekk at samhandlingen mellom brukergruppene og etatene er ”vanskelig”. En av utfordringene flere av studiene peker på er dilemmaet mellom etatenes behov for å standardisere saksbehandlingen og tjenestetilbudene og brukerens behov for å bli sett som hele mennesker. Mens brukere med klare diagnoser og fysiske funksjonshemninger opplever å bli stemplet og kategorisert, kan brukere med diffuse og sammensatte lidelser oppleve den samme skjebne. Felles for disse studiene er påpekingen av behovet for å tilrettelegge for individuelle behov, samtidig som etatene målstyres etter prinsipper som nettopp gjør dette vanskelig. I studien til Pettersvold ble også legenes viktige premiss- og veiledningsrolle trukket inn, og at det også er en klar kjønnsdimensjon i hvordan ulike brukergrupper blir møtt av hjelpeapparatet.



## 3 Metode og datatilfang

### 3.1 Forskningsdesignet

Som vi så i kapittel 2 er det gjennomført en rekke studier som belyser ulike risikofaktorer for å bli uføretrygdet. Svært mange av studiene benytter seg av store datasett, ofte registerdata, og ved hjelp av ulike statistiske modeller og analyser kan forskere estimere sannsynligheten for et visst fenomen/utfall. Som flere innen dette miljøet påpeker kan disse studiene i utgangspunktet kun påvise assosiasjoner og ikke kausale sammenhenger, og at tolkninger av resultatene kan få et visst preg av spekulasjon. Videre viser Gravseth og Kristensen (2008b) til at intergenerasjonelle forhold kan være vanskelig å tolke siden det kan være felles bakenforliggende faktorer som ikke observeres, men deles av foreldre og barn. I tillegg vises det til mulige målefeil i dagt grunnlaget. Selv om nasjonale registre har gjennomgående god kvalitet, måler de ikke nødvendigvis hva man er ute etter.

Selv om vi vet en del om studieobjektet (les: unge uføre) fra store utvalgsundersøkelser, er det lite i disse studiene som kan gi oss gode svar på hvorfor enkelte blir uføretrygdet, mens andre med nærmest identiske kjennetegn og sosioøkonomisk bakgrunn, ikke blir uføretrygdet. Vi ønsker å ha en tilnærming hvor vi kan gå nærmere inn i de enkelte historiene (casene) – for å høre hva de ulike aktørene vektlegger i forløpet. Hva var kritiske tidspunkter/hendelser som gjorde at saken fikk det utfallet den gjorde? I dette prosjektet vil vi søke å ha både nærhet og avstand til forskningsobjektet (Repstad 1993). Nærhet er nødvendig for å forstå den undersøktes oppfatning av virkeligheten, mens avstand er viktig for å sette denne oppfatningen inn i et videre perspektiv.

I dette prosjektet har vi valgt en kvalitativ tilnærming basert på datatriangulering. Vi har valgt dette fordi problemstillingene og spørsmålene er åpne, og de er rettet mot å gi oss innsikt i hvordan sentrale aktører opplever og tenker om prosjektets tema. Det vil si at formålet med denne studien er ikke å teste eller verifisere bestemte arbeidshypoteser eller måle sammenhenger statistisk. Datatriangulering vil si at vi benytter ulike datakilder for å studere det samme fenomenet (Patton 1990). Siden det stort sett er informantenes subjektive meninger vi kartlegger gjennom personlige intervjuer, er det viktig at fenomenet som studeres blir belyst fra ulike kilder og perspektiver ut fra et

valideringshensyn. Videre gjør denne tilnærmingen det mulig å identifisere forhold som anses som viktig i et mer helhetlig perspektiv.

Forskningsdesignet består av innhenting av data knyttet til konkrete saker (case) ved bruk av flere kilder. For hver case innhenter vi data fra saksmappen fra trygdekontoret og Aetat (nå NAV), samt intervjuer den unge uføre og hans/hennes saksbehandlere ved trygdekontoret og Aetat. Ved bruk av både mappesyn og intervjuer med de mest sentrale aktørene, får vi et mer helhetlig bilde av prosessen som førte fram til et krav om uføreytelse.

I evalueringen av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen, som vi utførte på oppdrag for Arbeids- og inkluderingsdepartementet (Olsen m.fl. 2006), fikk vi innsyn i 34 saksmapper til trygdekontoret (Olsen m.fl. 2006a). Mappene var svært omfangs- og innholdsrike og ga mye data, og ble regnet som den mest fruktbare av de tre datakildene vi baserte evalueringen på. Mappene var ikke bare omfangsrike, men også innholdsrike. Mappene inneholdt utfylte kravskjemaer, alle vedtaksbrevene, alle legeerklæringene, all korrespondanse mellom trygdekontoret og rådgivende lege, spesialistlege og/eller fastlege, interne notater om telefonsamtaler med bruker eller andre involverte, referat fra møter/samtaler med bruker, og korrespondansen med Aetat. Mappesynet gjorde det mulig å rekonstruere mye av prosessen. Vi ønsket derfor å bygge videre på disse erfaringene og bruke mappene til å rekonstruere mye av hendelsesforløpet og vurderingene som ble lagt til grunn fram til de unges uføreytelse ble tilstått. Siden mappesynet gir oss en del basisinformasjon om saken, var det viktig at mappesynet ble foretatt før intervjuene. Denne rekkefølgen gjorde det også mulig for oss å følge opp uklarheter eller mangler i mappene under intervjuene.

Valg av dybdeintervjuer som metode framfor en bredere kartlegging (survey), er valgt fordi problemstillingene er komplekse og vanskelig kan besvares skjematisk med forhåndsdefinerte svarkategorier. Dessuten gir personlige intervjuer en særegen tilgang til informantens verden og til en forståelse av det syn på verden som dannet grunnlaget for deres handlinger (Kvale 2001). Ved bruk av halvstrukturerte intervjuer har vi også mulighet til å følge opp uforutsette tråder fra informantene, og til å stille spørsmål som ikke er formulert på forhånd og således få et mer helhetlig og nyansert bilde.

Målet var også å gjennomføre fokusgrupper med et utvalg fastleger som har, eller har hatt, erfaring med unge uføre. Vi foreslo fokusgrupper som hoveddatakilde for fastlegene fordi disse gruppene ikke vil ta for seg enkeltsaker, men vil være mer opptatt av fenomenet som skal kartlegges på et mer generelt grunnlag. Dette for at legene ikke skulle komme i konflikt med taushets-

plikten overfor sine pasienter. Tanken videre var at fokusgrupper ville skape et rom for meningsutveksling hvor legenes synspunkter fikk resonans. Som vi vil redegjøre for senere, lot ikke fokusgruppene seg gjennomføre, men det ble foretatt intervjuer på en-til-en basis med et utvalg av leger.

### 3.2 Utvalg og uttrekkskriterier

Siden problemstillingene er primært knyttet opp mot å søke forklaringer på hvorfor beholdningen og veksten av unge uføre er større på Agder enn i resten av landet, ønsket vi å sammenligne dataene vi henter inn på Agder med data fra en rekke andre fylker. Dette kan bidra til å avklare om det er noe særegent eller unikt ved dataene fra Agder langs de problemstillingene vi har redegjort for, eller om forklaringen på overhyppigheten og veksten av unge uføre på Agder må søkes ved hjelp av andre forklaringsfaktorer.

Siden det er Agderfenomenet vi ønsker å belyse, sier det seg selv at minst ett av Agderfylkene må inngå i kartleggingen. Siden det er Aust-Agder som har den mest negative utviklingen med hensyn til unge uføre, er det også naturlig at vi henter data fra *Aust-Agder*.

I tillegg ønsket vi å ta med et fylke som statistisk sett er relativt lik Aust-Agder med hensyn til beholdning og tilgang på uføre, både med tanke på de unge og gruppen samlet. Da vi skulle foreta et valg, var det 2004-tallene som var de nyeste. I 2004 lå *Hedmark* godt over landsgjennomsnittet med hensyn til beholdning og vekst totalt sett og blant de unge. For alle aldersgrupper hadde Hedmark en større vekst enn Aust-Agder (henholdsvis 10,6 prosent mot 9,3 prosent), mens blant de unge hadde Hedmark en vekst på 5,2 prosent mot Aust-Agders 6,8 prosent. Samtlige av tallene er aldersstandardiserte i prosent av befolkningen. Formålet med å ta med Hedmark er for å se om vi finner felles trekk i datamaterialet, siden utviklingen i uføreforekomsten beveger seg i samme retning.

Vi ønsket også å hente data fra noen kontrastfylker statistisk sett. Vi mente at *Finnmark* kunne utgjøre et av disse fylkene. Finnmark er interessant fordi den har en liten beholdning og liten vekst i unge uføre, men til gjengjeld har stor beholdning og stor vekst totalt sett (18-67 år). I 2004 lå både beholdningen og veksten av unge uføre i Finnmark under landsgjennomsnittet: 1,5 prosent av befolkningen under 35 år i Finnmark var uføre i 2004, mens andelen nye unge uføre lå på 2,9 prosent. Ser vi på aldersgruppen 18-67 år ser bildet helt annerledes ut. Da er Finnmark fylket med tredje høyest beholdning, kun forbigått av Aust- og Vest-Agder. I 2004 hadde Finnmark en be-

holdning på 12,5 prosent, mens veksten var på 11,2 prosent (den tredje høyeste veksten, kun forbigått av Østfold og Nordland med begge 11,4 prosent). Finnmark har likhetstrekk med Aust-Agder dersom man ser på alle aldersgrupper, men avviker sterkt med hensyn til de unge uføre.

Det fjerde fylket skulle også være kontrastfylke. I *Møre og Romsdal* lå beholdningen og veksten under landsgjennomsnittet både med hensyn til unge uføre og totalt (18-67 år). Blant de unge var beholdningen på 1,5 prosent i 2004, mens veksten var på 2,7 prosent. Tilsvarende tall for alle (18-67 år) var 9,3 prosent og 6,6 prosent.

Opprinnelige hadde vi tenkt å velge ut en kommune innen hver av fylkene, med unntak av Aust-Agder hvor vi vil ønske å velge ut to kommuner. Vi ønsket å velge kommuner som i størst mulig grad gjenspeilet fylkesbildet statistisk sett, samtidig som kommunen måtte ha en viss beholdning av unge uføre. Sistnevnte for å sikre den enkeltes anonymitet og for å ha et tilstrekkelig antall å trekke et utvalg fra. I Aust-Agder ønsket vi å hente data fra to kommuner for å se om det er store variasjoner innen fylket og mellom to kommuner som ser relativt like ut statistisk sett mtp unge uføre.

Da vi så på beholdningen av unge uføre i Aust-Agder, var det fire kommuner som lå tett på gjennomsnittet for fylket, nemlig Arendal, Tvedestrand, Lillesand og Birkenes. Siden Arendal og Lillesand hadde størst beholdning i absolute tall, valgte vi ut disse to kommunene. Vi benyttet samme kriterier for valg av kommuner i de øvrige fylkene.

I tillegg til å velge ut fylker og kommuner, måtte vi også ta stilling til hvor mange case vi ønsket å inkludere fra hver av kommunene. Det er ingen presise retningslinjer for hvor store utvalgene i kvalitative studier skal være. Det er ofte de finansielle og tidsmessige rammene som setter en grense for hvor omfattende datainnsamlingen kan bli. I en ideell verden er det mer riktig å avslutte datainnsamlingen når man synes å oppnå lite ny informasjon for hvert nytt intervju, observasjon eller lignende (Thagaard 1998). I våre tidligere kartlegginger blant uførepensjonister erfarte vi at hver historie er unik. Når det er sagt, var det likevel en del felles erfaringer med tanke på møtet med trygdeetaten og behandlingstilbudet. På bakgrunn av tidligere erfaringer med denne type datainnsamling ønsket vi å hente inn data fra ti case i hver kommune. Med utgangspunkt i fem kommuner var vårt måltall å få innsyn i 50 case.

Hvilke kriterier vi vil benytte for valg av case vil avhenge av ”profilen” til de unge uføre i den aktuelle kommunen. Tanken var at vi ønsket å velge ut

de sakene som var mest representative i forhold til type ytelse (varig/tidsbegrenset), uføregrad, kjønn, alder og diagnose. Det ble derfor hentet inn en oversikt over disse variablene for de aktuelle kommunene. Som det vil bli redegjort for under, ble seleksjonsprosessen ikke så strukturert som vi opprinnelig hadde tenkt oss.

I utgangspunktet hadde vi ikke tallfestet hvor mange etatsansatte vi skulle intervju. Det er "casene" som inneholder nøkkelen for hvem som er de sentrale aktørene. Først etter mappeinnsynet kunne vi identifisere hvor mange og hvem som er de sentrale saksbehandlere.

### **3.3 Den praktiske gjennomføringen**

Løpetiden til prosjektet var beregnet til ca ett år. Prosjektet har møtt på en rekke uforutsette problemer og det har trukket ut i tid. Prosjektet startet opp våren 2007, datainnsamlingen ble slutført senhøsten 2008, og sluttrapporten forelå november 2009

Prosjektet ble meldt til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 13.3.07, og tilrådning ble gitt i brev av 18.4.07.

I midten av april 2007 bistår NAV Drift og utvikling (NDU) med utsending av skriv til de fire NAV fylkeskontorene som var aktuelle, med forespørsel om deltakelse i prosjektet. Samtlige av fylkeskontorene var positive til henvendelsen, men overlot til de aktuelle NAV-kontorene på kommunenivå til å avgjøre om de ønsket å delta eller ikke. I Aust-Agder fikk vi samtykke fra NAV-kontorene i Arendal og Lillesand, i Møre og Romsdal samtykket Molde, og i Finnmark samtykket Alta. I Hedmark henvendte vi oss først til Ringsaker, men de hadde ikke anledning til å delta. Henvendelsen gikk så videre til Stange, og i midten av juni 2007 ble det klart at Stange samtykket.

Den første utfordringen i prosjektet oppsto da vi ikke nådde måltallene for antall deltakere. Måltallet var ti personer fra hver av de utvalgte kommunene. I gjennomsnitt var det fire som meldte sin interesse fra hver av de deltagende kommunene. I første omgang bestemte vi oss for å be de lokale NAV-kontorene om å purre, men purrerunden høsten 2007 var lite fruktbar. Sen høsten 2007 bestemte vi oss således for å utvide (doble) nedslagsfeltet, og utvidet fra fem NAV-kontor til ti. Denne beslutningen ble tatt høsten 2007 med samtykke fra FARVE-forsøksmidler arbeid og velferd om en tidsforskyvning av prosjektet. Tidligere på høsten hadde Molde trukket seg fra prosjektet, så i Møre og Romsdal måtte vi rekruttere to NAV kontor.

Vi benyttet de samme utvalgskriteriene ved valg av nye kommuner. I Aust-Agder henvendte vi oss såldes til Risør og Tvedestrand. Risør takket nei, og henvendelsen gikk videre til Froland, som takket ja. I Hedmark stilte Kongsvinger opp, mens i Finnmark kom Sør-Varanger med. I Møre og Romsdal samtykket Ålesund og sto prosjektet ut, mens Kristiansund og Frei samtykket først, men trakk seg innen vi fikk kommet i gang der. Som en erstatning til Kristiansund og Frei henvendte vi oss til Fræna. De samtykket i juni 2008, men NDU leverte dessverre ikke navn- og adresselister i tide til at denne kommunen kom med i prosjektet. Vi beklager dette sterkt.

Ved utvidelse av prosjektet til å omfatte flere kommuner, gjorde vi også en endring i samtykkeerklæringen. Vi ga de unge utføre flere valgmuligheter med tanke på hva de samtykket til. Opprinnelig ble de unge utføre bedt om å samtykke til innsyn i deres mappe, intervju med dem og intervju med deres saksbehandlere under ett. Ved den utvidede runden kunne de unge utføre velge mer presist hvilke av de aktivitetene de samtykket til, hvis ikke alle.

Den neste store utfordringen i gjennomføringen av prosjektet var lang leveringstid av navn- og adresselistene fra NDU da vi utvidet prosjektet. NDU prioriterte ikke dette oppdraget, og etter fem måneder, flere purringer og påtrykk fra FARVE-forsøksmidler arbeid og velferd mottok omsider NAV Aust-Agder navn- og adresselistene i slutten av mai 2008. Listene ble raskt distribuert til de respektive kontorene av NAV Aust-Agder, og først i løpet av juni 2008 ble unge utføre i de nye kommunene tilskrevet – ett år etter den forrige rekrutteringsrunden. I Ålesund bestemte de seg for å vente med utsendingen til etter sommerferien. I løpet av sommeren 2008 begynte forskerne å motta samtykkeerklæringene fra informantene.

Da samtykkeerklæringen forelå, henvendte vi oss til de lokale NAV kontorene for å få tilgang til mappene. I de fleste tilfellene gikk det noe tid før mappene forelå hos forskerne. Mappeinnsynet og feltarbeidet ble utført i en tid der svært mange NAV kontor var under omorganisering og/eller generelt opplevde stort arbeidspress. Ved de fleste kontorene møtte vi velvilje, men ting tok tid og ved enkelte kontor ble vi satt på vent til senhøsten 2008 – faretruende nær prosjektets sluttdato.

Feltarbeidet ble i sin helhet gjennomført i løpet av 2008. Vi var tre forskere som delte på feltarbeidet. En forsker fikk ansvaret for ”sine” kommuner. Forskeren hadde da ansvaret for mappeinnsynet og samtlige intervjuer i den aktuelle kommunen.



Vi noterte intervjuene for hånd. Dette var et bevisst valg av to grunner: For det første er det en synlig påminning til informanten om at de er i en intervju situasjon, til forskjell fra en uformell samtale. For det andre tar det tid å skrive – tid som informantene får til disposisjon til å ytterligere reflektere over spørsmålet. Vi har gode erfaringer med denne ”slow” intervjuteknikken og har erfart at dess lengre tid informanten får, dess mer supplerer de med oppfølgende kommentarer og beriker dataene. Kun ved telefonintervjuene ble båndopptaker benyttet.

Hvert intervju tok omlag to timer, men enkelte varte betraktelig lengre. Intervjuene var halvstrukturerte. Enkelte spørsmål var felles for de forskjellige informantgruppene (unge uføre, saksbehandlere, legene) og enkelte spørsmål var ”spesialsydd” i forhold til den konkrete saken.

Følgende er en smaksbit av hva vi spurte de unge uføre om:

- *Hvordan vil du beskrive oppveksten din?*
- *Trivdes du med å gå på skolen – hva trivdes du godt med - og mindre godt med?*
- *Hvilke hobbyer/fritidsinteresser hadde du da du var yngre – hvilke hobbyer/fritidsinteresser har du i dag?*
- *Hadde du mange venner i din oppvekst – har du mange venner i dag?*
- *Hvilke drømmer og ambisjoner hadde du da du var yngre?*
- *Hvilke erfaringer har du fra arbeidslivet på godt og vondt?*
- *Hvordan opplevde du møtet med helsevesenet, trygdeetaten og Aetat?*
- *Hvem rådet deg til å søke om uførepensjon?*
- *Hva er det gode livet?*
- *Kan du beskrive livet ditt som uførepensjonist?*
- *Kunne noe ha vært gjort annerledes i din sak?*

Mens følgende er en smaksbit fra intervjuguiden til saksbehandlerne:

- *På landsbasis øker andelen unge uføre. Hva kan ligge bak denne vekselen?*
- *Kan du kommentere andelen unge uføre i ditt fylke (kommune)?*
- *Hva kjennetegner unge uføre?*
- *Hva kjennetegner din samhandling med dem – er du mer restriktiv pga deres unge alder?*
- *Hvordan håndterer du personer med helt urealistiske forventninger til utdanning eller arbeidslivet?*
- *Hva kjennetegner din samhandling med andre aktører i unge uføresaker?*
- *Hvilken rolle spiller legene i unge uføre saker?*

- *Stilles det for store/små krav til dokumentasjon, eller er kravene til dokumentasjon passe?*
- *Hva er avgjørende for at en sak vipper over til å bli en uføresak?*
- *Hva mener du om det nasjonale regelverket og politikk vedr unge uføre?*

Legene ble spurt mye av det samme som saksbehandlerne. Intervjuguidene er vedlagt (jf vedleggene 1-3).

### 3.4 Datatilfanget

Totalt mottok vi positive samtykkeerklæringer fra 34 personer. Vi gikk videre med 30 av disse sakene. De fire sakene som ble valgt bort, er saker hvor vedkommende hadde en klar diagnose, ofte medfødt, og hvor uførepensjonen ble tilstått ved fylte 18 år uten forsøk på attføring. Hadde forespørselen om å delta også gått ut i Fræna, ville vi trolig hatt noen flere saker – men neppe mer enn 3-5 saker til. Fræna var imidlertid viktig fordi vi i utgangspunktet hadde få data fra Møre og Romsdal og hadde behov for mer fylldige data nettopp fra dette fylket.

De 30 sakene vi har sett nærmere på fordeler seg på følgende vis: 13 saker i Aust-Agder, ni saker i Hedmark, en sak i Møre og Romsdal og sju saker i Finnmark. En person ønsket ikke at vi skulle få innsyn i mappen av hensyn til personvernet til familiemedlemmer, mens fire ga innsyn i mappen men ønsket ikke å stille til intervju. En av de unge uføre som samtykket til å bli intervjuet, var det imidlertid ikke mulig å få kontakt med da feltarbeidet ble gjennomført. Vi har imidlertid lest mappen og intervjuet de aktuelle saksbehandlerne knyttet til denne saken. Tabell 3.1 gir en oversikt over måltallene, og hva vi oppnådde.

**Tabell 3.1 Datatilfanget**

Fylke	Måltall case	antall	Oppnådd case	antall	Antall gjennomførte intervjuer
Aust-Agder	20		13		25
Hedmark	10		9		16
Møre og Romsdal	10		1		5
Finnmark	10		7		17
Total	50		30		63

Totalt intervjuet vi 64 personer fordelt på 63 intervjuer. Av disse var 25 unge uføremottakere, 13 saksbehandlere fra den tidligere trygdeetaten, ni saksbehandlere fra tidligere Aetat, en koordinator som var kommunalt ansatt, en tilrettelegger ved en arbeidsmarkedsbedrift, og 15 leger. Brorparten av legene var rådgivende leger (åtte personer). Flere av disse jobbet som rådgivende lege i en relativ liten deltidsstilling (20 prosent), mens deres hovedvirke var allmennlege (fastlege). Tre av legene var kommuneleger, kombinert med å være fastleger, og fire var rene fastleger.

### **Kjennetegn ved casene**

Vi har fått innsyn i sakene til 11 menn og 19 kvinner. I disse sakene var ingen under 20 år da de ble tilstått en uføreytelse. Fem personer var mellom 20-24 år da uføreytelsen ble tilstått, 15 var mellom 25-29 år, mens ti var mellom 30-34 år. Da vi gjennomførte prosjektet var sju av disse personene i alderen 25-29 år, mens resten var 30 år eller eldre. På intervjutidspunktet var 12 personer enslige mens de resterende 18 var enten samboende eller gift. En overvekt av mennene var enslige (sju personer), mens en overvekt av kvinnene var enten gift eller samboende (14 personer).

I 11 av sakene var det tilstått en varig uførepensjon, mens i 19 av sakene var det tilstått en tidsbegrenset uføreytelse. Det var de "eldste" sakene som hovedsakelig var varige, mens uføreytelsene tilstått etter 2004 var stort sett tidsbegrenset. Flere har fått tilstått en tidsbegrenset uføreytelse flere ganger etter hverandre. Kun i fem av sakene var det i utgangspunktet gitt en gradert ytelse.

Når det gjelder høyeste fullførte utdanning, er bildet en del brokete i mange av sakene, men lav utdanning er et fellestrekk for det store flertallet. Kun en person har fullført utdanning på høyskolenivå. 12 har fullført videregående skole (enkelte har brukt fire år på dette), mens 15 har påbegynt videregående utdanning men kun gjennomført ett eller to år. To personer har kun gått i grunnskolen.

I to av tre tilfeller hadde den unge uføre noe arbeidserfaring fra det ordinære arbeidsmarkedet, men i mange av disse tilfellene var det snakk om flere kortvarige arbeidsforhold på under ett års varighet.

Ser vi på hoveddiagnosen som lå til grunn for uførekravet, er litt over halvparten psykiske lidelser (16 saker). Fem av sakene er diverse nevrologiske lidelser, blant annet nakkesleng. Fire av sakene hadde muskel- og skjelettlidelser som hoveddiagnose, to saker var oppgitt med hjerneskode/-svulst,

mens to saker hadde mage-/tarmlidelser som hoveddiagnose. Den siste var hofteladdsdysplasi.

### 3.5 Erfaringer fra datainnsamlingen

Som det framgår av det ovennevnte har det vært en tidkrevende opprigging før datainnsamlingen og feltarbeidet kunne igangsettes. Det har vært venting i mange ledd, endringer i deltakende NAV kontor og responsen blant de unge uføremottakerne har vært lavere enn det vi trodde basert på tidligere erfaringer. Til tross for disse utfordringene, gjennomførte vi datainnsamlingen. I det følgende tar vi med noen erfaringer fra dette arbeidet med tanke på erfaringsoverføring til andre framtidige prosjekter.

#### Mappeinnsynet

Med vår forskningsdesign, anser vi mappeinnsynet som en viktig grunnstein som vi kunne bygge videre på i intervjuene. For det første er det urimelig å forvente at vi kan holde informantenes oppmerksomhet i særlig mer enn to timer. Mappeinnsynet var således ressurs- og tidsbesparende fordi vi hadde en del basiskunnskap om saken før intervjuet startet. Vi kunne gå ”rett på sak” i forhold til det vi var interessert i å kartlegge. Vi kunne på forhånd skreddersy spørsmål: Hvorfor gjorde du det? Hva lå til grunn for den vurderingen? Osv.

For det andre fungerte mappeinnsynet som en viktig ”nøkkel” eller ”inngangskort” til en trygdehistorie og en trygdeforvaltningsverden. Ved å si innledningsvist at ”jeg har lest mappen”, ble en lettere tatt med inn i deres verden. Vi vil hevde at dette bidro til at vi kom dypere inn i materialet. Dette gjaldt for alle informantgruppene. De unge uføre visste at ”vi visste” i de tilfelle mappene inneholdt vanskelige tema. Det var således lite å skjule og ikke behov for å gå rundt grøten.

Ut fra mappene vi har fått innsyn i dette prosjektet, kan vi si at mappene fra trygdeetaten var langt mer fylldige enn mappene som stammet fra Aetat. Enkelte saksbehandlere i Aetat kommenterte at de ikke var særlig flinke til intern notatføring, samt at en del notater legges direkte inn i saksbehandlersystemet uten kopi til mappe. Vurderingene gjort av attføringskonsulentene i Aetat kommer således lite fram av mappene. Ofte vises det kun til vurderinger gjort hos deres underleverandører eller samarbeidspartnere, for eksempel attføringsbedrifter og ARK. I mappene er arbeidsgiverperspektivet omtrent helt fraværende. Dette kan dels forklares med at denne brukergrup-

pen har relativt lite arbeidserfaring. Men i evalueringen ev rehabiliteringspengeordningen (Olsen m.fl. 2006) merket vi oss det samme, og da var brukergruppen godt voksne som ofte hadde mange års arbeidserfaring.

Vi har fått ulike tilbakemeldinger fra saksbehandlerne om mappen gir et ”godt” bilde av saksforløpet og vurderingene som er lagt til grunn. Mens enkelte ”arkiverte” all mulig kontakt, svarte andre at det ikke var tid til å loggføre alt: At det ble en avveining av hva man skulle prioritere i en hektisk hverdag. Enkelte av saksbehandlerne opplyser også at de er bevisste og til dels varsomme når de ordlegger seg – og at i noen tilfeller notatfører de med påholden penn. Dette på grunn av brukers innsyns- og klagerett. Vi opplevde flere ganger at bruker (den unge uføre) viste til relativt store konflikter med en eller flere saksbehandlere, men dette kom ikke fram av mappene. Det er imidlertid liten tvil om at mappene gir oss innsyn i saksforløpet, vedtakene og legemeldingene/-uttalelsene som er lagt til grunn for vedtakene, om ikke all kontaktflate og vurderinger er like godt dokumentert. Flere understreket derfor at kun å lese mappene ikke vil gi et fyldegjørende bilde av saken, og at det er derfor riktig og viktig å intervju de involverte aktørene i tillegg.

## **Intervjuene**

Spørsmålene i intervjuguiden var rimelig åpne, og med en rekke oppfølgings spørsmål, utviklet intervjuet seg ofte til en god dialog. Interessen for tematikken var i de fleste intervjuene stor, og intervjuet varte ofte lengre enn avtalt. Mangel på tid ble i flere tilfeller et problem. De aller fleste av informantene var pratsomme og informative. Siden saksbehandlerne og legene stort sett forbandt ”unge uføre” med tilleggsytelsen (jf fotnote 1), var det viktig for oss å understreke innledningsvis at vi ikke avgrenset prosjektet kun til det.

## **Brukerintervjuene**

Siden de fleste intervjuene med de unge uføre ble foretatt hjemme hos dem, fikk vi i tillegg til de øvrige dataene, et visuelt inntrykk av deres boforhold. Vi opplevde å bli godt mottatt og intervjuene med dem ga en rekke svar som mappene ikke kunne gi. Spesielt gjaldt dette verdispørsmål, prioriteringer og holdninger. I tillegg ga intervjuene med de unge uføre mer dybde til og flere detaljer i saken, samt satt saken i en større kontekst, spesielt i forhold til oppvekst/barndom. I de tilfellene det var snakk om en vanskelig barndom eller andre traumatiske hendelser, var det stort sett de unge uføre som selv valgte timingen for når disse temaene kom opp under intervjuet. Det var også de unge uføre som styrte hvor mye de ville fortelle, men vi opplevde

stor grad av åpenhet. Før intervjuet startet informerte vi de unge uføre på nytt at deltakelse var frivillig og at de kunne avbryte intervjuet på ethvert tidspunkt, eller si at de ikke ønsket å svare på et spørsmål uten nærmere forklaring. Det viste seg at ingen lot være å svare på spørsmål, og flere fortalte langt mer enn det vi hadde forventet å få høre. Intervjuene med de unge uføre var ofte ”tøffe”, ikke minst for informantene selv. Mange hadde vanskelige historier å fortelle.

### **Saksbehandlerintervjuene**

I flere tilfeller fikk vi ikke intervjuet saksbehandleren som sto saken nærmest. Jobbbytte eller langvarige fravær medførte at flere saksbehandlere ikke lenger var tilgjengelige. Blant dem vi intervjuet, hadde de fleste fått nye arbeidsoppgaver som følge av NAV-reformen. På grunn av stort arbeidspress høsten 2008 utviste enkelte saksbehandlere skepsis til å bruke tid på dette prosjektet, men, som nevnt, når intervjuet først var kommet i gang, varte ofte intervjuene lengre enn forventet.

Intervjuet besto av to deler, en generell del og en del som omhandlet en eller flere konkrete saker. Stort sett ble det vist stor interesse for de generelle spørsmålene, mens kvaliteten på svarene når det gjaldt de konkrete sakene varierte sterkt. Enkelte av saksbehandlerne var perifere til saken og hadde derfor relativt lite å bidra med.

De generelle spørsmålene ga oss imidlertid et visst innblikk i hvordan saksbehandlerne selv definerte sin rolle, deres forvaltningspraksis og samarbeidsmønstrene med andre sentrale aktører, spesielt legene. Som nevnt var saksbehandlerinformantene pratsomme og informative, men ikke alle var like reflekterte med tanke på forbedringer for å redusere tilgangen av unge uføre. Ikke alle så det som sin oppgave heller. Enkelte ga uttrykk for at deres oppgave er å forvalte et regelverk – ikke å være kreative eller bidra til å endre det.

### **Legeintervjuene**

Opprinnelig planla vi med fokusgrupper for fastlegene. Det viste seg relativt raskt at det var vanskelig å finne tidspunkt hvor det passet for flere samtidig. Vi endret således strategi og intervjuet legene på en-til-en basis. I tillegg utvidet vi legeutvalget til også å inkludere rådgivende leger og kommuneleger. De rådgivende legene viste seg å være svært gode informanter, med et godt overblikk over feltet. I noen fylker ser rådgivende lege alle sakene før vedtak om en uføreytelse for en ung person fattes, mens i andre fylker forelegges sakene til rådgivende når saksbehandler er i tvil om vilkårene er oppfylt.

Kommunelegene vi intervjuet jobbet også som fastleger og bidro med kunnskap om legedekning, helsetilbud og legesamarbeid.

Legene overrasket oss mest i positiv retning. Når vi først fikk legene i tale, er vårt inntrykk at de syntes tematikken og intervjuet var interessant. Flere ga uttrykk for at dette var et tema som engasjerte dem og var noe de hadde tenkt en del over. Det er også vårt inntrykk at det var legene som i størst grad hadde reflektert over hva som fungerer bra og mindre bra i forhold til nasjonal policy, forvaltning og tverrfaglig samarbeid.

### **Datainnsamlingen totalt sett**

De ulike datakildene hadde hver sin kvalitet, men det er summen av de ulike datakildene som er det viktigste. De ulike datakildene bidrar med ulike nyanser som til sammen bidrar til å gi et mer helhetlig bilde. Vi er godt fornøyd med det vi har fått tilgang til under datainnsamlingen, selv om vi gjerne skulle hatt flere case, spesielt i Møre og Romsdal. Vi har imidlertid et rikt materiale i de casene vi har fått innsyn i. I mange tilfeller var det stor grad av samsvar i de ulike aktørenes framstilling og vektlegging (oftest mellom saksbehandlerne og legene), mens i andre tilfeller var det store avvik (oftest mellom de unge uføre og saksbehandlerne).

Datainnsamlingen ga oss også langt flere og bedre data enn vi i utgangspunktet hadde tenkt oss. Dette gjelder spesielt konsekvensene av NAV-reformen, legenes praksis, og samhandlingen mellom legene og forvaltningen. Dette kommer vi tilbake til i vårt avsluttende kapittel.

### **3.6 Datakvalitet, skjevheter og generaliserbarhet**

Selv om vi er godt fornøyd med datainnsamlingen i forhold til de personene som samtykket, er det grunn til å omtale skjevheter i datamaterialet. Selv om hoveddiagnosene i casene samsvarer bra tallmessig med statistikken, er vi usikre på om casene er et godt representativt bilde av populasjonen. Ifølge legene og saksbehandlerne er rusrelaterte saker av et visst omfang, selv om det ikke kommer fram i NAVs statistikk. I vårt materiale hadde vi kun en klar rusrelatert sak, selv om flere av våre informanter har vært i berøring med rus tidligere i livet. Med rusrelatert mener vi at sykdommen eller lidelsen som det medisinske vilkåret hviler på, er direkte relatert til bruk av rusmidler. Vår erfaring fra tidligere prosjekter og dette prosjektet er at dette er en gruppe som det er vanskelig å rekruttere til denne type forskningsprosjekt, og selv når man lykkes med å få et samtykke fra dem, er det forhold

som kommer i veien slik at de får problemer med å følge det opp. Vi har søkt å kompensere noe av denne skjevheten ved å bruke intervjuene med saksbehandlerne og legene for å få et mer utfyllende bilde av denne gruppen. Vi har ingen personer som ikke er etnisk norske i vårt utvalg, og ingen med en spesifikk ADHD diagnose, selv om svært mange kunne vise til lærevansker i skolen.

Hvem har så samtykket til å delta – hva er deres motiv? Det kan være ulike grunner til at en samtykker til å delta i et forskningsprosjekt av denne art. Det kan være personer som ser verdien i å dele sin historie, på godt og vondt, med det håp eller ønske om at andre vil dra nytte av den. Det kan også være personer som opplever seg urettmessig behandlet og er forbanna, og bruker forskningsprosjektet som en kanal for å uttrykke sin misnøye. Det kan også tenkes at de som samtykker til å la seg intervjuer er ”trent” i å snakke om seg selv. Mange av våre unge uføre informanter har vært i ulike behandlingsopplegg innen psykiatrien, hvor det å snakke om seg selv trolig er en del av kartleggingen og behandlingen. Det kan også tenkes at enkelte fortsatt har et behov for å bli sett og trodd. Flere av de unge uføre har opplevd mange år med fortieelse og en voksenverden som har vendt dem ryggen. Å bli tatt på alvor og å bli trodd, kan fortsatt være en beveggrunn for flere av dem. Vi skal heller ikke se bort i fra at enkelte samtykker rett og slett fordi de blir oppfordret til det – at for dem er det normalt å gjøre det de blir oppfordret til. Og til slutt, skal vi heller ikke utelukke at enkelte samtykker fordi det da vil skje noe, det vil være noe nytt, det vil bryte hverdagens monotoni og ensomhet. Flere av disse motivene kan også ha gjort seg gjeldende samtidig.

### **Kan vi generalisere fra disse dataene?**

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet er det ikke et overordnet mål med kvalitativ metode å generalisere til en hel populasjon. Det betyr ikke at vi ikke har fått dypere innsikt i tematikken og problemstillingene som har stått i fokus i dette prosjektet. Datarikdommen vi har fått tilgang til, kan gi oss verdifull innsikt som kan nyttes videre i forskning og på tiltakssiden (policy). Vi har innhentet data fra personer i veldig forskjellige livssituasjoner og med ganske forskjellige utgangspunkt. Det er stor bredde i vårt datamateriale. Vi har intervjuet mange unge uføre med diffuse og sammensatte lidelser med lav utdanning. ”Profilen” til våre informanter samsvarer godt med profilen som kommer til uttrykk i statistikken.



Fra vår kartlegging kan vi si noe om:

- Betydningen av oppvekst og levekår for senere livssituasjon og utestenging fra arbeidslivet.
- At hva som gjøres FØR saken kommer til NAV – er vel så viktig – hvis ikke viktigere – enn det som gjøres etterpå. Skal man unngå at flere unge mottar en uføreytelse, må man intervensere tidligere i livsfasen hvor flere andre institusjoner står sentralt: Barnehagen, skoleverket, PP-tjenesten, oppfølgingstjenesten, barnevernet, skolehelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), m.m.
- De unge uføres møte med trygdeetaten og Aetat (nå NAV) og legene.
- Svakheter i systemet mtp samhandling NAV-legene og manglende attføringstilbud tilpasset denne gruppen.
- Rolleforståelsen til aktørene den varierer mellom grupper og mellom fylker.

Dette er alle punkter som vi kommer tilbake til når dataene fra prosjektet presenteres senere i denne rapporten.

### **Er dette en metode vi vil anbefale til andre?**

Til det spørsmålet har vi et rungende ”Ja”. Metoden ga fylde til problemstillingene og åpnet for ”funn” som i utgangspunktet lå utenfor det vi hadde forestilt oss. Som Jacobsen (2000) peker på, risikerer man å miste eller overse viktig informasjon – kanskje den aller viktigste – dersom datainnsamlingen begrenses i utgangspunktet av forventninger og forhåndsdefinerte variabler og svarkategorier. Vi har til dels blitt overrasket over våre data og dette tar vi som et sunt tegn. I utgangspunktet trodde vi at vi skulle studere utstøtningsmekanismer i arbeidslivet. I stedet ble det nærmest en studie av omsorgssvikt og manglende kompetanse. Med omsorgssvikt mener vi i denne sammenheng ikke bare mishandling, seksuell misbruk, eller mangel på oppmerksomhet eller stimulans, men også på atferd hvor foreldrene overbeskytter barna på en dysfunksjonell måte. Dette kommer vi tilbake til.



## Del 2

### Unge uføre i fire fylker

Hovedproblemstillingen i dette prosjektet er hva gjør Agder spesiell: Hvorfor ligger Agder på toppen av uførestatistikken med hensyn til unge personer? Og hvorfor har man hatt en større vekst på Agder sammenlignet med andre regioner? I kapittel 2 har vi presentert en del studier som berører unge uføre, men svært få av disse studiene søker å gi svar på de geografiske variasjonene. De få studiene som har berørt geografiske variasjoner tyder på at kommuner med svake arbeidsmarkeder har høyere uførisiko, men at dette trolig har mer å si for menn enn for kvinner. Vi så også at levkårsforskjeller på tvers av fylker kan ha betydning for uføreandelen blant kvinner, men ikke for menn. Videre så vi at det er store forskjeller mellom kommunene i forhold til forvaltningspraksis og samarbeidet mellom ulike forvaltningsledd, noe som også kan ha betydning for tilgangen til uførepensjon. Ingen av disse studiene hadde et spesielt fokus på unge.

I de følgende kapitlene skal vi se nærmere på hva en rekke aktører som har direkte erfaring med unge uføresaker mener om veksten i uføretilgangen blant unge personer, og hvorfor andelen unge uføre er enten lav eller høy i fylket eller kommunen de jobber i. Kapitlene er basert på intervjuene med saksbehandlerne i tidligere trygdeetat og Aetat, legeinformantene og de unge uføre. Målet med intervjuene er å høste informantenes synspunkter ut fra deres eget erfaringsgrunnlag, men det kan tenkes at informantene syn er farget av hva de leser og hører i media og faglige fora. I kapittel 2 har vi derfor redegjort for studier som kan være allmenn kjent og som trolig har preget meningsdannelsen i samfunnet. En utfordring i tolkningen av dataene blir å vurdere hvorvidt svarene som gis kun er en avspeiling av det som er allmenn kjent i det offentlige rom og hva som er fundert i praksis og egne erfaringer. Under intervjuene har vi derfor lagt stor vekt på å følge opp informantenes svar og utfordret dem til å utdype og redegjøre for deres svar. Vi har også vært interessert å se om det kommer fram nye momenter eller forklaringer som tidligere studier ikke har vektlagt.

Intervjuene er gjort på tvers av fire fylker. To av fylkene kjennetegnes ved at de har en høy andel unge uføre og en relativ høy tilgangsrate, mens to av fylkene er kontrastfylker, det vil si fylker med en relativ liten beholdning og

svak vekstrate. I det følgende vil vi presentere de to fylkene som topper statistikken først, nemlig Aust-Agder og Hedmark, etterfulgt av de to kontrastfylkene, Møre og Romsdal og Finnmark. I denne delen av rapporten presenterer vi våre data fylkesvis, mens i kapittel 8 vil dataene bli drøftet samlet i lys av våre arbeidshypoteser.

I de neste fire kapitlene vil vi presentere hva informantene selv vektlegger i spørsmålene om hva som kjennetegner de unge uføre, hva som kan forklare veksten i unge uføre på landsbasis og hvorfor uføreandelen blant unge er høy/lav i deres eget fylke. I tillegg til disse direkte spørsmålene om årsaksforhold, har vi bedt informantene fra tidligere trygdeetat, Aetat og legene beskrive deres praksis og vurderinger i forhold til unge uføre saker, samt samhandlingen aktørene i mellom. Avslutningsvis tar vi med data fra mappene og brukerintervjuene. Her er målet å se om bildet som er tegnet av de etatsansatte og legene stemmer overens med det som er skriftliggjort i mappene og brukernes egne fortellinger.

## 4 Aust-Agder

### 4.1 Innledning

Av de to Agderfylkene har vi valgt å se nærmere på Aust-Agder fordi dette fylket peker seg mest ut i negativ retning. Da vi rigget til dette prosjektet hadde vi tilgang til statistikk fra 2005. I 2005 mottok 3,2 prosent av aldersgruppen 18-34 år i Aust-Agder en uføreytelse. I Vest-Agder var det tilsvarende tallet 2,7 prosent, mot 1,8 prosent på landsbasis. Siden det er Agderfenomenet vi primært skal studere, ønsket vi i å ha relativt mye data fra Agder. Vi valgte derfor å ta med to kommuner fra Aust-Agder. Som følge av liten respons (jf redegjørelsen for dette i kapittel 3), utvidet vi dette til fire kommuner.

I Aust-Agder er det totalt 15 kommuner og det er en viss variasjon mellom kommunene med tanke på uførebeholdningen. I 2005 utgjorde Gjerstad og Valle/Bykle ytterpunktene, med henholdsvis 5,7 prosent og 1,5 prosent av aldersgruppen 18-34 år er uføretrygdet. Det store flertallet av kommunene ligger imidlertid +/- 0,5 prosentpoeng fra fylkesgjennomsnittet, som er på 3,2 prosent. Ved valg av kommuner for denne kartleggingen, var det to kriterier som ble lagt til grunn: Det var et ønske at de utvalgte kommunene skulle ligge tett på fylkesgjennomsnittet, samtidig som populasjonen av unge uføre var stor nok til at personvernet (anonymiteten) kunne ivaretas. Av sistnevnte grunn ble byer/større tettsteder foretrukket framfor steder med en mindre populasjon. I første omgang ble Arendal og Lillesand valgt ut. Ved utvidelse av nedslagsfeltet kom Froland og Tvedestrand med i prosjektet. Pr 31.12.2005 var uførebeholdningen for aldersgruppen 18-34 år 3,4 prosent i Arendal, 2,8 prosent i Lillesand, 3,5 prosent i Froland og 3,3 prosent i Tvedestrand.

I Aust-Agder har vi fått innblikk i 13 saker. I en av sakene har vi ikke lest mappen, men intervjuet den unge uføre og vedkommendes saksbehandlere. I fire saker har vi fått tilgang til mappene, men ikke intervjuet de unge uføre. Til sammen har vi gjennomført 25 intervjuer med til sammen 26 informanter. Informantene består av ni unge uføremottakere, seks saksbehandlere fra tidligere trykdeetat, to saksbehandlere fra tidligere Aetat, en tilrettelegger innen Arbeid med bistand, en koordinator for funksjonshemmede innen kommunens rehabiliteringstjeneste, og sju leger. Til sistnevnte gruppe hører fast-

leger, rådgivende leger og kommuneleger. Saksbehandlerne fra trygd og arbeid hadde ofte kjennskap til mer enn en av sakene vi hadde fått innsyn i.

Våre 13 case fra Aust-Agder kjennetegnes ved at det er sju menn og seks kvinner. Kun to av de unge uføre var under 30 år ved intervjuetidspunktet. Ved tilståelse av uførepensjonen var imidlertid fire i alderen 20-24 år, åtte var i alderen 25-29 år og en var 30 år eller eldre. I åtte av våre 13 case er hoveddiagnosen en eller annen psykisk lidelse. Hoveddiagnosene for de øvrige er: Sykdom i nervesystemet, sykdom i muskel- og skjelett, skade, og "rest" ifølge NAVs kategorisering. I mange av disse sakene er det imidlertid snakk om flere lidelser samtidig.

Ni av de unge uføre fikk tilstått en varig uførestønning, blant disse ble tre tilstått etter innføringen av tidsbegrenset uførestønning (TU) i 2004. I fire av våre case mottar den unge uføre en tidsbegrenset uførestønning. Kun to av de unge uføre mottar en gradert uførestønning, det vil si 11 mottar full uførepensjon. I ingen av sakene har den unge uføre gjennomført høyere utdanning. Seks har gjennomført tre år med videregående utdanning, mens sju har begynt på videregående utdanning men ikke fullført. I vårt utvalg er det fem personer som ikke har arbeidserfaring fra det ordinære arbeidsmarkedet, mens åtte personer har noe erfaring. Ofte er det da snakk om flere kortvarige arbeidsforhold (ofte med varighet under ett år). Når det gjelder nåværende boforhold, bor seks alene, mens sju bor enten sammen med samboer eller ektefelle.

Det som kjennetegner saksbehandlerne fra trygdeetaten er at de har lang fartstid og har således god kjennskap til etaten og endringer i forvaltningspraksis. Fem av seks av saksbehandlerne har over 20 års ansjett i trygdeetaten og alle har stort sett jobbet med helseaksen, alt fra sykemelding til uførepensjon. Avhengig av størrelsen på kontoret, var enkelte også spesialister på enkelte type saker, eksempelvis de vanskelige eller "tunge" sakene som rus- og psykiatrimistanke. Enkelte av saksbehandlerne hadde også hatt ansvar for andre kommuner i Aust-Agder utover de fire vi dekker i denne undersøkelsen.

Vi har færre sakbehandlerinformanter fra tidligere Aetat enn vi ønsket. Mange av de aktuelle saksbehandlerne hadde sluttet i etaten. De vi fikk intervjuer med hadde imidlertid vært saksbehandler i forhold til flere av våre case, og hadde jobbet i etaten mellom 5-10 år og da primært med yrkesrettet attføring.

I tillegg til ovennevnte saksbehandlere, har vi også intervjuet to personer i randsonen: En person fra Arbeid med Bistand som har ti års erfaring som tilrettelegger og en koordinator for funksjonshemmede i den kommunale rehabiliteringstjenesten, også denne personen hadde ti års fartstid.

Legene vi har intervjuet har også lang fartstid fra regionen, med unntak av en som kun har jobbet i Agder i om lag fem år. De øvrige har primært jobbet som allmennleger i Agder i 20 år eller mer. Tre av legene har også erfaring som rådgivende leger, mens tre har erfaring som kommuneleger. I flere tilfeller hadde en og samme person flere type legeroller samtidig (fastlege kombinert med enten stilling som rådgivende lege eller kommunelege). De rådgivende legene vi har intervjuet dekker til sammen fem kommuner.

Totalt sett har vi intervjuet sentrale aktører med lang erfaring og mye kompetanse om feltet unge uføre. I forvaltningen og blant legene har vi intervjuet fagpersoner som har erfaringer med mange saker og praksis over lengre tid. Ikke alle kravene om uførepensjon går via rådgivende lege, men i de tilfeller det er tvil eller saken ikke framstår som kurant, blir rådgivende lege stort sett bedt om å uttale seg. Relativt sett har vi best datasett for Arendal og Froland, mens Lillesand og Tvedestrand er noe svakere representert i datasettet fra Aust-Agder.

## 4.2 Kjennetegn ved Aust-Agder

Aust-Agder kjennetegnes av fem kystbyer, mye innland med store skogsarealer, og mer spredt bosetting enn landsgjennomsnittet (jf tabell 4.1). I følge Statistisk sentralbyrå bor det litt over 106.000 innbyggere i Aust-Agder per 1.1.08, hvor Arendal er fylkeshovedstaden og fylkets største by med litt over 40.000 innbyggere. Om lag 57 prosent av innbyggerne i Aust-Agder bor i en av de fire kommunene vi har hentet data fra.

Av tabell 4.1 kan vi for øvrig se at færre er sysselsatte i Aust-Agder sammenlignet med landsgjennomsnittet, og dette gjelder for begge kjønn. I 2006 lå Agder på landsgjennomsnittet i forhold til registrerte arbeidsledige, men her er det tydelige kjønnsforskjeller. Bruttolønn er lavere i Aust-Agder sammenlignet med landet for øvrig, og kvinners lave bruttoinntekt i Aust-Agder kan blant annet tilskrives høy andel deltidssysselsetting. Til tross for nedbygging av mange industriarbeidsplasser i Aust-Agder, har fylket fortsatt en litt større andel industriarbeidsplasser relativt til hele landet.

**Tabell 4.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007**

	<b>Hele landet</b>	<b>Aust-Agder</b>
Bosetting: Andel bosatt i tettbygde strøk. Prosent	78	68
Sysselsatte 15-74 år. 4. Kvartal 2007. Prosent av befolkningen	72	69
- Menn	77	72
- Kvinner	68	65
Reg. arbeidsledige som andel av arbeidsstyrken, årsgj.sn. 2006. Prosent	2,6	2,6
- Menn	2,6	2,4
- Kvinner	2,6	2,9
Bruttoinntekt per innb. 17 år og over.	322.500	297.600
- Menn	398.400	376.200
- Kvinner	248.400	220.700
Sysselsatte fordelt på næring. Prosent		
- Primær	3,2	2,8
- Sekundær	20,7	22,8
- Tertiær	75,7	74,0
Sysselsatte fordelt på sektor. Prosent		
- Offentlig forvaltning	28,7	31,2
- Privat sektor og offentlige foretak	71,3	68,8

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Aust-Agder kjennetegnes også av at fylket scorer dårlig i forhold til en rekke levekårsindikatorer. Fylket ligger under landsgjennomsnittet ikke bare sysselsettings- og inntektsmessig, men også med hensyn til barnehagedekning og klassestørrelser i grunnskolen, mens fylket ligger over landsgjennomsnittet i forhold til andel elever i grunnskolen med spesialundervisning, andel barn med barnevernstiltak, og omfanget av sosialhjelpsmottakere, jf tabell 4.2.



**Tabell 4.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006**

	<b>Hele landet</b>	<b>Aust-Agder</b>
Barnehagedekning 1-2 pr. Prosent	61,8	55,7
Barnehagedekning 3-5 år. Prosent	92,8	91,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 1. til 7. årstrinn.	13,5	14,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 8. til 10. årstrinn.	15,1	15,4
Andel elever i grunnskolen med spesialundervisning. Prosent	5,9	7,4
Andel av befolkningen 16 år og eldre med høyere utdanning. 2007. %	24,8	22,1
- Menn 2007	23,3	20,5
- Kvinner 2007	26,2	23,6
Andel barn 0-17 år med barnevernstiltak. Prosent	3,8	4,0
Sosialhjelpsmottakere per 100 innb. 20-66 år.	4,2	5,1
Legeårsverk per 10.000 innbyggere	9,0	9,4

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

I tillegg til ovennevnte ligger Aust-Agder svært høyt på en del trygdestatistikk. Når det gjelder unge topper ikke bare fylket andel uførepensjonister, men har også et høyt forbruk av rehabiliteringspenger, attføringspenger, økonomisk sosialhjelp og overgangsstønad. Disse tallene forteller oss at det er ingenting som tyder på at tilgangen til nye unge uførepensjonister i Aust-Agder vil avta i nærmeste framtid. De relativt sett lave aborttallene for ungdom, sammen med omfanget av økonomisk sosialhjelp og overgangsstønad kan være knyttet til fenomenet enslige tenåringsmødre på Agder.

**Tabell 4.3 Unge trygde- og sosialstønadmottakere. 2007**

	<b>Hele landet</b>	<b>Aust-Agder</b>
Uførepensjonister. 16-66 år. Prosent	10,2	13,5
Uførepensjonister. 18-34 år. Prosent	1,8	3,2
Mottakere av rehabiliteringspenger. 18-34 år. Prosent	1,1	1,6
Mottakere av attføringspenger. 18-34 år. Prosent	2,1	3,1
Mottakere av økonomisk sosialhjelp. 18-34 år. Prosent	5,4	7,7
Overgangsstønad 20-39 år. Prosent	3,7	4,7
Abort under 20 år. 2006. Prosent	16,3	15,3

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

## 4.2 Hva kjennetegner unge uføre i Aust-Agder

Fra statistikken i tabellene 4.4 og 4.5 kan vi se at unge uføre i Aust-Agder skiller seg ut fra landsgjennomsnittet ved å være noe eldre når de tilstås uførepensjon og at det er en litt større andel med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (5,5 prosentpoeng mer). Minst tre forklaringer kan ligge til grunn for disse tallene: For det første er det relativt sett færre i Aust-Agder med medfødte misdannelser og kromosomavvik og av den grunn er det også færre som tilstås en uførepensjon ved fylte 18 år. Dette kan imidlertid bare forklare en liten del av forskjellen. For det andre går det normalt flere år før en person som har fått en psykisk lidelse diagnose eller diagnose knyttet til atferdsforstyrrelser, får innvilget en uføreytelse. Siden det er en overhyppighet av disse diagnosene i Aust-Agder, forklarer det sannsynligvis aldersprofilen blant de unge uføre i Aust-Agder. En tredje mulig forklaring kan knyttes til forvaltningspraksis. Det vil si at man i Aust-Agder holder unge mennesker lengre i rehabiliterings- og attføringssystemet, slik at alderen ved overgang til en uføreytelse blir høyere enn andre deler av landet. I dette kapitlet skal vi se om noen av disse forklaringene støttes av våre data.

**Tabell 4.4 Unge uføre fordelt på alder. Andel**

Alder	Beholdning pr 31.12.07		Nye uføremottakere i 2007	
	Norge	Aust-Agder	Norge	Aust-Agder
18-19 år	4,3	3,4	15,9	14,4
20-24 år	17,6	13,3	19,9	13,5
25-29 år	29,5	28,1	24,1	27,0
30-34 år	48,6	55,2	40,0	45,0
N	19 962	707	3636	111

Kilde: Spesialbestilling SSB

**Tabell 4.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Andel**

Diagnose	Norge 18-34 år	Aust-Agder 18-34 år
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	58,8	64,3
Sykdommer i nervesystemet	11,6	9,0
Sykdommer i muskel- og skjelett og binde- vev	5,5	7,4
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	8,6	7,8
Skader, forgiftninger og vold	3,6	3,1
Diagnose mangler foreløpig	4,3	1,5
Rest	7,5	6,9
I alt	100	100

Kilde: Spesialbestilling SSB

### **Hva kjennetegner unge uføre i Aust-Agder ifølge informantene?**

Vi ba informantene fra forvaltningen og legene om å beskrive på generelt grunnlag (kategorisere hvis mulig) unge uføre som de har hatt erfaring med. Svarene vi fikk var svært like på tvers av kommunene, men med en viss variasjon over tema.

I hovedsak er det snakk om tre hovedgrupper. Den første hovedgruppen, som beskrives som den minste med om lag en av tre unge uføre, består av de med klare diagnoser. Denne gruppen består igjen av to undergrupper: De som er alvorlig syke, som klart oppfyller de medisinske vilkårene, og som går rett over på en uføreytelse. Eksempler på denne undergruppen er personer med Downs syndrom, cerebral parese, alvorlige hjertesykdommer og alvorlige krefttilfeller. Den andre undergruppen er de med klare fysiske sykdommer som leddgikt, diabetes, kreft, m.m., men hvor det kan tenkes at sykdommen kan kombineres med arbeid.

I de to øvrige hovedgruppene er det ofte snakk om sammensatte problemer hvor flere lidelser/sykdommer gjør seg gjeldende, og hvor diagnosebildet ofte blir mer og mer komplekst med tiden. Disse to gruppene utgjør til sammen hovedtyngden og i begge gruppene handler det mye om mangelfulle oppvekstvilkår. I den første gruppen er det ofte snakk om sosiale og psykiske problemer som kommer til uttrykk i tilpasningsproblemer, rus og for enkelte kriminalitet. Denne gruppen har ofte mange negative opplevelser fra barndommen, hvor omsorgssvikt, mobbing i skolen, og lære- og konsentrasjonsvansker går igjen. Denne gruppen preges av personlighetsforstyrrelser og

psykiske lidelser i alle kategorier. Flere av informantene gir uttrykk for at det er vanskelig å sortere hva som kommer først. Følgende sitat illustrerer dette:

*”Nesten alltid når vi snakker om unge uføre er rus en del av bildet – men det som gjør det vanskelig er at vi ikke vet hva som kommer først. Er det unge mennesker som av ulike årsaker kommer i kontakt med rusmiljøet og som følge av dette utvikler psykiske lidelser, eller er det unge mennesker med psykiske problemer som bruker rus til selvmedisinering. (...) Rus kan være del av en helhet – et bilde – hvor sosial arv, fattigdom, mobbing på skolen, psykiske vanskeligheter – er alle elementer av samme bilde. Det er vanskelig å gruppere det. Det går i ett.”*

Sistnevnte gruppe faller ofte ut av skolen og klarer ikke å gjennomføre ”normale” løp. Dersom de kommer inn i ulike tiltak, greier de ofte ikke å gjennomføre dem. Da de er i begynnelsen av 20-årene søker de hjelp ved trygdekontoret (nå NAV), ofte etter oppfordring fra sosialkontoret eller foreldrene. Fram til da har problemene ikke blitt oppfattet som helserelaterede, selv om en rekke av dem allerede har vært i berøring med BUP.

I den andre store hovedgruppen er det mer snakk om ressursvake personer hvor det er vanskelig å identifisere hva problemet består i. Disse personene klarer ikke å yte mye, de orker ikke mye og de trekker seg fort hvis de møter motstand. Legene oppfatter det som diffuse lidelser og opplever at de skjuler seg bak ulike symptomer. Disse har noe lengre trygdeløp men har sjelden vært i kontakt med BUP. I disse tilfellene er det ikke snakk om mangel på oppmerksomhet fra foresatte, men snarere det motsatte, nemlig overbeskyttelse. Ifølge informantene stilles det ikke store krav til dem av foreldrene. En lege beskriver det på denne måten:

*”Det er mange ukyndige foreldre. At de gjør mye dumt. De følger ikke opp på riktig måte. Det er ikke omsorgssvikt, men mangel på evne – inkompetanse. (...) Mange takler ikke det å være voksne, det å være omsorgspersoner. De kan danne uheldige allianser mot omsorgsapparatet sammen med barna sine.”*

I begge de to hovedgruppene nevnt over er funksjonstapet først og fremst knyttet til en psykisk lidelse, ikke en fysisk. Disse gruppene har prøvd seg litt i arbeidslivet eller er blitt utprøvd. Et annet fellestrekk er at det er et betydelig innslag av sosial arv. Informantene er relativt samstemte i at dette er ofte personer som kan beskrives som tapere fra ganske ung alder, og som

kommer fra ressursvake hjem eller hjem som ikke kan gi nødvendig eller riktig støtte.

### **4.3 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Aust-Agder?**

Ikke alle av informantene hadde tanker om hva som kan forklare veksten av unge uføre på landsbasis, og flere informanter fra forvaltningen stilte seg uforstående til veksten siden regelverket oppleves som svært strengt. Det var imidlertid blant legene vi fant den største interessen for dette spørsmålet.

Vi fikk høre forklaringer på både individ- og strukturnivå, men forklaringen som ble oftest gitt var knyttet til arbeidsmarkedet og endrede kompetansekrav. Flere viste til at bortfall av ufaglærte arbeidsplasser til sjøs og på gårder, samt nedgang i industriarbeidsplasser, har ført til mangel på ufaglærte arbeidsplasser for ressurs svak ungdom. Nye ferdigheter etterspørres på grunn av strukturendringer og arbeidslivet har i økende grad blitt spesialisert og kompetansekrevende. Samtidig må man i større grad beherske et spekter av ferdigheter fra IT, språk og sosiale ferdigheter. Jobbene i dag krever således utdanning, kompetanse og driv, og for enkelte er kravene i arbeidslivet blitt for store i forhold til yteevnen. Følgende resonnement er illustrerende for flere av informantene:

*”Jeg tenker først og fremst på arbeidslivet i dag. Dersom en tenker noen år tilbake, fikk ungdommene som slutta på skolen, en ufaglært jobb. Gjennom den ufaglærte jobben fikk den en form for verdighet og tilhørighet. Ofte var det en romslig jobb – jobber som ikke stilte de helt store kravene. Den type jobber finnes det nesten ikke flere av mer. Før trengte man folk for en rekke manuelle jobber, gårdsgutter, skogsarbeidere m.m. Nå har de ikke et sted å gjemme seg bort. Jobbene krever ofte lang utdanning. Arbeidsplassene som finnes i dag krever så mange ressurser – man må stå på hele tiden. De som ikke har den driven i seg – de faller ut.”*

En av informantene spør også om næringslivet ikke har gått for langt i å stille høye kompetansekrav. Informanten mener at næringslivet stiller ofte for høye kompetansekrav ved rekruttering og at enkelte oppgaver kunne de med fordel overlatt til ufaglærte: Arbeidslivet har rett og slett blitt for lite fleksibelt med tanke på å ta inn ufaglært arbeidskraft.

Flere viser også til at overgangen fra skole til arbeid kan være vanskelig for en del ungdom og at gode tiltak og oppfølging for å gjøre denne overgangen enklere, var, og er, en mangelvare. Informantene peker på at denne overgangen kan være spesielt vanskelig for ungdom som ikke fullfører undervisningstilbudet. Riktignok skal oppfølgingstjenesten følge med, men dette beskrives som et frivillig tilbud som trolig ikke er tilpasset den mest utsatte gruppen. En del ungdom blir gående for lenge å slenge før de fanges opp. Når de kommer i kontakt med trygdekontoret eller Aetat blir de i tillegg gående lenge passive mens de blir utredet. Disse etatene har således ikke hatt god nok oppfølging og tiltak tilpasset unge mennesker som ikke har lyktes med overgangen til arbeidslivet.

I tillegg til ovennevnte strukturforklaring, var enkelte også inne på individforklaringer: At folk er blitt mye mer sarte, det vil si at de generelt tåler mindre. Dette kan tilskrives stor aktivitetsnivå og endringstakten i samfunnet – at det skal skje noe hele tiden – parallelt med oppløsningen av familiestrukturen. Som følge av dette har unge mennesker blitt mer sårbare og dette kommer til uttrykk i svekket psykisk helse.

#### **4.4 Informantenes forklaring på uføreandelen i Aust-Agder**

I det følgende skal vi presentere informantenes svar på spørsmålet om hva som kan forklare den høye uføreandelen blant unge mennesker i Aust-Agder. De aller fleste viste til at problemet er sammensatt og at det således ligger flere forklaringer bak. Vi har delt svarene inn i følgende seks kategorier: Trekk ved arbeidslivet/næringsstrukturen, sosial arv og trekk ved familierne/enkeltindividene, rusproblematikk, legepraksis, forvaltningspraksis, og trekk ved kulturen og folkelynne.

##### **Trekk ved arbeidslivet/næringsstrukturen**

Flere av informantene var opptatt av at strukturendringene og nye kompetansekrav i norsk arbeidsliv har stor forklaringskraft i forhold til uføreandelen i Aust-Agder, og mente sågar at dette var en av de viktigste forklaringsfaktorene for dette fylket. Aust-Agder er et fylke hvor man tradisjonelt har hatt mange industriarbeidsplasser og hvor mange unge menn har hatt sitt første arbeidsforhold til sjøs. Ved bortfall av disse arbeidsplassene, og med større vridning mot mer kompetansekrevene og høyteknologisk industri, er bortfallet av ufaglærte arbeidsplasser for unge egder en viktig forklaringsfaktor.

Veksten av nye arbeidsplasser har stort sett kommet innen tjenesteytende sektor, og her er det ikke alle som passer inn.

Ovennevnte forklaring gis ofte i sammenheng med forklaringer knyttet til sosial arv. Aust-Agder er et fylke hvor arbeidsledigheten i lange perioder har ligget godt over landsgjennomsnittet og hvor en høy uførebeholdning gjør seg gjeldende i den voksne befolkningen. Med arven fra et konjunkturfølsomt arbeidsmarked og en relativ høy andel voksne uførepensjonister, er det mye som ligger til rette for at den oppvoksende generasjonen følger i sine foreldres fotspor.

### **Trekk ved enkeltindividene/familiene og sosial arv**

Informantene fra forvaltningen og legene er samstemte i at sosial arv har svært mye å si for veksten av unge uføre på Agder. En rekke ulike forklaringer gis i så henseende.

Flere peker på at det å leve av trygd har lange historiske røtter i Agder og derfor har blitt mer rotfesta her, enn i andre landsdeler. Det er en tung arv som har gått over flere generasjoner, og således er veksten i unge uføre kun en avspeiling av veksten av uførebeholdningen blant de voksne.

*”Jeg tror definitivt på sosial arv. Når man topper uførstatistikken er det tungt å komme ut av det – det dras med i flere generasjoner – nettopp på grunn av den sosiale arven. Det tenker jeg har enorm betydning. Det ligger på en måte i pakken: Lav utdanning, dårlig økonomi, dårlig helsestatus – de bringer det videre til neste generasjon”.*

I enkelte bygder på Agder gjør sosial arv seg spesielt gjeldende. Det forklares med få muligheter i arbeidsmarkedet samtidig med en sterk stedstilknytning. Framfor å flytte ut av bygda, blir man boende hjemme med mor og/eller far, som ikke sjeldent lever på trygd.

Uavhengig av bosted er omtrent samtlige av informantene inne på betydningen av rollemodeller i familien. Dersom man har en eller flere uføretrygdede rollemodeller i nær familie, øker sannsynligheten for at barna også blir uføretrygdet.

*”Jeg ser i min praksis at det går igjen i noen familier, ikke så rent sjeldent. Jeg pleier alltid å se etter i sakene: Hva gjør far og mor? Terskelen for å tenke uførepensjon som 24-åring er fjernt for mange,*

*men er til stede der rollemodellen er i huset. Jeg tror ikke barn til godt voksne som er blitt uførepensjonister etter mange yrkesaktive år, sosialiseres til uførepensjon, men barn av foreldre som også fikk uførepensjon ganske tidlig men ikke nødvendigvis før 35 år. Det jeg mener å si er at foreldrene også har vært marginale arbeidstakere. Disse miljøene tror ikke så mye på skole, har kanskje dårlige erfaringer med det selv, og så skal de plutselig få seg en jobb. Det går ikke i dag.”*

Flere viser også til at terskelen for å søke om trygdeytelser blir lavere når man har andre trygdede i nær familie. Familiemedlemmer kan bistå med kunnskap om hvordan man går fram og det regnes som mindre stigmatiserende å gjøre det samme som foreldregenerasjonen allerede har gjort.

Enkelte av våre informanter har også pekt på at det sørlandske familiemønsteret bygger opp om en viss trygdekultur. Et relativt konservativt familiemønster hvor far skal forsørge familien og mor kan være hjemme, eventuelt jobbe deltid, befester synet på at det er akseptabelt å være hjemme og at det er akseptabelt for mor å ikke være i inntektsgivende arbeid.

*”Men hvis en vokser opp med foreldre som ikke er del av arbeidslivet – eller mor er hjemmeværende eller deltidsarbeidende – hvis man vokser opp i et miljø hvor det er OK å være mye hjemme – da tror jeg det er lettere å falle ut. Det er viktig det man ser rundt seg til daglig. Dersom man vokser opp i et hjem hvor det å være hjemme er det normale – blir det ”unormalt” å gå ut å jobbe.”*

Flere av informantene peker også på at det ikke kun handler om rollemodeller, men i en del tilfeller handler det om familier med store problemer. Som nevnt er det ofte to typer familier som beskrives: Familier som er preget av omsorgssvikt, hvor vanskjøtsel og mishandling kan være med i bildet, og familier som ikke takler motgang. Følgende to sitater fra legeinformantene er beskrivende:

*”Jeg har jo jobbet i [stedsnavn] lenge. Følger opp tredje generasjon i flere familier. Jeg har sett mye! Jeg kan allerede fra barneårene si – han eller hun kommer det ikke å gå bra med. Og jeg har ofte rett. Det handler ofte om hvem som er foreldre, hvordan det er gått med dem i livet, familiens ressurser og slike ting. Det er ille å si det, men mange skulle ikke hatt barn. Min oppfatning av denne gruppen er at problemene begynner før skolen begynner. Jeg har sett vanskjøtsel, gjerne på grunn av rus og psykiatri blant foreldrene, misbruk ser en*



*ikke så sjelden som en skulle tro, eller ønsker å tro, det opptrer faktisk ganske ofte. Det ser vi mye til! Jeg ser også ren fattigdom og mange har flyttet mye, mangler nettverk, venner. I tillegg kommer rus, tobakk og alkohol. Det er denne gruppa dere bør se på. Det er her all elendigheten ligger. (...) mot denne gruppa sliter vi for vi har ikke de riktige virkemidlene. Vi kan kun støtte dem økonomisk.”*

*”Det er mange taperfamilier her i byen – de har vært problemfylte i generasjoner. De gjentar tidligere generasjoners feil. Det slo meg hvor mange som er her med akutte psykoser. Mange kraftige, alvorlige ting – selvmord, psykoser. Og enda flere har det ikke greit. Mye rus, mye psykiske problemer. Mye stakkarslighet. Det er mye pysete ungdom og familier som ikke takler vanlige påkjenninger – å kunne møte på jobb/arbeid - og ikke være flinkest. En del foreldre gir opp ganske fort. Det er normalt å kjempe litt i oppveksten – at en ikke føler seg helt bra alltid. Det er mye at hjemmene ikke har den styrken og innsikten. De er pysete, duller med dem [barna]. Jeg vet ikke om det er overhyppighet her, men det skal lite til før de roper på sosialtjenesten. De er avhengige av at det offentlige skal fikse opp. Det er ikke noe flauhet.”*

## **Rusproblematikk**

Omfanget av rusrelaterte saker i Aust-Agder er også et tema som gikk igjen i mange av intervjuene. Samtlige som tok dette opp, mente at det er et klart rusproblem i Aust-Agder men informantene hadde ingen formening om omfanget var større i dette fylket, relativt til andre. Arendal beskrives som rus hovedstaden i Aust-Agder og fungerer som et trekkplaster for rusmisbrukere ellers i fylket. I tillegg har Arendal hatt en del rusinstitusjoner for ungdommer, og det kan tenkes at en del av denne brukergruppen har blitt igjen og rekrutterer nye til miljøet. En del rusbelasta ungdom fra Aust-Agder reiser imidlertid til Oslo, men noen kommer hjem igjen.

Flere av informantene opplever at det har blitt flere trygdesaker som kan knyttes til rusproblemer. Ofte er det snakk om sammensatte lidelser hvor det er vanskelig å si hva som kom først, rus eller psykiske lidelser, men ofte er det en kombinasjon av rus og omsorgssvikt.

Enkelte mente at rusmisbruk har blitt mer synlig fordi det er mer akseptabelt å være rusmisbruker og at det er større aksept for at en rusrelatert sykdom kan gi grunnlag for en uførepensjon i trygdeforvaltningen. Følgende inter-

vjuutklipp kan gi en indikasjon på hvordan rusrelaterte saker oppfattes i forvaltningen:

*”Opplever du at det er vanskelig for unge med rusproblemer å få en uføretrygd? Må legene bistå med å omdefinere rusproblemet til andre diagnoser? Nei. Jeg vil snarere si tvert i mot. At rusproblematikk er nærmest akseptert i trygdesystemet som en uførediagnose. Det er nesten enklere å få en uførestønning hvis man setter merkelappen ”rus” på, enn motsatt. Er det en utvikling man har sett i nyere tid? Ja – fordi det er ikke så lenge siden rus ble definert som en diagnose. Hva gjorde man før da? Man kalte det psykiatri. Man tilpasser seg egentlig diagnosekodesystemet. Og ettersom rusdiagnosen for noen år siden ble akseptert som en diagnose – ble akseptert som arbeidshindrende diagnose – så har man kanskje vært kjappere til å sette den diagnosen. Når kom den endringen? For ca ti år siden – eller noe sånt. Jeg bare gjentar: Du oppfatter det ikke som et hinder å ha en rusdiagnose for å få en uføretrygd? Nei. Tvert i mot.”*

### **Forvaltningspraksis**

En av informantene fra forvaltningen rettet også søkelyset mot egen etat og stilte spørsmålet om ikke det er for mye snillisme i forvaltningen: ”Stakkars, han får ikke jobb likevel”. Selv om loven sier at attføring skal forsøkes, er det en skjønsmessig vurdering å bestemme om attføring er hensiktsmessig og om den skal gjennomføres. Med henvisning til at individer som har ”overskudd” i forhold til verv og oppgaver i frivillig sektor, likevel ikke har overskudd til å jobbe eller gjennomføre attføring, er informanten kritisk til hvordan attføringsinstitusjonen fungerer. Informanten viser til manglende tilrettelegging for unge i risiko for å falle ut av arbeidslivet. Framfor å sende ”rubbet og bit rett inn på avklaringskurs”, bør tilbudet være mer individrettet.

En av legene var også inne på tanken om at forvaltningen kanskje utøver et annet skjønn sammenlignet med det som er praksis i andre landsdeler:

*”Kanskje det er mer snillisme – det kan også være mangel på konstruktive alternative tiltak – reelle arbeidsutøvingsplasser. Ikke bare gruppebaserte dilldall. Det er ikke tradisjon i [kommunenavn] for store arbeidsgivere, som kommunen, å tilby praksisplass – om det skyldes Aetat eller arbeidsgiverne vet jeg ikke.”*

På spørsmål om unge personer i Aust-Agder har fått god eller tilstrekkelig oppfølging fra trygdeetaten og Aetat sett i forhold til tilbudet i andre fylker, var den allmenne responsen at det hadde de ikke forutsetninger til å svare på. Mens enkelte mente at man gjør mye i forhold til denne gruppen i Aust-Agder, i hvert fall holder man de lenge i systemet, var det også en del som pekte på at tilbudene som gis ikke er gode nok og at man ofte kommer for sent i gang med tiltak. Flere er av den oppfatning at NAV må komme inn når ungdommene begynner å falle ut – ikke mange år etter. Alle overgangene må bli bedre, enten det er fra skole til arbeid eller fra barne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.

### Legepraksis

En av informantene mener at den høye uføreandelen blant unge på Agder har mer med legepraksis å gjøre, enn med trekk ved brukerne. Vedkommende viser til at det er enkelte leger som det er lettere å ”bestille” hos. Bestemte diagnoser går da igjen, ofte psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Vedkommende opplever at legen legger all sin faglige kraft i å argumentere for hvorfor man ikke kan jobbe, og således styrer forvaltningens saksbehandling. Selv om sakene henvises til rådgivende lege ved mistanke om ”bestillinger”, er dette et følsomt område siden de rådgivende legene også er fastleger, og har sin lojalitet begge veier. Enkelte peker også på at små forhold i Aust-Agder kan føre til at legene er mer ”kompis” med sine pasienter, enn for eksempel i Oslo hvor det er lettere å holde seg mer distansert. På spørsmål svarer de fleste av informantene at legeshopping foregår på Agder og relativt mange mener dette er et problem. Dersom en pasient ikke får den sykemeldingen eller legeerklæringen de ønsker, bytter de til en annen lege. Her er to legers tanker om dette:

*”Hvis jeg nekter å sykmelde, er strengere i en del saker, går det på bygda. Da ryktes det at han [navn] er så streng og fæl. Da bytter de fastlege med en gang. Legeshopping er det aller mest av hos fastlegene. Spesialistene opplever jeg ofte har en sterkere faglig integritet, men det er ikke umulig at det foregår en del shopping der også.”*

*”Det forekommer – men ikke i noe utstrakt grad. Det forekommer på den måten at jeg ser at som fastlege får jeg hver måned en utskrift fra NAV over dem som går ut og inn av listen vår. Jeg ser nokså konsekvent at de gangene jeg har kranglet om en sykemelding så går pasienten ut. Men det er ikke et stort antall det er snakk om. Men det er nokså gjennomgående. Det er to årsaker til at folk går ut av listen min. Det ene er at de enten flytter eller dør, og det andre er at de er*

*uenig i min vurdering. Er det ofte unge mennesker? Ja – det er gjennomgående unge mennesker. Er det spesielle diagnoser som går igjen? Det er ofte muskel- og skjelettplager. (...) Vondter her og der som ikke er definerbare. Og hvor jeg mener at sykemelding vil gjøre vondt verre. Dette er folk som er i et arbeidsforhold tydeligvis da? Ja – de er i et arbeidsforhold og så mener de seg midlertidig arbeidsuføre – og så deler ikke jeg den oppfatningen – og så klarer vi ikke å bli enige.”*

Flere andre peker også på at problemet oppleves å være størst blant de yngre fordi de opplever minst binding og lojalitet til legen.

Selv om legeshopping anses som et problem, er ikke informantene like samstemte i at dette gir flere unge uføre. Dette fordi legeerklæringene vurderes av både NAV og i mange tilfeller rådgivende lege. Dette er en problemstilling som de rådgivende legene er oppmerksomme på.

*”Fastlegenes vurdering er bare en liten del av en uføresak. De legeerklæringene som er gode nok for en uføretrygd – de skrives av de ”gode” legene – de gjør de gode vurderingene.”*

*”Så vidt jeg vet, forekommer det oftest i nakkeslengsaker. Da er det lettere å ”shoppe” seg til en trygdeerklæring fra enkelte nevrologer – enn andre. Da var det ofte side opp og side ned med bare pjatt – bare masse synsing. Fikk jeg som rådgivende lege noen av disse trygdeerklæringene på bordet – la jeg ikke stor vekt på den. Da ønsket jeg å få innhentet en ny erklæring fra en annen.”*

Hvilke rolle legene spiller og hvordan de samhandler med forvaltningen og pasientene i unge uføre saker, er noe som opptok mange av informantene. Dette er et tema vi derfor kommer tilbake til i 4.7.

### **Trekk ved kulturen og folkelyne**

De fleste av informantene var også opptatt av at kulturen og den sørlandske væremåten (folkelynet) kan ha noe å si for overhyppigheten av unge uføre på Agder. Både informantene fra forvaltningen og legene snakket om dette og flere forhold ble trukket fram: At folk på Sørlandet er lite åpne og forsiktede; At det å framstå som vellykket (fasaden) betyr mye; Og at Agder preges av små miljøer med sterke normsett hvor det ikke er stor takhøyde for å være annerledes.

Sørlendingen beskrives av informantene som forsiktige og ikke særlig åpne:

*”Sørlendingen er mer forsiktig og stille. De er tilbakeholdne. De liker ikke å stikke seg ut. De skal helst ikke vise fram de tingene som ikke er så vellykkede.”*

Dette er karakteristikk som gis av både informantene som er innflyttere og av dem som er oppvokst i landsdelen. At fasaden betyr mye på Agder var et tema mange av informantene kom inn på:

*”Alt er så gildt. Fasaden betyr mye her på Sørlandet. Samtidig har man janteloven – du skal ikke være god her – eller stikke hodet fram.”*

*”Det som slo meg da jeg kom til Agder – det var at alt liksom var verre. Har også jobbet i [fylkesnavn] i mange år. Der var det på mange måter ille, men på Agder møtte jeg innestengt elendighet – fasaden var viktig. Det skapte nevrotiske forhold.”*

*”Det kan godt tenkes at fasaden og ønske om vellykkethet betyr noe. I indre bygder i Aust-Agder er det enda mer lukkethet.”*

Flere viste til at kombinasjonen av sterke normsett om vellykkethet i små samfunn med lite åpenhet, kan gi grobunn for ensomhet, følelser av ikke å strekke til og nedstemthet – og at man da beveger seg i grenselandet hvor psykiske lidelser kan oppstå. Det ble også pekt på at i en del religiøse miljøer er det relativt strenge levereregler og store krav til seg selv. Blant informantene er det imidlertid ulike syn på om oppvekst i en religiøs familie er beskyttende eller fremmede for uførepensjonering. Enkelte leger er klare på at de uføre ikke kommer fra religiøse hjem.

Forsiktighet og oppfatning av fasaden kan også ha betydning for hvordan støtte- og hjelpeapparatet rundt unge mennesker håndterer sakene. Dette var noe flere av informantene var inne på.

*”Hvis det er riktig at vi er forsiktige med å gå bak fasaden – kan det tenkes at vi er for sene til å avdekke omsorgssvikt. Vår kultur gjør at det oppleves som vanskelig å gripe inn og se dem [barn og unge] som trenger å bli sett. Min erfaring med barnevernet er at de griper inn for sent. Kanskje barnevernet på Sørlandet er reddere for å gripe inn for tidlig. Jeg vet at når barnevernet først griper inn – viser det seg at man skulle ha tatt ut barnet fra familien for flere år siden.”*

*Kanskje barnevernet er for villige til å la foreldrene få nye sjanser – til å la dem forsøke på nytt. Generelt tror jeg at dette er et landsdekkende problem – men kanskje forsiktige sørlendinger er enda ”tregerer” med å gripe inn. Dette gjelder forsåvidt for skolene også. Man lukker øynene til problemet. Man er redd for å gjøre noe galt – for å stigmatisere folk – så da lar man heller vær.”*

En annen lege understøtter dette synet og legger til enda en forklaringsvariabel, nemlig familiens sterke stilling på Agder:

*”De [unge uføre] er ressursvake, falt ut av skolen. Heller få er fanget opp av BUP. Det er som om vi har en form for usynliggjøring av denne problematikken i Agder. Disse oppdages ikke tidlig nok. Sviktes. Tror det kan ha noe med at vi skjuler disse tingene her, eller at det ikke er kultur for å gripe tidlig inn i skolen eller familien, for eksempel, fordi familien står sterk her på Sørlandet. Ting skal liksom løses innen familien, tror jeg.”*

Å være trygdemottaker samtidig som man holder på fasaden er ikke et ukjent fenomen på Agder. Å være uføremottaker er fortsatt noe man snakker lite om.

*”Utad sier man at jeg har valgt å være hjemme med barna – eller har valgt familien – men i realiteten lever de av trygd. Det er mer akseptabelt på Sørlandet å si at man er hjemmeværende eller jobber deltid – enn å si at man lever på trygd. Det er også mer akseptabelt på Sørlandet at ungdom er hjemme – spesielt blant vennekretsen – men selvfølgelig også fra familien. Det er større aksept for at man kan vente å se – stiller ikke store krav til at noe skal skje.”*

Med dette siste sitatet er vi tilbake igjen til det andre punktet vi innledet med, nemlig trekk ved individene/familiene og sosial arv. At man vokser opp i et beskyttet miljø hvor det ikke stilles store krav, hvor familien står sterkt og hvor det er lite innsyn i familiene:

*”Det kan ha med lynne å gjøre og ikke minst mentaliteten. Er man vokst opp i en tøff kultur hvor mye kunne være røft til tider, tåler en kanskje en støyt. I dag synes det ikke som om de unge er forberedt på tøffe tak i det hele tatt. Jeg mener selvsagt at de skal ha rett på en uførepensjon når de er syke. Spørsmålet er om de er rigget opp til å mestre motgang i det hele tatt.”*

### **Andre mulige forklaringsfaktorer**

Det ovennevnte er forklaringsfaktorer som informantene uoppfordret viste til da vi spurte om hva som kan forklare den høye uføreandelen blant unge på Agder. I tillegg til dette ba vi legene kommentere hvorvidt helsetilstanden, utdanningsnivået, stedbundethet, og kvinners stilling i regionen, kunne ha noe å si for den høye andelen unge uføre. Med sin medisinske kompetanse og nære kjennskap til pasientgruppen, samt deres kompetanse om lege- og forvaltningspraksis i regionen, mente vi at legene hadde et godt utgangspunkt til å se problemstillingen i et helhetlig perspektiv.

### **Helsesituasjonen**

Legene hadde liten tro på at det er systematisk mer uhelse på Agder som skyldes noe genetisk eller arvelig. Hos enkelte av legene avstedkom spørsmålet en del tanker omkring hva helse og sykdom er, og at man på Agder trolig er mindre flinke til å takle livets utfordringer. At det handler mer om hvordan man tar det, enn hvordan man har det.

*”Sykdom og å takle den er i stor grad et psykologisk fenomen. Jeg tror ikke de har taklet å leve med sykdom. Det er lett å sykeliggjøre seg – familie, psyke, robusthet har med dette å gjøre.”*

### **Utdanningsnivået**

Flertallet av legene mener at det generelt lave utdanningsnivået i Agder har nok noe å si for uføreandelen blant de unge. Personer med høyere utdanning anses å ha bedre muligheter til å mestre oppgaver, og kommer man fra en familie der mor eller far har høyere utdanning anses sjansene for å lykkes i arbeidsmarkedet som større.

### **Stedbundethet**

I spørsmålet om egdene er mer stedbundne enn andre, skiller informantene stort sett mellom de ”ressurssterke” (også omtalt som ”overskudds ungdommen”) og de ”ressurssvake”. Opplevelsen er at de ressurssterke flytter bort for å ta utdanning, mens de unge som ikke kommer i jobb, er lite interessert i å flytte for å finne arbeid. De ”ressurssvake” beskrives slik:

*”De er bofaste. De er ikke så eventyrlystne. Få ønsker å reise for å oppleve. Det finnes lite drivkraft blant de unge for å komme ut av bygda. Å flytte til [nærmeste by] er langt. Flyttbarheten er lav. Dette blir et stort problem når det lokale arbeidsmarkedet er snevert.”*

Flere peker på at nettverket betyr mye på Agder. Det kan tenkes at betydningen av nettverket er så sterkt at det gjør ungdom svært stedbundne. Flere

av informantene viser også til at nettverket er med på å trekke en del ungdommer hjem igjen, selv i de tilfeller hvor ungdommen har flyttet fra bygda eller byen.

*”Nettverk betyr mye her nede – så mange kommer nok hjem igjen etter endt utdanning – men ikke alle. En del reiser bort for å begynne på en utdanning – men kommer raskt hjem (etter ca ett år) og avbryter utdanningen. Mange som tar en utdanning et annet sted – kommer tilbake når de er ferdigutdannet – selv om de ikke har jobb å komme tilbake til. De kommer tilbake på grunn av nettverket. Først kommer noen, så kommer flere. Vi er nok litt pysete.”*

### **Tilflytting**

Enkelte har stilt spørsmål om de høye tallene på Agder kan tilskrives en ”Floridaeffekt”, det vil si at Agder tiltrekker seg uførepensjonister fordi for eksempel levekostnadene er lavere, det er billigere å kjøpe egen bolig, det er et mer fordelaktig klima, tjenestetilbudene er bedre, m.m. De fleste av informantene trodde ikke på denne forklaringen, spesielt ikke for de under 35 år. Riktignok kan det tenkes at enkelte familier flyttet til Agder på grunn av spesielle tilbud for enkelte pasientgrupper, men dette ville neppe utgjøre de store tallene og neppe gi utslag i statistikken.

### **Kvinneres stilling på Agder**

Ikke alle legene så umiddelbart en sammenheng mellom kvinners stilling på Agder og uføreproblematikken, mens enkelte mente at det helt klart er en sammenheng. I forhold til sistnevnte, vises det til kvinners relativt lave yrkesdeltakelse på Agder (flere er hjemmeværende og flere jobber deltid). Dette sender signaler til neste generasjon om at det er greit å være mye hjemme og det er greit at kvinner ikke er så ambisiøse. Videre viser flere av informantene til at det er en overrepresentasjon av tenåringsmødre på Agder og at også dette går i arv. En del av de unge tenåringsmødrene lever av overgangstønad og får et nytt barn når stønaden i forbindelse med det første barnet løper ut. I tillegg benytter de seg av kontantstøtten. På dette vis tillærer de seg en tilværelse som stønadsmottaker i ung alder.

*”Men de unge mødrene vet vi en del om. De er flere her på Sørlandet enn ellers. Tror det har med kultur og holdninger å gjøre. Vi har lave aborttall også. Det er smittsomt, dette med unge mødre som ikke fullfører skolen. For de får tidlig barn disse jentene. (...) Det å bli ung mor går for øvrig også i arv.”*



Denne informanten tror at for enkelte er det å få barn i ung alder en villet og valgt ting for å slippe unna skolen. Disse unge kvinnene finner det imidlertid vanskelig å komme i gang igjen med skolegang, utdanning og eventuell jobb. Flere av legeinformantene har også et inntrykk av at det er flere jenter som blir enslige forsørgere i innlandskommunene relativt til kystkommunene på Agder.

Før vi oppsummerer, vil vi i det følgende se nærmere på hvilke vurderinger og praksis som ligger til grunn i forvaltningen og blant legene i forhold til unge uføre saker. Dette gjør vi fordi forskjeller i forvaltningspraksis kan være en viktig forklaringsfaktor med tanke på fylkesvise forskjeller i omfanget av unge uføre.

#### **4.5 Forvaltningspraksis**

Vi ba informantene uttale seg om hva de vektlegger når de vurderer en uførepensjon, om de er mer strenge eller restriktive når de har med unge personer å gjøre, hvordan de håndterer brukere som har urealistiske forventninger, og hvilke aktører de samarbeider med i saker som omhandler unge mennesker. I forhold til sistnevnte, spurte vi spesifikt om hvilke rolle legene spiller og hvordan samhandlingen mellom forvaltningen og legene er. Sistnevnte berører en rekke problemstillinger og presenteres derfor under egen overskrift i 4.7.

##### **Hva vektlegges i vurderingen av en uførepensjon for unge?**

Informantene fra forvaltningen og legene ble spurt om hvilke forhold som er avgjørende for at uførepensjon blir utfallet av en sak. Vi var interessert i å se om det var en felles oppfatning av hva som er kritiske faktorer når uførepensjon for en ung person vurderes. I dette spørsmålet gjenspeiler svaret i stor grad hvem som svarer. Saksbehandlerne lener seg i svært stor grad på legene og deres uttalelser. Diagnosene som er definert av fastlegene, eventuelt spesialistlegene, har stor betydning for den videre saksbehandlingen. Er man i tvil om de medisinske vilkårene er oppfylt eller hva uttalelsene fra legene betyr, sender man saken til rådgivende lege for uttalelse. Rådgivende lege blir også benyttet dersom saksbehandler er i tvil om tilstrekkelig attføring har blitt prøvd. Dersom de medisinske vilkårene er oppfylt (les: ”riktig” diagnose er stilt) og vedkommende har prøvd attføring, vurderes behovet for inntektssikring. Da vil arbeidsmarkedet og jobbmuligheter vurderes. Dersom man utelukker at ”høvelig arbeid” finnes i rimelig omegn, er man enda ett skritt nærmere uførepensjon. Dersom legen har antydning at lidelsen vil vare i

sju år eller mer, får man en varig uførepensjon. Dersom legene øyner håp om en bedring, vipper en sak over til tidsbegrenset uførestønad.

De rådgivende legene bekrefter at diagnose er viktig, og at enkelte diagnoser er vanskelig å kombinere med arbeid. I sakene hvor det er mindre klart at diagnosen alene utelukker arbeid, ser rådgivende lege på funksjonsbeskrivelsen, men disse er til tider mangelfulle. Videre vurderer man hvordan attføringstiltakene har fungert.

*”Det er nok helt klart at diagnosen – den medisinske tilstanden – i seg selv i noen tilfeller gjør at saken bikker over i en uføresak. Mens når diagnosen ikke er så klar – når den er mindre alvorlig – vil det ofte være tilpasninger til en arbeidssituasjon som er problemet – da bikker det mer over i mer retning at man forsøker arbeidsmarkedstiltak for å prøve å få det til.”*

De rådgivende legene og saksbehandlerne er nokså enige i at det er en utfordring å finne fornuftige attføringstiltak. For mange unge brukere blir attføringstiltakene pliktløp som ikke fører til noe. Flere peker på at attføringstilbudene man har i fylket ikke er spesielt rettet mot unge og at det er en svakhet.

*”Tiltaka er ikke spissa nok til den enkelte. Det var stort sett avklaringskurs på XX som ble tilbudt. Ikke særlig vellykkede tiltak. Det var organisert mer som pakkelsninger. Ikke tilstrekkelige individuelt tilrettelagt. Det er tjenester som ble kjøpt gjennom Aetat. Mange av de oppgavene de ble satt til, ble opplevd som nedverdiggende.”*

Flere etterlyser gode lavterskeltilbud for de unge. Det vises til at attføringstilbudet ved en av regionens største attføringbedrifter retter seg mot alle aldersgrupper, og ikke alle unge finner seg til rette der. Avklaringskursene på åtte uker som Aetat tilbyr via denne attføringbedriften er heller ikke ansett som gode.

På spørsmål til en av legene om det går an å si noe generelt om når nok er nok i forhold til attføringstiltak, fikk vi følgende svar:

*”Ja, det går an å si at når relevante tiltak har vært forsøkt lenge nok – og det likevel ikke går – og hvis man da har en medisinsk diagnose som forklarer hvorfor det er vanskelig å få det til – da bør det ofte være nok. Slik sett kan den midlertidige uføretrygden være riktig å gi – det gir et pusterom – en hvilepause - til alle parter. Men det vi ofte*

*ser, er at de tiltakene som iverksettes ikke er så relevante. At vedkommende settes til det ene tiltaket etter det andre som mer eller mindre er dømt til å mislykkes på forhånd. Det skal bare være gjennomført. Og da er det vanskelig. Da har vedkommende fulgt opp lojalt de pålegg og krav som NAV setter opp. Men man kunne på en måte ha sagt at disse tiltakene var ikke så relevante og det gikk som man måtte forvente. Og da er det vanskeligere å si at nok er nok.”*

Som sitatet over illustrerer er det en del frustrasjon over mangel på tiltak som treffer godt, og at en del attføringstiltak blir mer pliktlop som man må gjennom for å oppfylle attføringskravet. Den samme legen legger til at dette ”systemet” er en sløsing med tid, og at nettopp tid er en vesentlig faktor for mange av de unge dersom man har et reelt ønske om at de skal komme i arbeid.

*”Jeg synes i hvert fall at det er mye sløsing med tid. Det går lang tid mellom slike tiltak og fra vedtak til tiltak. I en del tilfeller kan man få inntrykk av at legeerklæringene og de funksjonsvurderingene som er gjort – ikke er lest. Ingen bryr seg om det som står der fordi man iverksetter tiltak helt på tvers av de anbefalingene som er gitt. Sånn sett er det sløsing med tid og ressurser når man ikke klarer å koble pasient og tiltak på en hensiktsmessig måte.”*

### **Mer streng pga ung alder**

Samtlige av informantene som svarte på spørsmålet om de var mer restriktive i sin praksis når du har med unge mennesker å gjøre, kunne bekrefte dette. Flere understreket at i utgangspunktet skal alle behandles likt, men likevel er alder et viktig moment. Mens man kan slakke litt på kravene om attføring o.l. for brukere over 55 år, er det ikke tilfelle for de unge. Flertallet av informantene viser til at kravet om at unge skal gjennom attføring håndheves strengt og at de må strekke seg langt for å sørge for at det meste er prøvd ut. De følgende sitatene er eksempler på noen av resonnementene:

*”Alder spiller stor rolle. Jeg leter etter andre muligheter gjennom attføringsapparatet eller andre type stønader, kurstilbud, m.m. Det er noen retningslinjer fra sentralt hold – det skal være nokså tungtveiende grunner og en tverrfaglig vurdering før en ung person får uførepensjon. Pluss, det er noe i ryggmargen hos meg som sier at unge ikke skal ende som uføre. Uføre løser ikke alle problemer.”*

*”Når jeg ser at en person er ung – må jeg sikre meg at alt har vært prøvd. Jeg må være strengere med de unge. Det er et trist liv å ikke kunne delta i samfunnet. Dersom det er noe restarbeidsevne igjen, må vi fange det opp nå – ellers får vi ikke utnyttet det senere heller.”*

I tillegg til strengere krav om atføring, vil unge sjeldnere gå rett til en varig uførepensjon, men heller motta en tidsbegrenset uførestønad.

### **Urealistiske forventninger blant de unge**

Saksbehandlerne i forvaltningen ble spurt om unge personer ofte har urealistiske forventninger i forhold til omskolering og/eller utdanning, og eventuelt hvordan slike situasjoner håndteres. Det er ulike syn på hvor omfattende problemet oppleves. Enkelte svarer at det ikke skjer så ofte, mens andre viser til at i om lag halvparten av sakene har brukerne urealistiske forventninger. Flere saksbehandlere peker på hvilke rolle skoleverket spiller. En del ungdommer er lite orientert i forhold til arbeidslivets krav og enkelte skoler er svært kjappe med å få ungdommene ut av skolen og over til NAV. Utfordringen ligger i å realitetsorientere brukerne, noe informantene ikke alltid finner lett.

*”Jeg prøver å styre de inn i en annen retning. Et klassisk eksempel er at folk med rusproblemer ville helst hatt jobb innen helsesystemet. Dette kan være fordi dette er en sektor de har kjennskap til – eller fordi de kan lettere få tilgang til medikamenter. Jeg vet ikke. I disse tilfellene mener jeg de har helt urealistiske forventninger – og de får et klart nei fra meg. Jeg må da prøve å spore de inn på noe annet. Jeg har jo falt ut med folk over dette spørsmålet. Arbeidsmarkedet har vært med å bestemme hvilke yrker man har godkjent. Man kan ikke ta en utdanning på statens regning – bare for utdanningsens skyld. Målet er at man skal kunne brøf seg.”*

Dersom målet er å få brukerne over på andre tanker, og ord har kommet til kort, tas arbeidspraksis i bruk:

*”Vi er heldige. Vi kan ta i bruk arbeidspraksis. Det skal være mulig å gå på trynet i atføring – men det må skje skånsomt. Vi prøver først å prate sammen. Hvis ikke det er tilstrekkelig til å realitetsorientere dem, må de få lov til å prøve seg. Da bruker vi arbeidsmarkedsbedriftene til det. Vi har imidlertid ”tapt” dersom de ikke vil sette sine ben der.”*

Det fortelles at prosessen med å realitetsorientere ved hjelp av arbeidspraksis pleier å gå greit, bortsett fra dem med personlighetsforstyrrelser. Disse personene har problemer med å se og akseptere sine egne begrensninger.

Flere av saksbehandlerne viser til at det er heller det motsatte av urealistiske forventninger som er problemet. Det er mangel på ideer og troen på seg selv som preger enkelte unge.

*”En del har ikke noen idé om hva de vil. Å la de gå og slenge er heller ikke heldig. Det er bedre at de går på noe – slik at de får en strukturert livsform.”*

Flere pekte på at attføringstiltakene ikke primært fungerer som kompetanse-givende i forhold til et bestemt yrke, men er viktig for å trene ungdommene i å strukturere hverdagen sin og å omgås andre mennesker: Å stå opp om morgenen, å kle seg for en jobbsituasjon, å komme seg på jobb til rett tid, å være sammen med andre, å opptre dannet og vise respekt. Kort sagt: Å sosialiseres til arbeidslivet. Av denne grunn er det mindre viktig hvor arbeidspraksisen finner sted, det viktige er at de gjør noe.

### **Samarbeid på tvers av aktører/etater**

Informantene i forvaltningen og legene ble spurt om hvem de samhandler med i saker hvor brukeren er ung, og hva som kjennetegner samhandlingen. En rekke aktører ble nevnt, men i det følgende vil vi se nærmere på relasjonene som ble nevnt oftest, nemlig relasjonen mellom forvaltningen (trygd og arbeid) og brukeren, og relasjonen mellom forvaltningen og legene. Selv om det er historiske saker vi har sett på, og intervjuene har fokusert på praksis før NAV-reformen, var det svært få av informantene som utdypet relasjonen mellom trygd og arbeid. Alle saksbehandlerne nevnte henholdsvis trygd eller arbeid da de listet opp hvem de samarbeidet med, men ingen utdypet dette samarbeidet utover å si at det var godt. I den grad det kom fram kritikk, gikk det primært på Aetats manglende eller mangelfulle tiltak, ikke på samarbeidet. Basismøtene var også nevnt av en rekke informanter, men her var det svært ulike syn på møtenes nytteverdi. Dette kommer vi tilbake til.

### **Forvaltningen - bruker**

Hva slags relasjoner saksbehandlerne har til brukerne avhenger i stor grad av om man bor i by eller på bygda. Saksbehandlerne som har fartstid fra før kommunesammenslåingen i Arendal, opplevde stor forskjell i kontaktmønsteret med brukerne da trygde- og arbeidskontorene i fem kommuner ble slått sammen til ett. Etter overgangen til større enheter er opplevelsen at man har

mistet nærheten til brukeren og lokalkunnskapen om brukerens familie og oppvekstforhold – lokalkunnskap som ble ansett som verdifull. I samme åndedrag, viser flere av informantene til at de er mindre fornøyd med at saksbehandlerne som har vedtaksmyndighet, ikke lenger treffer brukerne som følge av NAV-reformen.

Førstelinjetjenesten har stort sett personlig kontakt med brukerne. Brukerne innkalles til samtaler om avklaring og behandling, men omfanget av kontakt varierer helt avhengig av behandlingsplan. Det går også mye i brev og telefon, og e-post er på full fart inn. Praksis er imidlertid at før det innvilges uførepensjon må brukerne komme til trygdekontoret for en samtale. Enkelte brukere har med seg sin behandler/lege til dette møtet.

Samarbeidet med brukerne beskrives som interessant og veldig krevende. Det brukes mest tid på de vanskelige sakene, og unge brukere beskrives som mer krevende fordi de ofte trenger mer veiledning og hjelp fordi de er mer uselvstendige. Dessuten har flere av dem vært kort tid i yrkeslivet eller har ikke hatt jobb i det hele tatt. De som er motivert og har fått god oppfølging av sin lege, er de som det er enklest å ha med å gjøre. De som går på rehabiliteringspenger og som har fått beskjed av sin lege at de ikke skal være i aktivitet mens de venter på operasjon eller medisinsk behandling, er tyngre å jobbe med. En av informantene mener det er enkelt å avsløre hvem som bare vil ha en uføretrygd:

*”De spør om hvor mye penger de vil få – og så forteller de at de ikke kan noe. Dersom noen er lei seg...er det annerledes. Vi må prøve å røyke ut problemet. Vi må få dokumentert problemet og så foreslå løsninger. Vi spør om hva de synes er gøy – hva de gjør på fritida – for å få fram hvor interessene deres ligger.”*

Informantene fra trygd og arbeid ga relativt like bilder av hvordan samarbeidet med brukerne fortonte seg. På spørsmål om alt var fred og fordragelighet i forhold til brukerne, ga informantene uttrykk for at det var det i stor grad – men ikke alltid. Når sakene omtales som vanskelige, er det først og fremst fordi det er vanskelig å finne gode løsninger for den enkelte – ikke nødvendigvis fordi det er samarbeidsproblemer. I den grad det er samarbeidsproblemer, er det ofte foreldrene til de unge brukerne som står bak. Enkelte foreldre er misfornøyd med tilbudet eller saksbehandlingen og bidrar til å hisse opp stemningen, ifølge de ansatte i forvaltningen.

### **Forvaltningen – legene**

Utover kontakten med hverandre i forvaltningen (trygd-arbeid), er det kontakten med legene som saksbehandlerne mest hyppig viser til når vi spør om deres kontaktflater. Det må innhentes lege- og trygdeerklæringer hos fastlegene og spesialistlegene, ofte psykiaterne. Er saksbehandlerne i tvil om innholdet i eller kvaliteten på erklæringene, eventuelt om veien videre, vil de stort sett be rådgivende lege uttale seg. Slik sett har de også en del kontakt med dem, i det minste skriftlig kontakt.

Når det gjelder en del av de svakeste brukerne hvor rus ofte er med i bildet og hvor ungdommene ikke hadde tatt i mot behandling eller attføring, var det stort sett legene som tok initiativ til et tverrfaglig samarbeid. Fastlegene tok kontakt med trygdekontoret for å avklare veien videre, samt avklare forhold rundt inntektssikring.

Blant saksbehandlerne er det svært ulike syn på hvordan samarbeidet med legene fungerer. Legene framstilles som både medspillere og motspillere, noe vi kommer tilbake til i 4.7. Heller ikke alle legene er like godt fornøyd med samarbeidet med forvaltningen. Det vises både til mangel på kommunikasjon mellom legene og mellom legene og forvaltningen. Flere av legene etterlyser en arena hvor forvaltningen og legene kan diskutere uten at brukerne er tilstede. En av legeinformantene er overbevist om at det blir flere saker for NAV fordi kommunikasjonen mellom legene og forvaltningen er for dårlig:

*”Det er min klare oppfatning at det av den grunn kommer for mange saker inn til systemet. NAV blir stående hjelpeløse. Sprengt kapasitet til oppfølging. Legeerklæringene er klare, gjerne at bruker ikke har noen restarbeidsevne i det hele tatt. Saken går i systemet en stund. Helt til noen i NAV setter foten ned og innvilger hva det måtte være av trygdeytelse. Den manglende dialog mellom partene er ett problem. Dette bør bli bedre, og jeg er overbevist om at det er bedre andre steder enn her. Manglende dialog mellom leger, gir også grunnlag til trygdeshopping.”*

Omlegging av en del rutiner og omorganisering i NAV har ført til at enkelte leger opplever at samarbeidet som tidligere fungerte nokså bra, har blitt verre:

*”Før fikk vi skriftlige anmodninger og hele mappa. Vi får ikke det nå og risikerer å snakke forbi hverandre – at de ikke får den informa-*

sjonen de trenger og dermed tar beslutningene på et litt tynt grunnlag.”

*”Føler du at du generelt sett har et godt samarbeid med trygdekontoret? Nei. Det vil jeg definitivt ikke si. I hvert fall ikke i våre dager. Da tenker jeg ikke bare på disse sakene [unge uføre], men helt generelt vil jeg si at vi har et ikke-eksisterende samarbeid med NAV i våre dager. Etter gjennomføringen av NAV-reformen så har vi et ikke-tilstedeværende trygdekontor. Det er en mer dekkende beskrivelse. Hvis du tenker ti år tilbake – for de sakene vi har sett på er jo historiske. Opplevde du da at du hadde et tilfredsstillende samarbeid med trygdekontoret – eller var det for lite den gangen også? Nei, den gangen tenkte jeg at samarbeidet med trygdekontoret var enklere og bedre. Vi kjente hverandre bedre. Det var de samme saksbehandlerne på trygdekontoret og vi ble kjent med dem over tid – og det var enklere samarbeidsrutiner mellom trygdekontor og lege. Det vi savnet den gangen var tiltakene for de som på en måte falt utenom – de som fra helsevesenets side ikke nødvendig kunne kvalifiseres eller behandles frisk. Det har blitt bedre med tanke på tiltakssida – med arbeidsmarkedstiltak og sånn – men samarbeidet med trygdekontoret var bedre før.”*

En av fastlegene peker på at det er uheldig når kontakt ikke tas – og at det gjelder begge veier:

*”Fastlegene er veldig glad når NAV bryr seg og tar kontakt. Som fastlege føler man seg ensom – vi skal løse et liv ikke bare en utbetaling – da er det godt å få hjelp fra NAV.”*

### **Øvrige kontaktflater**

Avhengig av brukerens behov vises det til samarbeid med en rekke andre instanser, men da ofte mer sporadisk. Mens informantene fra trygdeetaten viser til samarbeid med den aktuelle kommunen (sosialetaten, miljøgrupper, lavterskeltilbud), sykehusenes psykiatri- eller rustilbud, og hjelpemiddelsentralen, viser informantene fra Aetat til samarbeid med arbeidsmarkedsbedrifter og Arbeid med bistand. Kontaktflatene i forhold til oppfølgingstjenesten, videregående skoler, familien, eller arbeidsgivere var marginale eller ikke til stede. Med tanke på sistnevnte, ble det vist til at unge brukere ofte ikke har en arbeidsgiver.



### **Basismøtene**

Behovet for å diskutere og samordne tiltak på tvers av faggrenser er ofte til stede i saker hvor unge mennesker er i ferd med å falle ut av arbeidslivet eller har problemer med å komme inn, spesielt i de litt mer komplekse sakene. Basismøtene var ment som en møteplass hvor ulike parter kunne komme sammen og bli enige om veien videre. Basismøtene besto således av representanter fra trygdetaten og Aetat, samt brukeren og hans/hennes lege, og der det var aktuelt, arbeidsgiver. I flere kommuner har man gått bort i fra basismøter med henvisning til at NAV-reformen gjør koordineringsbehovet mellom trygd og arbeid overflødig. I stedet har man dialogmøter eller samarbeidsmøter med brukerne, hvor også arbeidsgiver og behandlende lege kan delta. Det er ikke forhåndsbestemt hvem som skal ta initiativ til disse møtene: Alle parter kan ta initiativ, inkludert arbeidsgiver.

Det er ulike syn på hvor nyttige og viktige basismøtene er/var. I en av kommunene hvor man har valgt å beholde basismøtene, vises det til gode erfaringer og at de brukes ofte. En annen saksbehandler fra trygd mener det kommer lite ut av disse møtene og har derfor sjeldent basismøter. Sistnevnte mener at brukerne opplever disse møtene som belastende og at saksbehandlerne blir låst av det man kommer fram til.

I en kommune hvor basismøtene er avviklet, er dette et savn hos enkelte fastleger. For dem var basismøtene en viktig arena for legen og pasienten fordi det var lettere for legen å definere premissene i basismøtene, enn det var gjennom legeerklæringene.

Flere leger har imidlertid et hjertesukk i forhold til de nye dialogmøtene som skal komme i gang. Legene opplever at de sjelden får innkalling og lurer på om møtene holdes. I tillegg opplever de at pasientene deres er frustrerte fordi de ikke får tak i saksbehandlerne i NAV, og således får de ikke den hjelp og oppfølging de trenger. At det er enklere å komme til legen enn det er å komme i kontakt med saksbehandleren i NAV, er en tankevekker – også for legen!

### **Oppsummering**

Både forvaltningen og legene gir uttrykk for at diagnose er svært viktig i hva som avgjør om en sak blir en uføresak eller ikke. Når forvaltningen er i tvil om en ung person er godt nok medisinsk eller attføringsmessig utredet, lener de seg til rådgivende lege i trygdeforvaltningen. Det er stor enighet om at det er en utfordring å finne fornuftige attføringstiltak. Kritikken går i hovedsak ut på at attføringstiltakene ikke er spesielt rettet mot unge og at de er for lite

individrettet. Enkelte peker også på at attføringstiltakene oppleves som plikt-løp og anses således som sløseri av tid, noe som igjen anses som en vesentlig faktor i forhold til unge som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet.

Det er ulike syn på hvor utbredt det er at unge brukere har urealistiske forventninger. Mens enkelte mener at det er snakk om noen få unntak, viser andre til at det er relativt utbredt. Arbeidspraksis er et virkemiddel som tas i bruk for å realitetsorientere brukerne. For øvrig vises det til at et vel så stort problem er at brukerne mangler ideer om hva de vil. For enkelte brukere benyttes attføringstiltak for å strukturere hverdagen deres, og ikke som yrkesveiledning.

Som følge av ulike reformer (kommunesammenslåinger og NAV-reformen) opplever flere saksbehandlere at de har mistet nærheten til brukerne og at lokalkunnskapen som de tidligere benyttet i sin skjønnsutøvelse, er borte. For øvrig beskrives samarbeidet med brukerne som interessant og krevende. Unge brukere beskrives som mer krevende enn øvrige brukere fordi de trenger mer hjelp og er mer uselvstendige. Deres saker blir også til tider beskrevet som mer vanskelige - fordi det er vanskelig å finne gode løsninger for dem.

Forvaltningen beskriver legene som både deres medspillere og motspillere. Det er liten tvil om at kommunikasjonen mellom forvaltningen og legene kunne ha vært bedre, og enkelte mener at mangelen på god kommunikasjon er med på å skape flere uføresaker. Flere peker på betydningen av at de etatsansatte og legene har et godt forhold til hverandre, men mener at denne viktige samhandlingen er i ferd med å bli bygd ned. En av de få arenaene hvor forvaltningen samhandlet med legene var i basismøtene. Det er imidlertid ulike oppfatninger i forvaltningen av nytteverdien av disse møtene, og i enkelte kommuner er basismøtene erstattet med dialogmøter. Legene så imidlertid mer positivt på disse møtene, fordi dette var en arena hvor de i høy grad var premissleverandør.

#### **4.6 Legenes rolle**

Da vi spurte om legenes rolle, var det mange som hadde mye på hjertet. Vi har derfor valgt å gi dette temaet en egen overskrift. Først gir vi en presentasjon av legetilbudet i Aust-Agder slik informantene har beskrevet det, etterfulgt av hvordan legene har organisert sin praksis og hvordan de samhandler seg i mellom. Videre ser vi på betydningen av legen som premissleverandør i

uføresaker og hvordan deres kompetanse og praksis blir vurdert av de ulike partene.

### **Legetilbudet**

Av tabell 4.1 så vi at legedekningen på Aust-Agder ligger over landsgjennomsnittet (9,4 legeårsverk per 10.000 innbyggere i 2006, mot 9,0 på landsbasis). I 2008 var det 34 fastleger i Arendal som dekket litt over 40.000 innbyggere, hvorav om lag halvparten hadde åpne lister. I de øvrige kommunene vi har hentet data fra, var det om lag seks fastleger. Mens legestanden beskrives som god og stabil blant allmennlegene (fastlegene), er det imidlertid mer gjennomtrekk og underdekning i spesialisthelsetjenesten, spesielt innen psykiatrien.

### **Fastlegene**

I 4.6 så vi at det er ulike syn på hvor godt samarbeidet mellom forvaltningen og legene fungerer, og at det trolig kan ha en viss betydning for omfanget av unge uførepensjonister på Agder. I det følgende skal vi se nærmere på samarbeidet mellom legene. De fleste fastlegene jobber i gruppepraksis, mens et mindretall har solopraksis. Videre kjennetegnes de av en ”god” alder og med god kjennskap til pasientene. Flere av våre informanter forteller at de har fulgt familier over flere generasjoner, og ser ikke bort i fra at dette kan gjøre dem mer ”snille”. I motsetning beskrives turnuslegene som uerfarne og strenge, og at disse oftere kommer i konflikt med pasientene.

Selv om flertallet av fastlegene jobber i gruppepraksis, er det ikke gitt at de samhandler mye, utveksler erfaringer og synspunkter, eller deltar i faglige diskusjoner med kollegaer ved legesenteret. Flere av legene har påpekt at manglende samhandling mellom legene bidrar til ulik praksis, noe som igjen kan fremme legeshopping og der igjen forsøk på trygdeshopping. Den samme kritikken rettes også mot legene som jobber i solopraksis.

Flere av informantene var også inne på betydningen av fastlegeordningen, spesielt sett i lys av manglende samhandling mellom enkelte leger. Både leger og saksbehandlere i tidligere trygdeetaten var opptatt av at fastlegeordningen gjør legen til pasientens advokat på godt og vondt.

*”Uansett om grunnlaget er tynt forsvarer legen pasienten istedenfor å bruke gode objektive medisinske vurderinger, som en burde. Vi skal være flinke, hyggelige, imøtekommende og ha god kjemi med pasienten uansett hvem som kommer inn den døra. Vi må være flinke til å omstille oss, snu på flisa. Vi blir automatisk på ”tilbudssiden”.*

*Hvis jeg skulle nekte sykmelding, mister jeg pasienter. Jeg får færre på lista og taper økonomisk. Vi vinner på å være snillest mulig. Så lenge fastlegeordningen er slik bygd opp, tror jeg vi må regne med at disse mekanismene slår inn i større eller mindre grad for alle leger. Men, og her kommer poenget mitt, disse mekanismene får enda større spillerom i en tradisjon med solopraksiser. Ingen ser deg i kortene.”*

Selv om legene er av den oppfatning at de kjenner sine pasienter godt, er dette en oppfatning som ikke deles av saksbehandlerne i trygdeetaten uten videre:

*”Fastlegeordningen er den dummeste ordningen vi noen gang har gjennomført. Fastlegene er interessert i å fylle opp pasientlista si. Da det er gjort, tar det lang tid for pasienten til å få en time – og når de endelig får en time – har de bare tid til å bruke 10 minutter på dem. I [stedsnavn] er det alt for mange leger som ikke kjenner pasientene sine – de er helt ansvarsløse i forhold til pasientene. De har for lite fokus på aktivitet og arbeidsliv.”*

Ikke alle av informantene deler overnevnte syn. Det vises også til god kontakt mellom leger og legegrupper hvor man er flinke til å ta faglige diskusjoner. Flere av informantene viser også til at smågruppene som allmennlegene tilhører fungerer bra, og at det finnes andre arenaer hvor allmennlegene møtes, men dog noe sjeldnere. Det understrekes riktignok at det er ved det enkelte legekantoret man i størst grad drøfter ulike faglige problemstillinger. Det er også blant kollegaene på legesenteret man diskuterer saker hvor man er usikker på diagnose eller behandling. Ingen av våre informanter kunne bekrefte at unge uføre problematikken var tatt opp som eget tema i deres smågruppe eller i allmennlegeutvalget. Heller ikke i forhold til møtene/seminarene som arrangeres i regi av kommunelegene, kunne legene huske at unge uføre hadde vært et tema, dette i et fylke som topper unge uførestatistikken. Flere av legene så imidlertid ikke bort i fra at dette er et tema man snakker om mer på uformelt grunnlag når leger treffes.

### **Psykiatritilbudet**

Siden diagnosegruppen psykiske lidelser utgjør en såpass stor gruppe blant unge uføre i Aust-Agder, spurte vi om psykiatritilbudet både for barn og voksne. Til svar fikk vi høre at lang ventetid innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har vært, og fortsatt er, en utfordring og dette er en av grunnene til at tilbudet ikke er godt nok. Etter innføringen av det lovpålagte kravet om at personer under 18 år skal komme til førstesamtalen innen to uker etter

henvisning fra fastlege, har ventetiden for å komme til den første konsultasjonen blitt kortere, men det er ikke ensbetydende med at unge kommer raskere i gang med behandling:

*”Jeg tror de fleste fastleger vil føle som meg at den vurderingen er en lovpålagt greie som kommer veldig kjapt – men at den veldig sjelden fører til noen endringer i den reelle ventetiden. Etter den første vurderingssamtalen blir man satt på en ny ordinær venteliste – og den er jo omtrent som før. De får en førstesamtale – og det skaper en forventning om at nå er man i gang – men den forventningen innfris ikke fordi man blir satt på ny venteliste for å komme i gang med behandling eller utredning.”*

Flere av legene tilskriver den lange ventetiden dårlig bemanning. Det vises til at det er vanskelig å få tilsatt leger med spesialkompetanse innen psykiatri i ønsket stilling og dessuten er det stor turnover. Flere av legene peker på at det er mange profesjoner som arbeider innen psykiatritjenesten, men det er en generell mangel på psykiatere og psykologer og deres kompetanse. Det vises også til at det er færre varierte tilbud tilpasset de helt unge.

Det fortelles også at det er helt vanntette skott mellom BUP og voksenpsykiatrien. Personer som har vært til behandling i BUP blir utskrevet når de fyller 18 år og må søkes inn på nytt i voksenpsykiatrien, med ny venting for å komme inn på et tilbud. I motsetning til de unge, er det ikke gitt en garantiordning til de voksne med tanke på tidsramme for førstesamtale. I forhold til voksenpsykiatrien er det stor grad av enighet blant informantene om at legedekningen har vært dårlig, men det er ulike syn på om den fortsatt er det. En av legene mener at det har blitt bedre som følge av en omstrukturering. I tillegg behandles pasientene mer individuelt nå, i motsetning til før da behandlingen var mer gruppebasert. Dette beskrives også som et klart framskritt.

### **De rådgivende legene**

Det er tilsatt fem rådgivende leger i trygdeforvaltningen i Aust-Agder, og enkelte av disse legene dekker mer enn en kommune. Samtlige jobber i relativt små stillingsbrøker og deres hovedvirke er som allmennleger.

De rådgivende legene ser ikke alle sakene. Saker som omtales som kurante (medfødte misdannelser, m.m.), går ikke veien om rådgivende lege. I svært mange saker hvor unge fremmer krav om en uføreytelse er bildet imidlertid sammensatt og saksbehandler søker en vurdering av rådgivende lege før vedtaksforslaget skrives. I forbindelse med å ferdigbehandle et krav om uførepensjon blir rådgivende lege ofte bedt om å vurdere om de medisinske vilkå-

rene og/eller utførelseskravet er oppfylt. Rådgivende lege benyttes også når saksbehandleren opplever at de står fast eller saken mangler framdrift. Da er det generelle råd og innspill som etterlyses. Det hender også at rådgivende lege blir spurt om å uttale seg om en konkret lege- eller trygdeerklæring, enten fordi saksbehandler trenger bistand til å tolke den eller saksbehandler er usikker på om den kvalitetsmessig er god nok.

Er rådgivende lege selv i tvil, er det ikke uvanlig at de ber om en ny vurdering av enten fastlege eller spesialistlegene, eventuelt ber en ny lege om en vurdering (second opinion), eller drøfter og diskuterer saken med saksbehandler direkte. I andre tilfeller rådfører de seg med de andre rådgivende legene. De rådgivende legene møtes en gang i måneden og da er det anledning til å diskutere konkrete saker. Meningsutvekslinger i dette forumet danner også en plattform for å utvikle en mer ens praksis og skjønnsutøvelse. I tillegg arrangerer NAV sentralt felles møter for de rådgivende legene. Riktignok har dette ligget nede noen år, men er nå kommet i gang igjen. Alle disse arenaene er møtesteder hvor rådgivende leger mottar og gir innspill som igjen kan bidra til å utvikle en mer ens forvaltningspraksis.

### **Legen som premissleverandør**

Legene innehar en svært viktig rolle i beslutningsprosessen knyttet til en uførepensjon. For å få innvilget en uføreytelse er det et vilkår i folketrygdloven at det foreligger en sykdom (det medisinske vilkåret)<sup>18</sup>. Legene spiller således en avgjørende rolle i kraft av sin kompetanse til å dokumentere sykdom og stille diagnose, og er viktige premissleverandører for forvaltningens saksbehandling, vurderinger og dokumentasjonskrav. Det er imidlertid svært ulike syn blant informantene på hvordan legene utøver sin rolle, hvilke interesser de ivaretar, og i hvilken grad legenes anbefalinger bør vektlegges.

Legene beskrives ikke som en homogen gruppe av de ansatte i forvaltningen. Enkelte leger beskrives som medspillere, det vil si at de er flinke til å samarbeide med forvaltningen, mens andre beskrives som motspillere, det vil si de betraktes kun som brukerens advokat. Det er også ulike syn på hvem som er

---

<sup>18</sup> Folketrygdlovens § 12-6: Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at vedkommende har varig sykdom, skade eller lyte. Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til ytelser etter dette kapitlet. Den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen.

best egnet eller mest kompetent til å gi råd og veilede brukerne i forhold til inntektssikring og trygderettigheter. Alle informantene, brukerne inkludert, er samstemte i at hva legen uttaler har stor betydning. Anbefaler legen en pasient å søke en uføreytelse, er det lite forvaltningen kan gjøre for å overbevise brukeren om det motsatte. Informantene er også enige i at legene spiller en sentral rolle i å motivere og å gi råd til pasientene. Legenes ord veier tyngre hos brukerne enn ordene til de ansatte i forvaltningen, men også sistnevnte har stor respekt for legenes uttalelser:

*”Når en spesialist har uttalt seg i saken – følger vi det. Spesialisten er spesialisten.”*

En av de rådgivende legene ga også uttrykk for at forvaltningen har stor respekt for det legene mener:

*”Forvaltningen er tilbøyelig til å akseptere det legene mener. I den grad det praktiseres en form for snillisme blant legene - er det i så fall fra psykiatrien – de blir så personlig involvert – ofte tror de at pasientene ikke kan greie seg i arbeidslivet – og forvaltningen har respekt for psykiaterens vurderinger.”*

Flere ansatte i forvaltningen var imidlertid opptatt av at en rekke leger ikke utøver sin rådgiverrolle på en god måte. Flere saksbehandlere reagerer på at leger nærmest ”lover” en uførepensjon til sine pasienter eller er for raske til å anbefale en uførepensjon før det har vært drøftet med trygdekontoret:

*”Legene er svært viktige for å motivere, gi råd til brukerne i forhold til om det beste vil være å søke uførepensjon eller ikke. Noen leger er flinke selvsagt, men mange synes ikke engang å kunne regelverket eller premissene for folketrygdloven i det hele tatt. Det er ganske ille å tenke på at vi outsourcer en så viktig jobb til folk som ikke har den nødvendige kompetansen. Jeg mener mange brukere kan komme og si at ”legen min har sagt at jeg skal få en uførepensjon”, men legene har ingen myndighet til å fordele uførepensjon.”*

*”Det jeg har opplevd som et problem er at brukerne tror at legene har søkt om uførepensjon på deres vegne. Fra samtaler på legekantoret tror enkelte at det er legen som ordner med uførepensjonen. Mange leger går også utover sitt kompetanseområde. Fastlegene mottar epikriser og etter å ha lest dem, anbefaler de pasienten om å søke om uførepensjon.”*

*”I [stedsnavn] er det leger som er mer flittige til å anbefale uføre enn andre. Jeg må tro på at det legen skriver i legeerklæringene sammenfaller med fakta. Det er tungt å snu brukere når legen først har anbefalt uføre. Legen spiller en veldig avgjørende rolle. Det er ikke ofte jeg opplever å få en telefon fra en fastlege som ønsker informasjon om ulike ordninger fordi han/hun ønsker å motivere pasienten sin til aktivitet.”*

*”Særlig innen psykiatrien var enkelte leger raskere til å foreslå uføre. Disse legene er oftere inne i en hjelperolle i forhold til pasienten. De argumenterer ofte med at pasienten vil roe seg ned med uførepensjon. Mange har også økonomiske problemer. Jeg synes det er vanskelig. Jeg synes ikke det er et argument for å få innvilget uførepensjon.”*

En av de rådgivende legene som har sett mange av sakene, kunne bekrefte at enkelte legenavn går igjen når krav om uførestønad settes fram. Det vises til at enkelte leger er mer pasientens advokat enn andre, og det gjelder vel så mye allmennlegene som spesialistene innen psykiatrien. Enkelte leger påpeker imidlertid at de har vært flinke til å samarbeide med forvaltningen og ser at trygdekontoret og Aetat har hatt mye kompetanse om tiltak som ligger utenfor helsebiten, og var opptatt av å ha en god dialog med disse etatene før uførespørsmålet ble tatt opp.

Ikke bare er det ulike syn på om det er trygdeetaten eller legene som bør gi råd om uførepensjon, i tillegg er det ulike syn på hvilke leger som er best egnet til å uttale seg om pasientene: Fastlegen eller spesialistlegen? En av de trygdeansatte beskriver fastlegene som ”veldig sosialt anlagt”, mens flere av fastlegene på sin side argumenter med at spesialistlegene skifter så fort at de neppe kjenner sine pasienter godt. Fastlegene derimot vektlegger sitt gode kjennskap til pasientene, samt at de har lokalkunnskap og kjennskap til pasientenes familier som de bygger på.

*”Det er viktig å bli hørt som fastlege. Ofte blir sakene sendt til spesialister og det er uheldig. Masse informasjon faller ut. Jeg for min del har begynt med tredje generasjon her på stedet.”*

Saksbehandlerne forteller også om tilfeller hvor fastlegene bevisst ikke følger opp spesialistlegenes anbefalinger:

*”Vi ser at fastlegen eller helsevesenet ikke alltid følger opp det spesialisten anbefaler av behandling. Jeg har også sett en legeerklæring*



*fra fastlegen – hvor det sto svart på hvitt at behandlingstilbudet som spesialisten anbefalte var dødfødt. En av psykiaterne ved sykehuset viser kanskje tegn på snillisme. Han er flott å ringe til og alt det der. Men det er påfallende at han kan på så kort tid – uten å ha kjent sin pasient i nevneverdig grad – skrive så klare og entydige legeerklæringer og anbefalinger.”*

En annen saksbehandler var også inne på de samme tankene:

*”I forhold til spesialistene ved sykehuset var problemet heller at legene skiftet så fort. Pasientene fikk ikke sammenheng i behandlingen – pasientene ble ikke kjent med behandleren sin. Trygdeerklæringerne ble ofte skrevet ut fra hva som lå på dataen om pasientene.”*

De ansatte i forvaltningen hadde også kommentarer til selve legeerklæringen fra fastlegen. Til tider er legeerklæringen kun et referat av hva brukeren har sagt til sin lege. Legens egen vurdering mangler helt. Dette kan vi bekrefte fra mappene vi har fått innsyn i. Enkelte leger er kun refererende i forhold til hva pasienten selv mener om sin egen helsetilstand, funksjonsevne, og eventuelle behandlingsbehov. I tillegg viser saksbehandlerne til at fastlegene ofte skriver for lite og at dette gjør det vanskelig for dem å vurdere sakene. To av legene som har praksis som rådgivende lege kan bekrefte at noen fastleger skriver svært ”grunne” legemeldinger, det vil si legemeldinger som inneholder svært lite relevant informasjon, at dette gjør saksbehandlerne usikre, og saken ender svært ofte hos rådgivende lege. I de tilfellene legene er dyktige til å skrive gode legemeldinger/trygdeerklæringer, det vil si der diagnose, prognose og funksjonsevne er godt beskrevet, kan saksbehandler selv bedømme om saken er godt nok medisinsk dokumentert. Legeerklæringerne som regnes som ”dårlige” returneres ofte til legen med beskjed om at saken ikke er godt nok belyst, og at de må i større grad redegjøre for diagnose og forsøk på behandling.

De ansatte i forvaltningen er også kritiske til legenes evne til å vurdere funksjons- og/eller arbeidsevne. Mange leger lar vær å fylle ut ruten der dette skal gjøres i legeerklæringen. En av legene er enig i at de kan bli enda flinkere til å tenke funksjon og at legestanden trolig har noe å lære av andre yrkesgrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger, og lignende. Det er imidlertid ikke ensbetydende med at en god diagnose ikke er viktig, fordi en god diagnose gir muligheter for god behandling. Pasientene trenger således både en god diagnose og en god funksjonsvurdering.

Det er tydelig at det er rom for forbedringer i kommunikasjonen mellom legene og forvaltningen. Mens saksbehandlerne opplever at legene ikke gir dem tilstrekkelig informasjon, opplever enkelte leger at problemet ligger i forvaltningen: At det er saksbehandlerne som ikke har tilstrekkelig kompetanse til å forstå hva de sier. Følgende sitat kommer fra en av fastlegene:

*”Jeg aner ikke hvem NAV er. Hvor det skjer, hvem som leser erklæringene. Jeg har en mistanke om at de er ufaglærte. Jeg savner medisinsk kompetanse. Jeg tror ikke de forstår hva vi sier. De klarer ikke å skille alvorlige ting fra bagateller.”*

Til slutt tar vi med et annet sitat som illustrer behovet for bedre kommunikasjon. Sitatet er hentet fra et intervju med en ansatt i trygdeforvaltningen:

*”Hvis du har mistanke om en russak, men diagnosen er noe annet, hva gjør du da? Jeg kvier meg å spørre legen om det. Jeg tror heller ikke legene vil at vi skal spørre om det. De vil helst slippe den type spørsmål.”*

## Oppsummering

Informantene i Aust-Agder viser til at det er god og stabil allmennlegedekning, men at legedekningen innen psykiatrien er mer ustabil og preget av ventetid for både barn og voksne. Det vises også til en generell mangel på psykiatritilbud tilpasset de helt unge. Flere av informantene mener at hvordan legene har organisert sin praksis, samhandlingsmønstrene, samt fastlegeordningen, bidrar til ulik og ujevn legepraksis, noe som igjen kan bidra til lege- og trygdeshopping blant pasientene/brukerne. Mange rådgivende leger i små deltidsstillinger kan også bidra til at skjønnsutøvelsen blir ulik, selv om de har visse arenaer for meningsutveksling. Vi har ikke tilstrekkelig data til å konkludere her, men trekker disse synspunktene fram som en mulig forklaring på omfanget av unge uføre på Agder. Dette er imidlertid et tema som det burde forskes mer på.

Det er også åpenbart behov for mer og bedre kommunikasjon mellom legene og forvaltningen. Informantene er enige i at legene spiller en helt avgjørende rolle og er viktige premissleverandører. Intervjuene avdekket imidlertid en rekke spørsmål som avstedkommer irritasjon, frustrasjon, og i enkelte tilfeller mistillit, blant aktørene. Partene stiller spørsmål til hverandres kompetanse og hvem som er best egnet til å gi råd og veilede i forhold til trygdefaglige spørsmål. Forvaltningen etterlyser også bedre (mer) vurderinger av funksjons- og/eller arbeidsevne, enn det de opplever legene leverer.

#### 4.7 Hva forteller mappene oss?

Til nå har vi presentert dataene fra intervjuene med ansatte i forvaltningen og legene. I tillegg har vi fått tilgang til 12 brukermapper i Aust-Agder. Mappene gir oss et dypdykk i forvaltningspraksis og prosessen fram til vedtaket om uførestønad. Vi minner om at mappene gjenspeiler saksbehandlingen og prosessen før NAV ble etablert. De fleste av sakene vi har sett på løper fra slutten av 1990-tallet og et stykke ut på 2000-tallet.<sup>19</sup>

Mappene bidrar til å bekrefte flere av de forhold som er pekt på av legene og de etatsansatte. For det første bekrefter mappene at diagnose er viktig for saksbehandlingen og for tilståelsen av en uførestønad. Det brukes mye tid og ressurser på å få stilt ”riktig” diagnose og dette kan ta tid når sykdomsbildet er sammensatt. Flere av brukerne er over lengre tid utredet for ulike somatiske plager (som for eksempel ryggglidelser) uten at ”funn” blir gjort, samtidig som man nærmest overser signaler gitt av fagpersoner tidlig i prosessen om mulige psykiske lidelser. Trolig er det frykt for å stigmatisere brukere og/eller mangel på ressurser som gjør at man ikke følger opp signaler og forslag til oppfølging som kommer til uttrykk tidlig i prosessen. I en rekke av sakene vi har fått innsyn i, må det en akutt situasjon til (for eksempel innleggelse ved psykiatrisk avdeling) før vedkommende blir fulgt opp.

Mappene bekrefter også at saksbehandlerne i høy grad lener seg på legenes uttalelser. Er saksbehandler i tvil henvender de seg til rådgivende lege. Diagnosene som er definert av fastlegene og spesialistlegene har stor betydning for den videre saksbehandlingen. I tillegg til diagnose, tillegges argumenter om at brukeren trenger ro rundt sin situasjon, og at inntektssikring spiller en vesentlig rolle i forhold til dette. Videre legges det vekt på arbeidsmarkedet og brukers muligheter til å få innpass der. At brukeren er ung tillegges også vekt. På grunn av ung alder er man mer påpasselig med å vurdere om alle mulige løsninger er prøvd ut, om det er noe restarbeidsevne igjen, og eventuelt om det er utsikt til helsebedring.

I mappene vi har sett på gikk det normalt fire til fem år fra sykemeldingsperiodens utløp og til en uføreytelse ble tilstått. Felles for de fleste sakene er at brukerne har beveget seg i grenselandet mellom medisinsk rehabilitering og

---

<sup>19</sup> I forhold til vedtaksår for uførestønad er ytterpunktene 1997 og 2006 med en jevn fordeling på de mellomliggende årene.

yrkesrettet attføring, noe som kommer til uttrykk i mange vedtak – ofte korte – og at brukerne flyttes fram og tilbake mellom trygdeetat og Aetat etter hvert som helsa svinger. Når brukerne opplever en helsemessig opptur går det ofte ikke lang tid før tiltakslysten melder seg, men mange avbryter tiltakene fordi situasjonen blir for krevende når helsetilstanden forverrer seg igjen. Mye tid har gått til venting på ett eller annet – gjerne et nytt vedtak eller et nytt tiltak. Ventetiden blir ofte akkurat som navnet tilsier – ventetid. Totalt kan vi snakke om mye tomgangstid hvor det ikke er framdrift i verken den ene eller andre retning. Kun unntaksvis fant vi i mappene tilfeller der brukeren rett og slett ble ”glemt” av Aetat i en lengre periode som følge av interne forhold i etaten.

Mappene kan også bekrefte at det har vært relativt lite fokus på funksjonsevne og at dette feltet i legemeldingene ofte står ubesvart eller er svært vagt formulert. Funksjonsevne overskygges av ønsket om å komme fram til en ”god” diagnose. Det var ikke bare legene og forvaltningen som er opptatt av dette, men også brukerne. Brukerne vil gjerne ha svar på hva som er galt med dem.

Mappene viser også at det er visse spenninger mellom de ulike aktørene. Hvor brukerne skal gjennomføre arbeidstrening, eller hvilken utdanning de skal spores inn på, er et tema som har skapt grobunn for uenighet. Ifølge mappene har fastlegen ikke alltid vært enig med rådene gitt av spesialistlegene og/eller løsningene valgt av Aetat. Uenigheten handler blant annet om hvor tungt man skal vektlegge brukerens motivasjon og egne ønsker. Skal rusmisbrukere som er under rehabilitering få anledning til å gjennomføre arbeidstrening i kriminalomsorgen og skal personer med tunge psykiske lidelser få utdanne seg innen psykisk helsevern? Dette er to eksempler på problemstillinger som har skapt uenighet mellom aktørene, og hvor fastlegene har vært de mest tilbakeholdne.

#### **4.8 Hva mener de unge uføre selv?**

I mappene er det først og fremst forvaltningens og legenes stemmer som kommer fram. Unntaksvis ligger det skriv fra brukerne i mappene, men det aller meste er dokumenter som forvaltningen plikter å utforme og hente inn i forbindelse med en uføresak. For å få et innblikk i hvordan de unge uføre ser verden og hvordan de har opplevd prosessen fram mot en uførepensjon var det viktig at vi intervjuet dem. Intervjuene har bidratt til å gi de unge uføre en stemme i prosjektet, men dessverre har ikke alle som samtykket til innsyn

i mappene, også samtykket til et intervju. I Aust-Agder har vi intervjuet ni unge uføre.

I intervjuene tok vi opp flere tema som ikke er belyst i mappene. Vi spurte om deres oppvekst, erfaringer fra skolen, videreutdanning og eventuelt arbeidslivet. De unge uføre ble også bedt om å si noe om hvordan de opplevde møtet med helsetjenesten, trygdeetaten, Aetat og eventuelt andre aktører som de anså som viktige for dem. Videre ba vi de unge uføre fortelle om deres hobbyer og fritidsinteresser, venner og omgangskrets, og om deres drømmer og ambisjoner, samt hvordan livet som uførepensjonist fortoner seg nå. Intervjuene med de unge uføre bidrar ikke bare til å gi et mer utfyllende bilde av mappene. I tillegg bidrar de til å belyse hvorvidt kartet som er tegnet av forvaltningen og legene over, stemmer med terrenget, det vil si om kategoriseringene, beskrivelsene og kommentarene som tidligere er gitt stemmer overens med det de unge selv erfarer.

### **Ni historier fra Agder**

Grovt sett kategoriserte etatsansatte og legene unge uføre i tre hovedgrupper (jf 4.3). Den første kategorien er unge med en alvorlig sykdom eller funksjonshemming og klar diagnose. Dette er en kategori som passer bra for to av våre informanter. De to øvrige kategoriene handler om ulike former for omsorgssvikt. I den første gruppen snakker vi om negative opplevelser i barndommen som kommer til uttrykk i ulike psykiske lidelser i ung eller tidlig voksen alder. I denne kategorien kan vi plassere tre av våre informanter. Den siste kategorien består av unge som kommer fra ressursvake familier hvor man sosialiseres inn i en sykerolle. En av våre informanter hører til denne gruppen. Tre av informantene kan vi ikke plassere like lett i de ovennevnte kategoriene. To gir uttrykk for en god oppvekst, men fikk diagnosen bipolar affektiv lidelse i overgangen til voksen alder. Den tredje er en kombinasjon av utagerende atferd og omgivelsene som ikke taklet utfordringene, men hvor det i ettertid viste seg at atferden kunne tilskrives en sjelden genetisk sykdom. Selv om man kan forklare sistnevntes tilstand ut fra en nevrologisk diagnose, oppleves oppveksten av informanten likevel som vanskelig.

I utgangspunktet er alle de ni historiene unike, men det er også en del fellestrekk. Med unntak av sakene som begynner med en uforutsett hendelse, som for eksempel en ulykke, begynner flertallets ”historier” i relativ ung alder og historiene er ofte svært sammensatte. Flertallet av historiene inneholder flere av følgende elementer, men med noe ulik kombinasjon: Vanskelig oppvekst, herunder vanskelige familieforhold, mishandling eller seksuell misbruk, lærevansker, mobbing på skolen, tilpasningsproblemer, avbrutte

utdanningsløp, manglende opplevelse av mestring, samt manglende evne til å fungere i arbeidslivet. Noen har vært i berøring med rusmidler, men dette er et mindretall. Relativt mange har hatt minst en innleggelse av lengre varighet ved en psykiatrisk institusjon. Sistnevnte har da ofte vært nøkkelen som låser opp uføredøren.

Et annet fellestrekk er at ting ”baller på seg”: Et problem blir til to, små problemer blir gradvis større, og problemer fra familien overføres til skole- og læringssituasjonen, som igjen skaper problemer i forhold til å mestre arbeidslivet, osv. Historiene inneholder svært mange ikke-medisinske faktorer, men utfallet blir etter hvert uhelse og ender i en medisinsk diagnose som åpner for en uførepensjon. Historiene som fortelles minner ikke mye om utsagnene om lat ungdom som ikke gidder å jobbe.

I vårt utvalg er det to av sakene som trolig kan sies å være sosial arv. Vi har riktignok ikke systematisk spurt om foreldrenes utdanning, yrker og inntektsforhold, men vi har spurt om noen i nær familie er mottakere av trygd og om foreldrene har vært yrkesaktive. Riktignok har foreldrenes yrke uoppfordret kommet fram i de fleste intervjuene. Ingen av våre informanter har vokst opp i en familie hvor mor eller far mottar en uførepensjon. Samtlige av våre ni informanter har således vokst opp i hjem hvor far har vært yrkesaktiv under informantens oppvekst, mens mor i de fleste av tilfellene har vært hjemmeværende. I flertallet av tilfellene har far utøvd et håndverksyrke eller tilsvarende, mens et mindretall av foreldrene har en akademisk utdanning. I vår studie finner vi riktignok like mye omsorgssvikt i det man normalt forbinder med ”ressurssterke” familier, som i de ”ressurssvake”. I de to sakene som trolig kan sies å være sosial arv, er det snakk om at barn sosialiseres inn i sykerollen eller rollen som hjelpetrequende. I den ene familien var mor mye syk under informantens oppvekst, hvor informanten trolig har lært å ha mye fokus på sykdom og smerte. I den andre familien ble tre av seks barn uføretrygdet i relativ ung alder. Denne familien bar preg av en far som sto alene med omsorgen for barna, dårlig økonomi, og begrenset oppfølging hjemme.

*”Det var mye problemer i familien – lite penger. Far min dreiv for seg selv. Han sleit og jeg så lite til han. Det var mine søsken som passet meg. Jeg gikk ofte sulten i løpet av skoletiden.”*

Fire av informantene har mistet mor eller far i relativ ung alder. Vi nevner dette, men er usikre på om dette er av betydning i forhold til uførehistorien. Mor eller fars bortgang har helt klart satt spor hos de aktuelle informantene. Det forteller de. Tre forteller også at de har blitt svært knyttet til den gjenle-

vende av foreldrene – og at det har utviklet seg til nærmest et avhengighetsforhold.

### **Typiske saker?**

Før vi går videre, skal vi først se hvordan saksbehandlerne beskrev disse sakene: Var de typiske eller spesielle, og hva er det ved dem som gjorde dem typiske eller spesielle?

Det er sakene hvor de unge hadde opplevd en vanskelig barndom med misbruk eller annen form for omsorgssvikt, som stort sett beskrives som typiske saker. De følgende tre sitatene illustrerer dette:

*”Denne saken er for så vidt en typisk historie: Alkohol, vold, incest – forsømmelse i hjemmet. Vanskjøtsel. Dårlig skolegang. Skulk. Rømt hjemmefra. Tidligere var det nok store mørke tall. Dette foregikk også før – men man snakket ikke om det. Men nå tar ungdommen mer tak i det. Det kommer mer til overflaten i dag sammenlignet med 25-30 år tilbake. Før kom det ofte ikke fram før kvinnene var i 50-årene. Mange hadde ikke jobb før. Nå er kvinnene mer økonomiske selvstendige.”*

*”Denne saken er typisk. Historikken er typisk og diagnosen veldig typisk. Post traumatisk stresslidelse, angst og sosial fobi er veldig typisk – de er gjerne massive. Noen har greid å få til et tålig bra liv – men mange greier ikke å få nye venner. De kommer seg ikke ut. For noen består den sosiale sirkelen av andre mennesker som også er arbeidsuføre. Et annet typisk trekk ved denne saken er at hun er optimistisk, har god pågangsmot – men får tilbakefall.”*

*”Dette er en typisk avdekningssak. Det er stilt en ukorrekt diagnose i utgangspunktet. Det er en klassisk sak i så måte. I denne saken var det veldig tydelige signaler om psykisk lidelse på et tidlig tidspunkt. Likevel utredes han for ryggplager i mange år.”*

Av ulike grunner beskrives de øvrige sakene som mindre typiske. Sakene som kunne relateres til en ulykke beskrives som lite typiske. Videre beskrives en av sakene som spesiell fordi den unge uføre var vanskelig å samarbeide med, mens i en annen sak er saken spesiell fordi personen er så positiv og gjerne vil. Til slutt beskrives en sak som spesiell fordi det ble brukt lang tid på utredningene og mange var involvert på den medisinske siden.

## Hvordan beskriver de unge uføre sin egen oppvekst

Vi skal nå se på hvordan informantene beskriver sin oppvekst, hvordan de opplevde skoletiden, og om de hadde mange venner.

To av informantene beskriver en god og trygg oppvekst, men at livet ble dramatisk endret i tenårene som følge av en ulykke eller en sykdom som resulterte i en sterk funksjonshemming. I begge disse tilfellene har livet tatt en annen vending enn de så for seg i ung alder. Begge var rimelig skoleflinke og tidligere drømmer og ambisjoner har måttet vike. I stedet brukes energien på å få et tilfredsstillende tilbud fra det offentlige. Omsorgsbehovet er stort og det er skapt et avhengighetsforhold mellom den unge uføre og familien, og da særlig mor. Den ene beskriver at vennene forsvant i løpet av tre uker etter han ble funksjonshemmet, og han har ikke fått nye. Den andre viser til at han har venner, men at det er mer sporadisk kontakt, ingen beskrives som nære, og at han først og fremst er mye sammen med sin familie.

To av de andre informantene beskriver også en god oppvekst, men begge opplevde at far døde i tenårene og mener at dette kan ha hatt betydning for deres helse. I tillegg beskriver den ene en vanskelig tid på barne- og ungdomsskolen med mye mobbing, mens den andre beskriver mye skulking fordi hun opplevde skolen som faglig tung. Begge har hatt ambisjoner om å ta en utdanning og å være yrkesaktive. Utdanningsforløpene er imidlertid noe ulike. Mens den ene fullførte sin fagutdanning innen hun ble alvorlig syk, manglet den andre noen få fag for å gjennomføre videregående skole.

Fem av informantene mener selv de har hatt en vanskelig oppvekst. Tre beskriver mishandling eller seksuell misbruk begått av nære familiemedlemmer som hovedårsak til deres psykiske problemer. På spørsmålet *Hvordan vil du karakterisere oppveksten din?* fikk vi følgende svar av tre av dem:

*”Det er vanskelig å finne de rette ordene. Det var som et fengsel. Det var en uønsket tilværelse. Jeg var født inn i noe jeg ikke kunne noe med. Min far er psykopat. Det ser jeg i ettertid. Jeg ble kontrollert hele tiden. Fikk rundjuling hele tiden. Visste ikke hva som ville skje. Det verste var den psykologiske terroren. Frykten. Far skulle ha kontroll på alt. Har du noen gode minner fra oppveksten din? Ja – da jeg fikk flytte til [NN] noen måneder. Alternativet var barnehjem. Jeg rømte hjemmefra da jeg gikk i sjette klasse. Jeg var plassert der av BUP. (...) Jeg skulle ønske at jeg kunne fungere normalt – slippe å være nervøs hele tiden. I dag klarer jeg å gå til byen – og jeg klarer å la vær å skjære meg. Jeg har trent mye på å klare å gå til byen - på butikken. Mor var redd. Hun drakk mye. Jeg så at hun*



*satt og sov i stolen i fylla. Jentene unngikk slagene. Hvorfor? Jenter var ikke verdt noe.(...) Jeg fikk høre hvor dum jeg var, ble slått og kalt "jævla idiot".*"

*"Traumatisk. Egentlig ganske ensom. Måtte stå alene. Prøver å fortrenge det meste. Ingen gode minner. Det ble bedre da jeg flyttet hjemmefra. (...) Jeg har ikke så mye husk fra barneskolen. Jeg likte å være på skolen – fordi det var bedre enn å være hjemme. Skolen var en liten fri plass. Det var timene - og ikke frikvarterene – som var min fri plass. Det var mye mobbing."*

*"Sett utenfra hadde jeg det mange vil si var en god oppvekst. På mange områder en oppvekst lik det alle de andre hadde. (...) Utgangspunktet er godt, men... Men så skjer det som har preget hele resten av mitt liv. Min far kan ikke oppføre seg rundt små barn. Han var voldelig og misbrakte meg seksuelt. Fra jeg var 5-6 år til jeg var 9-10 år. Da tok det slutt. (...) Helt siden overgrepene har jeg slitt mer eller mindre. Mye angst. Depresjon. Men det toppet seg rundt 15-16 års alderen. Ble innlagt. Ut og inn uttallige ganger. (...) Jeg har liksom ikke hatt det som andre. Venner, sommerjobb, kjæreste. Alt har vært utenkelig veldig lenge."*

En av informantene beskriver også en vanskelig oppvekst med tilpasningsproblemer, konsentrasjons- og lærevansker, mobbing på skolen, aggressiv atferd og et konfliktfylt forhold til sin far. Mor var ikke til stede under oppveksten og informanten beskriver relativt frie tøyler i hjemmet selv om han måtte hjelpe til. Da far strammet inn i 15-16 års alderen, forsterket konfliktnivået seg og informanten flyttet hjemmefra på grunn av kranglingen. Informanten gjennomførte ikke videregående skole, begynte å arbeide som ufaglært i ung alder, pådro seg en del skader i og utenfor arbeidslivet, kom etter hvert i psykisk ubalanse, og ble til slutt arbeidsufør. På et tidlig stadium i uføreløpet var hans diagnose tilpasningsforstyrrelser, men etter utredninger viser det seg at informanten hadde en sjelden genetisk sykdom som bidrar til å forklare en del av tilpasningsproblemene.

Den siste informanten beskriver også sin oppvekst som vanskelig med henvisning til mye mobbing i skolen og en syk mor som gikk bort for tidlig. På det samme spørsmålet om hvordan han vil beskrive sin oppvekst, fikk vi dette til svar:

[Informanten klarer nesten ikke å svare, men skjerper seg og klarer å holde tårene tilbake]. *"Kan ikke kalle oppveksten min normal, nei!*

*Hvordan da? Kan du si noe mer om det? Jeg ble konstant mobbet fra andre til åttende klasse. Selv om både mamma og pappa og lærer snakket med elevene, ble det ikke bedre. Gjaldt dette også elevene i din egen klasse? Ja alle var med på det. I begynnelsen var det elever fra min egen klasse, etter hvert spredte dette seg ut til skolen generelt. Hvordan taklet du egentlig skolen da? Jeg var på skolen hver dag jeg. Beit det i meg. Ble jo gående alene hele tiden. Ensomt. Jeg var mye syk før jeg skulle på skolen. Kjempevondt i magen. Det gjør noe med deg. Selv i dag. Selvtilliten blir lav. Mamma var mye syk da jeg var liten. Jeg brukte mye tid på å hjelpe henne. Kanskje for mye. I det hele tatt holdt jeg meg mye rundt familien i oppveksten. Vi har alltid hatt det fint innen familien, men det blir jo for snevert.”*

På spørsmålet om informantene hadde mange venner da de var unge og hva dette har hatt å si for deres oppvekst, fikk vi svært blandete svar. Mens et mindretall viste til en lykkelig barndom med mange venner, viste flertallet til at de hadde få, hvis ingen, venner da de var unge og at bildet er mer eller mindre det samme i dag:

*”Jeg lekte en del med nabogutten da jeg var liten, men ut over det, hadde jeg ikke mange venner. Jeg ble aldri invitert i bursdager i skoletida. Jeg var utstøtt. Først på ungdomsskolen begynte jeg å få noen venner. Da kom jeg meg ut mer. Jeg ga blaffen i å være hjemme. Jeg begynte å drikke da jeg var 13 år. Vennene mine var et par år eldre – gikk i niende klasse på ungdomsskolen. Jeg har ikke kontakt med dem i dag. Jeg har ikke noen jeg kan kalle venner nå. Jeg kjenner noen – bekjentskap men ikke vennskap. Det er ikke noen jeg gjør noe spesielt med.”*

Ovennevnte historier forteller oss også at det er et stort spenn i erfaringsgrunnlaget til unge som blir uføre: Fra den trygge, gode barndommen preget av gode minner og mange venner til den vonde barndommen preget av svik og mobbing og som de knapt nok orker å tenke på. Flere av informantene bekrefter således bildet som er tegnet av legene og de etatsansatte om at vanskelige oppvekstvilkår kan være en viktig forklaringsfaktor i forhold til å utvikle psykiske lidelser i ungdomsårene/ung voksen alder.

### **Om å bli sett i ung alder**

Siden flertallet av våre informanter har opplevd en vanskelig oppvekst, og en vanskelig oppvekst er tema i flertallet av mappene vi har fått innsyn i og at saksbehandlerne mener disse er typiske saker, har vi valgt å se nærmere på denne gruppen.

Informantene som opplevde en vanskelig oppvekst beskriver stort sett ulike former for svik begått av voksenverdenen. Opplevelsen av å være alene om sitt problem går igjen i fortellingene: Alene i familien og alene på skolen. Det ultimate sviket er imidlertid sviket der mor velger å ikke se. Flere av informantene beskriver en bunnløs ensomhet når mor velger lojalitet overfor andre familiemedlemmer eller familiens fasade, framfor dem. Det handler om å ikke bli trodd og det handler om å bli forrådt av det mennesket man setter aller mest lit til.

*Det svikta da jeg var barn. Foreldrene mine kunne ha gjort ting annerledes. Jeg skulle ha blitt tatt bort fra hjemmet – da ville jeg ha fått tid til å bygge meg selv opp. Men ingen visste om det. Det var en familiehemmelighet. (...) Moren min lukket øynene til det. Jeg tok det aldri opp med lærerne eller andre voksne.”*

*”Jeg måtte bare bort. Flyttet ut da jeg var 15 år. Jeg ble plassert i fosterhjem, helt til jeg kunne få mitt eget. Familien min reagerte sterkt på dette. Fasaden betyr mye hjemme hos oss. Nå fikk jo alle se at alt ikke bare stod bra til. De så på meg som klin kokos. Det var det de måtte si til venner og annen familie også. Det var meg det var noe galt med – ikke dem. I en lang periode etter dette hadde jeg ingen kontakt med min egen familie. (...) Det er visst bare jeg som ble berørt. I alle fall sier mine søsken det. Tror du dem? Nei, egentlig ikke. Det er vel bare noe de ikke vil snakke om. Fortrenger det. Når jeg sa det ble jeg ikke trodd. Fryst ut. De så jo hvordan det gikk. Ikke rart de ikke snakker. Jeg klandrer dem ikke for det. Men mamma kan jeg ikke tilgi.”*

Flere opplevde det nærmest som forløsende å bli tatt bort fra sin familie. I den grad det er kritikk mot barnevernet, går kritikken ut på at barnevernet ikke grep inn tidligere.

*”Jeg rømte hjemmefra i sjette klasse. Jeg bodde sammen med ”tante og onkel” i et par måneder – så var det hjem igjen. Barnevernet tok for lite ansvar da. De burde ha vært mye mer til stede. Jeg ønsket ikke å bo hjemme.”*

Fire av de fem som beskriver sin oppvekst som vanskelig har i lengre perioder brutt med sin familie helt, mens den siste fant trygghet i sin familie. Felles i fortellingene er også at problemene i hjemmene ikke ble fanget opp på skolen.

*Jeg tror ikke skolen oppfattet hva som foregikk hjemme – eller at de ville se det. Jeg ble slått med bjørkeris på baken, samt andre steder som ikke var like lett synlig. I tillegg var min far [informanten angir et vel ansett yrke] og god til å formulere seg offentlig. Han var en person som var godt ansett og med høy troverdighet.”*

De som beskriver en vanskelig oppvekst, beskriver ofte også en vanskelig skolehverdag. De viser til lese- og skrivevansker, problemer med å konsentrere seg, samt mobbing fra medelever og lærere. Allerede på ungdomsskolenivå hadde problemene ”ballet på seg” for enkelte av informantene:

*”Det var vanskelig på skolen.(...) Hadde problemer med lesing og skrivning. Mye sinneproblemer. Ble fornærma – følte meg som en idiot – ble oversett av lærerne. På skolen følte jeg at jeg ikke strakk til. Jeg fikk ikke noe ut av det. Jeg mente den gang at jeg burde begynne på en annen skole. Problemene var størst på ungdomsskolen – det var mye mobbing – mye slåssing. Jeg fikk ikke gehør for skolebytte. Til slutt ble jeg satt ut i arbeid – men det ble registrert som skulk på skolen. Da jeg fikk vitnemålet hadde jeg strøket i alt. (...) Nå går jeg på voksenopplæringa og får lese- og skriveopplæring. Det går greit nå.”*

*”Selv om man ikke er skoleflink – kunne jeg fått mer hjelp. Skolen kan ta tak i det, så en skal slippe å føle seg dum eller evneveik. Jeg ble mobbet – også av lærerne – fordi jeg ikke fikk det til. Jeg ble mobbet av lærerne i klasserommet. (...) Jeg ble tatt ut av klassen – ble plassert i en klasse for mindre begavede. Først i voksen alder ble det slått fast at jeg har dysleksi.”*

Men enkelte var godt fornøyd med barneskolen, selv om de hadde problemer:

*”Jeg trivdes på barneskolen. Der opplevde jeg ikke mobbing eller noe. Men på ungdomsskolen ble jeg mye mobbet. (...) På barneskolen skulka jeg aldri. Jeg kunne lese litt før vi begynte med skrivning – men jeg begynte ikke å lære noe før jeg kom i fjerde klasse. Jeg hadde hjelpetimer. Det nytta ikke å gå fort fram. Etter hvert fikk jeg lesebriller – da gikk det bedre. Jeg stokka bokstavene i lange ord. Jeg jobber med det nå.”*

Flere av informanter var også i kontakt med PPT, men denne kontakten beskrives nærmest som en bisetning og tillegges lite vekt av informantene i dag. Det følgende er en av de mest detaljerte beskrivelsene:

*”Jeg gikk til psykolog i PPT da jeg var 13-15 år for aggressiv atferd. Forsto ikke hva psykologene prata om. Jeg satt og så på de to andre prata - han fra PPT og BUP. Vi snakka forbi hverandre.”*

I forhold til rådgivning under videregående utdanning, var det flere som mente at de enten ikke fikk tilstrekkelig rådgivning fordi rådgiverne hadde så mye annet å gjøre, eller at rådene de mottok ikke var til det beste.

Det er først ved kontakt med sykehusets psykiatritjeneste at flere av informantene opplevde å bli sett for første gang. Flertallet av våre informanter (sju av ni) har vært i berøring med psykiatritjenesten, hvorav fire av informantene har erfaring med både barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og voksenpsykiatrien. De som har vært i berøring med BUP har ofte en historie med selvskading eller suicidal atferd å vise til. Erfaringene med BUP er varierende, men likevel stort sett positive. En av informantene beskriver møtet med BUP på følgende vis:

*”Da jeg kom til BUP-poliklinikken opplevde jeg å få mye fokus rettet mot meg. Det fikk mange følelser frem. Da jeg gikk der første gangen var jeg livredd. Jeg følte jeg ble stakkarsliggjort. Det var annerledes å ha noen som direkte brydde seg. Jeg torde å åpne meg mer, men det tok ikke lang tid før jeg ble innlagt. (...) Der opplevde jeg å få god hjelp. Jeg ble ufattelig godt tatt i mot. Fra dag en opplevde jeg at vi ble en familie – familien jeg aldri hadde hatt. De kom inn under meg – uten å ha så mye fokus på lege-pasientforholdet. De var oppmerksomme på meg hele tiden. Jeg følte meg trygg med dem. Dette var ”riktig” akkurat i denne fasen av livet mitt. Det var ikke sykehuspreget, men et stort hus. Folk der ”lurte” deg til å tro at du faktisk er verdt noe.”*

Flere av informantene viste imidlertid til manglende kontinuitet i forhold til psykiatritilbudet. Dette var kommentarer som gikk på tvers av BUP og voksenpsykiatrien. Det følgende er en av uttalelsene:

*”Det er ikke helsevesenets feil at folk slutter og flytter. Men det er problematisk at de gjør det. Det er et problem når du mister folk stadig vekk som du har opparbeidet deg tillit til – og som kan historien din. Jeg har skifta psykolog fire til fem ganger. Det har ikke*

*vært noe greit. Ser en bort i fra det – har jeg fått hjelp – men jeg har måttet slåss for det jeg har fått til nå. Har individuell plan, men det er kun et skjema. Jeg får ikke noe oppfølging som følge av det.”*

I forhold til å bli sett i ung alder, kommenterte flere uopfordret at det er tankevekkende at man må nærmest ta livet av seg før omverdenen reagerer. Fortellingene til våre informanter tyder på at det svikter i mange ledd og at det er behov for mer kompetanse om hvordan man kan se og hjelpe unge mennesker som opplever en vanskelig oppvekst.

### **Veien videre som ung voksen**

Hvordan gikk det så med våre ni informanter da de sto på terskelen inn i de voksnes verden?

De to informantene som ble utsatt for en ulykke/skade i tenårene var fortsatt under utdanning da de ble myndige og begge mottok et utvidet utdannings-tilbud for å kunne gjennomføre videregående skole. Denne tiden ble etterfulgt av flere år med utredninger av funksjonsevne. Begge har fått tilbud om arbeidspraksis utenfor det ordinære arbeidsmarkedet i regi av Arbeid med bistand. Varig uførepensjon ble innvilget da de var 23-25 år, men ti år senere er livet fortsatt på vent. Begge ønsker å være i aktivitet men er ikke interessert i å jobbe med hva som helst. De etterspør arbeid som er meningsfylt – noe med og for mennesker – men oppgavene de får i forbindelse med ”arbeidstrening” oppleves stort sett som fordummende. Begge kommenterer at de ikke har falt ut av arbeidslivet, de kom aldri inn. I dag ønsker de å få et tilbud om varig tilrettelagt arbeid, men opplever at sakene deres ikke prioriteres. Dette forteller den ene:

*”Livet er på vent. Venter på at det skal skje noe. Jeg ønsker ikke bare å sitte her. Jeg ønsker en jobb – gjerne på en verna bedrift. For å få hjelp til å finne en arbeidsplass måtte jeg søke om attføring hos Aetat. Det gjorde jeg i 2005. Siden har det ikke skjedd noe. Nå har jeg sittet hjemme og ventet i 2,5 år. Sett på veggen.”*

De to informantene som opplevde en god oppvekst, men som senere fikk diagnosen affektiv bipolar lidelse, gjennomførte videregående utdanning og den ene fikk et fagbrev. Begge fikk også et visst fotfeste i arbeidslivet (3-5 år) før helsa ble så ustabil at langvarige sykemeldinger var et faktum. Etter innleggelse ved psykiatrisk avdeling ble det gjort forsøk på attføring for begge vedkommende. I det ene tilfellet ble det blant annet gjort forsøk på tilrettelegging hos tidligere arbeidsgiver og gradvis opptrapping av arbeids-

tiden. Da vedkommende var 26 ble en 50 prosent tidsbegrenset uførestønning innvilget og informanten har ennå ikke gitt opp tanken på å arbeide og er i ferd med å omskolere seg. Den andre informanten gikk på et attføringstiltak i regi av en av regionens attføringsbedrifter, men opplevde dette som en nedtur, hvorpå det ble søkt om uførepensjon og varig uførepensjon ble innvilget da informanten var 26 år. Felles er at de har hobbyer som de mestrer og som gir mening i hverdagen, samtidig som de ikke klarer å leve opp til arbeidslivets krav om yteevne og regularitet.

Fire av de fem som beskriver sin oppvekst som vanskelig, hadde ikke gjennomført videregående skole da de var 19 år. For samtlige fem bar livet allerede preget av mye kontakt med psykiatritjenesten. Samtlige har hatt korte besøk i det ordinære arbeidslivet, men det har ikke fungert over tid på grunn av ustabil helse. Jobbene har vært ufaglærte og de fleste har ikke hatt et normalt inntektsår. Ingen av dem har vært registrert som langtidsledige. Flere av dem viser til at de har mottatt sosialstønning, enten som et supplement eller som eneste inntektskilde i en fase. Kravet til regularitet i arbeidslivet ble et problem når helsa svinger. Ingen hadde noe å utsette på jobbinnholdet eller kollegaene, men flere opplevde at de ikke passet inn eller at de møtte på en leder som de "ikke kunne greie". Samtlige gir uttrykk for at de gjerne skulle ha jobbet, at det å arbeide er viktig, men at det var helsa som styrte om de kunne jobbe eller ikke. Opplevelsen av at de ikke mestret jobben som følge av sin egen svingende helse, gikk igjen i fortellingene. Etter hvert ble nederlagene flere, selvtiliten mindre, og enkelte følte seg utilpass sammen med kollegaer. Følgende illustrerer hvordan en av informantene opplevde samhandlingen med kollegaer:

*"Det forholdet var vanskelig. Selvtiliten var ikke til stede. Var usikker på om det jeg sa – hva ville de tenke – ville de le av meg. Jeg hadde lite selvironi den gangen. Jeg var usikker på om de godtok meg."*

Andre opplevde det å arbeide som positivt:

*"Jeg har i grunnen OK erfaringer med kollegaer og jobben. Men jeg klarte ikke å stå i de jobbene jeg prøvde. Helsa svikta gang på gang."*

*"Det var veldig positivt å jobbe. Det gav meg veldig mye. Jeg klarte å sette mitt eget til side da jeg var på jobb. Jeg hadde med andre mennesker å gjøre. Jeg fikk jobben gjennom [NN]. Jeg ble veldig positivt tatt i mot. Min sykdom ble kjent etterhvert. Jeg er litt merka på*

*armene – folk kan se og folk hører rykter. Jeg opplevde å bli tatt imot av kollegaer bra – så lenge de fikk bli kjent med meg først. Det er annerledes dersom de har ”hørt” om meg først – før de treffer meg og blir kjent med meg. Er din identitet knyttet opp mot å være i jobb? Ja det er den nok. Man gjør noe – yter noe for andre – når man går på jobb. Man slipper å gi inntrykk av at man er lat – ikke gidder.”*

### **Møtet med trygdeetaten og Aetat i ung voksen alder**

Utfallet i våre historier er en uførepensjon i ung alder, men hvordan opplevde informantene møtet med tiltaksapparatet da problemene med å få innpass i arbeidslivet meldte seg? Hva var informantene godt fornøyd med og mindre fornøyd med, og kunne utfallet ha blitt en annen med en annen oppfølging?

Siden uførepensjonen tidligere ble forvaltet av trygdeetaten, har de fleste et forhold til denne etaten – men ikke alle. Enkelte av våre informanter forteller at de ikke kan huske at de har hatt noe samhandling med trygdeetaten før deres uførepensjon ble tilstått. Dette er informanter som har vært psykiatriske pasienter da deres uføresak gikk gjennom trygdesystemet, og hvor legen har nærmest fungert som ”ombud” for sin pasient. Selv om mappene beskriver basismøter med informantene til stede, har informantene selv ingen minner fra denne perioden av deres liv.

De fleste har imidlertid en oppfatning om møtet med trygdeetaten og de uttrykker en del misnøye. Flere forteller at de følte seg mistenkeliggjort og mindreverdige i møtet med etaten, men at dette avtok etter hvert. Enkelte var også frustrert over trygdereglene: At de var alt for firkantede og passet ikke alle. Andre igjen var misfornøyd med basismøtene fordi de andre snakket over hodet på dem. Et fåtall var imidlertid fornøyd og mente at de trygdeansatte var dyktige og flinke til å følge opp.

*”Til å begynne med var det vanskelig. Følte meg mistenkeliggjort. Jeg ville vel for søren jobbet hvis jeg kunne det. Følte jeg var nødt til å ta en skikkelig prat med saksbehandler – for å forklare hvordan jeg har det. Etter det ble det bedre.”*

Det var imidlertid i forhold til Aetat de sterkeste utsagnene kom. Aetat forvaltet attføringsprosessen og flere av informantene var misfornøyde både med Aetat som forvaltningsetat og med selve attføringstiltaket de ble plas-



sert i. På spørsmålet om informanten mente det var en sammenheng mellom oppveksten og at hun nå mottar en uførepensjon, fikk vi følgende svar:

*”Det er på en måte en direkte sammenheng. Men i tillegg har systemet bidratt. Føler at Aetat ser ned på meg. Jeg ble trykket enda mer ned av dem. Jeg fikk hele tiden beskjed om hvor mye det koster dem. Jeg ble engstelig for ikke å klare det – leve opp til forventningene – jeg ville ikke være til bry. Det ble mange mennesker jeg måtte stå til rette for – i hvert fall slik opplevde jeg det. Det hadde vært enklere å ha et brukket bein. Det er vanskelig å forklare at en har en dårlig dag psykisk. Etter hvert ble hverdagene preget av hva jeg skulle gjøre neste dag – neste måned. Det ble for mye forventningspress. Jeg skulle heller ha brukt tida på å bli frisk selv.”*

Flere viser til at de opplevde lite hjelp fra Aetat, at det var mye surr og vanskelig å få tak i folk, med det resultat at de måtte gjøre alt selv. Andre opplevde at Aetat sendte dem til avklaringskurs og ulike tiltak - for systemets skyld slik at Aetat kunne rapporterte at de hadde gjennomført de lovpålagte tiltakene. *”De så ikke meg som person i det hele tatt”* var det flere som ga uttrykk for. Andre igjen mislikte meldekortsystemet i Aetat og følte seg overvåket:

*”Jeg hadde mange dårlige dager. Da måtte jeg stå til rette for hvordan jeg hadde det den dagen. Jeg måtte forsvare meg for hvorfor jeg ikke føler meg frisk akkurat den dagen.”*

En av informantene ble glemt av Aetat i over ett år. Riktignok ble attføringspengene utbetalt regelmessig, men det var også alt. Da det ble oppdaget i Aetat ble det beklaget så mye. Slik beskriver informanten tiden sin på attføringspenger:

*”Helsa og humøret gikk opp og ned. Da jeg fikk attføringspenger satt jeg hjemme og deppa. Jeg gikk runde på runde hjemme på stuegulvet. Jeg orka ikke å være med på noe. Jeg var utmatta. Følte meg som en enstøing. Jeg fikk livsopphold og husleie. Hadde ikke råd til noe. Jeg var underernært da jeg ble lagt inn på sykehuset. Da hadde jeg en koordinator to timer i uka og en assistent en time i uka – men de så aldri noe. Hvis jeg var nedfor, bare snudde koordinatoren i døra og gikk. Da ble jeg bare enda mer deppa. Det kunne hende at jeg ble litt høyrøsta – og det er derfor koordinatoren stakk.”*

### **Avklaringskurs og attføringstiltak**

Samtlige av våre informanter har enten vært til avklaring og/eller i et attføringstiltak bestilt av Aetat. Flere har vært innom mange tiltak og informantene har klare syn på hva de ikke likte ved oppleggene. Flertallet peker på at de misliker sterkt å bli satt til ”idiotarbeid” eller ”pirkarbeid” i stedet for oppgaver som enten er interessante eller lysbetont under avklaringskursene. Oppgavene de testes ut på krever ofte finmotorikk, er ensformig og lite stimulerende. Informantene gir også uttrykk for at alle skulle gjøre det samme – selv om det ikke passet alle like godt. Videre opplevde de at dagene ble for lange. Flere opplevde at de begynte med nærmest full dag/uke for å kunne se hvor mye de ”tålte”, med den konsekvens at de falt tidlig ut av opplegget fordi det rett og slett ble for mye. Flere ga således uttrykk for at hadde de begynt med kortere dager og mer interessante oppgaver, ville det kanskje ha gått bedre. Følgende utsagn illustrerer noe av kritikken som kom fram:

*”XX testet meg i barneskolepensum. Jeg er svært kritisk til dette opplegget. Jeg er jo ikke dum fordi jeg er deprimert. Man må begynne å ta folk på alvor! Jeg hadde angst, andre hadde vondt i ryggen. Vi var ikke skolesvake. Man må ha mer individrettet avklaring hvis det skal være vits i.”*

De fleste av informantene har også vært utplassert i arbeidspraksis, flere i regi av Arbeid med bistand. Heller ikke i arbeidspraksis opplevde alle at de ble tatt på alvor. Noen opplevde at de ble satt til meningsløse oppgaver, andre mislikte at de ble plassert i samme tiltak som psykisk utviklingshemmede, mens andre igjen følte seg ikke vel i tiltaket nettopp fordi det var en tiltaksplass:

*”Jeg følte meg ikke vel der. Følte at jeg var der på nåde. Jeg var en ekstrahjelp som de ikke trengte å betale for. Jeg var ikke der fordi de etterspurte min kompetanse – men fordi det var en tiltaksplass.”*

Flere av informantene etterspør et tilbud som er mer utfordrende enn å telle skruer og fiskekroker, samtidig som arbeidsplassen ikke er for markedsorientert med høye krav til effektivitet.

Det kommer også fram av intervjuene at flere av informantene har gjennomført det de selv mener er meningsløse attføringsløp ut fra en frykt for å miste stønaden sin. Mens andre forteller at de ikke hadde mot nok til å fortelle Aetat at det hele ble for mye:

*”Det jeg skulle ha unnvært er attføringsopplegget med praksisplass og skolegang. Det gjorde helsa enda verre. Det ble for mye psyke i hodet og jeg var for redd for å si i fra – at nok er nok – jeg fulgte bare strømmen. Jeg gjorde bare det jeg ble fortalt. Jeg skulle gjerne hatt de årene om igjen.”*

Informantene bekrefter således i stor grad bildet som ble tegnet av legene og de etatsansatte med tanke på at avklarings- og attføringstilbudene ikke har vært målrettet nok – og at de nærmest oppleves som pliktløp. Brutte attføringsforsøk på rekke og rad har dessuten bidratt til at flere av informantene har fått forsterket deres opplevelse av at de ikke mestrer hverdagen og forsøkene på å komme tilbake i arbeid.

### **Proessen fram mot en uførestønad**

Det er vanskelig å tidfeste når en sak blir en uføresak. Det er ofte glidende overganger. Men på ett eller annet tidspunkt er det noen som sier nok er nok – nå er det på tide å søke om en uførepensjon. Når dette skjer og hvem som tar initiativ til det, skal vi se på nå.

Datamaterialet tyder på at det hovedsakelig er tre forhold som ligger til grunn for at en sak blir en uføresak. I det første forholdet snakker vi om en ung bruker med en klar nedsatt funksjonsevne og hvor de medisinske vilkårene er oppfylt. Brukeren har imidlertid hatt et klart ønske om å arbeide og har ikke vært innstilt på å søke om en uførepensjon. Etter hvert som tiden går og forsøkene på aktivisering/arbeid ikke lykkes, eller det er vanskelig å realisere arbeidsønskene av ulike grunner, innser den unge selv, eventuelt lar seg overtale til, at tiden er inne for å søke om en uførepensjon. Når så skjer, tar det ikke lang tid før uførepensjonen er innvilget.

For det andre snakker vi om unge som har gått lenge i ”systemet” uten at det har ført til resultater. Aktørene opplever at alt har vært prøvd, alle steiner er snudd, og partene i saken har gått tomme for nye ideer. De etatsansatte ser etter en utvei for å kunne ”lukke” saken. Punktet er nådd hvor man slutter å se etter løsninger som peker i retning av aktivitet – og begynner å se etter mer varige inntektssikringsløsninger. Aetat returnerer saken til trygdeetaten og fokus endres fra attføring til å undersøke om de medisinske vilkårene for en uførepensjon er oppfylt. Hvor lenge saken blir i trygdesystemet avhenger til slutt av hvor god og tydelig trygdeerklæringen og legens uttalelser er. Med ”riktige” uttalelser tar det ofte ikke lang tid før uføresøknaden er innvilget. Er de etatsansatte i trygdeetaten i tvil, kan saken trekke noe ut i tid ettersom rådgivende lege vil etterspørre bedre legeuttalelser.

Til slutt har vi unge med ustabil og svingende helse hvor det langsiktige målet til brukeren er å arbeide. Ofte er det kortsiktige målet å gjennomføre et utdanningsløp først. I brukerens gode perioder råder det stor grad av optimisme, både blant brukerne og i etatene, og tiltak og utdanningsløp settes i gang. Hva som utløser en nedtur kan være så mangt, men utfallet er at brukeren ikke lenger er i stand til å gjennomføre tiltaket og forventningspresset bygger seg opp. Til slutt kommer aktørene til en erkjennelse av at brukeren trenger ro (les: tid) til å komme seg helsemessig før de eventuelt kan fortsette eller prøve på nytt. Forutsigbar inntektssikring er et viktig element i å skape ro rundt brukeren, hvorpå forslaget om å søke om uførepensjon settes på dagsorden. Stort sett anses de medisinske vilkårene å være oppfylt med referanse til brukerens lange sykehistorie og ofte flere innleggelses ved psykiatrisk institusjon. Utfordringen ligger heller i å overtale den unge om at en uførepensjon ikke er ensbetydende med at de vil bli parkert utenfor arbeidslivet for godt. Når søknaden blir fremsatt tar det ofte ikke lang tid før den er innvilget.

#### **Hvem var driverne i prosessen fram mot en uføresak?**

Av det ovennevnte går det fram at det kan være ulike aktører som tar initiativet til at en sak blir en uføresak. Ansatte i trygdeetaten har en klar oppfatning av at det er de som skal veilede i forhold til trygdeytelser og således er det de som skal være forslagsstiller i forhold til en uførepensjon. Vi har tidligere også sett at ansatte i trygdeetaten irriterer seg over leger som tar på seg den oppgaven. På spørsmål til informantene om hvor ideen om at de burde søke uførepensjon kom fra, var det kun en som svarte at det var fra ansatte i trygdeetaten. To av informantene mente at ideen kom fra dem selv, en viste til sin mor, en til sin tilrettelegger i Arbeid med bistand, to til sin lege, mens to ikke husket noe fra den perioden av livet deres.

*”Tanken om å søke uførepensjon fikk jeg selv da jeg forsto at jeg ikke kan mestre noe hundre prosent. Hvordan var veien til uførepensjon? Ikke lett. Fikk først avslag. Ble sendt til psykiatrisk. Hadde jeg spilt gal tror jeg det faktisk hadde vært enklere. Men jeg er ikke noe kjeltring.”*

*”Det var jeg som etter hvert forsto at jeg måtte sikre meg økonomisk. Først sa psykiateren min nei. Hun syntes ikke det var en god idé. Men etter hvert som en så hvor syk jeg var – var hun enig med meg.”*

*”Jeg kom til en dame som jobbet med å få folk ut i arbeid [tilrettelegger i Arbeid med bistand]. Det var for øvrig hun som skrev uføresøknaden min. Hun rådet meg til å søke om uførepensjon – det begynte å gå langt nedover på grunn av Aetat. Jeg trengte en pause fra det systemet. (...) Så diskuterte jeg det med NN ved psykiatrisk avdeling. Jeg ville det egentlig ikke fra begynnelsen. Jeg ville ikke erkjenne at jeg var så syk. Jeg gikk i en omgangskrets med mange andre psykiatriske pasienter. Mange andre av dem ønsket en uføretrygd. Uførepensjon sier noe om deg – at du er syk – det var ikke mitt mål. For meg å bli satt på uføre var for meg et tegn på at ting var håpløst.”*

*”Beslutningen om å søke om uførepensjon – den tok legen min. Han søkte bare – så sa han at vi får bare se om du får 80 eller 100 prosent.”*

*”Det var legen min som rådet meg om å søke uførepensjon. Det var et veldig godt råd. Det var et godt råd fordi jeg kjenner meg selv. Jeg er syk!”*

### **Samhandlingen med legene og betydningen av diagnose**

Som det har kommet fram tidligere spiller legene en viktig rolle i prosessen fram mot en uførepensjon. Hvordan opplevde så de unge møtet med legene?

Informantene som var i kontakt med BUP og senere voksenpsykiatrien forteller at de har hatt relativt lite med sin fastlege å gjøre. Legekontakten har primært vært i forhold til psykiatritjenesten og det er psykiatritjenesten som har utstedt trygdeerklæringene i forbindelse med uføresaken.

For andre gikk det flere år før de ble fulgt opp og utredet i forhold til deres helse. Flere var svært ustabile i arbeidslivet, enkelte ruset seg, hadde dårlig råd og mottok sosialstønning. I disse tilfellene var det ofte sosialkontoret som oppfordret informantene til å ta kontakt med trygdeetaten. Blant denne gruppen var det heller ikke alle som opplevde at fastlegen var deres støttespiller. Dette er fortellingen til en av informantene som mente at fastlegen burde ha tatt signalene mer på alvor og sørget for at han ble utredet for sin psykiske tilstand lenge før han ble suicidal.

*”Noen skulle ha fanget meg opp da jeg dimitterte fra militæret. Militærpsykologen skjønnte jo at jeg ikke var frisk. Fra det tidspunktet burde jeg ha blitt fulgt opp mer. Det ble dessverre ikke snappet opp før det skjer voldssomme greier. Fastlegen min visste om det – han*

*burde ha tatt et større ansvar. Han var en dott. Han var for gammel i faget – var innsnevret. I tillegg kjente han min far – og jeg tviler på at han trodde på hva jeg fortalte. Jeg byttet til slutt fastlege – jeg er fornøyd med han jeg har nå. Gikk flere runder vedrørende vond rygg. Ble utredet for det lenge. Inntil det smalt. Da ble jeg innlagt.”*

Andre forteller også at de var misfornøyd med sin fastlege og byttet lege, dels fordi fastlegen ikke ønsket å henvise dem til spesialist og dels fordi de opplevde at fastlegen ikke hadde den nødvendige kompetansen til å hjelpe dem videre. Etter legebytte forteller informantene at de fikk den hjelpen de trengte og opparbeidet seg et godt forhold til sin fastlege. Ingen forteller om mer enn ett legebytte.

Informantene bekrefter at forholdet til sin lege har vært viktigere enn forholdet til sin saksbehandler i forvaltningen. Mange husket knapt nok hvem de hadde vært i kontakt med i forvaltningen, mens de husket svært godt deres leger. Selv om veien til en uførepensjon ofte er kompleks og sammensatt hvor mange ikke-medisinske forhold spiller inn, spiller likevel legene en betydelig rolle når søknad om en uførepensjon skal fremmes. Legene besitter ikke bare en medisinsk kompetanse, men også en administrativ kompetanse i uføresaker i kraft av at man må dokumentere at de medisinske vilkårene er oppfylt. Selv om det ikke stilles krav til at en klar diagnose skal foreligge, tillegges det likevel stor vekt i forvaltningen at det er gitt en diagnose. Informantene våre kan også bekrefte at de er svært opptatt av å få en diagnose. Å stille riktig diagnose kan være viktig for å sikre best mulig behandling, men ikke minst er diagnosen en erkjennelse av, og bevis på, at de faktisk *er* syke. Diagnosen har en sterk legitimerende effekt i forhold til å motta en uførepensjon og for flere av informantene falt brikkene først på plass da diagnosen ble stilt.

### **En riktig ytelse?**

Samtlige av våre informanter mener at det er riktig at de har blitt tilstått en uførestønning, men for flere var det vanskelig å akseptere beslutningen der og da. I ettertid har de imidlertid erfart at det var for det beste. Følgende to sitater illustrerer dette:

*”Ja det var riktig – og at den var varig! Det roet meg veldig mye. Det forandret meg som menneske. Jeg kom veldig, veldig langt. Venner og folk i psykiatrien forventet ikke at jeg skulle overleve. Uførepensjonen ble en livredder. Jeg følte meg til bry over alt.”*

*”Da jeg fikk innvilget uførepensjon, som for øvrig framsto som en kurant sak i mitt tilfelle, følte jeg det godt. Det gav meg en trygghet, en ro til å kunne bli frisk. Men samtidig er det trasig å ha et papir som sier at du ikke har arbeidsevne. Det er en situasjon jeg aldri ville ha ønsket meg.”*

### **Kunne noe ha vært gjort annerledes?**

På spørsmålet om noe kunne ha vært gjort annerledes, viste om lag halvparten av informantene til forhold ved deres oppvekst, mens resten viste til forhold ved oppfølgingen de har fått som ung voksen. De som viser til sin oppvekst, viser til at det sviktet da de var barn og at de skulle ha hatt en annerledes barndom. Følgende to sitater illustrerer dette:

*”Jeg har fått god oppfølging i voksen alder. Jeg har ikke vært lett å jobbe med. Det svikta da jeg var barn.”*

*”Jeg skulle ha ønska at jeg hadde fått bedre oppfølging fra fødsel og fram til i dag. Jeg har blitt svikta helt til nå – riktignok har det gått noe greiere det siste året. Jeg hadde trengt mer hjelp da jeg var mindre. Far søkte om sosial stønad, men fikk det ikke. Han fikk beskjed om å selge huset, men det ville han ikke. Det har vært dårlig med penger. Trygd og sosial har ikke sett hvor vanskelig det har vært økonomisk. Jeg ble tidlig voksen.”*

De som peker på forhold ved oppfølgingen de har fått i ung voksen alder, peker på ulike forhold. To er opptatt av at man må nærmest ta livet av seg før man blir sett av ”systemet”. En av disse benytter også anledningen til å kommentere psykiatireformen som legger opp til mer ambulerende og hjemmebaserte tjenester:

*”Min hovedkritikk til systemet er at en nesten må ta livet av seg før en får hjelp. Man må se folk og slutte å legge ned behandlingsplasser som hjelper. Det skal satses på å behandle folk hjemme. Men det er ikke alltid det er så greit. Se bare på mitt tilfelle!! Det er nok billigere, men sjeldent praktisk mulig.”*

En annen er opptatt av at ”systemet” må bli flinkere til å lytte til pasientene/brukerne og å ta dem på alvor. Dette er et forhold som flere av de andre informantene også kommenterte andre steder i intervjuene.

*”De kunne ha lyttet til hva jeg sa. De hørte ikke. Stilte tom diagnose, sa jeg var lat, at jeg ikke ville jobbe og at jeg hadde psykiske problemer. Selv føler jeg ikke at det er der problemet ligger.”*

Den siste kommentaren retter seg mot arbeidstilbudene som enten ikke er til stede eller er mangelfulle. En av informantene var spesielt opptatt av hvordan fordommer i samfunnet blir en uoverkommelig barriere for hans muligheter til å komme i arbeid:

*”Tilbudene er ikke der. Jobbtilbud som jeg kan trives i. Jeg ser hele tiden at funksjonsfriske får tilbud som de trives i. Fordommene i samfunnet er det verste. Jeg ble møtt med fordommer på videregående skole hver dag. Også mine venner og bekjente har fordommer. NAV og arbeidsgivere er også fulle av fordommer. Alt koster penger. Men de jobber og mottar lønn for å hjelpe deg. Det er ingen som kontrollerer dem!”*

For de fleste av våre informanter vil ovennevnte innspill ikke få noen betydning. De kan ikke få sin barndom tilbake og mange ble ”sett” for sent. Det nærmeste vi kan håpe på er at deres innspill, og det faktum at de har stilt opp for dette prosjektet, kan bidra til å skape debatt om hvordan ting kan gjøres bedre i framtiden. De unge peker på tre viktige forhold: Hvordan hindre at barn utsettes for omsorgssvikt; Hvordan øke kompetansen og ressursene innen en rekke profesjoner slik at unge som trenger hjelp, blir sett og får hjelp; Og hvordan utforme attføringsinstituttet på en slik måte at den blir mer meningsfylt og målrettet i forhold til unge voksne.

### **Drømmer, ambisjoner og stedbundethet**

En av våre arbeidshypoteser gikk ut på at unge på Agder skiller seg ut fra andre sammenlignbare grupper med tanke på ambisjoner og stedbundethet: Ungdom på Agder er mindre ambisiøse i forhold til deltakelse i arbeidslivet, og unge på Agder er mindre tilbøyelige til å flytte for å komme i arbeid fordi stedstilhørigheten er stor og knyttet til ideen om det gode livet på Sørlandet.

Selv om våre informanter hadde til dels svært ulike erfaringsgrunnlag da de var unge, svarer de aller fleste at de hadde helt vanlige drømmer og ambisjoner da de var unge. For de fleste gikk drømmene blant annet ut på å ha et yrkesaktivt liv og flere av informantene hadde relativt klare oppfatninger av hvilken yrkesvei de ønsket å gå. Kun en av informantene forteller at han aldri har hatt noen store ambisjoner og har heller ikke hatt spesielle fremtids-



drømmer om utdanning eller yrke. Denne personen er informanten som vi mener i størst grad er sosialisert inn i sykerollen. Slik uttrykker han det:

*”Jeg har i grunnen aldri hatt noen store ambisjoner. Jobb betyr inntekt – ikke noe mer. Noe å gjøre, kanskje.”*

De som opplevde en vanskelig oppvekst drømte også om å ha det godt og trygt, og flere drømte om en ny familie.

På spørsmål om drømmene har endret seg, svarer flere at ambisjonsnivået er redusert. Et svar som går igjen er at de drømmer om å bli friske og å føle seg på lik linje med andre – å være normal – ikke være den syke. Følgende sitat er hentet fra et av intervjuene:

*”Drømmen min er å bli frisk – å bli kvitt angsten og sinnet. Være som alle andre. Jeg ser på andre som har mann, barn og jobb – og også har fritid! Jeg greier ikke fritid engang.”*

Med tanke på tilhørighet og stedstilknytning viser de fleste til at de enten hadde svært få venner i utgangspunktet eller mistet vennene sine etter hvert som sykdommen/lidelsen gjorde seg gjeldene. Slik sett er det ikke vennekretsen som hindrer dem i å flytte. Da vi spurte informantene om deres tilhørighet til stedet og om de var villige til å flytte for å komme i arbeid, handlet mange av svarene først og fremst om avhengighet, ikke tilhørighet: Avhengighet til familien eller det tjeneste-/omsorgstilbudet som er etablert rundt dem. Flere av informantene forteller at de er avhengig av å være nær deres familie, og da fortrinnsvis mor. Med et lite eller manglende nettverk for øvrig, blir denne kontakten desto viktigere. To av informantene bor i egen leilighet i sokkeletasjen hjemme og spiser regelmessig sammen med familien/mor. Flere gir også uttrykk for at mor er den viktigste personen i deres liv. I tillegg forteller flere at de har brukt mye energi på å få til et kommunalt tjenestetilbud som fungerer. Flytter de utenfor kommunegrensa, må de begynne forfra, noe de ikke er villige til. For enkelte er det også oppstått et avhengighetsforhold til tjenesteytere som de ikke ønsker å rokke ved. Dette forteller tre av informantene:

*”Jeg bor her fordi mamma bor her. Flytter mamma så flytter jeg. I tillegg har jeg hatt den samme psykiatriske sykepleieren i ni år. Jeg er kjempeforføyd med henne. Flytter jeg utenfor kommunegrensa må jeg få ny. Det er jeg ikke villig til.”*

*”Jeg er avhengig av mor i dag. Mor er den viktigste personen for meg, men jeg ønsker meg også personlig assistent. Jeg blir bundet til kommunen på grunn av at vedtakene om tjenestetilbud følger kommunegrensa.”*

*”Jeg har ingen kontakt med egen familie i dag. Men jeg vil ikke flytte nå. Har det greit nå. Trenger de folkene som jeg har rundt meg. Det har tatt tid å få den hjelpen jeg trenger.”*

Tre av informantene gir ikke uttrykk for et avhengighetsforhold til verken familie eller tjenesteapparatet. Likevel viser to av dem til at de har bygget hus og etablert seg på stedet, og av den grunn blir bundet. En av informantene forteller:

*”Jeg opplever ikke meg selv som stedbundet i utgangspunktet. Kunne godt tenkt meg å flytte bort fra å være psykiatrisk pasient. Verken familie eller vennekrets ville holde oss igjen her – hvis muligheten til å starte på nytt bøy seg. Men har akkurat bygd hus og mannen min har etablert seg i ny jobb. Blir bundet av det.”*

### **Det gode liv**

Informantene ble spurt om hva som var det gode livet da de var unge, og hva som er det gode livet i dag. Dette viste seg å være et svært vanskelig spørsmål for informantene, og flere brukte lang tid på å svare. Det var spesielt informantene med en vanskelig oppvekst som fant dette spørsmålet utfordrende. En av informantene, etter en lang tenkepause, svarte:

*”Ingenting. Livet var ikke godt.”*

Andre som ikke hadde hatt en traumatisk oppvekst, viste stort sett til de gode stundene sammen med familien, og spesielt da familien var samlet i anledning familiemiddager, julefeiringer, ferier, og lignende.

På spørsmål om hva som kjennetegner det gode livet i dag, fikk vi en rekke ulike svar. Tre av svarene handler for så vidt om familierelasjoner: Enten å være del av en familie, bo sammen med sin ektefelle, eller å ha barn. Tre andre svar handler om det å mestre hverdagen ved at helsa er god eller at forholdene er lagt til rette for en varierende helse. Følgende svar illustrer sistnevnte:

*”Å ha det jeg har i dag. Å få hjelp fra det offentlige til å styre økonomien. Å beholde kontakt med psykiatrisk sykepleier. Å ha egen bo-*

*lig betyr mye for meg. Jeg er ikke alltid like frisk. Med egen bolig slipper jeg å forklare og unnskyldte meg.”*

En av informantene kan ikke si at livet er godt i dag. Han venter fortsatt på et bedre omsorgstilbud og håper fortsatt på at Aetat vil finne et godt arbeidstilbud til han. Han opplever det lite stimulerende å gå hjemme hele dagen.

Av det ovennevnte kan vi si at for vår informantgruppe handler ikke det gode liv om det de fleste forbinder med Sørlandet, nemlig sol, sommer og skjærgård. Det gode liv handler om gode familierelasjoner og/eller god helse, eventuelt tjenestetilbud som gjør det mulig å mestre en ustabil helse. Selv om det store flertallet av ulike grunner ikke ønsker å flytte, er forklaringene de gir helt andre enn vår arbeidshypotese tilsa.

### **Livet som uførepensjonist i ung alder**

Avslutningsvis ble informantene bedt om å beskrive hvordan livet som uførepensjonist er. Som vi har sett, ga informantene uttrykk for at det er riktig at de mottar en uførestønad. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at de er tilfreds med livet som uførepensjonist. Her er to av svarene vi fikk:

*”Jeg står på perrongstigen. Er i en bås. Er et mindreverdig menneske. Klarer ikke å leve opp til det samfunnet forventer. Føler meg mindreverdig og skammer meg over at jeg er der.”*

*”Jeg føler meg handikappet når jeg går på uførepensjon. Synes det er forfordelig. Ville helst ha jobba. Har noen perioder hvor jeg er oppe hele natt fordi jeg skal på jobb på mandag – men så har jeg ikke jobb. Føler meg deprimert og dum med vennene mine. Jeg har humørsvingninger. Jeg kan være langt nedfor. Jeg prøvde meg på lykkepillen – men da prøvde jeg å ta livet mitt. Måtte slutte med det. Nå bruker jeg bare paracet og sovemedisin.”*

Men ikke alle så like tungt på det. En av informantene har slått seg til ro med sin uføretilværelse og er tilfreds med tilbudet om en varig tilrettelagt jobb:

*”Jeg har en VTA-jobb. Sjefene mine der er veldig hyggelige – tolerante. Er veldig fornøyd med jobben.”*

To av informantene benyttet anledningen til å uttale seg om deres økonomiske situasjon. Mens den ene pekte på at uførepensjonen har gitt henne øko-

nomisk trygghet, er en annen mindre fornøyd med sin økonomiske situasjon, og spesielt hvordan tilleggssytelsen til ”unge uføre” kan slå uheldig ut.

*”Jeg bruker tiden på å klare meg selv. Noen ganger bruker jeg tre dager bare på å komme meg i dusjen. Noen dager er gode – andre ikke. Jeg er veldig glad for å være uførepensjonert for da kan jeg ha overskudd til å gjøre noe – i stedet for å bekymre meg over det økonomiske.”*

*”Det er svært tungvint økonomisk. Jeg har ikke mer enn jeg må. Jeg har lært meg å styre pengene, men ikke noe ekstra. Føler at jeg blir straffet ved at jeg ikke får godkjent ung uføre. Jeg har jo hatt like liten mulighet til å opparbeide meg inntekt og pensjonspoeng som andre med mer ”alvorlig” diagnose. Slik det er nå er ordningen svært urettferdig.”*

Samtlige av informantene gir uttrykk for at det å leve på en uførepensjon ikke er en ønsket situasjon. Samtlige viser også til at de aller helst ville ha jobbet hvis det var mulig, men en svingende helse eller et fordomsfullt arbeidsliv og tjenesteleverandører gjør det vanskelig. Enkelte har slått seg til ro med situasjonen de er i, mens andre er frustrerte og sinte på livet.

### **Oppsummering**

De unge uføres stemmer er basert på intervjuer med ni informanter. Vi har fått høre ni unike historier, og flertallets historier begynner i ung alder. Fem av informanter forteller om en vanskelig oppvekst. For enkelte kan helseproblemene tilskrives en konkret hendelse, mens for andre er det snakk om problemer som baller på seg. Selv om de etatsansatte og legen viser til sosial arv som en viktig forklaring for uførestatistikken på Agder, er det ingen av våre informanter som kunne vise til at foreldrene var mottakere av en uførepensjon. Riktignok kommer flere av informantene fra det man kan betegne som ressursvake familier, men vel så mange kommer fra tilsynelatende ressurssterke familier, og i vårt utvalg finner vi like mye omsorgssvikt i de ressurssterke som i de ressursvake familiene. I forhold til de sakene vi har fått innsyn i, mener saksbehandlerne fra tidligere trygdeetat og Aetat at det er sakene med en vanskelig oppvekst som er de mest typiske.

Fire av ni beskriver en god oppvekst og lykkelig barndom. To av disse ble imidlertid rammet av en ulykke/sykdom i tenårene som siden endret deres liv dramatisk. De to andre informantene utviklet en alvorlig psykisk lidelse i

ung voksen alder, som siden satt dem ute av stand til å opprettholde et ”normalt” yrkesliv.

Fem av ni beskriver en vanskelig oppvekst hvor problemene i hjemmet forplantet seg til skolen og andre livssfærer. Denne gruppen forteller at de hadde få, hvis ingen, venner, samt har opplevd mobbing og utestenging, samt lærings- og konsentrasjonsvansker i skolen. Mennene i dette utvalget beskriver sin atferd i ungdomsårene som utagerende og flere har ruset seg i ung alder, mens kvinnene viser oftere til spiseforstyrrelser og selvskading. Også mennene viser til selvskading og suicidal atferd. Felles for disse informantene er deres opplevelse av å ikke bli sett og svik: Svik fra deres nærmeste og svik fra de institusjonene som er etablert for å hjelpe dem, blant annet barnevernet. I følge informantene er roten til deres problemer å finne i deres familie og for flere ble det å komme bort fra familien ansett som løsningen. Møtet med BUP ble av disse informantene opplevd som positivt og flere forteller at dette var første gangen de opplevde å bli tatt på alvor. Men når det er sagt, var en del kritiske til manglende kontinuitet innen psykiatritilbudet.

I utgangspunktet hadde vi tenkt å tappe informantene for deres arbeidslivserfaring, blant annet om de opplevde å bli inkludert, hvordan de opplevde kravene som stilles til dem, hva det var ved arbeidslivet som var vanskelig, osv. Under intervjuene opplevde vi imidlertid at dette var noe av det informantene var minst opptatt av å snakke om. Arbeidslivserfaringene ble aldri hovedtema under intervjuene, trolig fordi erfaringsgrunnlaget deres var begrenset. Informantene var langt mer opptatt av å fortelle om oppveksten og møte med ulike etater og hjelpeinstanser. De som har erfaring med det ordinære arbeidslivet har stort sett positive erfaringer med kollegaene og arbeidsoppgavene. Det er imidlertid deres ustabile helse og egen usikkerhet i forhold til om man passet inn i arbeidsmiljøet, som ble en større barriere.

Når det gjelder møtet med trygdeetaten, viser informantene til en del misnøye. Flere følte seg mistenkeliggjort og mindreverdige, mens andre var frustrert over regelverket. Heller ikke alle av brukerne var fornøyd med basismøtene, med henvisning til at det ble snakket over hodet på dem. Det var imidlertid i forhold til Aetat misnøyen var størst. Misnøyen var rettet både mot Aetat som forvaltningsetat og tjenestetilbudet (attføringstiltakene) som Aetat bestilte/levverte. Samtlige av informantene har erfaring med attførings tiltak og samtlige viser til at tiltakene ikke var tilpasset deres behov og helse. Brukerne opplevde attføringstiltakene som pliktløp og for enkelte ble tiltakene en serie med nederlag.

Informantenes historier viser at det er ulike veier fram til en uførepensjon. Både brukernes egne ønsker, helsesituasjonen, tilgjengelige tjenestetilbud (attføringstiltak) og kvaliteten på legeuttalelsene har betydning for hvor lang tid prosessen fram mot en uførepensjon tar. Initiativet til å søke om en uførepensjon kommer fra mange ulike hold, ikke bare trygdeetaten slik forvaltningen ønsker det, og heller ikke bare fra familien slik man kunne forvente i tilfeller av sosial arv. Behovet for å slippe enda flere nederlag, ro til å bli bedre og en forutsigbar inntektssikring, gikk igjen da informantene skulle forklare hvorfor de ble tilstått en uførepensjon.

Informantene bekrefter at legene er viktige for dem. Mens enkelte har hatt lite med sin fastlege å gjøre, viser andre til at de har byttet fastlege fordi de enten ikke følte at de ble tatt på alvor, eller at legen ikke henviste de videre til spesialist. Når det er sagt, er likevel samhandlingen med legen, enten det er fastlegen eller spesialistlegen, ansett som viktig og legenes råd og veiledning vektlegges mer enn rådene fra forvaltningen. Diagnose er også viktig for brukerne fordi det kan spore an til riktig behandling, men enda viktigere fordi diagnosen er et bevis på at de faktisk *er* syke. For flere av informantene falt brikkene først på plass da diagnosen ble stilt.

I forhold til hva som kunne ha vært gjort annerledes, går svarene i retning av at man må i større grad sikre at barn ikke utsettes for omsorgssvikt, man må øke kompetansen og ressursene innen en rekke profesjoner slik at unge som trenger hjelp, får hjelp, og man må utforme attføringsinstituttet på en slik måte at det blir meningsfylt i forhold til unge voksne.

I forhold til verdier og stedbundethet fant vi at de fleste er stedbundet, men ikke av de grunner som vår arbeidshypotese tok utgangspunkt i. Informantene er ikke stedbundne på grunn av ideen om det gode livet på Sørlandet eller deres sterke vennenettverk. Deres stedbundethet kan heller relateres til avhengighet: Avhengighet til nærmeste familie eller til et tjenestetilbud. Det gode liv handler i dag om gode familierelasjoner og eller en god helse, eventuelt gode tjenestetilbud som gjør det mulig å leve med en ustabil helse. For denne gruppen handler ikke det gode livet om sol, sommer og skjærgård – slik mange forbinder med Sørlandet.

#### 4.9 Oppsummering

I dette kapitlet har vi redegjort for våre data fra Aust-Agder. Statistikken forteller oss at unge uføre i Aust-Agder er noe eldre ved tilståelse av uførepensjon og at en større andel har psykiske lidelser som hoveddiagnose, relativt til landsgjennomsnittet. Ansatte i forvaltningen og leger i Aust-Agder har ut-

dypet hva som kjennetegner unge uføre og det er relativt lite sprik i hva de forteller. Informantene beskriver omtrent tre like store grupper unge uføre, hvor den første gruppen beskrives som de med klare diagnoser, ofte somatiske, og som er alvorlig syke. I de to andre gruppene er funksjonstapet først og fremst knyttet til en eller flere psykiske lidelser og hvor det ofte er snakk om sammensatte problemer. I den første av disse gruppene er det snakk om sosiale og psykiske problemer som kommer til uttrykk i tilpasningsproblemer, rus, selvskading og/eller suicidal atferd. Denne gruppen kjennetegnes ved en vanskelig oppvekst hvor omsorgssvikt, mobbing, og lære- og konsentrasjonsvansker i skolen går igjen. Mange av disse har også vært i berøring med BUP før de fylte 18 år. Den siste gruppen kjennetegnes av ressursvake personer hvor det er vanskelig å identifisere hva problemet består i. Dette er personer som ikke klarer å yte mye og som trekker seg når de møter motstand eller utfordringer. Gruppen preges ikke av mangel på omsorg av nærmeste familie, men snarere av overbeskyttelse. Sakene preges av diffuse lidelser med mange symptomer og et lengre trygdeløp. Felles for de to sistnevnte gruppene er at det er et betydelig innslag av sosial arv og at man har med tapere fra ganske ung alder å gjøre.

I kraft av sin kjennskap til brukergruppen ble informantene fra forvaltningen og legene også spurt om hva som kan forklare den høye uføreandelen blant unge i Aust-Agder. Legene var samstemte i at det neppe er mer sykdom eller medfødte lidelser på Agder relativt til resten av landet, og at svaret må heller finnes i ikke-medisinske forklaringer. For øvrig mente informantene at forklaringen var sammensatt og at tallene for Aust-Agder er en akkumulering av flere uønskede trekk over tid. Mangel på ufaglærte jobber, sosial arv, flere rusrelaterte saker, en mangelfull tiltaksside, ”snille” leger, og det sørlandske folkelynne og kultur er alle ansett som mulige forklaringer. Bortfallet av ufaglærte arbeidsplasser, veksten i tjenesteytende sektor og satsingen på mer kompetansekrevene industri, har ført til at mange med lav eller ingen utdanning, ikke finner sin plass i arbeidslivet. Flere mener at disse strukturendringene forklarer mye. Samtidig er informantene samstemte i at sosial arv har svært mye å si for veksten av unge uføre på Agder. Det vises til en trygdekultur som bunner i et svakt arbeidsmarked, flere generasjoner med arbeidsledighet og uførepensjonering, kombinert med en sterk stedstilknytning, lav utdanning, dårlig økonomi, dårlig helse, osv. Familier kommer inn i en negativ spiral som det er vanskelig å bryte ut av og hvor rollemodellene er trygdemottakere. Det vises også til et klart rusproblem i Aust-Agder og at flere trygdesaker kan knyttes til rusproblematikken, samtidig som rusrelaterte helseproblemer har blitt mer legitimt som grunnlag for en uførepensjon. Videre er informantene enige om at det er få atferdingstilbud som retter seg mot unge, og at mangelen på gode tiltak i regionen kan trolig forklare noe.

Informantene var også innom temaet legeshopping, hvor det ble vist til at det er lettere å "bestille" bestemte diagnoser hos enkelte leger og at legeshopping oppleves å være mest utbredt blant unge personer.

Både informantene i forvaltningen og legene viste også til det sørlandske folkelynne som en mulig forklaring på overhyppigheten av unge uføre på Agder. Med dette menes at folk på Agder er lite åpne og forsiktige, og at det å framstå som vellykket (fasaden) betyr mye. Siden Agder preges av små miljøer med sterke normsett hvor det ikke er stor takhøyde for å være annerledes, kan dette gi seg utslag i psykiske lidelser. Forsiktigheten, kombinert med familiens sterke rolle på Agder, kan også ha betydning for handlingsmønsteret til barnehager, skoler og tiltaksapparatet, herunder barnevernet. Det kan tenkes at institusjonene som skal ivareta barns interesser ikke griper tidlig nok inn ved omsorgssvikt nettopp fordi familien står sterkt, problemene låses inne i familiene og det er lite innsyn.

I den grad kjønn er en forklaringsvariabel i forhold til unge uføre på Agder, har det lite med dobbeltarbeiderhypotesen å gjøre, det vil si arbeidshypotesen som sier at kvinner oftere er dobbeltarbeidende og således mer utsatt for helsemessige belastninger. I den grad kjønn er en viktig forklaringsvariabel, må det heller forstås ut fra hvilke rollemodeller unge kvinner på Agder har. På Agder er kjønnsrollemønsteret fortsatt svært tradisjonelt. Det er Agder som scorer lavest på SSBs likestillingsindeks og kvinners yrkesdeltakelse på Agder er lav relativt til andre landsdeler. Flere av våre kvinnelige informanter mener at disse faktorene kan ha noe å si for omfanget av unge uføre. Rollebildet til unge kvinner på Agder er ofte mødre som ikke er yrkesaktive, eller som har et marginalt forhold til arbeidslivet i kraft av en deltidsstilling, og hvor det er høy aksept for ikke å være yrkesaktiv.

I denne kartleggingen har vi også intervjuet et utvalg av unge uføre. Av de ni historiene vi har hørt, passer seks inn i kategoriene som legene og de ansatte i forvaltningen har definert. De etatsansatte og legene tillegger sosial arv en viktig rolle, men ingen av våre informanter kunne vise til foreldre som var mottakere av en uførepensjon da de var unge. Flere av informantene kommer riktignok fra ressursvake familier, men vel så mange kommer fra ressurssterke, og det beskrives like mye omsorgssvikt av informantene fra de ressurssterke familiene som fra de ressursvake. Det er gruppen med diffuse lidelser hvor det er vanskelig å identifisere hva problemet består i, som er svakest representert i våre brukerintervjuer.

Fire beskriver en god oppvekst, mens fem beskriver en vanskelig oppvekst hvor problemene i hjemmet forplantet seg til skolen og andre livssfærer. Fire



av informantene forteller om omsorgssvikt og anser dette som roten til deres senere psykiske problemer. Felles for disse informantene er deres opplevelse av ikke å bli sett og tatt på alvor. Ordet svik går igjen i deres fortellinger og samtlige ønsket seg bort fra sine familier. To av informantene utviklet en psykisk lidelse i ung voksen alder, men tilskriver ikke dette deres oppvekst, men ser ikke bort i fra at tap av deres far i tenårene kan ha bidratt til å utløse deres psykiske lidelse. De to siste som opplevde en god og trygg oppvekst ble rammet av en ulykke/sykdom i tenårene, som igjen førte til at de ble fysisk funksjonshemmede.

Våre informanter har hatt begrenset med arbeidslivserfaring. To av informantene har kun erfaring fra arbeidsmarkedstiltak, mens flertallet av de som har erfaring fra det ordinære arbeidslivet har relativt korte arbeidsforhold. Informantene gir uttrykk for at de ønsker å arbeide, men at det i hovedsak er deres svingende helse som er hovedutfordringen. Sistnevnte gjelder spesielt for de med psykiske lidelser, mens de med fysiske funksjonshemninger opplever i større grad at arbeidsgivere og tiltaksapparatet er fordomsfulle.

Initiativet til å søke om en uførepensjon kommer fra mange ulike hold. Informantene fra trygdeetaten er lite fornøyd med at leger tilrår uførepensjon uten forutgående kontakt med trygdeetaten om dette. Samtlige informanter bekrefter også at diagnose er viktig i en uføresak. ”Riktig” diagnose kan være med på å avgjøre om en sak vipper over til å bli en uføresak eller ikke. Det er også stor enighet om at det mangler gode attføringstilbud for unge voksne, spesielt unge med psykiske lidelser som har en variabel helse. Svært mange av informantene i forvaltningen, blant legene og blant de unge uføre opplever attføringstiltakene som pliktløp og sløseri av tid og ressurser. Enkelte mener likevel at tiltakene bidrar positivt ved at de bidrar til å strukturere hverdagen og således er et viktig ledd i å sosialisere de unge til arbeidslivets krav om regularitet og disiplin.

I den grad kartleggingen avdekket uoverensstemmelser mellom forvaltningen og brukerne, gikk det i hovedsak ut på at partene så ulikt på brukernes mestringssevne. I enkelte saker hadde brukerne større tro på sin gjennomføringsevne enn det forvaltningen og spesialistene hadde. Når forvaltningen opplever at brukerne har urealistiske forventninger tas arbeidspraksis i bruk som et virkemiddel for å realitetsorientere dem.

Informantenes historier viser at det er ulike veier til en uførepensjon. De fleste opplevde det å søke om en uførepensjon som et nederlag, men har samtidig innsett at der og da var det riktig. Behovet for å slippe enda flere nederlag, ro til å bli bedre og en forutsigbar inntektssikring, var forklaringer

som gikk igjen blant informantene med psykiske lidelser da de skulle forklare hvorfor de ble tilstått en uførepensjon.

Forvaltningen beskriver legene som både deres medspillere og motspillere, og heller ikke alle legene var like godt fornøyd med samarbeidet med forvaltningen. Partene stiller spørsmål til hverandres kompetanse og hvem som er best egnet til å gi råd og veilede i forhold til trygdefaglige spørsmål. Legene mener de har god kjennskap til sine pasienter, men dette tilbakevises av enkelte i forvaltningen og enkelte brukere. Forvaltningen etterlyser også bedre (mer) vurderinger av funksjons- og/eller arbeidsevne, enn det de opplever legene leverer. Enkelte mener at mangelen på god kommunikasjon mellom forvaltningen og legene er med på å skape flere uføresaker. For øvrig mener flere at hvordan legene har organisert sin praksis, samhandlingsmønstre, samt fastlegeordningen, bidrar til ulik og ujevn legepraksis, noe som også kan bidra til lege- og trygdeshopping. Forvaltningen og legene er samstemte i at legeshopping forekommer og at det er mest utbredt blant unge. Flere av våre uføreinformanter har byttet lege og de forklarer det med at legen ikke tok dem på alvor og/eller at fastlegen ikke ville henvise dem til spesialist. Samtlige er enige om at legene spiller en svært viktig rolle i uføreprosessen, både i kraft av sin medisinske kompetanse og i kraft av de råd de gir til pasientene. Legenes råd tillegges større vekt blant brukerne enn rådene de mottar fra forvaltningen. En arena hvor forvaltningen, legene og brukerne skal komme sammen for å finne gode løsninger, er basismøtene. Intervjuene avdekket imidlertid svært ulike oppfatninger av nytteverdien av disse møtene. Mens legene anså dette som en god arena for å påvirke veien videre, var det delte meninger i forvaltningen om disse møtene var hensiktsmessige. Brukerne som har minner fra basismøtene beskriver ofte at de andre snakket over hodet på dem.

I de neste kapitlene skal vi presentere data fra de tre andre fylkene. Vil vi høre mer eller mindre det samme eller vil det komme fram nye momenter? I lys av de neste tre kapitlene, vil vi i kapittel 8 komme tilbake til spørsmålet om det vi har presentert i dette kapitlet er særegent for Aust-Agder, og eventuelt på hvilke punkter skiller Aust-Agder seg ut.

## 5 Hedmark

### 5.1 Innledning

Som nevnt i innledningen er Hedmark valgt som sammenligningsfylke til Aust-Agder. Felles for disse fylkene er både høy andel unge uføre og høy tilgangsrate. Både Hedmark og Aust-Agder skårer lavt på flere objektive levekårsindikatorer, noe vi vil se nærmere på i dette kapittelet. Formålet med å sammenligne Hedmark og Aust-Agder er med andre ord å se om vi finner felles trekk i datamaterialet, siden utviklingen i uføreforekomsten beveger seg i samme retning. I dette kapittelet vil vi se på hvilke områder fylkene har fellestrekk og ikke, og vi vil drøfte hva både informantene og tallene sier om situasjonen i fylket.

Da dette prosjektet ble igangsatt i 2007 mottok 2,6 prosent av alle i Hedmark mellom 18-34 år uførepensjon. Samme tall for Aust-Agder var på 3,2 prosent, mens landsgjennomsnittet lå på 2,0 prosent. I Hedmark var tilgangsraten for nye uføre i alderen 18-34 år på 4,7 prosent, mens tilsvarende tall i Aust-Agder var på 5,2 prosent, mot 3,7 prosent på landsbasis. Blant Hedmarks 22 kommuner og det er relativ stor spredning mellom kommunene med tanke på uførebeholdningen og nye uføremottakere. Ved utgangen av 2005 representerte Åmot og Våler ytterpunktene, hvor henholdsvis 1,2 prosent og 4,0 prosent av aldersgruppen 18-34 år er uføretrygdet. Mens spredningen i Aust-Agder i hovedsak begrenset seg til +/- 0,5 prosentpoeng fra fylkesgjennomsnittet, må vi opp i +/- 1,0 prosentpoeng fra fylkesgjennomsnittet for å få med oss de fleste kommunene i Hedmark.

Ved valg av kommuner i Hedmark brukte vi de samme kriteriene som i Aust-Agder, nemlig at kommunene skulle ligge tett på fylkesgjennomsnittet i omfanget av unge uføre, samtidig som vi måtte ta hensyn til at populasjonen var stor nok av hensyn til personvernet. Av sistnevnte grunn ble større tettsteder foretrukket framfor steder med en mindre populasjon. To av kommunene lå på fylkesgjennomsnittet med tanke på uførebeholdningen (2,4 prosent) og hadde store nok unge uførepopulasjoner, nemlig Stange og Ringsaker, og begge ble forespurt. Stange takket ja til å delta, mens Ringsaker ikke hadde anledning. Som erstatning ble Kongsvinger med et avvik fra fylkesgjennomsnittet med +0,1 prosentpoeng (2,5 prosent), forespurt. Kongsvinger takket også ja.

I Hedmark har vi fått innblikk i åtte saker. De unge uføre som ga sitt samtykke i dette fylket samtykket til både mappeinnsyn og intervju med dem selv og deres saksbehandlere. Alle informantene er kvinner. Fem av dem har en del eller mye arbeidserfaring (flere år i fast arbeid), mens de øvrige tre har lite eller ingen arbeidserfaring (hovedsakelig arbeidspraksis og vikariater av kort varighet). Alle informantene oppga at det var forhold i oppveksten som hadde vært vanskelig, så som for eksempel omsorgssvikt, mobbing, psykisk syke foreldre, dysleksi, og/eller skilsmisse. Allikevel betegnet flere av dem oppveksten som ”grei”, når de nå så tilbake på den. Fem av informantene lever i parforhold, og fire av dem har barn. En av informantene har gradert uføreytelse, de øvrige er 100 prosent på tidsbegrenset uføretrygd. Når det gjelder informantene så har seks av dem mødre som er eller var uføretrygdet. Med hensyn til utdanningsnivå, har en av informantene utdanning på høyskolenivå, mens tre har fagbrev. Halvparten av dem har enten gjennomført videregående eller delfag fra videregående skole.

I tillegg til intervjuene med unge uføre har vi intervjuet to rådgivende overleger og fem saksbehandlere: To fra tidligere Aetat og tre fra tidligere trygdeetaten. De har fra ca 7-30 års arbeidserfaring innen ulike saksområder fra de to etatene. Det bør tilføyes at enkelte av saksbehandlerne har vært inne i flere av sakene, slik at antall saker som er belyst er noe større enn antall intervjuer. Enkelte sentrale saksbehandlere var langtidssykmeldte eller hadde sluttet, slik at vi fikk ikke intervjuet alle nøkkelpersonene i hver enkelt case. De to rådgivende overlegene vi intervjuet har begge lang erfaring som fastleger. Det lyktes oss dessverre ikke å få noen fastleger i Hedmark i tale, og til slutt måtte vi gi opp av tidshensyn. Totalt intervjuet vi 15 personer i Hedmark.

## 5.2 Kjennetegn ved Hedmark

Hedmark er spredtbebygd med noen sentra: Gjøvik, Hamar/Stange og Kongsvinger. At fylket er spredtbebygd gjør at det preges av store avstander, mange små bygder og ”langt mellom hus”. 55 prosent av innbyggerne i Hedmark bor i tettbygde strøk mot 68 prosent i Aust-Agder. Hedmark har 22 kommuner med til sammen ca 190.000 innbyggere. Fem av kommunene har et innbyggertall på over 10.000, resten er småkommuner. Største kommune er Ringsaker med 32.000 innbyggere. I forhold til Hedmark-målestokk er Kongsvinger, med 17.361 innbyggere, og Stange, med 18.821 innbyggere<sup>20</sup>,

---

<sup>20</sup> Pr. 01.01.2008.

blant de store kommunene. 19 prosent av befolkningen i Hedmark bor i Kongsvinger og Stange hvor vi har gjort feltarbeidet.

**Tabell 5.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007 (SSB-tall)**

	<b>Hedmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Bosetting: Andel bosatt i tettbygde strøk. Prosent	55	68
Sysselsatte 15-74 år. 4. kvartal 2007. Prosent av befolkningen	68	69
- Menn	72	72
- Kvinner	64	65
Registrerte arb.ledige som andel av arb.styrken, årsgj.sn. 2006. Prosent	1,8	2,6
- Menn 2006	2,0	2,4
- Kvinner 2006	1,7	2,9
Bruttoinntekt per innb. 2007. 17 år og over.	276.500	297.600
- Menn	329.300	376.200
- Kvinner	225.800	220.700
Sysselsatte fordelt på næring. Prosent		
- Primær	6,7	2,8
- Sekundær	20,3	22,8
- Tertiær	72,6	74,0
Sysselsatte fordelt på sektor. Prosent		
- Offentlig forvaltning	33,4	31,2
- Privat sektor og offentlige foretak	66,6	68,8

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Fylket har tradisjonelt hatt mye jord- og skogbruk, og det har dermed vært preget av mye primærnæringer og fysisk tungt arbeid som krever lite eller ingen utdanning. Arbeidsledigheten i Hedmark er lavere enn i Aust-Agder. Noe av årsaken til dette kan kanskje være at deler av Hedmark har felles arbeidsmarked med Oslo. Relativt sett har imidlertid Hedmark og Aust-Agder samme andel sysselsatte som pendler ut av regionen (henholdsvis 38 prosent og 37 prosent). Dette utgjør langt flere arbeidstakere i Hedmark enn i Aust-Agder i og med fylket har langt flere innbyggere. Fylket har fortsatt langt høyere andel arbeidsplasser innen primærnæringene enn Aust-Agder. Primærnæringene assosieres ofte med lavt inntektsnivå, og en større andel av sysselsettingen i denne næringen kan trolig forklare at gjennomsnittsinntekten for menn i Hedmark nesten er 50.000 kroner lavere enn for menn i Aust-Agder. Dette, og flere detaljer ser vi i tabell 5.1 som viser enkelte nærings- og arbeidsmarkedstall for Hedmark og Aust-Agder.

Et annet punkt hvor Hedmark og Agderfylkene skiller seg fra hverandre, er når det gjelder befolkningssammensetningen. Mens Agder har mange barn i aldersgruppen under 16 år, har Hedmark landets høyeste andel innbyggere over 80 år: Hele 5,8 prosent av innbyggerne er i denne aldersgruppen<sup>21</sup>. Hedmark har i tillegg den laveste andelen personer i alderen 20-44 år i landet. Kun 31 prosent av innbyggerne er i denne aldersgruppen. I følge *Samfunnsspeilet* (2005) er det slik at ”Variasjonen mellom fylkene for denne aldersgruppen henger sammen med forskjeller i flyttingen til og fra fylkene”.

Tabell 5.2 viser tall for oppvekst, omsorg og helsefeltet. Tabellen viser en liten forskjell i tjenestetilbudet til barn (barnehagetilbudet og skoletilbudet inntil sjuende årstrinn), med et noe bedre tilbud i Hedmark. Fra åttende årstrinn synes forskjellene å bli borte. I tillegg til disse forskjellene, har Aust-Agder en noe høyere andel grunnskoleelever med spesialundervisning, en større andel på barnevernstiltak, samt en noe høyere andel sosialhjelpsmottakere, sammenlignet med Hedmark. Legedekningen er imidlertid relativ lik i begge fylkene.

Når det gjelder utdanningsnivå ligger Hedmark langt under resten av landet<sup>22</sup>. Over 80 prosent av befolkningen i Hedmark har videregående utdanning som høyeste utdanning. På landsbasis gjelder dette for 74 prosent. Det som i tillegg kjennetegner Hedmark, er at det er mange med kun grunnskole med høyeste utdanning. I forhold til høyere utdanning<sup>23</sup>, er det korte universitets- eller høyskoleutdanning som dominerer bildet. Hedmark har altså i sum landets laveste utdanningsnivå.

---

<sup>21</sup> <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200504/03/index.html>

<sup>22</sup> <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/tab-2008-08-21-01.html>

<sup>23</sup> Kort universitets- og høyskoleutdanning omfatter høyere utdanning t.o.m. 4 år  
Lang universitets- og høyskoleutdanning omfatter utdanninger på mer enn 4 år, samt forskerutdanning

**Tabell 5.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006**

	<b>Hedmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Barnehagedekning 1-2 år. Prosent	61,3	55,7
Barnehagedekning 3-5 år. Prosent	94,9	91,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 1. til 7. årstrinn.	12,9	14,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 8. til 10. årstrinn.	15,3	15,4
Andel elever i grunnskolen med spesialundervisning. Prosent	6,7	7,4
Andel av befolkningen 16 pr og eldre med høyere utdanning. 2007. %	18,8	22,1
- Menn 2007	16,6	20,5
- Kvinner 2007	21,0	23,6
Andel barn 0-17 år med barnevernstiltak. Prosent	3,1	4,0
Sosialhjelpsmottakere per 100 innb. 20-66 år.	4,0	5,1
Legeårsverk per 10.000 innb.	9,3	9,4

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Tabell 5.3 viser tall for unge trygde- og sosialmottakere. Hedmark har en lavere andel unge mennesker på uførepensjon og attføringspenger enn Aust-Agder, mens andelen mottakere av økonomisk sosialhjelp og rehabiliteringspenger er på nivå med Aust-Agder. Det er altså ingen grunn til å si at en lavere andel trygdede blant de unge presses over på sosialbudsjettet. Andelen enslige forsørgere er noe lavere i Hedmark relativt til Aust-Agder og dette kan trolig ha en sammenheng med at aborttallene er høyere enn i Aust-Agder.

**Tabell 5.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007**

	<b>Hedmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Uførepensjonister. 16-66 år. Prosent	13,9	13,5
Uførepensjonister. 18-34 år. Prosent	2,4	3,2
Mottakere av rehabiliteringspenger. 18-34 år. Prosent	1,6	1,6
Mottakere av attføringspenger. 18-34 år. Prosent	2,6	3,1
Mottakere av økonomisk sosialhjelp. 18-34 år. Prosent	7,8	7,7
Overgangsstønad 20-39 år. Prosent	4,3	4,7
Abort under 20 år. 2006	18,8	15,3

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

### 5.3 Hva kjennetegner unge uføre i Hedmark

Tabell 5.4 viser de unge uføre fordelt etter alder. Vi ser at andelen uførepensjonister 18-24 år er høyest i Hedmark, mens det er en høyere andel uførepensjonister i aldersgruppen 30-34 år i Aust-Agder. Det samme gjenspeiles i tilgangstallene.

Når det gjelder diagnosemønster ser vi en høyere andel psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i Aust-Agder, relativt til Hedmark. Den andre store forskjellen er at andelen ”diagnose mangler foreløpig” er høyere i Hedmark enn i Aust-Agder, mens andelen med medfødte misdannelser og kromosomavvik er litt høyere i Aust-Agder sammenlignet med Hedmark. Forskjellen i aldersprofil mellom fylkene kan trolig forklare ut fra diagnosebildet. Brukerne med psykiske lidelser har ofte et mer sammensatt sykdomsbilde og de går ofte lenge i ”systemet” før de får innvilget en uførepensjon.

**Tabell 5.4 Unge uføre fordelt på alder. 2007. Prosent**

Alder	Beholdning pr 31.12.07		Nye uføremottakere i 2007	
	Hedmark	Aust-Agder	Hedmark	Aust-Agder
18-19 år	4,3	3,4	15,6	14,4
20-24 år	17,4	13,3	19,4	13,5
25-29 år	25,1	28,1	20,6	27,0
30-34 år	53,2	55,2	44,4	45,0
N	897	707	160	111

Kilde: Spesialbestilling SSB



**Tabell 5.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Prosent**

Diagnose	Hedmark 18-34 år	Aust-Agder 18-34 år
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	56,3	64,3
Sykdommer i nervesystemet	10,4	9,0
Sykdommer i muskel- og skjelett og bindevev	9,6	7,4
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	7,0	7,8
Skader, forgiftninger og vold	4,6	3,1
Diagnose mangler foreløpig	4,8	1,5
Rest	7,3	6,9
I alt	100	100

Kilde: Spesialbestilling SSB

### Hva kjennetegner unge uføre i Hedmark ifølge informantene?

I Hedmark har vi intervjuet i to kommuner hvor den ene representerer et tettsted og den andre et mer landlig område. Det synes likevel som at karakteristikkene av unge føre er ganske like uavhengig av dette. Våre informanter er relativt lite opptatt av å kategorisere de unge uføre etter diagnose når vi spør hva som kjennetegner dem. Unntaket er de fødte unge uføre som de mener utgjør mellom 5-10 prosent av den totale beholdningen i dag. De mener at Hedmark har en noe høyere andel psykisk utviklingshemmede enn i landet for øvrig. Det vises til inngifte og dårlig arvemateriale generelt. I sammenheng med dette nevnes at Hedmark også har en del psykiatri, det som tidligere gikk under navnet evneveik, og at disse individene også får unge uføre i dag.

Når det gjelder den resterende gruppen unge uføre kommer nesten alle informantene inn på betydningen av lav utdanning hos brukerne. Dette opplever de som svært relevant i det trygdelovgivningen slår fast at det skal tas hensyn til arbeidsmarkedet og brukernes muligheter der. Fra Mjøsa til for eksempel nord for Elverum er det et svært ensidig næringsgrunnlag. De ser familiene og de ser at historien om lav utdanning hos foreldrene gir lav utdanning hos barna. Mange av disse unge sliter psykososialt, med rus og tilgrensende problemer. I denne gruppen mener informantene at det også ligger mye omsorgssvikt:

*”Jeg er ikke i tvil om at de som har hatt en vanskelig oppvekst er i flertall.”*

Denne informanten anslår videre denne gruppen til å omfatte 30-40 prosent av alle unge uføre i Hedmark i dag.

I tillegg kommer gruppen med lav utdanning og generelt dårlige holdninger, eller de oppleves generelt som umotiverte av informantene. De mener dette også nedarves i familiene og kanskje kan komme av selektert lavere ressurser i utgangspunktet og dårlig arvemateriale. Muskel-skjelett, ME og psykiske lidelser er de diagnosene de ser går igjen hos familiene. Informantene forteller at mange i denne gruppen er mer opptatt av rettighetene de har, heller enn mulighetene, og at dette ofte er arvelig.

*”Vi får en del gjennom sosialkontoret – foreldrene ”kaster” dem ut når de er 18. ”Nå har du rett på penger”. De har kanskje ofte en eller annen diagnose vi ikke vet før vi har prøvd forskjellige ting.”*

#### **5.4 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Hedmark?**

Informantene fra forvaltningen og legeinformantene mener de i liten grad kjenner mer enn sitt eget fylke og at det derfor er vanskelig å si hvordan det er for landet generelt. De ønsker ikke å spekulere i dette da de mener de ikke har tilstrekkelige forutsetninger for det. Men utviklingen av arbeidsmarkedet og de kompetansekrav som stilles, les: mangelen på ufaglærte arbeidsplasser, utviklingen av utdanningssystemet hvor stadig mer teori kreves samt en større legalisering av rusproblematikk som gyldig årsak til uførestønad blir likevel nevnt av enkelte.

#### **5.5 Informantenes forklaring på uføreandelen i Hedmark**

Saksbehandlerne og de rådgivende overlegene var klar over at Hedmark ligger høyt på uførestatistikken generelt. Det var heller ingen overraskelse for dem da vi fortalte at de også har en høy andel unge uføre i fylket. Vi ba informantene finne mulige årsaker til dette. Generelt synes informantene at det er vanskelig å si noe om dette, og de svarer først ganske diffust. Når de så får oppfølgingsspørsmål viser det seg at de egentlig har tenkt litt på dette, og svarene har en del fellestrekk, både med hensyn til hva de er opptatt av, og hva de ikke er opptatt av som mulige forklaringsvariabler.

Forklaringsvariabelen som alle informantene er opptatt av, og som de mener er viktigst, er den vi med en fellesbetegnelse kan kalle ”sosial arv”. Med sosial arv forstår vi faktorer som miljø, kultur, familie og oppvekstforhold. På den annen side har vi den faktoren som informantene ikke var opptatt av, nemlig rus. Rusproblematikken tillegges derfor mindre vekt i presentasjonen av Hedmark-dataene. Ikke overraskende synes det som at flere faktorer påvirker uføretrygding i et komplekst samspill. Vi velger derfor å oppsummere med et sitat fra en av de rådgivende legene vi intervjuet:

*”Flere velger velferdssamfunnets tilbud. Det er summen av alt, og bakgrunnsfaktorene.”*

I fremstillingen under har vi valgt å sortere forklaringsvariablene i de samme kategoriene som vi brukte i Aust-Agder kapittelet, nemlig trekk ved arbeidslivet/næringsstrukturen, sosial arv og trekk ved familien/enkeltindividene, rusproblematikk, legepraksis, forvaltningspraksis og trekk ved kulturen og folkelynne.

### **Trekk ved arbeidslivet og næringsstrukturen**

Når det gjelder trekk ved arbeidslivet og næringsstrukturen, så peker informantene på at arbeidsplassene i stor grad har vært fysisk tunge, for eksempel innen primærnæringene og anleggsarbeid. Samtidig har det vært, og er, fortsatt begrenset med arbeidsplasser for dem med høyere utdanning. Informantene mener derfor at de som tar høyere utdanning flytter, først for å ta utdanningen, og når de i neste fase skal etablere seg, kommer de ikke tilbake fordi det mangler relevante jobber for dem. Denne ”hjerneflukten”, hvor de mest ressurssterke flytter, tar utdanning, og ikke kommer tilbake fører til en seleksjon i hvem som blir igjen. Informantene tar selv opp at Hedmark har landets laveste utdanningsnivå, og peker på at det i seg selv kan være en forklaring på at de ligger høyt på uførestatistikken.

### **Sosial arv og trekk ved familien eller enkeltindividene**

Sosial arv og trekk ved familien eller enkeltindividene er en faktor som trekkes fram som viktig av samtlige informanter. I denne sammenhengen bruker de begreper som ”arv”, ”miljø”, ”kultur” og ”går igjen i familien” når de snakker om uføretrygding. En del snakker om foreldrenes rolle både som forbilder og pådrivere og mener at de både har sett at de påvirker barna sine og at de kan påvirke dem negativt. Når det gjelder sosial arv er forklaringene

og sammenhengene som trekkes fram av informantene i Hedmark svært like de som fortelles av informantene i Aust-Agder.

Sosial arv og trekk ved familien henger også i stor grad sammen med den psykiske helsa til brukerne. Flere informanter fremhever at flere unge har diagnoser innen psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer enn tidligere. Fra statistikken presentert i tabell 5.5 ser vi at over halvparten av dem som mottar en uføreytelse har diagnose knyttet til ”psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser”. Selv om flere av informantene mener at de unge objektivt sett ikke er sykere nå enn tidligere, peker de på at de ser mye psykiatri i sakene. En saksbehandler stiller spørsmål ved hvorfor det synes økende:

*”Kan det være tidene? Prestasjonskrav? At det til sammen blir for mye?”*

En annen saksbehandler konkluderer med at både arv og miljø spiller inn:

*”Det psykiske består ofte av en del arv i familien og miljø.”*

### **Rusproblematikk**

Informantene tar i liten grad opp rusproblematikken i intervjuene. På spørsmål om hvordan det er på dette området, opplyser de at de har noe rusproblematikk. De mener at dette forsterkes gjennom nærheten til Oslo, det vil si at tilgangen på rusmidler er god.

### **Legepraksis**

Saksbehandlerne er opptatt av legenes praksis. De trekker uoppfordret fram legenes viktige rolle i uføresakene. Mange av saksbehandlerne vi intervjuet synes legene gjør en dårlig jobb med legeerklæringene i den forstand at legeerklæringene er for utydelige med hensyn til friskmelding, utsikter til bedring og redegjørelse for restarbeidsevne. Saksbehandlerne synes også at legene for ofte anbefaler pasientene uføretrygd eller ”lover” dem uføretrygd og dermed staker ut en retning i pasientens hode. Det gjør det vanskelig for saksbehandlerne i og med at visse krav må være oppfylt før en uføretrygd kan innvilges.

## Forvaltningspraksis

Som følge av NAV-reformen er sakene som tidligere ble behandlet lokalt nå samlet. Det innebærer at saksbehandlerne som nå jobber med disse sakene har fått et bredere sammenligningsgrunnlag. Både saksbehandlerne som i dag jobber i NAV forvaltning og ellers i NAV, trekker fram at det kan ha vært ulikheter i forvaltningspraksis. En saksbehandler sier:

*”Det kan være noe med de ansatte – tolking av regelverk. Ser det nå når vi får saker på revurdering av tidsbegrenset uførestønad at det kan ha vært litt for lett.”*

Det kan naturligvis også henge sammen med at tidsbegrenset uførestønad er en relativt ny ordning hvor det har tatt tid før saksbehandlingen/praksisen har etablert seg. Saksbehandlerne mener at praksisen nå er mer ens som følge av reformen. En av de rådgivende overlegene trekker fram at det i trygdelovgivningen legges opp til noe ulik praksis, slik at det skal være litt variasjon. De fleste av sakene vi har fått innsyn i stammer fra før NAV-reformen. I forhold til disse sakene er informantene relativt samstemte i at brukerne ikke har fått god oppfølging i tidligere trygdeetat og Aetat. Mappedinnsynet, samt nær samtlige informanter, inkludert brukerne, bekrefter at i svært mange av sakene har oppfølgingen vært mangelfull, eller bortimot fraværende.

En annen faktor som informantene mener kan påvirke saksbehandlingspraksisen, særlig over tid, er at brukernes kunnskapsnivå med hensyn til deres rettigheter har jevnt over blitt bedre. De yngre brukere som er mer fortrolige med internett har således større kjennskap til sine rettigheter enn tidligere generasjoner ”unge uføre”.

## Trekk ved kulturen og folkelynne

Det er vanskelig å si noe sikkert om Hedmark har trekk ved kulturen og folkelynne som skiller seg ut fra andre deler av landet. Det som informantene selv trekker fram, er at fylket er spredtbebygd. Det at det mange steder er langt mellom folk, gjør at man holder seg for seg selv, og den sosiale kontrollen som ligger i å bo tettere på hverandre blir mindre. Dette kan være med på å gjøre folk lite mobile og mer stedbundne. Dersom man i tillegg har flere trygdede rundt seg, vil dette kunne være med på å forsterke det. Informantene mener at det med å fremstå som vellykket i liten grad fremstår som viktig.

Ingen av informantene bruker begrepet ”trygdekultur”, men de er tydelige på at det mange steder (særlig på mindre plasser) er akseptert å være trygdet.

## Andre mulige forklaringsfaktorer

### Helse

Generelt sett er ikke de etatsansatte eller legeinformantene mye inne på helse som viktig forklaringsfaktor for utviklingen i unge uføre. De mener det er som for landet for øvrig i grove trekk, men at spredt bebyggelse har trolig gitt en overhyppighet av inngifte og derigjennom et dårlig genmateriale. Det fortelles om en overvekt av fødte unge uføre og psykiske problemer som følge av dette:

*”De som er sjuke – reelt dårlige. De som er født unge uføre. De er helt klare. Det er ikke så mange her, 5-10 prosent.”*

Som vi har vært inne på er informantene mer opptatt av betydningen av lav utdanning, et ensidig næringsgrunnlag, sosial arvelighet og lange avstander. En av legeinformantene eksemplifiserte dette slik:

*”Vi hadde en turnuslege her som kom fra Toten og var her litt. Han omtalte Toten som ”Vestkantpraksis” og Odalen som ”Østkantpraksis”. Han mente han så de samme skillene som du ser på Oslo Vest og Oslo Øst. Jeg tror det er sånn. Det er stor forskjell.”*

### Stedbundethet

Få av informantene kommer inn på spørsmålet om stedbundethet. Men enkelte viser til at folk i distriktene har sterke familieband:

*”Jeg har bodd nordpå – som du hører av dialekten. I Finnmark. Der er det naturlig at du flytter. Her er de mer stedbundne. Det er sterke familieband – ”sånn skal det være”.”*

Men det kan synes som det går et skille mellom dem med høyere og lavere utdanning. Mange flytter ut for å få utdanning og få av dem vender tilbake til hjemkommunen. De som blir igjen har den svakeste kompetansen og mange bor griségrendt. Sistnevnte gruppe blir mer stedbundne, men trolig ikke fordi det er attraktivt å bo der på grunn av et godt nettverk med venner, men heller fordi de opplever at de ikke har andre alternativer.

### **Kvinneres stilling på Hedmark**

Våre informanter er svært lite opptatt av kvinners stilling på Hedmark. Hedmark ligger på gjennomsnittet på likestillingsindeksen, men i forhold til kvinner i arbeidsstyrken skiller Hedmark seg ut i forhold til landsgjennomsnittet, med en litt lavere score enn landsgjennomsnittet (2,2 mot 2,5). Til gjengjeld skiller Hedmark seg positivt ut når det gjelder kvinners inntekt. Det vil si at kvinner har en noe lavere sysselsettingsrate i forhold til landsgjennomsnittet, men at de kvinnene som arbeider, tjener noe mer enn landsgjennomsnittet

## **5.6 Forvaltningspraksis**

I likhet med Aust-Agder legger også forvaltningen i Hedmark stor vekt på diagnose i sin vurdering av uføresaker. Har man ”riktig” diagnose er man et skritt nærmere en uførepensjon. Men jo yngre brukeren eller pasienten er, desto mer vekt legger de også på at attføring skal være forsøkt. For en ung person skal det mye mer til om han eller hun skal få gjennom en uføresak uten attføring eller utprøving/kartlegging. Samtidig forteller både legene og saksbehandlerne at dette har endret seg, særlig de siste årene. Den ene rådgivende overlegen sier følgende:

*”Er attføring prøvd i tilstrekkelig grad? Det har endret seg de siste tre årene. Hvis de kjørte hardt på varig ytelse så fikk de det tidligere.”*

Dersom brukeren ikke er født ufør eller har en klar diagnose som utelukker arbeid, så forteller både overlegene og saksbehandlerne at det brukes mye ressurser på attførings- og rehabiliteringstiltak, samt på dokumentasjon av dette før uførepensjon vurderes som den riktige løsningen. Samtidig uttrykker flere at det kan være individuelle forskjeller mellom saksbehandlerne, og at det også er forskjell på hvordan de ulike brukerne engasjerer seg i sin sak. Begge deler er med og påvirker utfallet. En saksbehandler i trygd sier det slik:

*”Synes noen ganger det sklir litt lett gjennom – det kan nok avhenge av saksbehandleren. Men regelverket er godt nok.”*

En av de rådgivende overlegene uttrykker også at saksbehandlingen påvirker utfallet:

*"Folk kan ha blitt uføre på grunn av for sen saksbehandling. Det er ikke ofte, men det hender."*

I forhold til dokumentasjonspraksisen er informantene i stor grad samstemte om at dokumentasjonskravene er passe strenge og omfattende. Samtidig utdyper en av de rådgivende overlegene dette på følgende måte:

*"Jeg synes stort sett det er passe. Men av og til tvinges man kanskje til å ta beslutninger på litt tynt grunnlag på grunn av sparsomme opplysninger i saken. Men samtidig skal vi hjelpe saksbehandlerne i å dechiffrere sakene, så vi får ofte de vanskeligste sakene. Mange får innvilget hvis de står på lenge nok. Gjelder det alle? Ofte fibromyalgi og lettere psykiatri."*

Flere av saksbehandlerne hadde kommentarer til de nye kravene om oppfølging når tidsbegrenset uførepensjon er innvilget. Et av målene med oppfølgingen er å rette fokus mot og veilede i forhold til aktivisering, slik at færre på sikt tilstås en varig uførepensjon. Saksbehandlerne uttrykker frustrasjon i forhold til samtalen som de skal gjennomføre med brukeren ganske kort tid etter innvilgelsen, fordi de har så mye annet å gjøre. Flere peker også på at brukerne heller ikke er klar for denne samtalen:

*"Samtale kort tid etter innvilgelsen. Den er pålagt. Det er litt bortkastet. Kan ikke forvente at de skal være klare da. (...) Det som overrasket meg var at de ikke hadde meninger selv om livet, hva de ville. Enkelte hadde sluttet å mene noe selv. De kunne bare se begrensninger og problemer. De fikk ikke til å se muligheter."*

En av de rådgivende overlegene bekrefter bildet som er tegnet over, nemlig at de ansatte i forvaltningen har opplevd det som vanskelig å følge opp brukerne:

*"De har et ønske om å prøve å følge opp, men det er vanskelig på grunn av de organisasjonsmessige rammene. Det burde vært mer av det. Det er veldig variabelt hvor godt oppfulgt de er."*

Fra det ovennevnte kan vi si at tidvis sen saksbehandling og manglende oppfølging er faktorer som gjør seg gjeldende i Hedmark.



## 5.7 Legenes rolle

I følge informantene er det 14 fastleger fordelt på fem legesentre i Kongsvinger. Det er stort sett tre til fem leger som driver sin praksis i fellesskap. I tillegg driver et ektepar praksis sammen. Kun en lege har solopraksis. Det vises til at det har vært en utfordring at det har kommet inn mange utenlandske leger de siste seks-sju årene som kanskje ikke har ” helt følelsen med det norske systemet”. Informantene beskriver legedekningen på Stange som god og ganske stabil. Noen få driver solopraksis, ellers er de i legesentre. Også på Stange er det utenlandske leger. Enkelte steder i fylket, som Nord-Odal, er det problemer med legedekningen. I følge informantene er det vanlig med solopraksiser i småkommuner, og at det i hvert fall er fire kommuner i fylket hvor det er få leger.

Som tidligere nevnt fikk vi dessverre ikke legene i Hedmark i tale. Vi har derfor måttet basere oss på informasjon fra saksbehandlerne og de rådgivende overlegene i dette avsnittet.

Legene er utvilsomt viktige. Hvis en bruker skal ha uføretrygd, yrkesrettet attføring eller rehabiliteringspenger, er diagnosen viktig for utfallet. Legene skal også uttale seg om funksjonsevne og utsikter til bedring. Eventuelt må de henvise videre til spesialister.

Flere av saksbehandlerne uttrykker at legene burde skrive bedre legeerklæringer, det vil si at de synes det er lite informasjon på legeerklæringene. I forhold til arbeidsavklaringer, er det en utfordring at brukerne ofte sykmeldes før de åtte ukene i avklaring har gått. En av saksbehandlerne beskriver problemet slik:

*”Det er et dilemma vi opplever stadig vekk. Så får vi ikke vite om at de har brutt avklaringa for ingen sier i fra til oss. Men de går først til legen. Det er et problem med innsatsen, motivasjonen. NAV har et utall av muligheter for å prøve ut folk. Jeg har tatt det opp med legene i forhold til sykmeldinger når de går på yrkesrettet attføring. De er jo i utgangspunktet syke da, men i et avklaringsløp. Poenget med en avklaring er jo nettopp at de går der fordi de ikke er helt friske. Hvis de merker det ikke går må de komme til oss og si i fra. Så må vi finne noe annet til dem.”*

Ellers nevner flere at fastlegene er ”alt for raske til å foreslå uføretrygd”. Spesialistene gjør det i mindre grad. At fastlegene gjør det er i følge saksbehandlerne problematisk fordi brukerens motivasjon for arbeid forsvinner og uføreløpet blir ”staket ut i pasientens hode”. Dermed opplever saksbehand-

lerne at de mer eller mindre må overprøve legene for å få avklart brukerens arbeidsevne. En annen saksbehandler nyanserer imidlertid dette:

*”Men jeg ser jo også at legene av og til skriver ”pasienten ønsker seg uføretrygd” – og det tolker jeg ofte som at de er litt uenige når de formulerer seg sånn”.*

Samtidig er det en balansegang mellom å utrede for mye og på den måten kunne bidra til sykeliggjøring og det å utrede for lite. Legeshopping er i følge enkelte saksbehandlere vanlig, og et problem, mens andre mener det ikke forekommer så ofte. Samtidig konstaterer de at det var mer vanlig før fastlegeordningen.

I en avklarings situasjon kan legen betraktes som pasientens talsmann. En av de rådgivende overlegene beskriver forholdet slik:

*”De er oppsøkt av en kunde som legger fram en sak.”*

Når det gjelder legene så er ikke bildet helt dekkende i og med at vi ikke lykkes i å få dem i tale. Det som synes tydelig, er at våre informanter i forvaltningen ikke opplever at det er et godt forhold eller samarbeidsklima med legene. Saksbehandlerne synes generelt å ha mange frustrasjoner i forhold til legene. Legedekningen er i følge saksbehandlerne god, selv om den varierer en del innen fylket. God legedekning vil både kunne gjøre at brukerne raskere får en diagnose og dermed adekvat behandling, men det kan kanskje også bidra til sykeliggjøring.

## **5.8 Hva forteller mappene oss?**

Informasjonen som framkommer i intervjuene med de ulike informantene sammenfaller i stor grad med det vi også kan lese av mappene. Mappene gir på mange måter et godt bilde av prosessen fram mot uføretrygden, om oppfølgingen (eller mangel på sådan), og om prosessen (for manges vedkommende) fram mot en diagnose og avklaring. Saksbehandlerne mener at mappene i stor grad gir et riktig bilde av saken, men en av informantene forteller at ikke alt skrives i mappa *”(...) vi samarbeider jo. Det er ikke nødvendig”*. Saksbehandlerne mente også at sammenslåingen til et NAV-kontor hadde gjort bildet mer oversiktlig fordi det forenkler samarbeidet og fordi all dokumentasjon på en person nå ligger i en og samme mappe. En av saksbehandlerne gir et talende bilde for endringen som har skjedd:

*”Det som er bra nå er at vi samarbeider. Vi får hele bildet av personen. Det er mye bedre. Det er en fordel å være et lite kontor som oss. Det er lettere når man kjenner hverandre. Vi tenker løsninger sammen. De kommer tidligere inn i rett vurdering/behandling.”*

Ovennevnte betraktning tyder på at tidligere saksbehandling har vært oppstykket og at man ikke har vært tilstrekkelig løsningsorientert i forhold til brukerne.

I sakene vi har fått innsyn i var det én sak som skilte seg positivt ut. En bruker fikk tett og god oppfølging, og den samme brukeren er i dag 50 prosent ufør og 50 prosent i vanlig inntektsgivende arbeid. De øvrige sakene preges av mange ulike saksbehandlere, manglende oppfølging, mye venting, usikkerhet og at ”tiden går”. Mappene tyder også på at selv om enkelte brukere går på ulike tiltak i flere år, er dialogen mellom dem og saksbehandleren likevel liten. Manglende dialog kan i enkelte tilfeller tilskrives at brukeren har flyttet, men det er også flere brukere som har bodd på samme sted hele tiden. Mappedinnsynet vi har gjennomført støtter således opp om beskrivelsen i 5.6 at det har ofte sviktet i forhold til oppfølging.

## **5.9 Hva mener de unge uføre selv?**

Som nevnt over har mappene gitt nyttig bakgrunnsinformasjon om hva som har skjedd i forløpet fram til en uførestønad. Intervjuene med brukerne gir imidlertid et nyttig supplement for å forstå deres opplevelse og forståelse av situasjonen. I enkelte av mappene kan vi lese mellom linjene at saksbehandleren og den unge uføre ikke alltid har vært helt enige eller forstått situasjonen likt. Dette bekrefter også de unge uføre informantene.

### **Oppvekst**

Enkelte av informantene hadde funksjonsnedsettelse som påvirket dem allerede før de ble myndige. På direkte spørsmål om det er forhold fra oppveksten som har hatt betydning for at de nå mottar uførepensjon svarer fem av informantene *nei*, og fire *ja*. De som svarer *ja* har opplevd omsorgssvikt og mishandling som har påført dem permanente fysiske og/eller psykiske skader som hemmer dem både i privat- og yrkeslivet. En av informantene som ser en klar sammenheng mellom oppveksten og manglende arbeidsevne i dag beskriver sin oppvekst med følgende ord:

*”Helt jævlig. Et mareritt. Fikk juling for ingenting. (...) Jeg har red-  
da mora mi fra overdose to ganger. Piller (...) Mora mi brydde seg  
ikke. (...) Jeg vurderte å ta livet av foreldrene mine. Men jeg fant ut  
at det ikke var verdt å sitte inne for. (...) Jeg unner ingen det jeg har  
opplevd. Det er moren og faren min som har ødelagt meg. Jeg hater  
dem for det de gjorde og ikke gjorde. De skulle ikke hatt barn.”*

Flere av dem som svarer *nei* på spørsmålet beskriver imidlertid forhold i oppveksten som har vært tøffe, særlig har de blitt mobbet på skolen. Disse informantene beskriver seg selv som outsiders med få venner. De fleste viser også til en oppvekst med mye turbulens, enten i form av skilsmisse eller foreldre med psykiske problemer som ikke har fulgt dem opp skikkelig i forhold til skole og det å stille krav til dem og sosialiseres. En av informantene har vokst opp sammen med sin mor og beskriver oppveksten på følgende måte:

*”Stødig. Jeg visste hva jeg hadde og ikke hadde. Jeg ble oppmuntra til å være selvstendig. Fikk lov til det jeg ville. Jeg ble stolt på. Jeg hadde tillit. Da jeg var 13-14 år kunne jeg for eksempel være borte i helga, overnatte hos andre uten å gi beskjed. Hun visste jeg ikke fant på noe tull og utsvevelser”.*

Denne informanten mener at oppveksten har gjort henne selvstendig og at den har gjort at hun står for sine meninger. Hun forteller også om mobbing, men sier at hun ikke brydde seg om det. Til tross for en annerledes oppvekst i den forstand at hun i stor grad har vært overlatt til seg selv og ikke har hatt grenser, mener hun at den ikke har hatt betydning for at hun i dag er uføretrygdet.

En annen informant beskriver sin oppvekst slik:

*”Urolig. Mamma og pappa skilte seg da jeg var ung – ni år. Pappa var alkoholiker, konstant utro – lastebil sjåfør med langtransport. Vi hadde dårlig økonomi og flytta mye. (...) Jeg ble mobba på skolen. Vi flytta da jeg skulle begynne i sjetten. Og det hjalp.”*

En annen informant gir også uttrykk for en vanskelig oppvekst, men mener at det er nå bearbeidet:

*”Jeg har gått til psykolog og bearbeida det. Legen ville sette meg på antidepressiva, men jeg liker ikke hva det gjør med kroppen. Jeg ville heller snakke.”*

En tredje informant er mer i tvil om oppveksten kan ha noe med at hun i dag er arbeidsufør:

*”Det var både og. Besteforeldrene mine bodde på samme gården - i nabohuset. Mor hadde psykiske problemer. Jeg måtte bli tidlig voksen. Var mye ensom. Men besteforeldrene mine... Jeg tror det redda meg på en måte – at jeg var med dem. Det var vanskelig.(...) Hva skal jeg si. Jeg har jo tenkt på det. Som unge – stenger ting inne – men at det siden kan ha gjort at jeg ble fysisk sjuk?”*

Som vi ser av sitatene har flere av informantene hatt krevende oppvekstforhold. De har vært ensomme, tatt mye ansvar tidlig, blitt mobbet på skolen, og flere har hatt psykisk syke foreldre. Selv om informantene selv mener at disse forholdene ikke har hatt betydning for at de i dag er arbeidsuføre, kan det likevel tenkes at det er en sammenheng. De forholdene barn vokser opp under er naturlig nok med på å sette sitt preg på dem som voksne. Når det gjelder oppfølging fra det offentlige i oppveksten, så var det kun en av informantene som ble tatt fra foreldrene og satt i fosterhjem. Til tross for at oppvekstvilkårene har vært vanskelige og at flere av de andre informantene har vært utsatt for omsorgssvikt, så synes det ikke som at skolen har fanget det opp. Det har heller ikke vært satt inn støttetiltaket i hjemmene så vidt informantene oppgir.

Selv om flere av informantene mente at de har klart seg relativt greit med foreldre som ikke satt grenser eller stilte krav, kan likevel overgangen til arbeidslivet med dens krav og forventninger, være vanskelig å mestre. Intervjuene tyder på at jo mer urolig og turbulent oppveksten er, jo større er sannsynligheten for at de ikke gjennomfører en utdanning og lykkes med å komme inn på det ordinære arbeidsmarkedet. Kun en av informantene har utdanning på høgskolenivå. Hun er også den eneste som er gradert ufør, de øvrige er hundre prosent uføre. Tre øvrige informanter har fagbrev, mens de fire siste ikke har fullført videregående. De som ikke har fullført videregående utdanning har hatt diverse utredninger og arbeidstreninger før de fikk innvilget uførepensjon. De har i liten grad klart å fullføre noe som helst både når det gjelder skole, arbeidspraksis og utredninger. De har blitt sykmeldt ganske raskt og de har generelt ikke klart å følge opp. Som vi vil komme tilbake til, har heller ikke oppfølgingen fra ulike offentlige etater alltid vært den beste.

## Oppfølging

Når det gjelder de tjenestene som i dag sorterer under NAV, gir informantene i stor grad uttrykk for at oppfølgingen har vært mangelfull, dårlig eller endog fraværende.

*”Aetat har vært veldig dårlige på informasjon og oppfølging på attføringa. De ordna med utplassering og så var det ingen oppfølging. Jeg skulle ha vært satt på noe mer hensiktsmessig med den skaden jeg har. Kan jo ikke trekke sofaer og løfte på dem med den ryggen jeg har. I tillegg har de vært uforberedt til møter, de har ofte ikke åpna saksmappa mi før møtet. (...) fikk ingen oppfølging i det hele tatt. Hadde jeg fått oppfølging kunne jeg kanskje vært lenger framme i prosessen enn jeg er nå. Det gjelder både lege, trygd og Aetat.”*

Også flere andre informanter gir uttrykk for manglende oppfølging:

*”I perioden fram til jeg fikk uføre fikk jeg liten oppfølging. Ingen snakka med meg. Jeg fikk bare tilsendt brevet med spørsmålene og så skulle jeg sitte her og fylle dem ut alene. Dårlig oppfølging.”*

*”Hva gjorde du på yrkesrettet attføring? Ingenting. Jeg hadde den praksisen på gården bare for å ha et sted å gå til. (...)Da jeg var ferdig med praksisperioden så ringte jeg dem. I følge ham (ansatt i Aetat) så hadde jeg aldri snakket med ham. Jeg visste jeg hadde det, men det nytta ikke å diskutere. Jeg fikk omsider tak i ham som egentlig er saksbehandleren min. Vi avtalte at han skulle melde meg på et regnskapskurs som begynte i april. Da det nærmet seg start så ringte jeg Aetat. Jeg fikk ikke tak i saksbehandleren. Det viste seg at han var på ferie.”*

Også når det gjelder oppfølging i spesialisthelsetjenesten har denne kvinnen dårlige erfaringer:

*”Spesialisthelsetjenesten – har bare negativt å si om det. Bare venting, venting, venting. Jeg orka ikke vente. Synes det var så fælt. Venta i to år på DPS og private. Havna på sykehuset i 2006 – da fikk jeg tilbud for da var det akutt”.*

I tillegg til mangelfull oppfølging, viser informantene til at kontinuitet i forhold til saksbehandlere var en utfordring:

*”Jeg har hatt så mye forskjellige saksbehandlere at jeg blir helt forvirra. Ingen kjenner meg. Blir bare et nummer i køen. Det var ikke noe særlig med Aetat. Det var veldig frustrerende med alle byttene. Tre til fire personer på to år. Jeg har bare vært på trygd tre ganger.”*

Vi har også intervjuet informanter som er fornøyde med jobben forvaltningen har gjort. De som er mest fornøyd her i hovedsak fått stilt sin diagnose raskt og arbeidsevnen er raskt avklart. Hovedtyngden av informantene er imidlertid misfornøyde med oppfølgingen fordi det har vært liten eller mangelfull, og fordi ting har tatt lang tid. For dem med mer sammensatte, diffuse lidelser hvor saksbehandlerne også i noen grad peker på motivasjonsproblemer (der det står på viljen mer enn det medisinske), går tiden og det skjer lite før de til slutt ender med å få innvilget en uførestønad.

### **Proessen fram mot en uførestønad**

Enkelte av informantene forteller om en lang prosess hvor de ønsket å holde seg i arbeidslivet, men hadde en helse som sviktet. De var selv aktive og stod på, både for å bli friske, for å bli utredet og i forhold til arbeidslivet før de til slutt måtte gi opp, noe som disse to svarene til spørsmålet *Hva betyr det å jobbe for deg?*, illustrerer:

*”Har egentlig betydd alt. Jobben var veldig viktig. Jeg trivdes godt. Lærte mye – og fikk ansvar og utfordringer. Synes det var veldig fint. Da uførepensjonen ble innvilga tenkte jeg at om tre til fire år - så kanskje en liten stilling. Men nå ser jeg at det blir nok vanskelig å være i jobb med alle de sykdommene. Jeg klarer nok ikke å holde en dag noen steder.”*

*”Mye. Både sosialt og økonomisk. At jeg veit jeg duger til noe jeg også. At jeg kan brukes til noe – føler ikke det nå når jeg er trygda”*

Samtidig har vi også informanter som gir uttrykk for noe helt annet i prosessen fram mot uføretrygdinga. De ønsket selv å bli uføretrygdet, men fikk ikke støtte fra forvaltningen før etter saken deres hadde versert i lang tid i systemet:

*”Det har vært et mareritt i de ti årene jeg har kjempa for å få uføre.”*

Dette, samt oppfølgingen fra trygd og Aetats side, kan også illustreres ved følgende sitat:

*”Hva mener du er viktig for hvorfor du falt ut av arbeidslivet? Først og fremst helse. Manglende oppfølging.”*

Begge disse informantene forteller med andre ord om at det har vært en kamp mot ”systemet” og at det er noen andre utenfor dem selv som ikke har tatt ansvar eller ”grep” for å få dem inn i arbeidslivet. Den ene informanten valgte til og med å flytte flere ganger for å få andre saksbehandlere slik at hun kunne få noen som hørte på henne og innvilget uføretrygd:

*”Hvorfor flyttet du til [sted]? For å komme unna. Jeg ble ikke hørt på av dem på Aetat og trygdeetaten. Jeg ville bare komme vekk.”*

Som vi ser her er informantene delt i sitt syn. Mens noen, som aldri har vært ordentlig inkludert i arbeidslivet, mener at forvaltningen ikke har tatt ansvar og burde gjort mye annerledes, har andre kjempet for å forbli i arbeidslivet til tross for sviktende helse. Hvem som har vært ”driverne” i prosessen fram mot innvilgelsen av uføretrygden varierer derfor mye. Enkelte har selv drevet prosessen og etter eget utsagn ”kjempet” for en uføretrygd, mens andre har kjempet mot å bli uføretrygdet (det vil si forsøkt å unngå uføretrygd). For flere har leger ”anbefalt” uføretrygd før de var ferdig utredet eller attført, mens for andre har legene hatt en mer passiv rolle og kun tatt seg av det medisinske. I enkelte av sakene virker det som om ”saken” har versert så lenge i ”systemet” at brukeren til slutt innvilges uføretrygd selv om det objektivt sett ikke er noe medisinsk som har forandret seg eller noen andre utredninger eller indikatorer som tilsier det. I andre saker går det raskt når brukeren, som tidligere nevnt, først får en diagnose.

Når det gjelder hvem som først lanserte ”ideen” om uføretrygd får vi svært forskjellige svar når vi spør informantene. To forteller at det var saksbehandleren som først nevnte det. Ellers nevner informantene at det var sjefen, spesialisten, en på arbeidsavklaringen, eller at de tenkte tanken selv. En husker ikke når det først ble tatt opp, og av hvem.

For flertallet av de unge uføre informantene i Hedmark er uføretrygd utvilsomt riktig ytelse. Samtidig har vi informanter som trolig kunne fungert i arbeidslivet. Dette gjelder hovedsakelig dem som har hatt foreldre som har fulgt dårlig opp, ikke har fullført videregående, og som aldri har klart å være i et arbeidsforhold over en lengre periode.



I den grad noe kunne ha vært gjort annerledes fra trygdeetaten eller Aetats side, så gjelder det hovedsakelig å følge brukerne godt opp i attføringsløp og å sikre en hensiktsmessig attføring eller arbeidsutprøving. Flere av informantene synes å ha vært satt på tiltak som ikke har vært tilstrekkelig målrettede eller hensiktsmessige. Dataene våre indikerer også at behovet for tiltak kan ha vært vel så stort, hvis ikke større, i tiden forut for uføreprosessen i trygdeetaten og Aetat. Mange av informantene har hatt en vanskelig oppvekst, om ikke hele tiden, så i det minste i faser. Dette synes utvilsomt å ha påvirket deres muligheter senere i livet.

### **Livet som uførepensjonist i ung alder**

Å være ufør er for flere av informantene vanskelig å akseptere og å være åpen om:

*”Bare to venninner vet jeg har 50 prosent uføre. Det er nedtur å innrømme at jeg ikke får det til. De andre jobber fullt, klarer seg.”*

*”Hvordan fortoner livet som uførepensjonist seg? Egentlig er det et ord jeg ikke vil bruke om meg selv. Jeg har sett ned på folk som er uføre, særlig de unge. Jeg viser helst ikke det oransje kortet som er for å få rabatt og sånn. Hvis noen spør sier jeg ”Jeg jobber i skolen, men er for tida hjemme”. For jeg vil jo tilbake i jobb igjen. Det positive med å være ufør, er at jeg får være hjemme med unga. Selv om jeg noen ganger bare ligger på sofaen. Jeg vil heller at folk skal kjenne meg – ikke som sånn ufør.”*

Det er de som gir uttrykk for at de egentlig ønsker å jobbe, har en utdanning og har vært noen år i arbeidslivet før de ble uføretrygdet, som sier at de er minst åpne om at de mottar en uføretrygd i dag. De som beskriver at de måtte ”kjempe” for å få innvilget en uføretrygd, synes det er uproblematisk å være ung og ufør.

### **5.10 Sammenligning Hedmark og Aust-Agder**

Hedmark er et av sammenligningsfylkene til Aust-Agder i dette studiet. I motsetning til Finnmark og Møre- og Romsdal, som begge ligger relativt lavt på statistikken over unge uføre, er Hedmark som Aust-Agder et fylke med store utfordringer på dette området. Det er likevel ikke slik at det trenger å være de samme faktorene eller strukturene som er driverne for denne ut-

viklingen. Kartleggingen vår avdekker en rekke likheter, men også forskjeller mellom de to fylkene som kan bidra til økt innsikt.

Både Hedmark og Aust-Agder kommer dårlig ut målt ved Statistisk sentralbyrås levekårsindeks. Arbeidsledigheten er imidlertid lavere i Hedmark, relativt til Aust-Agder, noe som trolig skyldes at enkelte Hedmark-kommuner er pendlerkommuner i forhold til arbeidsmarkedet i Oslo og Akershus. For øvrig er Hedmark preget av mye primærnærings, og deler av fylket har et like begrenset arbeidsmarked som deler av Aust-Agder. I Hedmark er utdanningsnivået riktignok lavere enn i Aust-Agder. Dette kan trolig tilskrives at ungdom som reiser bort for å ta seg en utdanning, i liten grad kommer tilbake som følge av mangel på relevante jobber. Denne "lekkasjen" av unge voksne med utdannelse finner vi også på Agder, men trolig ikke i like stor grad.

Informantene i Hedmark er ikke opptatt av rusproblematikken knyttet til unge uføre, til forskjell fra informantene i Aust-Agder. Muligens kan dette være fordi ungdom med et rusproblem også flytter til Oslo, og således ikke belaster trykkesystemet i Hedmark. Eller det kan tenkes at denne tematikken ikke ble tilstrekkelig løftet fram i intervjuene i Hedmark, blant annet fordi færre fastleger ble intervjuet.

Det er imidlertid en rekke likhetstrekk mellom Hedmark og Aust-Agder, foruten uføre- og levekårsstatistikken. I begge fylkene hører vi de samme betraktningene om at forekomsten av unge uføre er høyest der det er grisgrendt, noe som igjen knyttes til lav sosial kontroll og sosial arv. Hedmark fylke er enda mer spredtbebygd enn Aust-Agder. Avstandene er lange og det er rett og slett langt mellom folk. De som ikke reiser bort for å ta seg en utdanning blir boende på eller nær oppvekststedet og eventuelle problemer "lases inne" der. I begge fylkene er forklaringer knyttet til sosial arv tillagt stor vekt, men til forskjell fra Aust-Agder mener informantene fra Hedmark at fasaden ikke er like viktig.

Som nevnt innledningsvis har vi fått innsyn i åtte unge uføre saker i Hedmark, alle kvinner. Hver av dem forteller en unik historie, som for mange av dem begynner i ung alder. Samtlige har hatt hendelser i oppveksten som har gjort det vanskelig i perioder, og enkelte har hatt en oppvekst som har vært tøff hele tiden. Ingen beskriver barndommen som "lykkelig" eller "ukomplisert", men flere beskriver den som "grei" til tross for mobbing og få venner. Over halvparten av informantene har, får, eller har hatt psykiske problemer. For flere av informantene henger deres psykiske problemer sammen med

forhold i oppveksten så som omsorgssvikt eller mobbing. Dette stemmer godt overens med funnene fra Aust-Agder.

Gjennom intervjuene med informantene får vi innblikk i ulike veier fram mot uførepensjonen og det varierer hvor lang tid det tar å få innvilget uføre, hvor lang tid det går for å få diagnose, og om de føler seg ivaretatt av leger og støtteapparatet for øvrig. Særlig stor misnøye er det knyttet til oppfølgingen fra Aetat, i den grad det kan kalles oppfølging når det i det store og hele har vært fraværende. Det samme finner vi i Aust-Agder. Felles for tilbakemeldingene fra begge fylkene er, i tillegg til dårlig oppfølging, at legedekningen er god, men at legeerklæringene er mangelfulle vedrørende vurderinger av restarbeidsevne, at legeshopping forekommer og at samhandlingen mellom forvaltningen og legene er dårlig.

Alt i alt er det mange likhetstrekk mellom Hedmark og Aust-Agder og informantene i disse to fylkene vektlegger mange av de samme faktorene når de skal forklare uføreandelen i deres respektive fylker. Hovedforskjellene finner vi i strukturen på arbeidsmarkedet (type arbeidsplasser), samt i betraktninger om rusrelaterte saker er et ungt uføre problem eller ikke.



## 6 Møre og Romsdal

### 6.1 Innledning

Møre og Romsdal er valgt fordi det er et kontrastfylke til Aust-Agder. Ved utgangen av 2005 lå Møre og Romsdal under landsgjennomsnitt med tanke på andelen uførepensjonister i alderen 18-34 år og godt under gjennomsnittet i Aust-Agder. Mens landsgjennomsnittet lå på 1,8 prosent<sup>24</sup>, lå andelen i Møre og Romsdalen på 1,6 prosent mens tilsvarende tall for Aust-Agder var 3,3 prosent. Nye uføremottakere i 2005 var også lavere i Møre og Romsdal enn landsgjennomsnittet og betydelig lavere enn i Aust-Agder. Mens nye unge uføremottakere lå på 3,7 prosent<sup>25</sup> på landsbasis, var tilsvarende tall for Møre og Romsdal og Aust-Agder på henholdsvis 3,5 prosent og 6,7 prosent.

Det er relativt lite spredning mellom kommunene i Møre og Romsdal med tanke på størrelsen på beholdningen av unge uføre. Ved utgangen av 2005 var ytterpunktene Aukra kommune hvor 1,0 prosent av befolkningen i aldersgruppen 18-34 mottok en uførepensjon og Halså kommune hvor 3,7 prosent av den samme aldersgruppe mottok en uførepensjon. Det store flertallet av kommuner lå imidlertid +/- 0,5 prosentpoeng fra fylkesgjennomsnittet som var på 1,6 prosent.

Ved valg av kommuner i Møre og Romsdal hadde vi 36 kommuner å velge mellom. Som i de øvrige fylkene ble to kriterier lagt til grunn ved valg av kommuner: At kommunen skulle ligge tett på fylkesgjennomsnittet og at populasjonen av unge uføre var stor nok til å ivareta personvernet. Av sistnevnte grunn ble byer og større tettsteder foretrukket framfor steder med en mindre befolkning. I Møre og Romsdal ble således Molde forespurt om å delta. Molde lå akkurat på fylkesgjennomsnittet og hadde en stor nok uførepopulasjon. NAV Molde samtykket, men trakk seg siden fra prosjektet. Som følge av dette ble Ålesund spurt. Da vi skulle utvide med enda en kommune ble flere andre kommuner spurt, blant annet Kristiansund. Det var imidlertid Fræna som samtykket til å delta, men det tok for langt tid for NAV/NDU å levere navn og adresselister at vi fikk gjennomført datainnsamlingen der. Vi har derfor kun hentet data i Ålesund. Ålesund ligger litt under fylkesgjennomsnittet med tanke på beholdningen av unge uføremottakere ved utgangen av 2005 (1,1 prosent mot fylkesgjennomsnittet på 1,6 prosent), men ligger

---

<sup>24</sup> Aldersstandardisert i prosent av befolkningen.

<sup>25</sup> Aldersstandardisert pr 1000 ikke-ufør i befolkningen.

nøyaktig på fylkesgjennomsnittet med tanke på nye uføremottakere i 2005 (3,3 prosent).

I tillegg til at datagrunnlaget i Møre og Romsdal begrenser seg til en kommune, var det kun en bruker som ga et informert samtykke til innsyn i sin sak. Datagrunnlaget for Møre og Romsdal baserer seg således på innsyn i en mappe og fem intervjuer. En saksbehandler fra tidligere trygdeetat, en saksbehandler fra tidligere Aetat, to rådgivende leger og en bruker har latt seg intervjuet. Samtlige av informantene er fra regionen og ga inntrykk av at de hadde god kjennskap til lokale forhold. De to saksbehandlerne hadde mellom tre og seks års fartstid hver, og begge var direkte knyttet til mappen vi fikk innsyn i. Begge legene begynte som rådgivende leger i deltidsstillinger, men jobber nå i fulle stillinger. Den ene har om lag 15 års fartstid som rådgivende lege, mens den andres ansiennitet er mer enn dobbel så lang. Legene har imidlertid noe ulik praksis før de ble rådgivende leger på heltid. Mens den ene har arbeidet både som allmennlege, bedriftslege, kommunelege og distriktslege, har den andre praksis fra sykehussektoren.

Siden vi kun har fått innsyn i historien til en bruker, vil vi ikke nytte oss av sitater eller detaljer om denne saken av personvern hensyn. Innsyn i denne ene saken gir likevel et visst innblikk i saksbehandlingsrutinene. De to saksbehandlerne gir for øvrig uttrykk for at saken vi har fått innsyn i er typisk i forhold til saksbehandlingen. Saken beskrives også som typisk med henvisning til at det er noe i fortiden som ligger til grunn for problemene i dag, samt at brukeren mangler mestringsfølelse.

## 6.2 Kjennetegn ved Møre og Romsdal

Som nevnt er det 36 kommuner i Møre og Romsdal hvor Ålesund er den klart største med sine 41.833 innbyggere pr 1.1.08. Molde er nest størst med om lag 24.000 innbyggere, etterfulgt av Kristiansund med nærmere 23.000 innbyggere. De øvrige kommunene er relativt små, illustrert ved at 19 av kommunene har et innbyggertall på under 5.000. Befolkningsmessig utgjør Ålesund 17 prosent av Møre og Romsdal.

Ifølge informantene kjennetegnes Møre og Romsdal av mye industri som går bra. Det ble vist til møbelindustrien, skipsbygging, skipsreparasjon og vedlikehold, offshorerelatert virksomhet, samt fiske. Mange av industriarbeidsplassene er mannsdominerte og det har vært lite stagnasjon i disse arbeidsplassene. Tallene i tabell 6.1 understøtter informantenes syn på omfanget av industriarbeidsplasser. Mens Aust-Agder ligger over landsgjennomsnittet,

ligger Møre og Romsdal enda høyere. Av tabell 6.1 ser vi også at en større andel av befolkningen er sysselsatt og at fylket preges av mindre arbeidsledighet, relativt til Aust-Agder. Selv om Møre og Romsdal og Aust-Agder har lik bosettingstetthet, tyder tallene på at Møre og Romsdal har et bedre fungerende arbeidsmarked.

**Tabell 6.1 Arbeidsmarkedstall. 2007**

	<b>Møre og Romsdal</b>	<b>Aust-Agder</b>
Bosetting: Andel bosatt i tettbygde strøk. Prosent	68	68
Sysselsatte 15-74 år. 4. kvartal 2007. Prosent av befolkningen	74	69
- Menn	77	72
- Kvinner	70	65
Registrerte arbeidsledige som andel av arbeidsstyrken, årsgj.snitt 2006. Prosent	2,2	2,6
- Menn	2,0	2,4
- Kvinner	2,3	2,9
Bruttoinntekt per innb. 17 år og over	307.800	297.600
- Menn	387.300	376.200
- Kvinner	228.400	220.700
Sysselsatte fordelt på næring. Prosent		
- Primær	5,2	2,8
- Sekundær	26,3	22,8
- Tertiær	68,2	74,0
Sysselsatte fordelt på sektor. Prosent		
- Offentlig forvaltning.	28,8	31,2
- Privat sektor og offentlige foretak	71,2	68,8

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Videre viser informantene til at Møre og Romsdal generelt scorer bra på levekår. Møre og Romsdal ligger under landsgjennomsnittet på de fleste stønadsordninger fra folketrygden, men riktignok er det store forskjeller innad i fylket både med tanke på forbruk av stønader og omfanget av sosiale kasus. Sunnmøre, hvor Ålesund er lokalisert, har det laveste forbruket av trygdeytelser, Molde ligger midt på treet, mens Kristiansund i Nordmøre har et rimelig høyt forbruk av trygdeytelser. Tabellene 6.2 og 6.3 bekrefter at forbruket av trygdeytelser er gjennomgående lavere i Møre og Romsdal relativt til Aust-Agder. Det eneste punktet Møre og Romsdal scorer høyere på sam-

menlignet med Aust-Agder er andel barn med barnevernstiltak. Dette er en interessant forskjell, spesielt sett i lys av at Møre og Romsdal har høyere barnehagedekning, mindre klassestørrelser i grunnskolen, og færre elever med spesialundervisning. Tallene kan trolig forklares ut fra en mer målrettet familierpolitikk med tidlig intervensjon, slik en av informantene vektla. Dette kommer vi tilbake til.

Informantene viser også til at det er nok utdanningsinstitusjoner, med en høyskole som blant annet er tilpasset regionens industri. Sammenlignet med Aust-Agder er det imidlertid en mindre andel av befolkningen 16 år og eldre som har høyere utdanning, og forskjellen er noe større for menn sammenlignet med kvinner. Dette kan trolig forklares med Møre og Romsdals høyere andel arbeidsplasser i sekundær sektor (industrien) som ikke krever høyere utdanning.

**Tabell 6.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006**

	<b>M&amp;R</b>	<b>Aust-Agder</b>
Barnehagedekning 1-2 år. Prosent	60,5	55,7
Barnehagedekning 3-5 år. Prosent	95,0	91,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 1. til 7. årstrinn.	12,6	14,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 8. til 10. årstrinn.	14,7	15,4
Andel elever i grunnskolen med spesialundervisning. Prosent	5,8	7,4
Andel av befolkningen 16 år og eldre med høyere utdanning. 2007. %	20,1	22,1
- Menn 2007	18,1	20,5
- Kvinner 2007	22,1	23,6
Andel barn 0-17 år med barnevernstiltak. Prosent	4,3	4,0
Sosialhjelpsmottakere per 100 innb. 20-66 år.	3,4	5,1
Legeårsverk per 10.000 innb.	9,5	9,4

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)



**Tabell 6.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007**

	<b>Møre og Romsdal</b>	<b>Aust-Agder</b>
Uførepensjonister 16-66 år. Prosent	9,9	13,5
Uførepensjonister 18-34 år. Prosent	1,6	3,2
Mottakere av rehabiliteringspenger. 18-34 år. Prosent	1,0	1,6
Mottakere av attføringspenger. 18-34 år. Prosent	2,0	3,1
Mottakere av økonomisk sosialhjelp. 18-34 år. Prosent	4,6	7,7
Overgangsstønad 20-39 år. Prosent	4,3	4,7
Abort under 20 år. 2006. Prosent	12,7	15,3

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

### **6.3 Hva kjennetegner unge uføre i Møre og Romsdal?**

Fra statistikken ser vi at beholdningen av unge uføre er yngre i Møre og Romsdal relativt til Aust-Agder, jf tabell 6.4. I Møre og Romsdal er 25,6 prosent under 25 år, mens det samme er tilfelle for 16,7 prosent i Aust-Agder, en forskjell på nærmere ni prosentpoeng. Ser vi på nye uføremottakere, er forskjellen enda tydeligere. Unge under 25 år utgjør om lag halvparten av alle nye uføremottakere i Møre og Romsdal, mens denne gruppen kun utgjør 28 prosent i Aust-Agder (en forskjell på om lag 20 prosentpoeng). Noe av forskjellen kan trolig forklares ut fra diagnosebildet. I Møre og Romsdal er det en større andel personer som diagnostiseres med medfødte misdannelser og kromosomavvik relativt til Aust-Agder, og færre har psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som sin primærdiagnose. Siden førstnevnte ofte diagnostiseres tidligere i en persons livsløp, vil det få betydning for aldersfordelingen. Men dette alene forklarer ikke den markerte forskjellen i diagnosebildet med tanke på psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

**Tabell 6.4 Unge uføre fordelt på alder. Andel**

Alder	Beholdning pr 31.12.07		Nye uføremottakere i 2007	
	Møre og Romsdal	Aust-Agder	Møre og Romsdal	Aust-Agder
18-19 år	5,9	3,4	21,3	14,4
20-24 år	19,7	13,3	26,7	13,5
25-29 år	27,1	28,1	22,0	27,0
30-34 år	47,3	55,2	30,0	45,0
N	871	707	150	111

Kilde: Spesialbestilling SSB

**Tabell 6.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. 18-34 år. Pr 31.12.06. Andel**

Diagnose	Møre og Romsdal	Aust-Agder
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	55,3	64,3
Sykdommer i nervesystemet	12,5	9,0
Sykdommer i muskel- og skjelett og bindevev	4,1	7,4
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	13,5	7,8
Skader, forgiftninger og vold	3,3	3,1
Diagnose mangler foreløpig	2,3	1,5
Rest	9,0	6,9
I alt	100	100

Kilde: Spesialbestilling SSB

### **Hva kjennetegner unge uføre i Møre og Romsdal ifølge informantene?**

Det er stor grad av enighet blant informantene om hva som kjennetegner unge uføre i dette fylket. Svært mange av sakene handler om rus, psykiatri og manglende mestring i forhold til arbeidslivet. Overveiende er det personer med lite utdanning og hvor problemene i høy grad kan tilskrives sosiale problemer fra ganske tidlig alder. Informantene forteller om mange skoletapere hvor omsorgssvikt og problemer i familien, ofte overgrep, kommer til uttrykk i lese- og skrivevansker. Rus beskrives som en ikke uvesentlig faktor for ca halvparten eller mer, og ofte er det snakk om både rus og psykiatri. Rusmisbruket sies å være stort både i Ålesund og Kristiansund. Blant infor-

mantene er det imidlertid ulike syn på hva som kommer først, rus eller psykiatri, men samtlige gir uttrykk for at sakene er stort sett sammensatte. Mange av sakene begynner med rygg eller annen belastningslidelse, som ikke går over ved behandling.

En av legene kategoriserte de unge uføre i følgende tre grupper. Den første gruppen er antallsmessig den minste og består av de alvorlig deprimerte og alvorlig psykiatriske tilfellene, som for eksempel schizofrene eller manisk depressive. Den andre gruppa er stor og består av de med litt diffuse psykiatriske plager, som angst, depresjon, og somatiske følgetilstander. Den tredje gruppa beskrives også som stor og består av sosial mistilpassede som ikke er klar for arbeidslivet, men hvor sykdomsbildet ikke er utviklet ennå. Sistnevnte gruppe er i alderen 16 til 20 år og dersom de ikke får hjelp til å komme inn i arbeidslivet, utvikles deres problemer til å bli betydelig mer sykdom: Det baller på seg. Mange fra sistnevnte gruppe vil på sikt ende i den andre gruppa. Vanskelig oppvekst kan være en stor forklaringsfaktor for de to siste gruppene, men ikke så mye den første.

Ovennevnte kategorier får støtte fra de øvrige informantene. En av informantene understreker for øvrig at det ligger alltid en tragedie bak psykiske lidelser:

*”Mye oppvekst. Har fått et dårlig lodd fra familien. Vanskelig oppvekst. Problematisk familieforhold. Mobbing på skolen, ofte i barne-skolen. Mange er ødelagte lenge før legene eller NAV kommer i kontakt med dem. Det er næromgivelsene som har svikta. Når jeg ser saken er det ofte for sent. Foreldre, familie, skole – må bli flinkere til å ta signaler på et langt tidligere tidspunkt. ”*

Kategoriene av unge uføre i Møre og Romsdal er svært lik kategoriene i Aust-Agder. Felles for begge fylkene er to grupper med unge mennesker som har svært sammensatte problemer og hvor oppvekstvilkår spiller en betydelig rolle i forhold til senere tilpasningsproblemer og utviklingen av ulike psykiske lidelser eller mer diffuse lidelser. I begge fylkene viser også informantene til relativt store innslag av rus og psykiatri blant de unge.

#### **6.4 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Møre og Romsdal**

Informantene fra NAV og de rådgivende legene ble bedt om å reflektere over hva som kan forklare veksten av unge uføre på landsbasis. Svarene vi

mottok gjenspeiler dels at informantene kommer fra ulike deler av ”systemet”. Den ene rådgivende legen var spesielt opptatt av mangler ved oppfølgingen fra primærhelsetjenesten i forhold til ungdom i alderen 16-20 år med psykiske problemer. Selv om helsevesenet identifiserer unge med psykiske problemer tidlig, er de ikke flinke til å følge dem opp. Unge som får psykiske problemer trenger tett oppfølging, noe informantene mente er en mangelvare i hjelpeapparatet. Mange av problemene er knyttet til tidlig oppvekst (familie, nettverk, utdanning og kvalifisering for arbeidslivet), og disse problemene gjør en del ungdom ute av stand til å tre inn i arbeidslivet uten mye støtte over lang tid, noe hjelpeapparatet ikke har tilbudt.

For øvrig var samtlige av informantene inne på generelle trekk ved arbeidsmarkedet som medvirker til at enkelte unge får problemer med å gjøre sin debut. Manglende etterspørsel etter ufaglært arbeidskraft, økte krav til teoretisk kompetanse, parallelt med økte krav til fleksibilitet, selvstendighet og effektivitet i arbeidslivet, har ført til at en del, spesielt unge menn som ikke har gjennomført videregående utdanning, ikke greier å få et fotfeste i arbeidslivet. Hjelpearbeideren er borte – nå er det fagarbeideren som etterspørres – og det er jobber som ikke alle klarer å mestre i tidlig voksenalder.

Bildet består imidlertid ofte ikke bare av ”feil type” jobb, men også av sosiale tilpasningsproblemer hos en del unge. I utgangspunktet trenger ikke disse problemene å være kjempealvorlige, men de øker i styrke fordi man ikke blir fulgt opp og ikke kommer i arbeid. Til å begynne med kan det være snakk om diffuse plager, som går over til litt angst, litt depresjoner, og så baller det på seg, slik en av informantene uttrykte det:

*”Det å ikke komme i arbeid er en betydelig traumatiserende faktor i seg selv. På samme måte som manglende utdanning i seg selv er negativt, sosiale problemer er negativt – så er det å ikke komme inn i arbeidslivet – veldig sårende, traumatiserende og skadelig.”*

Ved at man ikke kommer i arbeid, understrekes mindreverdighetsfølelsen og bidrar til å forsterke problemene ytterligere. En annen av informantene pekte også på hvilken disiplinierende og strukturerende effekt enkelte av de ufaglærte jobbene har hatt for tidligere generasjoner:

*”Unge uføre har problemer med å innordne seg i arbeidslivet. Før dro de til sjøs eller fiske. Livet ombord i et fartøy strukturerte livet deres, slik at de greide seg i en del år i arbeidslivet. Justisen til sjøs er streng og virker disiplinierende og oppdragende.”*

Da den norske handelsflåten ble bygd ned, forsvant mange av disse jobbene og ikke alle lokalsamfunn har hatt gode alternativer for spesielt unge menn. Flere av informantene understreket hvor viktig det er at ungdommen lærer en del av spillereglene i arbeidslivet. Arbeidsplassen er ikke bare en arena der man gjør en jobb, men også en arena hvor ungdommen får opplæring i hva som forventes av dem i arbeidslivet.

I tillegg til ovennevnte trekk, la informantene i Møre og Romsdal vekt på at den norske velstandsutviklingen de siste tiårene også har gjort noe med forventningene våre til å være vellykkede. Økningen i psykiske lidelser blant unge, kan trolig forklares med økt forventningspress. Ungdomstiden er i seg selv en sårbar tid, og dersom man opplever at man ikke klarer å leve opp til forventningene, kan dette bidra til tap av selvaktelse og psykiske problemer.

Forklaringene på veksten av unge uføre på landsbasis gitt over, er svært like de som ble gitt av informantene i Aust-Agder. I begge fylkene vises det til bortfall av ufaglærte arbeidsplasser, endrede kompetansekrav i arbeidslivet og økte krav til effektivitet, noe som gjør det vanskelig for en del å komme inn eller stå i arbeidslivet i ung alder. I begge fylkene vises det også til at overgangen fra skole til arbeid kan være en utfordring og at oppfølgingen i forhold til spesielt utsatte grupper ikke er god nok. I tillegg til disse strukturforklaringene, pekes det på veksten i psykisk uhelse blant ungdommen som knyttes til økt forventningspress.

I de neste avsnittene skal vi se nærmere på hva informantene mener kan forklare hvorfor Møre og Romsdal har færre unge uføre enn landsgjennomsnittet.

## **6.5 Informantenes forklaring på uføreandelen i Møre og Romsdal**

På spørsmålet om hvorfor Møre og Romsdal ligger under landsgjennomsnittet både med tanke på beholdningen og tilveksten av unge uføre, fikk vi en rekke umiddelbare svar.

## **6.6 Streng forvaltningspraksis**

En av informantene er veldig klar på at tallene for Møre og Romsdal underreporterer de faktiske forholdene.

*”Det har ligget lavt i Møre og Romsdal – men det er ikke fordi det er færre unge uføre i Møre og Romsdal – men fordi det er vanskeligere å bli registrert som det – akseptert som det – og få stønaden som det. Det har med praktiseringen av regelverket her.”*

En streng forvaltningspraksis i forhold til rusrelaterte saker medfører at rusproblematikken ikke kommer til syne i unge uførestatistikken i dette fylket. Gjennom hans virke, har en av informantene en klar fornemmelse av at unge får avslag på deres krav om uførestønad dersom saksbehandler får kjennskap til at vedkommende har eller har hatt et rusproblem:

*”Jeg ser ikke at vi skal ha noen færre yngre uføre enn resten av landet – jeg ser at vi har så veldig mange av dem i alt det arbeidet jeg har vært involvert i trygden. Jeg kommer derfor tilbake til at jeg tror det skyldes forvaltningen – at det er vanskelig å få aksept i forvaltningen å bli ufør som yngre. Og så tror jeg det har litt med holdninger å gjøre. Mange forvaltere er primært ute etter å lete etter rusproblemer – og finner de det – gir de avslag. Det er veldig vanskelig å få uføretrygd hvis du har et rusproblem. Mens jeg er mer villig til å se på helsetilstanden til rusbrukeren. Rus gir ofte en helse-svikt. Det er nok mange som har et rusproblem, som blir satt i en klasse hvor de har vanskelig for å få en aksept for sine helsemessige problemer. Så da blir man ikke registrert som ufør.”*

Videre sies det at dersom forvaltningen hadde vært mer opptatt av funksjonsevne enn diagnose, ville tallene for Møre og Romsdal sett annerledes ut og ligget minst på landsgjennomsnittet når det gjelder uføreytelser. Ifølge informantene er disse ungdommene trolig å finne i annen trygde- eller sosialstatistikk, eller de bor hjemme og blir forsørget av sine foreldre. Informantene hadde liten tro på at de er å finne i det ordinære arbeidslivet. Informantene hadde også liten tro på at Møre og Romsdal i stor grad eksporterer ”problemungdommen” til andre landsdeler. Hadde det vært tilfelle, ville man fått et inntrykk av det i omfanget av overflytting av trygdesaker.

### **Et godt arbeidsmarked – også for ufaglærte**

Et annet sett av forklaringer knytter seg til arbeidsmarkedet i Møre og Romsdal. Det vises til at næringslivet går godt og at det kan tilby ufaglærte arbeidsplasser til unge menn. Møre og Romsdal har over lengre tid hatt mye industri som går bra og det har vært lite stagnasjon i industriarbeidsplasser. I tillegg er det en rekke ”moderne” arbeidsplasser som har overtatt etter arbeidsplassene til sjøs, med henvisning til jobber relatert til offshoresektoren,

enten på faste installasjoner eller på supplybåter. I den grad det skjer en utflytting fra fylket, er det jentene som flytter for å ta seg en høyere utdanning. En del kommer imidlertid hjem igjen fordi det er et godt sted å bo. Det er populært.

### **Sterk kultur for å være selvhjulpen**

Det vises også til at den protestantiske etikk står sterkt på Sunnmøre, med videre henvisning til indremisjonens sterke stilling, samt en sterk tradisjon eller kultur for å være selvhjulpen. Det å leve av trygd er ikke ettertraktet og ikke respektert og gir et underklasse stempel.

### **Sosial arv og innsyn i familien**

Informantene tror imidlertid ikke at sosial arv er noe mindre problem i Møre og Romsdal, sammenlignet med andre fylker. Det beskrives som et veldig tydelig fenomen og en ganske betydelig faktor i uførebildet blant unge. Er foreldrene uføre eller er foreldrene tidlig syke, er det veldig stor risiko for at barn blir det. At det foregår læring mellom generasjonene er informantene ikke i tvil om. Det er ofte snakk om diffuse sykdommer: Litt psykiatri, muskel- eller leddsmerter, revmatisme, og lignende.

Sosial arv beskrives imidlertid som et problem som de er oppmerksomme på og som diskuteres innad i forvaltningen og blant legene. I Møre og Romsdal har de ikke gått spesifikt inn med tiltak kun på grunnlag av at mor og/eller far er uførepensjonert, men de har bygd ut tjenesten som skal håndtere familieproblemer, og da ofte skjulte problemer for eksempel knyttet til misbruk av alkohol. For en generasjon siden var innsyn i familien vanskelig, mens nå har det blitt større åpenhet i forhold til å se problemene i familien, noe som også gjør det mulig å håndtere utfordringene på en annen måte.

### **Jevnt over god helse men med geografiske variasjoner**

På spørsmål om møre og romsdølingene generelt har bedre helse enn folk i andre fylker, var informantene av den oppfatning at helsa var jamt over god, men at det var variasjoner innad i fylket. På Sunnmøre er det imidlertid et florerende idrettsliv, og sykdom relatert til livsstil er ikke i sterk vekst her.

## **Kvinner står relativt sterkt i Møre og Romsdal**

I følge informantene er Møre og Romsdal et greit sted å bo for begge kjønn. Det vises til at det er mange sterke damer i fylket som følge av at mannen har vært borte på fiske og til sjøs. Kvinnene beskrives som selvstendige: De har fått ansvar og tatt ansvar, og det er jentene som i hovedsak tar høyere utdanning. Bortsett for lønnsnivået, beskrives kvinnene som likestilte og ingen av informantene tror det er en sammenheng mellom kvinners stilling i samfunnet i Møre og Romsdal og uførestatistikken. I den grad unge kvinner begynner trygdekarrieren med å bli gravide, forekommer dette ofte sammen med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

## **6.7 Forvaltningspraksis**

I 6.5 kommer det frem at en streng forvaltningspraksis i forhold til rusrelaterte saker kan være en av flere forklaringer for at Møre og Romsdal har færre registrerte unge uføre enn andre fylker. I likhet med informantene i de øvrige fylkene, ble også informantene i Møre og Romsdal bedt om å redegjøre for deres forvaltningspraksis for øvrig: Hva er det de vektlegger når de vurderer en uførepensjon, er de mer strenge når de har med unge personer å gjøre, opplever de at unge personer har urealistiske forventninger, hvordan håndterer de i så fall det, og hvilke aktører samarbeider de med?

### **Hva vektlegges i vurderingen av en uførepensjon for unge?**

På spørsmålet om hva som vektlegges i vurderingen av om en ung person skal tilstås uførepensjon eller ikke, svarer informantene relativt likt: Diagnose tillegges fortsatt for stor vekt. Selv om målet over lengre tid har vært å i større grad vektlegge funksjonsevne, er det likevel diagnosen som tillegges stor vekt. Om diagnosen er alvorlig eller mindre alvorlig er ofte utslagsgivende. En av informantene tilskriver dette forvaltningens manglende kompetanse til å vurdere funksjon, noe som igjen forklares med manglende kompetansebygging innen dette feltet i forvaltningen.

I tillegg til diagnose legges det vekt på om den unge har fått et godt nok oppfølgingstilbud. Samtlige av informantene understreker hvor viktig det er med tidlig oppfølging og at tilbudene er tilpasset den enkelte. Selv om oppfølging anses som viktig, vises det samtidig til at på dette punktet sviktes det ofte. Flere av informantene er opptatt av at forvaltningen ikke alltid bruker sine ressurser hensiktsmessig, og av den grunn blir oppfølgingen mangelfull. Det vises både til at forvaltningen ikke er flink nok til å prioritere ”nye” saker



fremfor gamle ”trygdelik” og at de ikke er flinke nok til å hjelpe helsevesenet med å komme til i tide. Videre vises det til at mange attføringsløp er feil innrettet og bidrar til å stresser brukerne ytterligere. Flere beskriver også en sjakk matt situasjon når de får sakene til vurdering. Tiden har gått og man kan ikke gjøre ting på nytt:

*”Ofte har det gått så lang tid – at det ikke er mulig å tenke seg å gjøre ting om igjen. En har ikke en angrefrist når årene går – da sementeres slike tilstander. Derfor må en inn så mye tidligere. En får ikke en ”second chance”. Det du sier altså er at det å gå inn med riktig tiltak veldig tidlig – det er helt avgjørende. Ja – det er helt avgjørende.”*

På spørsmål om i hvilken grad saksbehandlerne setter seg inn i brukerens historie og om historien har betydning for vurderingen, fikk vi følgende til svar fra en av informantene:

*”Ja jeg spør og jeg får svar. Når jeg spør får jeg normalt vite mye om forhistorien. Ved at jeg viser interesse og brukeren kan fortelle sin historie, etableres et tillitsforhold. Historien i seg selv endrer likevel ikke noe i forhold til hva jeg kan gjøre. Mange av sakene var allerede låst. Målet må være at vi i framtida kommer tidligere inn i sakene. Vi jobber nå med å få en slik rolleforståelse.”*

På spørsmål om oppfølgingen i Møre og Romsdal er bedre eller verre enn andre fylker, var det ingen av informantene som hadde en formening om det. Ingen hadde erfaring fra andre fylker. Vi spurte også om hva som kjennetegner de sakene hvor man lykkes med å få unge personer tilbake i arbeid, personer som like godt kunne ha endt opp som uføretrygdet. På dette spørsmålet fikk vi flere svar. Det vises både til at brukeren må være motivert, at forvaltningen gjør de rette grepene, at man har attføringstilbud som passer, og at det er en arbeidsgiver som har den rette innstillingen. I forhold til egenmotivasjon sier en av informantene følgende:

*”Det er utrolig viktig at vi griper fatt i interessene deres. ”Hva er drømmejobben din?” Å bare plassere dem i en hvilken som helst praksisplass – da har man tapt.”*

### **Mer streng på grunn av ung alder**

Alle informantene ble bedt om å ta stilling til spørsmålet om de er strengere når de har med unge personer å gjøre. Informantene er samstemte i sine svar:

Unge vurderes strengere enn eldre uføresøkere. Samtidig understreker informantene at alder ikke er et argument i seg selv i vurderingen av en uføresøknad og at det i utgangspunktet skal kreves likt av alle. Alle skal ha gjennomgått nok attføring, og dersom vilkårene ikke er oppfylt, må brukeren inn i en ny sløyfe med attføring. Når alt dette er sagt, har de likevel et ”skjerpet blikk” hvis de har med unge personer å gjøre. Som en uttrykte det:

*”Dersom det er en ung person må man ha et skjerpet blikk – må hindre at man ikke støter ut unødig. Det er forskjell på en 66-åring og en 26-åring. Det er ulik maskevidde. (...) Lista ligger litt høyere for de unge. De skal prøve attføring. Holdningen i NAV til unge er at lista skal legges høyere. Av åpenbare grunner skal de ha prøvd attføring.”*

### **Urealistiske forventninger blant de unge**

Saksbehandlerne melder at det er relativt sjeldent at brukeren har urealistiske forventninger, men det hender at brukeren og saksbehandler ikke er enige. Saksbehandlerne vi intervjuet håndterer slike situasjoner noe ulikt, noe som kan tilskrives ulike tradisjoner og måter å arbeide på i de ulike forvaltningsetatene. Saksbehandleren i trygd håndterer situasjonen ved å søke råd hos brukerens lege, og overlater til legen å realitetsorientere sin pasient. Denne praksisen er basert på en god samarbeidskultur med legene. Saksbehandleren fra Aetat viser på sin side til at saksbehandler må også opptre som yrkesveileder, og at dialogen med bruker står helt sentralt i realitetsorienteringen. I samtalen med bruker er hovedfokuset på mulighetsrommet. I den grad brukeren henvises til andre, er det i så fall til avklaringstjenesten (ARK).

### **Samarbeid på tvers av etater**

Begge saksbehandlerne i forvaltningen viser til et omfattende samarbeid med andre etater og aktører, men dog med noe ulik profil. Saksbehandleren i tidligere trygd viser naturligvis nok til samarbeidsrelasjoner hvor hovedfokus har vært på inntektssikring og helse. Det vises til et godt samarbeid med kommunens sosialtjeneste, rusteamet og psykiatrisk politiklinikk, alle instanser som en rekke av brukerne blir henvist fra.

Saksbehandleren fra tidligere Aetat viste også til et utstrakt samarbeid med mange aktører. Bortsett fra trygdeetaten, vises det til legene, distriktets attføringsbedrift, skolene og arbeidsgiverne. Det understrekes at alle aktørene er like viktige. I forhold til skolene, viser informanten spesielt til ressursentre-

ne ved de videregående skolene og høyere utdanning. Dersom en sak oversendes til attføringsbedriften, inntar Aetat en mer tilbaketrukket rolle, men saken skal alltid tilbake til Aetat etter attføringsbedriften har gjennomført sin evaluering. Rollene oppfattes som tydelig definerte, og det er Aetat som koordinerer sakene.

Begge av informantene viser til at trygd og Aetat samarbeider tett for å unngå blant annet at sakene sendes fram og tilbake. Til tross for at informantene opplever at de samarbeider godt, kommer det likevel fram frustrasjon over måloppnåelsen:

*”Samarbeidet fungerer godt, men resultatoppnåelsen er lav. Løsningen ligger ikke hos oss. Terskelen inn i arbeidslivet er alt for høyt. Vi skylder brukerne et godt tilbud – de har ikke andre alternativer. Dersom vi får en ut i arbeid – da ligger det mye arbeid bak. Vi kunne ha spart samfunnet mye ved å unngå en del av attføringsløypene. Generelt jobber vi med dem for lenge. Dette gjelder alle stønadsmottakere.”*

## 6.8 Legenes rolle

Det er ikke stor forskjell mellom Møre og Romsdal og Aust-Agder når det gjelder legedekningen, jf tabell 6.2. Informantene beskriver for øvrig legedekningen i Ålesund som god. Møre og Romsdals største sykehus ligger i Ålesund og dette er et fullverdig sykehus som dekker de fleste spesialitetene. Videre anses Ålesund som et ettertraktet sted å bo for leger, noe som har ført til en stabil gruppe allmennleger som kjenner sine pasienter godt. Utfordringen er heller at legene begynner å bli ”godt voksne”. De fleste legene jobber ved legesentre, men det er noen få som jobber alene. Psykiatridekningen beskrives også som god, men det er delte meninger i forhold til ventetiden. Innen psykiatrien er det riktignok en del turnover. Ved NAV Møre og Romsdal er det tilsatt to rådgivende leger i full stilling. Begge har lang fartstid med å gi råd i uføresaker.

Alle informantene er samstemte i at legene spiller en viktig rolle i uføresaker, og at det vil de fortsette å gjøre så lenge loven hjemler at det er medisinske inngangsvilkår som bestemmer om man får en uførepensjon eller ikke. Samtidig understrekes det at legene ikke er en homogen gruppe og at de opptrer ulikt. Informantene viser til at det foregår lege- og trygdeshopping i Møre og Romsdal, men opplever ikke dette som et utbredt problem. Enkel-

te av informantene mener at legeshopping er mest utbredt i spesialisthelsetjenesten, ikke blant fastlegene:

*”En del spesialister er slepphendte. Hva gjør dere når det kommer en legeerklæring fra en av disse legene? Vi er mer skeptiske. Det kan bety streng. Men det er lite vi kan gjøre med det siden det er spesialistene som gjør det.”*

Legeshopping beskrives å være mest utbredt i forhold til fibromyalgi pasientene og andre med diffuse muskel- og skjelettlidelser, og hvor det er et grensesnitt mot lettere psykiske lidelser.

En av informantene tilskriver legeshoppingen dårlig kommunikasjon mellom de ulike hjelpeinstansene og bruker, eksempelvis mellom lege-rusteam-bruiker. Generelt settes det av for liten tid til å få til god kommunikasjon. Mange brukere opplever også at det tar for lang tid til utredning og venting. Det behandles litt, det utredes litt mer, osv. I mangel på opplevelse av framdrift i saken vil enkelte brukere (pasienter) bytte lege i håp om å få en raske avklaring, ikke nødvendigvis for å få en uføretrygd.

Samtlige av informantene opplever at legene primært ivaretar brukernes (pasientenes) interesser, men flere pekte på at legene kunne med hell ha stått mer på for sine pasienter på et tidligere tidspunkt. En av informantene ga uttrykk for at legene bør være mer på banen når unge mennesker har problemer med overgangen fra skole til jobb:

*”Man burde kunne registrere når ungdom blir aktuell for å gå inn i arbeidslivet – om de ikke kommer inn. Man bør også kunne registrere de første sykemeldingene folk får. Jeg synes ikke de er flinke nok til å gå inn og ta de tidlige sykemeldingene. Det er helt klart at dersom man faller tidlig ut, eller får noen sykemeldinger tidlig, det kan være alvorlige tegn. Jeg mener at man bør kunne gå tidligere inn, både fra NAV og fra legene/helsetjenesten ute, når man merker at noen er på vei ut av arbeidslivet.”*

Viktigheten av å komme tidlig inn i prosessen understrekes i forhold til legene. Det er en felles oppfatning at når saken blir en søknad om uførestønning, er det lite noen kan gjøre:

*”Poenget er at når man kommer til det tidspunktet hvor man søker om uføretrygd – da er det et helt tapt løp. Det er det som er så me-*

*ningsløst – at man da begynner å diskutere om vilkårene er oppfylt. Da er løpet tapt.”*

I følge sistnevnte informant bør flere legeressurser vris fra senfasen i en uføresak til forebygging og mer aktiv oppfølging i saker hvor unge risikerer å falle ut av arbeidslivet. Fremfor å bruke mye ressurser på å utrede og argumentere for om de medisinske vilkårene for en uførestønning er oppfylt i uføreprosessens avslutningsfase bør legene, i samarbeid med blant annet NAV, følge pasientene (brukerne) tettere og mer aktivt når problemene først melder seg. I dag er det en del unge som faller mellom mange stoler og ikke fanges opp av ”systemet” før problemene har blitt betydelige og ofte vanskelige å løse. Et tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten, fastlegene, NAV og andre instanser som jobber i forhold til ungdom og unge voksne etterlyses også i Møre og Romsdal.

## **6.9 Sammenligning Møre og Romsdal og Aust-Agder**

Kartleggingen vår har avdekket en rekke forskjeller mellom de to fylkene som kan bidra til å forklare ulikhetene som kommer til uttrykk i uførestatistikken. Men kartleggingen har også avdekket en del likheter. I begge fylkene bor omtrent en like stor andel av befolkningen i tettbebygde strøk og det vises til et betydelig innslag av sosial arv, lese- og skrivevansker og mange skoletapere. Videre viser informantgruppene i begge fylkene til betydelige rusproblemer, men at problemet varierer i omfang innen fylkene. Psykiatritilbudet oppleves også noe ujevnt i begge fylkene, hvor det blant annet vises til en del turnover blant spesialistene. I begge fylkene meldes det også om en del legeshopping, men kartleggingen tyder på at informantene i Aust-Agder mener dette problemet er merkbart, mens informantene i Møre og Romsdal gir uttrykk for at legeshopping ikke er et utstrakt problem. I begge fylkene viser imidlertid informantene til at legeshopping forekommer oftest blant brukere med diffuse lidelser, fibromyalgi og muskel- og skjelettlidelser.

I forvaltningen finner vi også en del likhetstrekk. For det første er diagnose fortsatt det viktigste kriteriet i en uføresak i begge fylkene, og for det andre er aktørene ikke fornøyd med oppfølgingen de unge i risiko for å falle ut av arbeidslivet får. I begge fylkene mener de sentrale informantene at de bør bli bedre til å følge opp barn og ungdom som har problemer. I begge fylkene er det også en ens oppfatning om at det er det forebyggende arbeidet før saken blir en NAV-sak som er det aller viktigste arbeidet for å få ned tallene i unge uføre statistikken.

Men, som nevnt, er det en del vesentlige forskjeller som i sum kan være utslagsgivende for de statistiske ulikhetene. Den første forskjellen er knyttet til arbeidsmarkedet. I Møre og Romsdal vises det til at det fortsatt er godt med ufaglærte arbeidsplasser for, blant andre, unge menn som skal etablere seg i arbeidslivet. Det samme meldes ikke fra Aust-Agder. En annen vesentlig forskjell er forvaltningens håndtering av rusrelaterte saker. I begge fylkene meldes det om en rusproblematikk blant unge mennesker. Mens hovedinntrykket er en liberal forvaltningspraksis i Aust-Agder, er det motsatte tilfelle i Møre og Romsdal. Unge arbeidsuføre som har hatt, eller har, et rusproblem vil etter våre informanters oppfatning få større problemer med å få innvilget sin søknad om uførepensjon i Møre og Romsdal.

En annen faktor som også kan være utslagsgivende for forskjellen i statistikken er hvordan problemstillinger knyttet til sosial arv og omsorgssvikt håndteres i de to fylkene. Selv om det refereres til at dette er et problem i begge fylker, viser informantene i Møre og Romsdal til at dette er en problemstilling de har tatt på alvor og aktivt arbeidet med de siste 10-15 årene. I likhet med Aust-Agder har familiens sterke rolle og manglende innsyn i familien vært en utfordring. Men med økt oppmerksomhet på dette og styrking av tjenestene som skal håndtere problemer i familien, samt økt satsing på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon, for eksempel ved å ha god barnehagedekning og å styrke skolehelsetjenesten, har man i Møre og Romsdal i større grad tatt tak i problemene. I følge informantene i Møre og Romsdal er det nå blitt større åpenhet i forhold til å se problemene i familien. En måte å tolke barnevernsstatistikken vist i tabell 6.2), er at barn og barns problemer blir i større grad sett i Møre og Romsdal. Dette kan igjen bety at flere får den hjelpen de trenger i ung alder, og færre har behov for å banke på NAVs dør i ung voksen alder.

Intervjuene tyder også på at samarbeidet mellom forvaltningen og legene jevnt over fungerer bedre i Møre og Romsdal, sammenlignet med Aust-Agder. Ingen av Møre og Romsdal informantene var særlig opptatt av manglende kommunikasjon eller samarbeidsproblemer mellom forvaltningen og legene. Stort sett ble samarbeidet beskrevet i positive vendinger i dette fylket, mens informantene i Aust-Agder problematiserte dette forholdet langt mer. I Møre og Romsdal viste informantene også til et godt samarbeid med blant annet de videregående skolene, noe informantene i Aust-Agder i langt mindre grad viste til.

Til slutt vil vi nevne et problemkompleks som er viet en del oppmerksomhet i Agder, nemlig enslige tenåringsmødre. Selv om aborttallene i Møre og Romsdal er en god del lavere enn i Aust-Agder (jf tabell 6.3), viser infor-

mantene til at enslige tenåringsmødre ikke er et utbredt fenomen i Møre og Romsdal. Flere unge jenter i Møre og Romsdal velger trolig en utdanning framfor en trygdekarriere. At Aust-Agder likevel har en høyere andel kvinner med høyere utdanning sammenlignet med Møre og Romsdal, kan kanskje forklares med at en god del av jentene fra Møre og Romsdal som reiser ut av fylket for å ta en utdanning, ikke kommer hjem igjen.

Trolig er det summen av ovennevnte faktorer som fører til at Aust-Agder og Møre og Romsdal kommer så ulikt ut på unge uføre statistikken. Trolig har også Aust-Agder noe å lære av Møre og Romsdal, både med tanke på å sette familiepolitikk og barns oppvekstvilkår høyere opp på dagsorden, og med tanke på hvordan forvaltningen kan bedre samhandle med legene og andre instanser som skal ivareta barn og ungdommers interesser.





## 7 Finnmark

### 7.1 Innledning

I innledningen til denne fylkesvise gjennomgangen, beskrives Finnmark som ett av kontrastfylkene til Aust-Agder. Det vil si at Finnmark har en relativt liten beholdning av unge uføre og at vekstraten er relativt lav. Ifølge tilgjengelig statistikk på prosjektets oppstartstidspunkt mottok 1,7 prosent av alle i alderen 18-35 år en uføreytelse i Finnmark i 2005. Til sammenligning var denne andelen 3,2 prosent i Aust-Agder. På landsbasis mottok 1,8 prosent det samme i 2005. Også målt ved tilgangen på nye unge uførepensjonister lå Finnmark lavere enn Aust-Agder (3,8 prosent mot 6,5 prosent), og på linje med landet for øvrig (3,7 prosent). Som vi skal se i beskrivelsen under, ligger fylket lavt på flere objektive levekårsindikatorer, noe som ofte betyr at et relativt høyere antall innbyggere lever av/på offentlige stønadsordninger enn på steder der levekårene er bedre. Dette er også tilfelle for den godt voksne delen av befolkningen i Finnmark hvor blant annet uføreandelen er relativt høy. Det er derfor interessant i seg selv hvorfor andelen unge uføre er så lav i Finnmark, spesielt når vi tar i betraktning at vi ikke finner en forskyvning over til andre trygdeytelser for aldersgruppen under 35 år.

I Finnmark er det totalt 19 kommuner. Det er relativt lite variasjon i andelen unge uføre innad i fylket. I 2005 var det relativt sett færrest unge uføre i Nordkapp med 0,8 prosent av befolkningen i alderen 18-34 år, mens Berlevåg og Sør-Varanger representerer den andre ytterkant, med 2,7 prosent unge uføre hver. Over halvparten av kommunene (11 av 19) avviker imidlertid ikke mer enn +/- 0,5 prosentpoeng fra fylkesgjennomsnittet på 1,7 prosent, og ingen av kommunene avviker mer enn +/- 1,0 prosentpoeng. Av statistikken går det fram at kystkommunene lengst øst i fylket, sammen med kommunene Loppa og Hasvik (to små kystkommuner lengst vest i fylket), ligger over fylkesgjennomsnittet, mens kommunene ”midt” i fylket ligger under fylkesgjennomsnittet.

Ved valg av kommuner har vi, som i de øvrige fylkene, lagt vekt på personvernet. Finnmark har mange små kommuner med relativt få innbyggere men har også tre kommuner som er vekstsentra. Det andre hensynet vi vektla i valg av kommuner, var at kommunene skulle ligge tett på fylkesgjennomsnittet. Som følge av disse kriteriene ble Alta og Sør-Varanger valgt. And-

len unge uføre i Alta var 1,5 prosent i 2005, mens i Sør-Varanger var det tilsvarende tallet 2,7 prosent. Det vil si at andelen unge uføre i Sør-Varanger ligger høyt for å være Finnmark og ligger også over landsgjennomsnittet.

I Finnmark har vi fått innsyn i mappene til åtte unge uføre. I seks av disse sakene er det foretatt intervju med brukeren. To av brukerne var det ikke mulig å komme i kontakt med da feltarbeidet ble gjennomført. I tillegg er det foretatt sju intervjuer med saksbehandlere i forvaltningen, to intervjuer med fastleger og to intervjuer med rådgivende leger. I alt 17 intervjuer er gjennomført i Finnmark.

Det er en lik kjønnsfordeling i de unge uføre sakene vi har fått innblikk i. I en av sakene var den unge uføre mellom 20-24 år ved tilståelse av uførepensjonen, tre var i aldersgruppen 25-29 år, mens halvparten var over 30 år. I halvparten av sakene er diagnosen relatert til en psykisk lidelse, men i flere av tilfellene er diagnosen sammensatt av flere diagnoser. I de øvrige tilfellene er diagnosene: Asbergers syndrom, Scheuermans sykdom, tensjons hodepine og multippel sklerose. I tre av åtte saker er utfallet en varig uførepensjon, mens resten mottar en tidsbegrenset uførestønad. Kun i to av de åtte sakene er det gitt gradert pensjon, og da 55 prosent tidsbegrenset uførestønad.

Alle brukerne vi har intervjuet i Finnmark har lav utdanning. Halvparten avsluttet utdanningsløpet etter grunnskolen, resten etter videregående skole. Unntatt i to av tilfellene, hvor brukerne har vært yrkesaktive i henholdsvis fem og 14 år, har brukerne i svært liten grad vært i ordinært arbeid. De som har liten arbeidserfaring, har stort sett fått hjelp av Aetat til å komme ut i arbeidslivet.

Av sju saksbehandlere har fire lang fartstid fra Aetat. Sistnevnte har jobbet med yrkesrettet attføring, dagpenger og arbeidsmarkedstiltak og samtlige hadde kjennskap til sakene vi fikk innsyn i. Saksbehandlerne fra trygdeetaten hadde også lang erfaring. De har jobbet med både rehabiliteringssaker og uførepensjonssaker. De fleste saksbehandlerne har mesteparten av sin arbeidserfaring fra kommunen som de jobbet i på intervjutidspunktet.

Legene vi intervjuet har også mange års fartstid som henholdsvis fastleger og rådgivende leger i Alta og Sør-Varanger. De gir uttrykk for at de har stor steds kunnskap, og kjenner folket og kulturen på stedet godt. Disse intervjuene ga mye informasjon til prosjektet, mer enn det vi hadde forventet. Flere av legene synes å ha et stort samfunnsengasjement og unge uføre temaet var ikke et vanskelig tema å invitere til samtale om.

Vi skulle gjerne ha fått flere leger i tale. De er en vanskelig gruppe å rekruttere i en ellers travel hverdag. De som stilte, tok seg likevel god tid. Mens vi fikk intervjuet de involverte saksbehandlerne i Sør-Varanger, var det samme ikke mulig i Alta på grunn av sykdom og/eller permisjon, eller at de hadde sluttet i jobben. Andre, som også hadde vært inne i sakene, stilte imidlertid opp i deres sted. Det faktum at vi oppholdt oss i NAVs kontorer i Alta over flere dager, og snakket med de etatsansatte i lunsjen og i gangen, gav betydelig tilleggsinformasjon.

Selv om vi har vært i to vekstsentra på grunn av personvernet, benyttet flere av informantene anledningen til å omtale Finnmark mer generelt, ikke bare spesifikt Alta og Sør-Varanger. I sum synes vi at datamaterialet fra Finnmark er svært interessant. I tolkningen og drøftingen av dataene må vi imidlertid ta hensyn til at vi har hentet inn data i de mest folkerike delene av Finnmark og at arbeidsmarkedet og andre kjennetegn ved samfunnet vil trolig være svært annerledes i de mer griségrende strøk i fylket.

## 7.2 Kjennetegn ved Finnmark

Finnmark er mangfoldig og fylket er utstrakt og griségrende. Vi finner store kulturelle forskjeller, fra kystkultur til innlandskultur på vidda. Kulturforskjellene beskrives av våre informanter som store. En åpen kystkultur hvor fiske er en sentral næring og en mer lukket kultur på vidda.

Som nevnt består Finnmark av 19 kommuner. Mange av kommunene har få innbyggere og med en fraflyttingsproblematikk. De tre store vekstsentra i fylket er Alta, Sør-Varanger og Hammerfest. Finnmark har 72.399 innbyggere i 2008, og 38,5 prosent av innbyggere i Finnmark bor i Alta eller Sør-Varanger. Alta er nesten dobbelt så stor befolkningsmessig som Sør-Varanger. Alta har bystatus og drøye 18.000 innbyggere. Høgskolen i Finnmark ligger i Alta. Alta har en ung befolkning og netto tilflytting som gjelder unntaksvis for Finnmarks kommuner. Sør-Varanger har i underkant av 10.000 innbyggere. Som Alta har Sør-Varanger en positiv befolkningstilvekst. Dette sikres både gjennom et positivt fødselsoverskudd og positiv netto tilflytting. Finnmark har til nå hatt en gjennomgående yngre befolkning enn landet sett under ett.

Av tabell 7.1 ser vi at en større andel av Finnmarks befolkning er bosatt i tettbebygde strøk enn tilfellet er i Aust-Agder. Selv om Finnmark ofte beskrives som griségrende har likevel Aust-Agder en mer spredt bosetting.

Tabell 7.1 presenterer også noen nærings- og arbeidsmarkedstall for Finnmark og Aust-Agder. Tallene illustrerer at yrkesdeltakelse er ganske lik mellom de to fylkene, men kvinnene i Finnmark er noe mer yrkesaktive enn kvinnene i Aust-Agder. Sysselsettingen i Finnmark er imidlertid lavere enn landsgjennomsnittet, men relativt høy i regionale sentra, som Alta og Sør-Varanger. Arbeidsledigheten i Alta og Sør-Varanger er også lavere enn sammenlignet med en del andre kommuner i Finnmark. For fylket samlet sett er registrert arbeidsledighet høyere enn tilfellet er for Aust-Agder og bruttoinntekten per innbygger 17 år og over er også noe lavere i Finnmark enn den er i Aust-Agder. Det er mennenes inntekter som trekker snittet ned for Finnmark. Kvinnene i Finnmark jobber og tjener mer i gjennomsnitt enn sine søstre i sør. Bruttolønn i Finnmark er også lavere enn landsgjennomsnittet og avstanden har i den senere tid økt. I 1996 var bruttolønn i Finnmark 91 prosent av landsgjennomsnittet, mens i 2005 var dette tallet redusert til 83 prosent.

Ser vi på næringsstrukturen i de to fylkene, ser vi at det er flere industriarbeidsplasser i Aust-Agder relativt til Finnmark, mens Finnmark kjennetegnes ved noe større andel arbeidsplasser innen offentlig sektor og primærnæringene, herunder fangst, fiske, landbruk, reindrift og skogbruk.

**Tabell 7.1 Nærings- og arbeidsmarkedstall. 2007**

	<b>Finmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Bosetting: Andel bosatt i tettbygde strøk. Prosent	73	68
Sysselsatte 15-74 år. 4. kvartal 2007. Prosent av befolkningen	70	69
- Menn	71	72
- Kvinner	69	65
Registrerte arb.ledige som andel av arb.styrken, årsgj.sn. 2006. %	4,5	2,6
- Menn	5,6	2,9
- Kvinner	3,4	1,7
Bruttoinntekt per innb. 17 år og over.	284.600	297.600
- Menn	322.800	376.200
- Kvinner	245.300	220.700
Sysselsatte fordelt på næring 2007. Prosent		
- Primær	6,8	2,8
- Sekundær	15,6	22,8
- Tertiær	77,1	74,0
Sysselsatte fordelt på sektor. 2007. Prosent		
- Offentlig forvaltning	40,1	31,2
- Privat sektor og offentlige foretak	59,9	68,8

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Tabell 7.2 viser tall for oppvekst, omsorg og helse. Tallene er fra 2006 og kan tyde på at det offentlige tjenestetilbudet innen oppvekstfeltet er bedre i Finnmark relativt til Aust-Agder. Barnehagedekningen er bedre og gjennomsnittlig gruppestørrelse i grunnskolen er markert lavere i Finnmark, sammenlignet med Aust-Agder. Det er også færre elever i grunnskolen i Finnmark med spesialundervisning og andelen barn 0-17 år med barnevernstiltak er noe høyere i Finnmark enn i Aust-Agder.

Innbyggerne i Finnmark har imidlertid lavere utdanningsnivå sammenlignet med landet for øvrig, også sammenlignet med Aust-Agder. Det er mennene i Finnmark som trekker gjennomsnittet ned. Flere kvinner enn menn i Finnmark studerer ved høyskoler og universitet.

Tabell 7.2 Oppvekst, sosial, omsorg og helse. 2006

	<b>Finmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Barnehagedekning 1-2 år. Prosent	72,4	55,7
Barnehagedekning 3-5 år. Prosent	92,3	91,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 1. til 7. årstrinn.	10,4	14,3
Gj.snittlig gruppestørrelse, 8. til 10. årstrinn.	10,9	15,4
Andel elever i grunnskolen med spesialundervisning. Prosent	6,6	7,4
Andel av befolkningen 16 pr og eldre med høyere utdanning. 2007. %	20,5	22,1
- Menn	16,1	20,5
- Kvinner	25,1	23,6
Andel barn 0-17 år med barnevernstiltak. Prosent	4,7	4,0
Legeårsverk per 10.000 innb.	13,8	9,4

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

I tabell 7.3 vises tall for unge trygde- og sosialmottakere. Vi ser at Finnmark har en lavere andel unge mennesker på uførepensjon, rehabiliteringspenger og attføringspenger sammenlignet med Aust-Agder. Vi kan således ikke forklare den lavere andelen unge uføre i Finnmark med at de unge i større grad holdes på rehabiliterings- eller attføringspenger. Det er heller ikke noe som tyder på at unge i Finnmark i større grad presses over på sosialbudsjettet, relativt til Aust-Agder. Andelen mottakere av økonomisk sosialhjelp er på nivå med Aust-Agder.

Det er imidlertid en markant forskjell mellom fylkene når det gjelder forekomsten av abort for kvinner under 20 år, men denne forskjellen kommer i mindre grad til uttrykk i bruk av overgangsstønad.

**Tabell 7.3 Unge trygde- og sosialstønadsmottakere. 2007**

	<b>Finnmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
Uførepensjonister. 16-66 år. Prosent	13,3	13,5
Uførepensjonister. 18-34 år. Prosent	1,7	3,2
Mottakere av rehabiliteringspenger. 18-34 år. Prosent	1,2	1,6
Mottakere av attføringspenger. 18-34 år. Prosent	2,6	3,1
Mottakere av økonomisk sosialhjelp. 18-34 år. Prosent	7,8	7,7
Overgangsstønad 20-39 år. Prosent	5,4	4,7
Abort under 20 år. 2006. Prosent	26,4	15,3

Kilde: [www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

### 7.3 Hva kjennetegner unge uføre i Finnmark

Ifølge statistikken har unge uføre i Finnmark en noe yngre aldersprofil sammenlignet med unge uføre i Aust-Agder. Mens om lag 26 prosent av de unge uføre i Finnmark er under 25 år, er det samme tilfelle for om lag 17 prosent av de unge uføre i Aust-Agder. Dette bildet understøttes av tilgangstallene, jf tabell 7.4.

**Tabell 7.4 Unge uføre fordelt på alder. 2007. Prosent**

<b>Alder</b>	<b>Beholdning pr 31.12.07</b>		<b>Nye uføremottakere i 2007</b>	
	<b>Finnmark</b>	<b>Aust-Agder</b>	<b>Finnmark</b>	<b>Aust-Agder</b>
18-19 år	4,1	3,4	17,2	14,4
20-24 år	21,6	13,3	25,9	13,5
25-29 år	28,2	28,1	17,2	27,0
30-34 år	46,0	55,2	39,7	45,0
N	291	707	58	111

Kilde: Spesialbestilling SSB

Ser vi på diagnosebildet, er det ingen store forskjeller mellom fylkene. Andelen med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser er noe høyere i Aust-Agder, samtidig som andelen med medfødte misdannelser og kromosomavvik er litt høyere i Finnmark. Dette kan være med på å forklare at andelen uføre i den helt yngste aldersgruppen er høyere i Finnmark fordi personer med medfødte misdannelser og kromosomavvik stort sett får innvilget en uførepensjon ved deres attenårsdag. Når det gjelder psykiske lidelser er ofte

sykdomsbildet diffust. Vi ser at mange av brukerne med psykiske lidelser blir gående lenge i ”systemet” før de innvilges en uførepensjon. At det er en noe høyere andel med psykiske lidelser i Aust-Agder relativt til Finnmark kan således forklare forskjellene i aldersprofilen omtalt over.

**Tabell 7.5 Mottakere av uføreytelser etter fylke og hoveddiagnose. Pr 31.12.06. Andel**

Diagnose	Finnmark 18-34 år	Aust-Agder 18-34 år
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	60,4	64,3
Sykdommer i nervesystemet	11,5	9,0
Sykdommer i muskel- og skjelett og bindevev	8,0	7,4
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	9,4	7,8
Skader, forgiftninger og vold	2,4	3,1
Diagnose mangler foreløpig	3,1	1,5
Rest	5,2	6,9
I alt	100	100

Kilde: Spesialbestilling SSB

### Hva kjennetegner unge uføre i Finnmark ifølge informantene?

I Finnmark har vi intervjuet i to kommuner hvor statistikken er noe forskjellig i forhold til størrelsen på uførebeholdningen og tilgangen på nye unge uføremottakere. Både uførebeholdningen ved utgangen av 2005 og tilgangen av nye i 2005 var omtrent dobbelt så stor i Sør-Varanger relativt til Alta. Når informantene ble spurt om hva som kjennetegner unge uføre, var vi derfor spent på om svarene fra de to kommunene ville avvike.

Informantene fra Finnmark mente at det ikke var enkelt å kategorisere de unge uføre og de beskrives som en svært heterogen gruppe. Når det er sagt, er det likevel en del fellestrekk i svarene deres. Et av disse er at sykdomsbildet til de unge uføre er svært sammensatt, og hvor muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser, samt lærevansker og en del rusproblematikk, går igjen. I Alta beskrives ”de sammensatte lidelsene” som den største gruppen, mens psykiske lidelser beskrives som hovedgruppen blant de unge i Sør-Varanger, etterfulgt av muskel- og skjelettlidelser. Psykiske lidelser knyttes til oppvekst samt de unges manglende evne til å møte dagens krav, enten det er i forhold til skolen, arbeidslivet eller samfunnet mer generelt. Når det gjelder muskel- og skjelettlidelser er det mye snakk om nakke, skulder og



rygg, hvor unge ufaglærte kvinner fra pleie- og omsorgssektoren og barnehager går igjen.

Deler av veksten i psykiske lidelser forklares ut fra at man ser og reagerer på omsorgssvikt i familien i større grad i dag enn tidligere - ikke at omfanget av omsorgssvikt nødvendigvis har økt:

*”Jeg har sett at hvor det har vært overgrep i oppveksten, da kommer de psykiske lidelsene da de blir bortimot voksne. Før var P-diagnosene ofte skjult i annet – fordi det var så stigmatiserende. Slik er det ikke lenger. Vi har en vekst i P-diagnosene fordi det er mer akseptert – og man kan bli behandlet for det. Jeg tror ikke det nødvendigvis er en økning i mishandling og vanskelig oppvekst, men det kommer mer til overflaten nå. Omgivelsene er mer våkne for sånt.”*

I Alta viser man også til en gruppe med medfødte misdannelser og psykisk utviklingshemmede. En av informantene forklarer dette med at Alta har tilbud til disse gruppene som man ikke har i regionen for øvrig. Dette tiltrekker seg en del familier som har barn og ungdommer som har spesielle behov. Denne gruppen tilstås imidlertid en uførepensjon ved fylte 18 år, og er ikke den gruppen som saksbehandlere bruker mye tid på i forhold til uføreprosessen. Disse sakene er stort sett kurante.

Forvaltningen bruker imidlertid mer tid på de litt eldre ”unge” med diffuse lidelser: De med fibromyalgi, migrene og ulike psykiske diagnoser. En av informantene i Sør-Varanger beskriver denne gruppen som ”klarer ikke” personene:

*”Så er det dem med udefinerte sykdommer, som muskel- og skjelettlidelser. De tåler ikke presset – stresset - i arbeidslivet. De er ”klarer ikke” personene. Ofte med en ikke klar diagnose. Det er ofte kjempe unge mennesker som er utbrente og har møtt veggen. Det er kjempemerkelig. Jeg vet ikke om det er en økning i dårlig helse, eller om det er økt oppmerksomhet, eller om det er nye merkelapper.”*

Rusmisbruk ble også nevnt som et problem av informantene i begge kommunene. Rus nevnes ofte i kombinasjon med psykiske lidelser. Mens informantene fra Alta viser til at det ikke er et ”synlig” rusmiljø i kommunen og at de tyngre misbrukerne flytter gjerne til større miljøer som Oslo, er informantene i Sør-Varanger mer klare på at det er et rusproblem på stedet. Selv om en del rusmisbrukere har flyttet ut av kommunen, er det en del med rusproblemer igjen. Den ”unge” rusgruppen består ofte av gutter eller unge

menn med en rekke udefinerte sykdommer. De beskrives som en gruppe som "ikke klarer", verken arbeidstrening eller det å møte til oppfølgingsamtaler i forvaltningen. En av trygdeinformantene i Sør-Varanger mener at rusutløste psykiske lidelser er økende blant unge, og anslår at om lag ti prosent av unge uføre i denne kommunen er rusrelatert. Informanten legger til at en del har også en vanskelig oppvekst og det er vanskelig å si hva som kommer først. Sistnevnte understøttes av en annen informant:

*"Mange familier har arvelig sosial angst. Det er ikke uvanlig at far har angst og alkoholproblemer, og at sønnene går rett inn i samme mønster. Hos noen er det psykisk problem, hos andre er det mer snakk om manglende evner – det vil si arvelig predisponerthet. Jeg tror ikke vi kan snakke om latskap blant de unge uføre. Det finnes ofte en forklaring på hvorfor de ikke kan jobbe. Men mange sosialiseres inn i en sykkelighetstilværelse med rus og angst."*

Flere av informantene i Finnmark var også opptatt av at i tillegg til helsevikt preges mange av sakene av behovet for inntektssikring:

*"Veldig mange foreldre kommer inn til meg på vegne av sin sønn eller datter som er blitt 18 år og spør: Hva skal de leve av? De er ikke interessert i å forsørge dem lengre. Jeg tror at mange søker for lett.(...) Det synes på meg som at trygden går i arv. Hvis ditt barn har et omfattende helseproblem, tror jeg mange foreldre får litt panikk og tenker: Pengene skal i alle fall på plass."*

Presset på uførepensjon som inntektssikring, uten at det foreligger sterke helsemessige argumenter, synes å være størst i kommunene hvor arbeidsmarkedet er begrenset. En av legene med lang observasjonstid i Finnmark peker på at en del unge menn som ikke kommer seg ut av en del kystkommuner, verken for utdanning eller annet, livnærer seg av litt fiske, litt vedhogst, og så videre, men har ofte behov for ytterligere inntektssikring. Diagnosene disse etter hvert ble tildelt ble av denne legen opplevd som litt påklistret. Ifølge denne informantene kunne diagnosen vært hva som helst. Trygden ble i disse tilfellene bare inntektssikring.

Ovennevnte tyder på at hva som kjennetegner unge uføre i Finnmark er sammensatt og varierer på tvers av fylket. Informantene som har et overblikksbilde skiller mellom vekstsentraene, de små kystkommunene og de store innlandskommunene. Våre data er hentet fra to vekstsentra, men informantene har også omtalt de små kystkommunene i løpet av intervjuene. Gjennomgangstemaene har vært psykiske lidelser (i en rekke tilfeller knyttet

til rus), muskel- og skjelettlidelser og andre diffuse lidelser. Denne beskrivelsen passer relativt bra med statistikken presentert i tabell i 7.5. Våre informanter har i liten grad berørt innlandskommunene og vi vet således lite om hva som kjennetegner unge uføre i disse kommunene.

#### **7.4 Hva forklarer veksten av unge uføre på landsbasis, sett fra informantene i Finnmark?**

På spørsmål om hva som kan forklare veksten av unge uføre på landsbasis fikk vi nokså sammenfallende svar på tvers av de to kommunene vi intervjuet i, med noen få unntak.

Forklaringen om at mange unge sliter mer med kravene de stilles overfor i dag, fikk vi høre av de fleste. Enten det er krav i skolen, i arbeidslivet eller i samfunnet mer generelt. Mens enkelte var opptatt av at kravene har endret seg, med blant annet henvisning til større krav til teori som følge av Reform 94 i skolen eller at kravene til effektivitet og produktivitet i arbeidslivet har økt, viser andre igjen til at enkelte ungdommer er mindre "trent" til å takle motgang og krav som forventes av dem i dagens samfunn. I forhold til sistnevnte er det nødvendigvis ikke kravene som har blitt større, men at man er for lite "trent" eller robust til å takle dagens krav. Enkelte har fått for lite "bagasje" med seg fra hjemmet til å takle livet utenfor familiens omsyn.

I tillegg til ovennevnte viser de fleste til at traumatiske hendelser i oppveksten ofte kommer til overflaten når unge møter kravene i videregående skole eller i arbeidslivet. Som følge av at man har bygd ut psykiatritilbudet til ungdom og unge voksne, har disse forholdene i større grad kommet fram i diagnose- og uførestatistikken.

Flere av informantene, men ikke alle, viser også til at rusproblematikken blant unge mennesker har økt, og at dette trolig kommer til uttrykk i unge uførestatistikken, da ofte definert som psykiske lidelser.

Et fåtall av informantene mener at veksten i unge uføre kan blant annet tilskrives at foreldregenerasjonen har blitt mer rettighetsorientert og mer informert om de ulike trygdeytelsene. Foreldre ønsker ikke lengre å ta det økonomiske ansvaret for sine voksne barn, og er pådrivere for at deres barn skal inntektssikres og ha egen økonomi.

En av informantene mener at veksten av unge uføre trolig kan tilskrives tidligere forvaltningspraksis, som av informanten karakteriseres som stram og lite imøtekommende i forhold til psykisk syke mennesker:

*”Svært mange av våre brukere har enten psykiske problemer i en eller annen grad eller lese og skrive vansker. Da blir oppmøte og skjemaer et stort hinder det er vanskelig å komme over. Det hele dreier seg egentlig om holdninger til mennesker, at vi klarer å vise empati og sette oss inn i deres situasjon. Vi må få systemet til å passe til dem, ikke dem til å passe systemet.”*

Med bakgrunn i denne systemkritikken mener informanten at en del unge mennesker aldri kommer i gang med, eller gjennomfører, avklarings- og utføringsprosesser som de har behov for, men heller ender opp i uførestatistikken. Det er nettopp denne type kritikk NAV-reformen, blant annet, skal søke å gjøre noe med. Lykkes man med det, kan man i følge denne informanten forvente å se et utslag i statistikken i positiv retning.

Til slutt var det en av legene som mener at samfunnet generelt er blitt mer opptatt av diagnoser og sykdom. Legevitenskapen har kommet lengre og folk vil ha svar på alt mulig. Systemet fremelsker behovet for diagnoser, som igjen bidrar til at flere opplever seg som syke: *”Legen min sier at jeg er syk”*.

Tankene om hva som kan forklare veksten i unge uføre på landsbasis avviker en del mellom Finnmark og Aust-Agder. Mens informantene i Aust-Agder viste til bortfall av ufaglærte arbeidsplasser, var ikke dette et tema blant informantene i Finnmark. I Aust-Agder pekte man også på mangler ved det offentliges tjenestetilbud til unge som ikke fikser overgangen fra skole til arbeid. Heller ikke dette ble vektlagt i Finnmark. I begge fylkene viser imidlertid informantene til at ungdom i økende grad ikke klarer å imøtekomme kravene i arbeidslivet, mens forhold knyttet til rus, en mer rettighetsorientert foreldregenerasjon og økt fokus på diagnosesetting ble nevnt i Finnmark, men ikke i Aust-Agder.

## **7.5 Informantenes forklaring på uføreandelen i Finnmark**

Som nevnt innledningsvis lå unge uførebeholdningen for Finnmark under landsgjennomsnittet ved utgangen av 2005 (1,7 prosent i Finnmark mot 1,8 på landsbasis og 3,2 i Aust-Agder) og tilgangen på nye unge uføre lå omtrent på landsgjennomsnittet mens tilgangen for Aust-Agder lå nesten dobbelt så

høyt. Hva forklarer de lavere tallene for Finnmark? Dette spørsmålet ble stilt legeinformantene og informantene fra forvaltningen i Finnmark.

At tallene fra Finnmark var såpass lave var noe spesielt legeinformantene stusset over. Som følge av lav sosioøkonomisk status (lavere utdanning og inntekt), generelt dårligere helsetilstand og svake arbeidsmarkeder (bortsett fra i vekstsentraene), forventet legene at Finnmark skulle ligge dårligere an på statistikken. Når så ikke er tilfelle, ble det pekt på en rekke mulige forklaringer.

Det var veldig mye likt i forklaringene fra informantene i Finnmark, men med noe variasjon mellom Sør-Varanger og Alta. Den største forskjellen mellom de to kommunene er relatert til arbeidsmarkedet og betydningen av gruvevirksomheten i Sør-Varanger. Dette kommer vi tilbake til.

En av forklaringsfaktorene som omtrent samtlige viste til er forvaltningspraksis. I begge kommunene viste informantene til et svært godt samarbeid mellom forvaltningen og legene, og at dette kan være en av de viktigste forklaringene på de lave tallene. Mens man i Alta for øvrig beskrev en streng forvaltningspraksis, la man i Sør-Varanger i større grad vekt på at forvaltningen har utviklet et godt samarbeid med en rekke andre eksterne aktører, eksempelvis den videregående skolen, arbeidsgivere, rusomsorgen og psykiatritjenesten. Mens informantene i Sør-Varanger beskriver en god psykiatritjeneste, er informantene fra Alta mer kritiske til psykiatritilbudet, men viser samtidig til at det har blitt bedre. I begge kommunene viser informantene også til et godt arbeidsmarked med liten arbeidsledighet, samt at en del unge med rusproblemer flytter bort, ofte til Oslo. I begge kommunene vises det også til trekk ved kulturen som kan bidra til å forklare tallene. Samfunnet beskrives som mer åpent og gjennomskiktig, noe som gjør det enklere for ”det offentlige” til å gripe inn i dysfunksjonelle familier. Samtidig vises det i begge kommunene til at en del familier flytter mye for å komme unna barnevernet.

En av våre legeinformanter, som gjennom sitt arbeid hadde et særlig godt overblikk over utviklingen for fylket sett under ett, trekker også fram den historiske konteksten når vi skal tolke tallene i dag. Med henvisning til et høyt trykdeforbruk og høye uføretall for Finnmark siden 1970-tallet, har man fra midten av 1980-tallet jobbet aktivt med å snu denne utviklingen. Informanten viser blant annet til utbygging av hjelpetiltak, bedring av legedekningen, kursing av legestanden, økt vektlegging av tidlig intervensjon og et inkluderende arbeidsliv, samt en strengere forvaltningspraksis. Til grunn for disse tiltakene var en felles problemforståelse og vilje til å gjøre noe for å

snu utviklingen. Denne informanten mener at flere års innsats kan trolig forklare hvordan Finnmark har klart å bryte ut av en negativ statistikk:

*”En årsak til at Finnmark kan ligge noe lavere for unge uførepensjonister – er at vi har prøvd å gripe inn tidlig. De unge ble altså de som skulle få kjenne på denne endringen, denne kursendringen som vi ønsket å få til, først.”*

I det følgende skal vi se på forklaringsvariablene i noe mer detalj. Vi velger samme struktur som i Aust-Agder kapitlet for å gjøre sammenligningen mellom fylkene mer tydelig.

### **Trekk ved arbeidslivet/næringsstrukturen**

Selv om både Alta og Sør-Varanger er vekstkommuner, er det også visse forskjeller mellom disse to kommunene når det gjelder arbeidslivet og næringsstrukturen. Alta er en ressurssterk kommune med netto innflytting. Alta beskrives som et sted med mange muligheter hvor det er studieplasser, et godt arbeidsmarked, og et bredt tiltaksspekter via NAV. De som ser muligheter for seg selv og vil noe med livet sitt, flytter til Alta ifølge informantene. Alta er således et sted hvor unge fra de mindre folkerike kommunene i Finnmark flytter til for blant annet å ta utdanning eller for å få seg en jobb.

Arbeidsmarkedet i Sør-Varanger har på den andre siden vært dominert av Sydvaranger gruver i mange år. I et historisk perspektiv har gruvene absorbert mange unge menn som ellers ville stått svakt på arbeidsmarkedet. Ifølge informantene i Sør-Varanger har gruvene nærmest fungert som en arbeidsmarkedsbedrift, en offentlig arbeidsplass hvor man tok vare på hverandre.

*”Før var ikke utdanning så viktig. Tidligere fikk ressurs svak ungdom jobb på Sydvaranger gruver uansett. Vi pleide å si at man jobbet ikke på Sydvaranger gruver – man var ansatt.”*

I 1985 vedtok imidlertid staten en nedleggingsplan for AS Sydvaranger, i 1996 ble statsstøtten kuttet, i 1997 stengte de store gruvene, og fra 2001 var det ikke lenger virksomhet igjen. Da gruvene ble stengt var det mange voksne som ble uføre. I forhold til de unge etablerte Aetat et tett samarbeid med den videregående skolen. De med medfødte lidelser ble tilstått en varig uførepensjon ved attenårsdagen, mens resten som normalt ville ha begynt i gruvene ble ”kjørt over” på attføring. Samtlige av informantene fra Sør-Varanger understreker at det er en prioritert oppgave å få skolelei ungdom ut i praksis så fort som mulig. Det fortelles at Aetat har vært flinke til å finne

praksisplasser for ungdommene, og når noe går galt, er det heller den unge som trekker seg.

I dag viser informantene til at det ikke er arbeidsledighet i Sør-Varanger å snakke om. Er man interessert i å jobbe, så finnes det jobbmuligheter. Etter bortfallet av arbeidsplassene ved gruvene har riktignok næringsstrukturen i Sør-Varanger endret seg. Nå er det handels- og servicenæringen som dominerer. Det har også utviklet seg et akademisk miljø rundt Barentsinstituttet, sykehuset i Kirkenes, den videregående skolen, forsvaret, et næringsliv i vekst og NAV, som blant annet har innkrevingsentralen. Sistnevnte rekrutterer en del jurister, mens næringslivet rekrutterer en del ingeniører. Gruvene i Sør-Varanger skal åpne igjen i 2009 og melder om et behov for 250 nye ansatte, noe det vil være vanskelig å finne i Sør-Varanger i dag.

At Alta og Sør-Varanger for tiden preges av gode arbeidsmarkeder kan bidra til å forklare hvorfor Finnmark kommer relativt godt ut i den nasjonale statistikken. Men som flere av informantene gjorde oss oppmerksomme på, slik er ikke bildet i alle deler av Finnmark.

### **Trekk ved enkeltindividene/familiene og sosial arv**

Flere av informantene viser til at de unge med diffuse og sammensatte lidelser, ofte muskel- og skjelett lidelser, stort sett kommer fra familier hvor hele familien er belastet med sykdommer. Tilbøyeligheten til å søke om en uføretelse beskrives som større når man kommer fra et miljø der en eller flere voksne er hjemmeværende eller mottar en trygdeytelse. Dette var en problemstilling som informantene i Sør-Varanger var mer opptatt av enn informantene i Alta. I Sør-Varanger ble dette problemet omtalt som "familiesyndromet":

*"Vi har et familiesyndrom her. Det er et utbredt problem. Vi er spesielt oppmerksomme på det. De krever yrkesrettet atferd før de har gjennomført videregående skole. Med mange familier mener jeg 10-20 i Sør-Varanger. Vi har lagt ned mye ressurser i forhold til disse familiene. Men vi lykkes ikke. Den klassiske diagnosen i disse tilfellene er muskel- og skjelett, fibromyalgi. Det gjelder begge kjønn, mor, far og alle barna. Dette er ikke folk som jobber svart eller i skauen. De sitter på kafé og drikker kaffe og røyker. Det snakkes om det på byen. Ungene skiller seg ut allerede i barneskolen. De deltar heller ikke i noen aktiviteter eller idrett. Det er ofte snakk om ressursvake familier. Disse familiene bor spredt i hele kommunen – og de kjenner nok ikke hverandre. Det å leve på trygd har blitt naturlig*

*for dem. De er oppvokst til å bli syke. Sykdommene er diffuse. Det er mye psykisk. Det er et sammensurium.”*

*”Jeg ser at hele familier har ytelser. Har ofte en del saker hvor mor og far også mottar uførepensjon. De tar ikke ansvar for eget liv, men legger det i hendene til det offentlige. Vet ikke om det er mer omsorgssvikt nå enn før, men det kommer kanskje mer frem. Nå er det et offentlig apparat hvor saker meldes inn.”*

I følgende sitat er det verdt å merke seg at informanten ikke omtaler en enkel bruker, men en hel familie:

*”Sosial arv er et kjempestort problem. Det er rimelig gjennomiktig her. Det er familier som er på attføring først, siden blir de uføre. Mange har andre familiemedlemmer i samme situasjon. Vi prøver å fordele dem på flere saksbehandlere. Er dere mer restriktive i forhold til disse familiene? Nei. Alle skal behandles individuelt. Det kan jo være genetisk. Vi har ikke gjort spesielle tiltak i forhold til enkelte familier. Det er en problemstilling som er vanskelig å håndtere. Det har noe med holdninger å gjøre. Generelle holdninger til det offentlige. I enkelte familier er det større aksept for å leve på trygd. Pluss, det er større aksept i Sør-Varanger for å leve på trygd og være ufør.”*

En av informantene mener imidlertid at fenomenet hvor en hel familie er uføremottakere er ”på vei bort”. Det vises til at forvaltningen har lagt ned mye ressurser i forhold til disse familiene og at man begynner å høste resultater av dette arbeidet nå.

### **Rusproblematikk**

Som nevnt viser informantene i både Alta og Sør-Varanger til at en del ungdom med rusproblemer flytter ut av fylket, ofte til Oslo. Mens rusmiljøet i Alta beskrives som ”ikke synlig”, definerer enkelte informanter rus som et stort problem i Sør-Varanger:

*”Rus er et stort problem. Ikke heroin – men all slags sentralstimulerende preparater. I fjor hadde politiet en opptelling. De kom til en hard kjerne på 70-80 personer – mens ca 400 var i randsonen. Aldersmessig er det en jevn stige. Personene i den harde kjerne er ikke de helt unge – men i 40-50 års alderen. De yngste er mer på randso-*



*nen. Rus og psykiatri er de tyngste pasientene. Denne gruppa er alt for stor. De opptar mye ressurser.”*

Informantene i Sør-Varanger er tydelige på at det er mest snakk om unge gutter som har rusproblemer. Ofte takler de press og stress i arbeidslivet dårlig, de kjennetegnes av en rekke udefinerbare sykdommer, samt muskel- og skjelettlidelser, og klarer ofte ikke å gjennomføre arbeidstrening. I Sør-Varanger har de en egen rusomsorg med psykiaritjeneste som sies å jobbe godt. Selv om det er mye å gjøre og det er ventelister, betraktes denne tjenesten som lett å komme til i forhold til mange andre kommuner.

Selv om informantene i Alta beskriver rusmiljøet som ikke synlig, melder de også om at bildet er i ferd med å endre seg. Legene i Alta var imidlertid klare på at selv om rusproblemet er økende, er terskelen for å få uførepensjon som rusmisbruker svært høy i Alta. Dette kommer vi tilbake til.

### **Forvaltningspraksis**

Informantene i både Alta og Sør-Varanger mener at forvaltningspraksis trolig har mye å si for den relativt lave uføreandelen blant unge i Finnmark. Mens man i Alta viser både til en streng forvaltningspraksis og et godt samarbeid mellom forvaltningen og legene, er det sistnevnte som spesielt fremheves i Sør-Varanger.

Som nevnt har Finnmark vært kjent for et høyt trygdeforbruk i flere tiår. Siden midten av 1980-tallet har man søkt å gjøre noe med dette ved å systematisk oppruste tjenestetilbudet, samt å ha større fokus på forvaltningspraksis. Den første rådgivende legen i trygdeetaten ble tilsatt i Finnmark og det ble lagt vekt på å skape en felles forståelse for utfordringene og veien videre, både i forvaltningen og blant legene. Forebygging, tidlig intervensjon og ideer som i dag går inn under betegnelsen ”inkluderende arbeidsliv” var stikkord i denne sammenheng. Tiltak som ble tatt i bruk var blant annet en utstrakt kursing av legene hvor en ønsket å skape en arena for dialog mellom legene. I Alta, for eksempel, vektla en den gang å ha bare ett legesenter, nettopp for å dyrke fagmiljøet og dialogen mellom legene, samt legene og forvaltningen. Målet var å snu en negativ utvikling og flere av informantene betegner ikke bare forvaltningspraksisen som utviklet seg som mer ens, mens også mer streng. En av legene kommer med følgende betraktning:

*”En annen ting som jeg tenker på er at en generelt har et høyt trygdeforbruk i Finnmark. Det kommer sterke krav ”ovenfra” om en*

*streng praksis. Og skal en være streng, må en plukke saker å være streng på. Da er det lettest å ta de unge.”*

Informantene fra forvaltningen i Alta bekrefter at fram til århundreskifte var de svært strenge, for eksempel i forhold til attføringskravene:

*”Når jeg sier at vi var strenge knytter jeg det til at vi hadde en svært regeltro praktisering. Vi ble beskyldt for å være strenge av Aetat, sosial, legene, osv. Vi så også at i forhold til andre kommuner i Finnmark og Troms at vi synes strenge.”*

Et av de andre områdene som legene mener at forvaltningen i Alta er strenge på er rusproblematikken. I motsetning til i Aust-Agder, viser legene i Alta til at terskelen er høy for å kunne få uførepensjon dersom man samtidig er rusmisbruker:

*”Dette feltet er nylig blitt et medisinsk anliggende, tidligere ble det bare sett på som et sosialt fenomen. Men trygden ser fortsatt med strenge øyer på disse sakene.”*

Informantene fra Sør-Varanger trekker også fram det gode samarbeidet mellom forvaltningen og legene når de skal forklare hvorfor uføreandelen blant de unge ikke er høyere. Det vises i denne sammenheng til at både de ansatte i forvaltningene og legene er stabile i sine stillinger og at det har utviklet seg et godt samarbeid over årene. I både Sør-Varanger og Alta vises det for øvrig til regelmessig møtevirksomhet mellom forvaltningen og legene, noe som bidrar til at man kjenner hverandre godt. Når man kjenner hverandre godt er det også lettere å samarbeide om de konkrete sakene og være mer løsningsorientert. Et godt samarbeid mellom forvaltningen og legene når begge parter i tillegg kjenner næringslivet godt, gjør det også enklere å finne hensiktsmessige praksisplasser hvor unge kan få avklart sin arbeidsevne.

### **Legepraksis**

Når det gjelder betydningen av lege- og psykiatritilbudet i Finnmark som forklaring på de relativt lave tallene på unge uføre, kan intervjuene tyde på at et mangelfullt utbygd psykiatritilbud kan forklare noe. Legeinformantene i Alta gir uttrykk for at de lave tallene kan knyttes til et dårlig psykiatritilbud over tid og således et underforbruk. En underdekning av psykiatritilbudet over lang tid kan ha ført til en manglende kultur for å komme med slike lidelser. Et mangelfullt psykiatritilbud har også gjort det vanskelig å få tak i spesialisterklæringer, noe som igjen har gjort det vanskelig, hvis ikke umu-

lig, å møte de høye kravene til dokumentasjon som en uføresak krever. Ifølge informantene i Alta var det nærmest umulig å få en psykiatrisk utredning inntil for fem-seks år siden. Økningen i psykiske diagnoser i Alta ses derfor i sammenheng med utvidelse av psykiatritilbudet, samt at det har blitt mindre stigmatiserende å søke denne type hjelp.

I Sør-Varanger viser flere av informantene til at det fortsatt er for lang ventetid for å komme til behandling i voksenpsykiatrien, og at ventingen nok bidrar til at saker utvikler seg i negativ retning. Generelt vises det til et begrenset utredningstilbud i Sør-Varanger. Personer med somatiske lidelser må ofte til Tromsø for å bli utredet, hvor det også er lange ventelister:

*”Ofte må en vente i ni måneder, og dersom det er tåke akkurat den dagen og flyet ikke går – må en vente i nye ni måneder. Fastlegene har også en tendens til å «vente» med å henvise til like før sykepengene er i ferd med å løpe ut.”*

Fra det ovennevnte kan det tenkes at det er to effekter som gjør seg gjeldende i Finnmark. For det første kan det tenkes at det er en underdekning i psykiatrien på grunn av et mangelfullt eller sent utbygd tilbud. For det andre kan det tenkes at lange utredningsløp innen somatikken fører til at flere fyller 35 år innen de er ferdig utredet og innvilget en uførepensjon.

Informantene i både Alta og Sør-Varanger kan bekrefte at legeshopping også forekommer i Finnmark, men dette var noe som ikke opptok informantene våre. Legepraksisen ble oppfattet som rimelig ”synlig” og oversiktlig. Ingen mente at det var enklere å få bestemte diagnoser hos enkelte leger. I den grad enkelte leger pekte seg ut, var det heller i motsatt retning, nemlig at de var mer tilbakeholdne i forhold til å medvirke til en uføretrygd.

### **Trekk ved kulturen og folkelyne**

I Aust-Agder var de fleste av informantene opptatt av at kulturen og den sørlandske væremåten kan ha noe å si for overhyppigheten av unge uføre. Det ble vist til blant annet sterke normsett hvor det ikke er stor takhøyde for å være annerledes. I Finnmark melder våre informanter om det motsatte. En av legene uttrykker seg på følgende vis:

*”Samfunnet her er gjennomsløst. Mye kommer til overflaten. En av styrkene ved samfunnet her oppe er at man får det opp og fram og får det ut. Takhøyden for å være hvem du er – og å være annerledes – er høy her. ”Spesielle folk” absorberes bedre her, enn andre ste-*

*der hvor vellykkethet og det ytre har mer å si. Jeg tror det er en viktig del av bildet her.”*

Informantene fra forvatningen bekrefter bildet som er tegnet av legen over. Et mer gjennomsliktig samfunn gjør det også enklere å se barn og unge som har behov for hjelp, og for det offentlige til å gripe inn. Dette kan trolig være med å forklare at barnevernstiltak i Finnmark er noe høyere sammenlignet med Aust-Agder, jf tabell 7.2. Men flere informanter i Finnmark er også opptatt av at enkelte ”problemfamilier” flytter for å unnsnippe barnevernet når ”nettet begynner å stramme seg”.

Ovennevnte karakteristikk gjelder primært for vekstsentraene og kystfolket. Mens disse beskrives som veldig åpne, beskrives den innlandske kulturen, herunder den samiske kulturen, som svært lukket:

*”Men husk at det er to slags folk i Finnmark. Den samiske kultur er slett ikke åpen. Der holdes alt i familien, eksempelvis vedrørende et rusproblem. Dette ville ikke kommet ut. Men kystfolket er svært åpne.”*

I tillegg vises det til at samfunnsnormene i Finnmark kan være annerledes sammenlignet med andre deler av landet. At det er høyt under taket demper prestasjons- og glamourkravene til den enkelte:

*”Her i Finnmark er det imidlertid lite til glamoursamfunnet – folk får lov til å ikke se glamorøse ut.”*

Et mer åpent og romslig samfunn kan således være medvirkende faktorer til at færre unge mottar uføretrygd i Finnmark.

### **Andre mulige forklaringsfaktorer**

Også informantene i Finnmark ble spurt om de unge uføretallene kunne tilskrives helseforhold, utdanningsnivået, stedbundethet eller kvinners stilling i regionen.

### **Helsesituasjonen**

Ifølge informantene er det ingenting i helsestatistikken som skulle tilsi at unge i Finnmark har generelt bedre helse eller at det er rene medisinske forklaringer som ligger til grunn for at det er relativt sett færre unge uføre i dette fylket. I den grad informantene viser til helsefaktorer, er det heller tvert om. For befolkningen generelt preges Finnmark av kortere forventet levetid,

flere voldsomme dødsfall og flere røykere. Riktignok er det lavere insidens av kreft i perioden 1955-2004, men kreft som følge av røyking er mer vanlig. Lavere kreftinsidens forklares med lavere levealder.

### **Utdanningsnivået**

Innbyggerne i Finnmark har et lavere utdanningsnivå enn i landet for øvrig, også sammenlignet med Aust-Agder. Det er mennene i Finnmark som trekker gjennomsnittet ned. Enkelte av våre informanter blant saksbehandlerne og legene er inne på at nettopp lav utdanning er en viktig årsak til uførepensjonering blant unge mennesker. Det vektlegges at samfunnet krever utdanning i dag og at den praktiske yrkesutdanningen er omstrukturert. Det skal være mer teori og dette passer ikke alle. Våre informanter snakker oftest ikke direkte om utdanningens betydning, men mer om betydningen av dårlig økonomi, som ofte står i nær sammenheng med utdanning. En av dem sier:

*”Viktigste årsak ved siden av helsesvikt mener jeg er økonomi. Velldig mange foreldre kommer inn til meg på vegne av sin sønn eller datter som er blitt 18 år og spør: Hva skal de leve av? De er ikke interessert i å forsørge dem lengre.”*

Dette står delvis i kontrast med verdier som andre informanter mener kjenner seg igjen i befolkningen:

*”Selvhjelpenheten har en høy verdi i Finnmark. Tradisjonelt søker en ikke ytelse fordi en vil være selvhjulpne.”*

Men denne informantene sitter også igjen med det inntrykket at jentene er mer ekspansive enn guttene:

*”De hadde planer, tenkte på utdanning. Guttene i Finnmark ble sittende igjen. Grov seg ned i idylliske forestillinger, om å fiske litt, litt vedhogst og så videre. Skole passet liksom ikke for dem. De hadde ikke guts nok.”*

Dataene våre kan tyde på at utdanning som forklaring på uførepensjonering blant unge mer er ett mannsfenomen i Finnmark relativt til Aust-Agder.

### **Stedbundethet**

I forhold til om Finnmarkingene er stedbundne får vi to ulike svar. I Sør-Varanger beskrives innbyggerne som stedbundne. Det vises til at samfunnet der har mange kvaliteter. Nærhet til naturen og hyttelivet nevnes av omtrent samtlige informanter i Sør-Varanger. Mange som har vært borte en stund,

velger å komme tilbake, selv om det er en viss lekkasje blant folk som tar utdanning og en del rusmisbrukere som flytter til Oslo.

I Alta la informantene i større grad vekt på at folk er vant til å flytte og er således mindre stedbundne. Fra relativ ung alder er folk vant til å flytte, for eksempel for å ta utdanning eller for å finne seg arbeid. Mange ungdommer kommer til Alta allerede som 16-17 åringer for å gå på videregående skole.

Informantene i både Alta og Sør-Varanger var imidlertid samstemte i at det er ungdommen i de mindre kystkommunene som utgjør den største utfordringen:

*”Vi synes at vi har mange unge uføre. Men problemet er enda større på kysten – på de små stedene. Arbeidsmarkedet begrenser mulighetene – og de går og trækker i isolerte samfunn. Samtidig er de for unge til å takle det å reise bort til videregående skole – de går og surrer hjemme, blir småkriminelle og utvikler psykiske lidelser.”*

Om disse ungdommene i de mindre kystkommunene er mer stedbundne og hva som eventuelt bidrar til deres stedbundethet, har vi imidlertid ikke data på.

### **Kvinnens stilling**

I forhold til kvinnens stilling i samfunnet og hvorvidt det kan ha betydning for uføreandelen i Finnmark, fikk vi ingen entydige svar. De fleste av informantene viste til at det er mange sterke og flotte damer i Finnmark som er vant til å ta i et tak:

*”Kvinner i Finnmark er vant til å jobbe. Noen av de flotteste damene her er arbeiderdamene. De har båret mange av samfunnene rundt i Finnmark. Kvinnene har styrt samfunnet, mens mennene har vært borte på fiske.”*

Men igjen viser svarene at Finnmark er preget av mangfold og mange ulike kulturer. Informantene viser også til læstadianere som praktiserer tradisjonelle kjønnsroller og hvor kvinnene ikke søker om uførepensjon, samt til kystkulturen hvor en del unge tenåringsmødre på 16-17 år starter trygdekarrieren sin som enslig mor.

## 7.6 Forvaltningspraksis

I likhet med de øvrige fylkene, ble informantene i Finnmark bedt om å uttale seg om hva som vektlegges når de behandler saker til unge brukere, om de er mer strenge eller restriktive når de har med unge personer å gjøre, hvordan de håndterer urealistiske forventninger, og hvilke aktører de samarbeider med i saker som omhandler unge mennesker.

### Hva vektlegges i vurderingen av en uførepensjon for unge?

Informantene fra forvaltningen og legene ble spurt om hvilke forhold som er avgjørende for at uførepensjon blir utfallet av en sak for unge mennesker. Til dette spørsmålet fikk vi nokså sammenfallende svar på tvers av de to kommunene vi intervjuet i. I motsetning til i Aust-Agder hørte vi relativt lite om diagnose og medisinske vilkår. Vi hørte imidlertid desto mer om strenge atferdingskrav og at mye må være utprøvd først. ”Vi går en lang vei, vi prøver mye”, var en gjennomgangstone i mange av svarene vi mottok. Det vises til at unge mennesker ofte blir gående mellom fem og ti år i atferdingssystemet, før man mener at arbeidsevnen er tilstrekkelig utprøvd:

*”Det holder ikke med en legemelding. Må ha prøvd ut om de har arbeidsevne. Dette skal gjøres konkret.”*

Flere av informantene vektlegger også brukerens motivasjon. Skal man lykkes med atferding, forutsetter det at brukeren er motivert.

*”Det er funksjonsevne som er avgjørende for om en person blir ufør eller ikke. Vi vurderer også hvorvidt kompetansen og evnen er salgbar i markedet. Men til syvende og sist er det personen selv som avgjør. Hvis de ikke er motivert til arbeid, er det lite vi kan gjøre.”*

Selv om flere av informantene var opptatt av brukerens egen motivasjon, tydet intervjuene også på at det ikke lønner seg å være en umotivert bruker i Finnmark:

*”Har man ikke gått inn for å lykkes, vil det gå lengre tid før en eventuell innvilgelse av uførepensjon kan finne sted.”*

Flere av informantene benyttet imidlertid anledningen til også å peke på at innholdet i atferdingen ikke alltid er like bra. Generelt etterlyses det bedre atferdingstilbud, og spesielt etterlyses det gode tilrettelagte tilbud til unge med psykiske lidelser.

Andre igjen peker på at tid kan også være en medvirkende faktor til at enkelte tilstås en uføreytelse til slutt. I sakene som strekker seg over mange år, er det til slutt ”riktig” diagnose som er utslagsgivende for at uføretrygd tilstås:

*”Mange ender som uførepensjonister fordi de har vært i systemet i mange år uten å få til noe konstruktivt. Av og til sendes vedkommende til en spesialist – og får en diagnose som setter det på plass.”*

Selv om legeinformantene har oppfattet signalene fra forvaltningen om at funksjonsevne, ikke diagnose, skal stå i fokus i vurderingen av en uføreytelse, vises det også til at mange pasienter leter etter en diagnose. Trykket på å definere en diagnose kommer således like mye fra pasientene som det gjør fra andre hold. Dette samsvarer bra med hva legene i Aust-Agder også opplever.

### **Mer streng pga ung alder**

Mens enkelte er tydelige på at de er mer restriktive når de har med unge mennesker å gjøre, svarer andre at alle skal behandles individuelt, uavhengig av alder. Det er imidlertid en felles oppfatning om at når man har med unge mennesker å gjøre, skal alle steiner snus før man innvilger en uføreytelse, og tilstås en uføreytelse skal unge personer primært ha en tidsbegrenset uførestønad. Informantene viser også til at de helt unge forelegges rådgivende lege oftere. Disse svarene samsvarer med de svarene vi fikk i Aust-Agder.

### **Urealistiske forventninger blant de unge**

Det er først og fremst saksbehandlerne fra tidligere Aetat som kjente seg igjen i spørsmålet om unge personer har urealistiske forventninger til deres eget attføringsløp og arbeidslivet. Flere av saksbehandlerne fra tidligere Aetat viser til at det skjer ofte, og at det gjelder alle aldersgrupper. Mange må realitetsorienteres men det kan være en vanskelig avveining mellom å realitetsorientere og å knuse drømmene deres, siden brukernes motivasjon er alfa og omega for å fullføre avklaring eller arbeidstrening. Ifølge informantene er holdningen ofte at dersom de skal gå på attføring, skal de ta en høyskoleutdanning, uten å riktig vite hva de går til. Da benyttes arbeidsrådgivningskontoret (ARK) til å realitetsorientere dem, men prosessen omtales i mange tilfeller som vanskelig. Videre vises det til at unge som ikke har arbeidserfaring, er spesielt vanskelig å veilede og beskrives som en av de tyngste gruppene som NAV Arbeid har med å gjøre i dag. Ifølge den ene informanten



ønsker unge enten en uføreytelse, og da må de drive med motivasjonsarbeid i tillegg, eller så har de urealistiske forventninger til å få utdanningen dekket. Vanskeligst er det imidlertid med dem som sier at de ikke klarer eller ikke har lyst til noe spesielt. Mange av disse prøves ut i en arbeidsmarkedsbedrift eller annen samarbeidspartner som Fretex, for å avklare arbeidsevnen.

Informantene viser også til at det er de med psykiske diagnoser hvor det er størst avstand mellom ønsker og hvordan man fungerer i dagliglivet. Det er de sykeste som ofte klamrer seg mest til arbeidslivet. Ifølge informantene er det for å overbevise seg selv og omgivelsene om at de ikke er syke. Disse kan heller ikke tenke seg en uførepensjon. Ifølge informantene ønsker de kvalifisering, men greier ikke å stå opp om morgenen. I tillegg sliter mange med varierende helse og humør: ”*Det er høyder og bølgedaler.*” I disse tilfellene prøver etaten å definere noen delmål sammen med brukeren og ansvarsgruppen. Mange sliter med å komme i gang, og en del ting i dagliglivet må fungere først, som eksempel boforhold, lage og spise middag, og holde orden i klesvasken.

## **Samarbeid på tvers av aktører og etater**

### **Forvaltningen - brukerne**

Informantene i forvaltningen melder om at samhandlingen med brukerne har endret seg i de seneste årene. Det kommer tydeligst frem av intervjuene med saksbehandlerne i Alta. Her gis det uttrykk for at man må ha en mer individtilpasset tilnærming til brukeren:

*”Det hele dreier seg egentlig om holdninger til mennesker, at vi klarer å vise empati og setter oss inn i deres situasjon. Vi må få systemet til å passe til dem, ikke dem til å passe systemet. Svært mange av våre brukere har enten psykiske problemer i en eller annen grad, eller lese- og skrivevansker. Da blir oppmøte og skjemaer et stort hinder det er vanskelig å komme over. Blant de psykisk syke må en vite i starten at dette vil ta tid. Må begynne svært forsiktig. En må spørre: Hva kan jeg gjøre for deg slik at du skal mestre tiltaket, å jobbe litt, osv? Da lykkes de på en annen måte enn om en legger en ramme over det hele som i utgangspunktet er for stram. Presser en for mye på vil følelsen av å ikke mestre komme og de unge konkluderer raskt med at da er de kanskje ufør. Etter slike erfaringer er det vanskelig å starte opp igjen. Effekten av et mislykket forsøk, er etter min mening, totalt undervurdert.”*

De etatsansatte i Alta viser til at de har mye kontakt med brukerne, spesielt de som trenger det mest, men at de er tilgjengelige på en annen måte enn før. De bruker oftere SMS, e-post og telefon i dialogen med brukeren, noe som kan gi store fordeler for brukere med eksempelvis angstproblemer. Det understrekes riktignok at mye er også avhengig av brukeren. I Alta meldes det imidlertid om at basisgruppemøter brukes relativt lite. Ifølge informantene passer denne møtearenaen ganske dårlig for store grupper av dem som trenger deres hjelp mest, for eksempel personer med psykiske lidelser. De etatsansatte opplever at brukerne ofte har problemer med å bli ”inkludert” i basisgruppemøtene hvor mange fagpersoner diskuterer deres sak.

I Sør-Varanger er tilbakemeldingen fra forvaltningen vedrørende basismøtene noe annerledes. Der vises det til at de har faste ukedager for basismøter hvor legene stort sett deltar. I tillegg vises det til et godt samarbeid med psykiatritjenesten. Når det skal lages en individuell plan blir representanter fra etaten ofte kalt inn til møte i ansvarsgruppen. Informantene gir uttrykk for at ”folk er generelt flinke til å komme”, dette inkluderer også arbeidsgivere i de sakene hvor det er relevant. Ved disse fellesmøtene får brukeren informasjon og blir orientert av alle parter. Informantene beskriver at dette systemet fungerer bra og fanger opp folk slik at de ikke faller utenom. Det vises blant annet til at de fleste unge som regel går til behandling. Ifølge informantene er denne tette kontakten mellom de ulike aktørene, en av årsakene til at de har få sosialklienter i Sør-Varanger.

Et vel så viktig poeng er at arbeids- og velferdsforvaltningen i Finnmark er aktive i forhold til det forebyggende arbeidet. Både i Alta og Sør-Varanger får alle med tilrettelagt undervisning i videregående skole en oppfølgings-samtale før skoleslutt. Samtalen dreier seg om arbeidsrelatert aktivitet. Etaten ønsker å ha et tilbud til alle som risikerer å ikke komme inn i arbeidslivet. I begge kommunene meldes det om godt med tilrettelagte arbeidsplasser for denne gruppen.

#### **Forvaltningen – legene**

Informantene i Alta og Sør-Varanger er samstemte i at det er godt samarbeid mellom forvaltningen og fastlegene, og at samarbeidet har vært bra i mange år. Dette skiller seg ganske radikalt fra den praksisen som synes å være i Aust-Agder.

Alle understreker at de kjenner hverandre godt, med henvisning til liten turnover både i forvaltningen og blant fastlegene. Kontakten i saksbehandlingen er muntlig og mer direkte, og at forvaltningen bruker fastlegene mer aktivt. Før sendte de brev og ventet på formelt svar, noe som medførte at

mye tid gikk til venting. Forvaltningen arrangerer for øvrig fellesmøter med fastlegene hvor de orienterer om nye regler, om aktiviteten i attføringsbedrifter, diskuterer sykmeldingspraksis i forhold til brukere på tilrettelagt arbeid, osv. Fastlegene kan imidlertid ikke huske at unge uføre problematikken er tatt opp av forvaltningen i dette forumet.

Mens saksbehandlerne i forvaltningen beskriver samarbeidet med fastlegene som svært godt, har de mindre kontakt med spesialistlegene, med unntak av de ansatte i voksenpsykiatrien lokalt som de møter i ansvarsgruppene. Mange av de øvrige spesialistlegene arbeider i Tromsø eller Hammerfest.

Å vedlikeholde de gode samarbeidsrelasjonene mellom forvaltningen og fastlegene anses som svært viktig av alle informantene for å kunne holde omfanget på unge uføre lavt. Med omorganiseringene som fulgte i kjølvannet av NAV-reformen, er det imidlertid fastleger som uroer seg over utviklingen:

*”For tiden er det mye som er gått galt i NAV. Porteføljen deres er tung for tiden. Det har med deres interne omrokking å gjøre. Det kan hende det kommer noe godt ut av det. Da alt ble håndtert lokalt, var det mye bedre. Nærheten til brukerne og til næringslivet er viktig. Sistnevnte gjør det enklere å utplassere og finne plasser for arbeidspraksis. Nå er det funksjonsfordelt – og en del brukere er fremmedgjorte.”*

*”En må holde på de gode arenaene. Legene og trygdekontoret må jobbe sammen. Skal en endre tenkingen i samfunnet er det helt vesentlig.”*

#### **Forvaltningen – andre aktører**

I både Alta og Sør-Varanger viser forvaltningen til en bred kontaktflate med arbeidslivet, spesielt i forhold til de store arbeidsgiverne og spesielt der hvor de har utplassert folk. De etatsansatte drar ofte ut til arbeidsgiverne, og i møtene tas det opp mange ulike tema, informasjon om rettigheter gis, samt konkrete saker drøftes. Det vises også til mye telefonkontakt med arbeidsgivere: *”Vi prøver å være tilgjengelige på telefon for dem.”*

Videre viser de etatsansatte til samarbeidet med de videregående skolene. Målet er å komme tidlig på banen med å sette inn tiltak i forhold til elever som har spesielle behov eller er skoleleie. I Sør-Varanger ble alle som hadde vært i kontakt med PP-tjenesten da de gikk i grunnskolen, i en periode fulgt

opp da de gikk på videregående. Denne oppfølgingen har nå opphørt, selv om den ble ansett som svært nyttig som et forebyggende tiltak.

Informantene viser for øvrig til mange samarbeidsrelasjoner. Fastlegene, psykiatritjenesten, arbeidsgivere og den videregående skolen er allerede nevnt. I tillegg viser informantene i Sør-Varanger til kompetansesenteret til Sør-Varanger kommune som har en logopedtjeneste i forhold til de med lærevansker, ARK i forhold til å utrede lese- og skrivevansker, samt evnetester og interessekartlegging, blant de unge, og Fretex som er en arbeidsplass for avklaring og utplassering av unge brukere. Til slutt ble det også vist til et grønt omsorgstilbud, hvor unge med psykiske lidelser kan tilbys gårdsbesøk og natur- og dyreopplevelser. Sistnevnte er en individuell tilnærming rettet mot unge med psykiske lidelser basert på at enkelte har lettere for å knytte seg til dyr.

## 7.7 Legenes rolle

### Legetilbudet

I Finnmark har legedekningen historisk sett vært lav. De siste ti årene har dette endret seg radikalt, spesielt i vekstsentra som Alta og Sør-Varanger, og legene vi intervjuet betegner legedekningen som god. Av tabell 7.2 ser vi at legedekningen i Finnmark ligger betydelig over legedekning i Aust-Agder og betydelig over landsgjennomsnittet i 2006. Mens Finnmark på det tidspunktet hadde en legedekning på 13,8 legeårsverk per 10.000 innbyggere, er de tilsvarende tallene for Aust-Agder og landet for øvrig henholdsvis 9,4 og 9,0.

I Alta kommune, med drøye 18.000 innbyggere, er det 19 praktiserende leger pluss to turnusleger. Alle legene er tilknyttet et av de tre legesentrene. Det vil si at ingen av legene er solopraktikere. Informantene i Alta mener at tilgjengeligheten til legene er brukbar, ikke minst som et resultat av utvidelsen fra to til tre legesentre. Informantene har ikke opplevd at pasientene/brukerne har klaget på lang ventetid eller avstand til legene. En relativ høy andel av legene i Alta har lokal tilknytning, og det har trolig bidratt til svært liten turnover blant legene de siste ti årene.

I Sør-Varanger kommune, med i underkant av 10.000 innbyggere, er det ni fastleger pluss to turnusleger. Alle legene er tilknyttet et legesenter i Kirkenes. Legesenteret deler venterom med voksenpsykiatrien og det gis uttrykk for at de ansatte i disse to tjenestene kjenner hverandre godt. På legesenteret

har de god oversikt over populasjonen i kommunen og informantene mener legene kjenner pasientene sine og deres familier godt. Det vises for øvrig til lite turnover blant fastlegene med en fartstid i gjennomsnitt på nærmere 15 år. Det er eget sykehus i byen og helsetjenestetilbudet i Sør-Varanger beskrives som godt og med bra tilgjengelighet. Legeinformanten mener imidlertid at det ikke hadde vært like attraktivt å bo eller jobbe i Sør-Varanger uten sykehuset. Enkelte av informantene i forvaltningen er imidlertid kritiske til utredningstilbudet i Sør-Varanger. Det vises til at personer med somatiske lidelser ofte må til Tromsø for å bli utredet og at dette kan ofte være en tidkrevende prosess.

En god og stabil legedekning er imidlertid ikke det som kjennetegner alle kommunene i Finnmark. Ifølge informantene er det fortsatt vanskelig å få tak i nok leger i de små kommunene. Flertallet av finnmarkskommunene som ikke er vekstsentra har om lag to til fire fastleger. Det største problemet er imidlertid at mange slutter etter relativt kort tid.

I forhold til psykiatritilbudet melder informantene om at psykiatrioppfølgingen har vært bra i Finnmark. Det har kommet til flere psykiatere i løpet av de siste 8-10 årene. Det er imidlertid en del uenighet om psykiatritjenesten er godt nok. En av informantene stilte det retoriske spørsmålet om hva er godt nok, når behovet er neste uuttømmelig. En rekke av informantene mener at ventetiden for å komme til behandling i voksenpsykiatrien er fortsatt for lang (3-6 måneder), og at en del saker utvikler seg i negativ retning i denne ventetiden.

Ifølge NAV Finnmark har det vært vanskelig å rekruttere rådgivende leger. For tiden er det tre rådgivende leger, samtlige i deltidsstillinger. To av disse dekker flere kommuner, mens en lege har kun ansvar for Alta. I tillegg arbeider en rådgivende lege med et prosjekt.

### **Legen som premissleverandør**

Mens legene i Aust-Agder ble av informantene fra forvaltningen beskrevet som både medspillere og motspillere, er tilbakemeldingene fra informantene i forvaltningen i Finnmark mer entydig. Fastlegene oppleves helt klart som medspillere i uføreprosessene. Ingen av saksbehandlerne, verken fra Alta eller Sør-Varanger, mener at enkelte leger er for liberale i sin praksis. Hvis noe, er enkelte for strenge. Legeinformantene i Finnmark bekrefter også at de kjenner godt til forvaltningens strenge praksis og retter seg etter den. De gir selv uttrykk for at sakene som skal til behandling i trygdeforvaltningen må være både godt utredet og dokumentert:

*”For en ung ufør kreves imidlertid en så bra medisinsk vurdering som overhode mulig. Å komme med noen ufullstendige greier til trygden er bortkastet tid.”*

*”I forhold til trygding merker vi jo at praksisen er streng her i Alta. Jeg takler det slik at jeg er ærlig med mine pasienter og forteller dem hva de vil møte. Jeg tror ikke verken jeg eller mine kollegaer tar en fight med NAV. Men at det heller er slik at vi tar den strenge praksisen til etterretning. Det virker nok skjerpene på oss også. Vi sender aldri en sak inn til trygden som ikke er veldig godt utredet på forhånd. Vi legger mer arbeid inn i å få spesialistuttalelser. Vi registrerer hvor landet ligger og retter oss inn etter det.”*

Fastlegene viser også til at de opplever at de jobber i et miljø hvor nær sagt alle trekker i samme retning. Legene beskriver også et kollegium hvor de dekker opp for hverandre og at det er positivt å tilhøre et fagmiljø. Vi kan også tilføye at ingen av informantene i forvaltningen bemerket at de var misfornøyd med kvaliteten på lege- og trygdeerklæringene.

Mens forvaltningen i Aust-Agder var frustrert over at fastlegene i enkelte tilfeller anbefaler sine unge pasienter om å søke om uførepensjon, var dette en kommentar vi ikke hørte i Finnmark. I den grad informantene i forvaltningen i Finnmark sukket over rådene som fastlegene ga sine pasienter, gikk det heller på at utdanningsrådene kunne være vel ambisiøse:

*”Fastlegene kan finne på å gi råd om utdanning, for eksempel en ingeniørutdanning. Legen er over Gud for pasienten. Det har vært et problem at legen gir råd om utdanning. Men når det er sagt, vi har vært veldig heldige med legene her. Det er ikke mye utskifting.”*

Til slutt kan nevnes at flere av informantene i Finnmark var uoppfordret opptatt av hvordan diagnosebildet endrer seg nærmest som moter endrer seg. Mens fibromyalgi var populært fra slutten av 1980-tallet, er dette nå på vei ut og erstattes av ADHD, ME og ulike former for psykiske lidelser. Legene viser til at det er mange gråsonepasienter som det er vanskelig å dokumentere sykdomskriteriene til, og hvor diagnosesetting er tilsvarende vanskelig.

*”Nå ser vi en kolossal fremvekst innen psykiatrien. Hva er det egentlig vi holder på med? Noen bør sette seg ned å stille seg dette spørsmålet. (...) Vekst i behandlingsapparatet har skapt ”bølger” i diagnosesetting. Og i takt med dette øker bruken av trygder.”*

## 7.8 Hva forteller mappene oss?

Så langt har vi presentert dataene fra intervjuene med ansatte i forvaltningen og legene. I tillegg har vi fått tilgang til åtte brukermapper i Finnmark. Mappene gir oss innsikt i forvaltningspraksis og prosessen fram til vedtaket om uførestønad. De fleste av sakene vi har sett på løper fra slutten av 1990-tallet og et stykke ut på 2000-tallet.

Mappene bidrar til å bekrefte flere av de forhold som er pekt på av legene og de etatsansatte. For det første bekreftes, i tråd med forvaltningens fremstilling, at en legger stor vekt på å utrede funksjonsevnen og at det benyttes lange attføringsløp. Unntakene finner vi blant kurante saker, som i de tilfeller hvor lidelsen kan være medfødt, men hvor dette ikke oppdages før senere. Når diagnosen da er på plass, faller hele saken i trygdesystemet på plass. I andre, mindre kurante saker, hvor tilstanden kan synes mer sammensatt finner vi i våre mapper, rehabiliterings/attføringsløp på fire-fem år til fjorten år. Dette opplever vi skiller seg en del fra situasjonen i Aust-Agder hvor det i mappene vi har sett på gikk normalt fire til fem år fra sykemeldingsperiodens utløp og til en uføreytelse ble tilstått. Brukerne går ofte vekselvis på rehabiliteringspenger og attføringspenger avhengig av helsetilstanden.

Som i Aust-Agder viser mappene at det er en viss uenighet om valg av tiltak mellom ulike aktører som bruker, fastlege og de etatsansatte. Spesielt er ikke bruker og fastlege alltid enig i løsningene valgt av Aetat. Uenigheten handler blant annet om hvor tungt man skal vektlegge brukerens motivasjon og hvor mye helse egentlig holder og at en i følge fastlegene står i fare for å ”gjøre vondt verre”.

I fem av de åtte mappene fra Finnmark synes diagnosen godt dokumentert. I et par av tilfellene kom diagnosen sent på banen. Blant annet førte lang ventetid på spesialistundersøkelser til dette i disse tilfellene. I tre av sakene er bildet svært sammensatt og svært varierende over tid. Rehabiliterings/attføringsløpet er spesielt langt i disse tilfellene, opptil fjorten år, men også i de andre sakene finner vi lange prosesser sammenlignet med i Aust-Agder. Spesielt i forhold til halvparten av sakene synes som praksisen er streng i Finnmark relativt til hva vi finner i Aust-Agder. En klar diagnose synes ikke i like stor grad å være et avgjørende argument for uførestønad.

Mye skal være prøvd før en uførestønad kan bli aktuell i Finnmark, selv i de tilfellene hvor arbeidsevnen har vært ganske liten over lengre tid. Det er i denne sammenheng viktig å påpekte at i sakene fra Finnmark synes ikke det lokale arbeidsmarkedet, eller mangel på sådann, å være utløsende faktor, for hvorvidt det søkes om en uførestønad eller ikke. I tre av åtte saker har bruker en jobb de trives i før de blir syke. I de resterende sakene er tilbud om praksisplasser til stede, men bruker enten trekker seg eller klarer ikke fullføre opplegget. Dette er et argument informantene fra Aust-Agder vektlegger i større grad opplever vi. Men det er verd å merke seg at vi har valgt ut saker fra to vekstsentra i Finnmark og at tiltaksapparatet synes godt utbygd der. I mindre utkantkommuner ville sikkert situasjonen på arbeidsmarkedet hatt mer å si.

I flertallet av sakene er det legen som bringer en uføreytelse på banen, i enkeltsaker er det de etatsansatte eller andre familiemedlemmer. Ikke i noen av våre åtte saker er det bruker som har gjort dette selv.

## 7.9 Hva mener de unge uføre selv?

I det følgende skal stemmene til unge uføre i Finnmark komme frem. Vi har fått innsyn i sju saker, men har gjennomført seks intervjuer. Vi klarte ikke å oppnå kontakt med en av de unge uføre da feltarbeidet ble gjennomført. En av sakene vi fikk innsyn i Finnmark, har sin opprinnelse i et annet fylke.

### Sju historier fra Finnmark

I to av historiene vi har fått innsyn i kan vi snakke om en oppvekst i trygge omgivelser med familie og venner, en skolehverdag uten de helt store problemer, og en barndom fri for misbruk eller andre traumatiserende hendelser. Arbeidsuførheten i disse sakene kan knyttes til en hendelse (ulykke) og en sykdom som først gjorde seg gjeldende i voksenalder (Multippel Sklerose). I den første av disse sakene er det snakk om en ung mann som har vært utsatt for en bilulykke med etterfølgende symptomer som gjør han ute av stand til å fungere i det ordinære arbeidslivet. Legene har imidlertid ikke endelig konkludert med om symptomene skyldes en nakkeslengskade eller noe annet, men funksjonsnedsettelsen defineres som reell av alle parter, inkludert forvaltningen. Saksbehandler fra tidligere trygdeetat beskriver denne saken som ganske ordinær. Han er grundig utredet medisinsk uten at man har gjort noen objektive funn, men ingen har betvilt at han er syk og har en nedsatt funksjonsevne.



I den andre saken er funksjonsnedsettelsen kommet så langt at vedkommende oppfyller vilkårene for en varig uførepensjon. I denne saken er det heller den unge personens eget ønske om å være yrkesaktiv som har preget saken, og som har medført at uføretilståelsen kom først etter en rekke ulike forsøk med attføring. Dette er en sak hvor alt har vært prøvd fordi personen har vært så motivert til å stå i arbeidslivet. Vedkommende har blitt tilstått en tidsbegrenset uførestønad (i stedet for en varig uførepensjon) nettopp fordi forvaltningen ikke ønsker å ta fra henne håpet om å komme tilbake i arbeid en dag. Kvinnens motivasjon, pågangsmot og deltakelse i egen sak, beskrives av saksbehandler som utover det normale.

I tre av historiene fortelles det om forhold fra barndommen som enten de unge uføre selv tilskriver deres arbeidsuførhet til, eller legen/forvaltningen gjør det. I disse sakene er bildet svært sammensatt, hvor en eller flere psykiske lidelser inngår i bildet. Både legene (gjennom legeerklæringene som foreligger i mappene), og de unge uføre selv, uttrykker en direkte sammenheng mellom omsorgssvikt, vanskelig oppvekst og senere arbeidsuførhet. Ifølge legene har en oppvekst med mye utrygghet, tvang og/eller misbruk, ført til varige relasjonsskader og en grunnleggende mistillit til andre, noe som igjen gjør det vanskelig å gjennomføre attføringstiltak eller fungere i arbeidslivet. I ingen av disse sakene har de unge gjennomført videregående skole og i kun ett av tilfellene kan vi spore noe som kan kalles et ordinært arbeidsforhold med over ett års varighet. Felles for disse sakene er relativt mange avbrutte attføringstiltak og hvor uførestønaden ble tilstått pluss/minus 30 år. Ifølge saksbehandlerne i trygdeetaten er ”våre” saker nokså typiske vanskelig-oppvekst-saker. Saksbehandlerne legger til at det ikke strander på den unges vilje til å gå i gang med attføringstiltak, men at det strander på manglende evne til å gjennomføre dem. Sistnevnte skyldes enten at helsa forverrer seg under attføringstiltaket eller at det oppstår situasjoner som gjør at tiltaket/arbeidssituasjonen blir uholdbar for dem. Denne gruppen er veldig vår for hva andre mener og sier, og en sleivete bemerkning fra en leder eller kollega kan være nok til å sette dem ut av spill.

To av personene med en vanskelig oppvekst har også hatt betydelige rusproblemer, og en av dem har det fortsatt. Diagnosen til sistnevnte er paranoid schizofreni, men legene ser ikke bort i fra at tilstanden er rusutløst. Saksbehandler i trygdeetaten beskriver sistnevnte som en typisk rusutløst sak. Vedkommende er tilstått en tidsbegrenset uførestønad, men i lys av at han nå bor i en kommunal bolig i et miljø med andre hardt belastede personer og ikke møter fram til avtalte samtaler ved NAV, vil en varig uførepensjon være det neste.

I de to siste sakene fra Finnmark var bildet noe mer diffust for forvaltningen. I den første saken meldte symptomene seg lenge før diagnosen forelå (en medfødt lidelse), mens i den andre saken forelå det en diagnose relativt tidlig, men denne diagnosen kunne ikke alene forklare arbeidsuførheten og alle symptomene som meldte seg i ettertid. Personen med den medfødte lidelsen opplevde imidlertid en vanskelig skolehverdag, hvor blant annet sviktende motoriske ferdigheter utløste mobbing. Det var imidlertid ved morens bortgang i tenårene at den sosiale tilbaketrekkingen (som er et av kjennetegnene ved denne lidelsen), ble tydelig. Vedkommende har ikke gjennomført videregående skole og har aldri hatt arbeid innenfor det ordinære arbeidsmarkedet, kun arbeidspraksis i regi av Aetat. En tidsbegrenset uførestønad ble tilstått ikke lenge etter diagnosen ble stilt.

Den siste saken preges av manglende gjennomføringsevne i diverse utdannings- og attføringsløp, men det er ingen opplysninger i saken som tyder på omsorgssvikt. Først ved overgang til videregående skole ble dysleksi konstatert og dette kan trolig forklare hans svake skolerresultater. Saken preges imidlertid av en rekke forhold som i sum førte til at han ikke gjennomførte videregående skole. Hans tidlige debut i arbeidslivet endte imidlertid i mye sykefravær, flere omganger med rehabiliteringspenger og en rekke attføringstiltak som stort sett ble avbrutt. I tenårene ble informanten behandlet for en somatisk lidelse, men hans helse bar også preg av depresjon og angst. I tillegg ble informanten utsatt for en trafikkulykke med betydelige skader og ny omgang med operasjoner. I hele forløpet har det vært reist spørsmål om hvor stor funksjonsnedsettelsen hans er og om han var kvalifisert for de ulike ytelsene som han søkte på, inkludert uførestønaden. I flere tilfeller har informanten fått avslag på sine søknader, men han har skaffet seg nye legerklæringer og klaget på vedtakene. Til slutt har han fått innvilget stønadene, i enkelte tilfeller ved hjelp av advokat. Ifølge saksbehandler er dette en sak preget av mange forhold, men at det likevel har vært vanskelig å slå fast at han har en klar funksjonsnedsettelse på mer enn 50 prosent. Det meste har vært forsøkt, men man har kommet til veis ende uten å lykkes med å få han i aktivitet.

I vårt utvalg fra Finnmark er det ingen av sakene som kan sies å være utpregede "sosial arv" i den grad sosial arv knyttes opp mot foreldrenes helse- og inntektsstatus. Foreldrene til våre informanter har ikke vært trygdede eller mottakere av uførepensjon da informantene var unge. Riktignok i den siste saken viser forvaltningen til at foreldrene var pågående og at informanten kom fra en familie som fikk mye ut av trygde- og stønadsordningene. Flere av informantene beskriver imidlertid en oppvekst preget av dårlige levekår, lite penger, bortfall av en av foreldrene (enten som følge av skilsmisse eller

død), og en voksenverden man etter hvert ikke kunne stole på, men de hadde ikke syke- eller trygdede rollemodeller i nær familie.

### **Hvordan beskriver de unge uføre sin egen oppvekst**

Fire av de sju informantene fra Finnmark synes selv at de har hatt en god oppvekst og at deres senere arbeidsuførhet ikke kan tilskrives forhold eller hendelser i oppveksten. To av disse beskriver også en uproblematisk tid på skolen uten mobbing og gode læringsbetingelser. En av de andre viser riktignok til at han hadde betydelige lese- og skrivevansker, men at han likevel trivdes på skolen selv om han ikke lærte noe.

*”Jeg har bare tatt grunnskolen. Der trivdes jeg i grunnen greit. Hadde lese- og skrivevansker. Men det var ingen ting som hette det da. De hadde ikke god nok kompetanse om dette på skolene, så jeg fikk ingen spesialundervisning. Derimot ble jeg satt i en gruppe sammen med andre ”dumme” og vi skulle få et alternativt opplegg enkelte ganger. I praksis betydde det en tur på kaféen. Lærte ingen ting på skolen. Kunne ikke lese og skrive etter ni år. Men jeg er ikke bitter. De visste ikke bedre.”*

En av de andre informantene som også beskriver en god oppvekst, beskriver samtidig at hun hadde problemer med å henge med på skolen. Videre forteller hun at hun trivdes på skolen, selv om hun opplevde å bli mobbet:

*”Trivdes egentlig på skolen. (...) Men jeg hadde litt problemer med å henge med i enkelte av fagene. Fikk du ekstra hjelp da? Ja i matte og norsk. Det var OK, men egentlig synes jeg at jeg fikk dårlig veiledning på skolen, men det var jo ingen som visste hva jeg sleit med da. På grunn av lærevansker og at jeg ble oppfattet som noe annerledes, ble jeg mobbet i skolen. Fryst ut av gjengen. Dette var noe bedre da jeg var på videregående skole. Jeg trivdes aller best der. Jeg har aldri hatt egne venner. Selv ikke i dag.”*

Tre av informantene har imidlertid ikke hatt en god oppvekst. En av informantene som vokste opp i et annet fylke beskriver sin oppvekst med følgende ord:

*”Hvis det fantes et helvete på jord, har jeg vært i helvete. Jeg har vokst opp med to psykopatiske foreldre. Allerede som treåring kontaktet besteforeldrene mine barnevernet angående barnemishandling, drapstrusler og drapsforsøk. Jeg ble aldri fortalt hvorfor de*

*anmeldte foreldrene mine akkurat da – om det var noe spesielt som utløste det. Besteforeldrene mine tok vare på meg i smug. Barnevernet gjorde ingenting. Og det kom ikke flere bekymringsmeldinger. Alle så at noe var galt, men ingen grep inn fordi de var redde for at foreldrene mine ville ta livet av meg. De klikket av og til og jeg var huggestabben deres.”*

Denne informanten er helt sikker på at det er hennes oppvekst som er direkte årsak til at hun nå er uføretrygdet. Ikke bare beskrives forholdene i hjemmet som vanskelig, i tillegg opplevde informanten å bli mobbet på skolen:

*”Jeg skilte meg ut – noe de andre ungene plukket raskt opp – og jeg ble mobbet. Noen prøvde blant annet å tenne fyr på håret mitt. Lærerne steppet ikke opp. De sa aldri i fra om at de skulle kutte ut mobbingen. De grep ikke inn. Jeg vet at de så det. Man kunne se rett ut i skolegården fra lærerværelset.”*

Heller ikke på den videregående skolen ble forholdene særlig bedre. Informanten beskriver det som et mareritt med mye mobbing:

*”Jeg bodde fortsatt hos mine biologiske foreldre de to første årene. Jeg gikk med samme type klær – og mine medelever var de samme. Jeg hadde et par personer jeg gikk sammen med i den videregående skolen – de tok nåde over meg. Vi var kun sammen i skoletida. Jeg hadde aldri med meg noen hjem. Jeg gikk aldri i bursdagsselskap til andre – jeg ble aldri invitert.”*

En annen informant beskriver hvordan barndommen var preget av utrygghet og sanksjoner som ble opplevd som urettferdig. De voksne i hans liv ble med i en religiøs bevegelse hvor streng disiplin basert på frykt dannet rammen for hans oppvekst i flere år:

*”Ting som skjedde i min oppvekst har hatt mye å si for min situasjon i dag. Det har ført til depresjonsplager og angst som er den viktigste årsak til at jeg er uførepensjonert. Mor og stefar ble litt tilfeldig kjent med et ektepar som var med i en religiøs bevegelse. Uten å vite hva de gikk inn i ble de medlemmer der. I begynnelsen var alt OK. Etter hvert utviklet dette seg til et helvete.”*

I denne religiøse bevegelsen var mye syndig og forbudt, blant annet kontakt med andre og det å oppsøke lege. Av sistnevnte grunn fikk heller ikke informanten lesebriller. Informanten strevde på skolen med lese- og skrive-

vansker, samt ble utsatt for mobbing. I tillegg ble han vitne til vold i familien, og ble selv utsatt for et seksuelt overgrep i ung alder. Denne informanten brøt med sin familie i ung alder, men har siden gjenopprettet kontakten.

### **Om å bli sett i ung alder**

Informanten som opplever seg minst sett blant våre informanter i Finnmark kommer opprinnelig fra et annet fylke. Selv om hennes erfaringer er sterke, reflekterer de nødvendigvis ikke praksis i Finnmark. I den siste saken vi refererte til over, kan hendelsene imidlertid knyttes til Finnmark og er en alvorlig omsorgsviktssak. Av mappen og intervjuene får vi ikke svar på hvorfor barnevernet ikke var involvert. Det som er kjent er at besteforeldrene, også i dette tilfellet, tar barnet i sin beskyttelse. Det er også kjent at denne familien flyttet en del, og det kan godt tenkes at det var nettopp for å komme unna barnevernet.

For øvrig viser våre data fra Finnmark at flere opplevde lese- og skrivevansker og at ikke alle fikk den oppfølgingen som de skulle ha hatt. Relativt til Aust-Agder, imidlertid, er det lite informantene beklager seg over i forhold til skoleverket, helsevesenet og forvaltningen.

### **Veien videre som ung voksen og møtet med arbeidslivet**

Som det går frem av det ovennevnte, har ikke alle hatt like gode oppvekstvilkår. Mens fire beskriver en god oppvekst og ”normale” familieforhold, er det tre av informantene som har et helt annet erfaringsgrunnlag. Felles for informantene er imidlertid at de har hatt, og fortsatt har, et ønske om å jobbe. Da vi spurte om hva de drømte om da de var unge, var framtidige yrker inkludert i deres svar. De drømte om å bli tømmerhugger, gårdsbruker, barnepleier, trailer- eller bussjåfør, og lignende. På spørsmål om de ønsker å jobbe i dag svarer informantene at det å jobbe er viktig, selv om de ikke klarer å realisere sine drømmer. To av informantene beskriver det slik:

*”Det betyr veldig mye i livet. Det gir til det indre livet mitt. Selv om kroppen ikke klarer alt – har hodet veldig lyst til å klare.”*

*”Det betyr alt! Jeg føler at jeg er et normalt menneske når jeg jobber. Jeg glemmer det jeg sliter med. Jeg mestrer bedre det jeg sliter med når jeg er i jobb. Jeg mestrer økonomien bedre også. Da føler jeg meg som et hvilket som helst annet menneske. Jeg glemmer diagnosen.”*

Svarene tyder på at det ikke er manglende ønske om å jobbe. La oss nå se på hvordan det gikk med de unge i overgangen til arbeidslivet.

Kun en av våre informanter har gjennomført en fagutdanning og ingen har begynt på en høyere utdanning. Informanten med et fagbrev var yrkesaktiv fram til han ble utsatt for en bilulykke og trolig dro på seg en nakkeslengskade. En av informantene så seg fornøyd med å gjennomføre grunnskolen og hadde ingen interesse av å ta mer utdanning. Hun begynte å jobbe i ung alder og var yrkesaktiv fram til hun ble rammet av betydelige funksjonsnedsettelse som følge av multippel sklerose. Hun beskriver stor glede med å jobbe, det kollegiale og det sosiale. Selv om hun var ufaglært hadde hun aldri problemer med å skaffe seg arbeid, primært innen helse- og omsorgssektoren.

Resten av informantene var alle innom videregående skole, men uten å oppnå et fagbrev eller studiekompetanse. Enkelte har hatt en relativ kort karriere innenfor den videregående skolen, mens andre har vært i berøring med flere kurs. To av de som begynte på videregående skole, men ikke gjennomførte, har i ettertid kun hatt arbeidspraksis i regi av Aetat. Det vil si at de aldri har kommet inn på det ordinære arbeidsmarkedet. En av disse beskriver sin arbeidserfaring på følgende vis:

*”Det gikk som regel greit helt til de ansatte fant ut hvordan de skulle utnytte meg. Jeg tok det opp med ”bossen”, men det ble ikke godt mottatt. Jeg følte meg som en ”outsider”. De holdt informasjon skjult for meg, det var baksnacking, det ble sett rart på deg hvis du har en dårlig dag. Ingen stepper inn og hjelper når jeg har en dårlig dag. Har du noen positive erfaringer? Jeg fikk bedre økonomi av å jobbe. Jeg føler meg mer normal. Jeg gjør noe samfunnsnyttig. Jeg opplever at jeg duger til noe – får ting til.”*

Ovennevnte sitat kommer fra en av informantene som har hatt en vanskelig oppvekst og som i dag fortsatt sliter psykisk. Som nevnt viser legene til at en oppvekst med mye utrygghet, tvang og/eller misbruk, kan føre til varige relasjonsskader og en grunnleggende mistillit til andre. Denne informanten har byttet arbeidsplass flere ganger, ofte som følge av at hun har opplevd at hun ikke har blitt behandlet på en god måte. Den andre informanten som kun har arbeidet i attføringstiltak (medfødt lidelse), har nå fått seg en varig tilrettelagt jobb og er svært godt fornøyd med det.

De tre øvrige informantene har jobbet i det ordinære arbeidsmarkedet uten bistand fra Aetat, men to av dem har riktignok ikke jobbet lenge. Kun en av

dem har hatt et arbeidsforhold utover et år. De to øvrige ble langtidssyke- meldt i løpet av relativt kort tid. Den ene ble rammet av en bilulykke, mens den andre ikke hadde helse til å klare jobben han var i. Sistnevnte, som allerede hadde en muskel- og skjelettlidelse hadde også betydelige lese- og skrivevansker, noe som innskrenket hans jobbmuligheter. Hans første arbeidserfaring var i en svært fysisk krevende jobb, noe kroppen hans ikke tålte. Resultatet ble en langtidssykemelding i 17-årsalderen og begynnelsen på en over ti år lang trygdekarriere som vekslet mellom medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. Denne informanten beskriver disse årene på følgende måte:

*”Jeg liker å jobbe og har bare positive erfaringer med arbeidsgivere og kolleger. Men ingen av de plassene jeg har nevnt for deg ble jeg særlig lenge så de har ikke fått prege meg eller livet mitt. Jeg var bare innom. De skulle prøve meg ut. Jeg gikk ca ti år enten på medisinsk rehabilitering eller yrkesrettet attføring, tre år på medisinsk rehabilitering, tre år på yrkesrettet attføring så tre til fire år med medisinsk rehabilitering. Det er mer enn hva loven tillater. De presset på for å få meg i jobb. Det er jo for så vidt positivt, men helsa holdt ikke.”*

Bilulykken ble også starten på trygdekarrieren for informanten nevnt over som ikke hadde gjennomført videregående skole. Som følge av bilulykken og medisinerings faller han ”ut”, begynner med narkotika og må søke om økonomisk sosialhjelp i en alder av 19-20 år. Det viser seg at informanten også har betydelige psykiske problemer som følge av hans strenge oppvekst i et religiøst miljø, omsorgssvikt og overgrep i ung alder. Også denne informanten veksler mellom medisinsk rehabilitering, yrkesrettet attføring og korte arbeidsforhold formidlet av Aetat i overkant av ti år.

Informanten som sto i det ordinære arbeidslivet i om lag fem år innleder sin trygdekarriere med en psykose, en langvarig innleggelse ved psykiatrisk avdeling, og en maksimal sykepengeperiode. Flere innleggelse følger og det viser seg at informanten har et rusproblem. I forhold til den siste perioden i arbeidslivet, beskriver han at han sleit med komplekser, følte seg mobbet og hadde personlige problemer. Han unngikk derfor sosiale sammenhenger og isolerte seg. Videre forteller han at han ikke hadde tilstrekkelig innsikt i sin egen sykdom og derfor lot vær å kontakte lege. Informanten har siden fått oppfølging av voksenpsykiatrien men er lite flink til å følge opp avtaler og er for ustabil til å delta i attføringstiltak.

## Møtet med trygdeetaten og Aetat i ung voksen alder

Utfallet i våre historier er en uførepensjon i ung alder, men hvordan opplevde informantene møtet med tiltaksapparatet da problemene med å få innpass i arbeidslivet meldte seg? Hva var informantene godt fornøyd med og mindre fornøyd med, og kunne utfallet ha blitt et annet med en annen oppfølging?

For å starte med det positive først; flertallet av våre informanter fra Finnmark har stort sett gode opplevelser fra møte med helsevesenet (fastlege, spesialisthelsetjenesten). De har opplevd å bli tatt godt imot og i motsetning til flere av brukernes erfaringer fra møte med trygdeetaten og Aetat, føler de at de blir tatt på alvor. Det kan være ventetid for å få time hos spesialisthelsetjenesten, men brukerne er i det store og hele fornøyd med den medisinske oppfølgingen de har fått:

*”Jeg har opplevd helsevesenet som imøtekommende. Legene har bestandig forstått meg. Jeg føler at jeg har blitt tatt på alvor. (...) Jeg føler at det medisinske tilbudet jeg har fått – har vært fullverdig dersom man inkluderer tjenestetilbudet i Tromsø. Jeg har ikke savnet noe oppfølging medisinsk sett.”*

Ikke alle har like gode erfaringer, selvsagt, verken med fastlegen eller spesialisthelsetjenesten. Spesielt gjelder dette saker hvor det er vanskelig å sette navn på problemet. Brukerne vil ha en diagnose, og i mange saker går det lang tid før en diagnose blir satt:

*”Det tok meg flere år å finne en lege som forstår meg – som fant en diagnose for meg. (...) Jeg var frustrert tidligere. Jeg kunne ikke finne en god lege. De tidligere legene skyldte bare på nervene mine. Jeg følte at de ikke forsto meg. Legen jeg har nå satte seg ned og lyttet til meg. Det var han som satte diagnosen min og det var han som anbefalte delvis tidsbegrenset uførestønad. Hva er dine erfaringer med psykiatritjenesten? De har prøvd så godt de har kunnet. Jeg har fått komme til behandling etter behov. Problemet var at ingen kunne sette en diagnose. Jeg fikk diagnosen av fastlegen min – ikke av psykiatritjenesten. Da jeg fikk diagnosen, ble det enklere å takle det. Psykiatritjenesten har ikke like god tid til å lytte som fastlegen min.”*

Akkurat som våre brukere er forskjellig i henhold til livssituasjon og helsemessige plager, oppleves deres møte med trygdeetaten ulikt. Noen har ikke hatt så mye kontakt med trygdekontoret. Ofte gjelder dette kurante saker, og til tross for at kontakten heller har vært sporadisk opplever brukerne at kontakten de har hatt har vært grei, både knyttet til saksbehandlingen og oppføl-



gingen. Ellers er ofte beskrivelsene av møte med trygdeetaten preget av hvorvidt bruker har fått innvilget en ytelse eller ikke. De som har opplevd å få en del avslag, vil typisk være mer kritisk og stille spørsmål ved den oppfølgingen de har fått.

Som erfaringene også er fra sammenligningsfylkene, sliter de som ikke føler at de blir trodd mest i sin relasjon til trygdeetaten. De beskriver trygdeetaten i Finnmark som strenge. Disse sakene trekker gjerne lenge ut i tid. Vi har eksempler fra vårt feltarbeid på saker som har gått i trygdesystemet i Finnmark i over 10 år før det fattes et vedtak. Disse brukerne føler seg mistrodd og at de behandles nedverdiggende. Fordi saken ruller frem og tilbake i systemet over så lang tid, kan de oppleve saksbehandlerbytte og at de må fortelle "historien" sin på nytt. Både bruker og saksbehandler utsettes for en stor "slitasje" i saken etter hvert som ulike former for behandling og mange arbeidsrettede tiltak er forsøkt, uten at situasjonen til vedkommende har bedret seg. Saksbehandler og bruker inntar som resultat ofte "fastlåste" roller, hvor det er lite bevegelse i saken, inntil en i trygdeetaten bestemmer seg for å skjære igjennom eller det oppstår en ny situasjon (ny sykdom, en ulykke, eller lignende) og det innstilles på en uføreytelse. Dette beskriver noen av brukerne:

*"Jeg er bare ett tall for dem. Det hele er nedverdiggende. Ting tar tid. Verken jeg eller legene tror på noen rask helsebedring(...) men håpet er jo der at en på sikt skal fungere bedre. Trygden driver uthalingstaktikk. Har ikke hatt en fast saksbehandler. Har ikke vært til samtale på mer enn to år. Sist jeg var til samtale var de bare opptatt av vekta mi. Men dette er ikke hovedproblemet. Det er panikkangst. Er redd systemer. (...) Jeg føler at trygden ikke tror meg. Men jeg på min side tror ikke noen søker uførepensjon frivillig!"*

*"Situasjonen min er ekstremt vanskelig. Tungt. Jeg forstår at det utredes, men at de skal holde på det med i 15 år forstår jeg ikke. Hvis de bare hadde forstått hva de utsetter meg for. Hvordan kan de gjøre sin situasjon lettere? Ved å ta meg på alvor. Gi meg en varig uførepensjon. Jeg kan jo gå tilbake til jobb hvis jeg orker det uansett."*

Disse brukerne opplever at systemet bruker alt de kan mot dem. Blant annet er brukere med psykiske lidelser opptatt av at forvaltningen også bruker mot dem at de har unnlatt å møte opp på enkelte av deres møter. Men de klarer ikke alltid det. Basisgruppemøter hvor flere er til stede er heller ikke greit for mange med psykiske diagnoser. I forhold til diagnosebildet er det oftest de med psykiske lidelser som føler seg mistrodd, enn de med fysiske lidelser:

*"De trodde meg ikke. Jeg hadde ingen synlige bevis. Gikk ikke med krykker eller noe. Uansett hvilken legeerklæring jeg innhentet hjalp det ikke. Til slutt var det ikke noe vits for meg å gå på trygdekontoret. I mange tilfeller var jeg for syk til å komme uansett – og da jeg ikke kom, talte det jo heller ikke min sak. Jeg bestemte meg for å bruke advokat som mellommann."*

På spørsmålet om hvordan de har opplevd møtet med Aetat er også opplevelsene forskjellige. Noen vi intervjuet har bare vært i arbeid gjennom yrkesrettet attføring eller Arbeid med bistand. Flere av disse er fornøyd med den hjelpen de har fått. De har tross alt skaffet dem en jobb. Det er den ene muligheten de i realiteten har hatt for et arbeid, og så lenge helsen holder syns ting å være bra. Men flertallet melder imidlertid om at de ikke blir hørt på, om en manglende oppfølging og en helse som ikke holder:

*"Jeg var bare i attføring i et par måneder. Da gjorde jeg det jeg fikk beskjed om. Men uansett hva de kom med av arbeidstilbud - klarte jeg ikke de jobbene. Jeg passet ikke inn i NAV sitt system. Jeg var for syk til å være i attføring."*

Disse brukerne føler at de har blitt kastet ut i den ene tiltaket etter det andre. Det har alltid endt opp med at det ikke har gått bra for dem. Mange føler seg som en kasteball mellom medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. Vi har møtt unge voksne som ønsker å jobbe, men som ikke mestrer utfordringen der og da. En av dem sier:

*"Jeg ønsker å jobbe. Det hadde jo løst mange av mine problemer. Men jeg klarer det ikke. Har forsøkt ulikt gjennom yrkesrettet attføring. Men ingenting fungerte jo. Hvilke motiver skulle jeg ha for ikke å jobbe?"*

Mens flere er fornøyd med den oppfølgingen de har fått frem til nå av NAV Finnmark og ikke kan peke på hva som kunne ha vært gjort annerledes, finner vi også dem som opplever at de ikke har fått god nok oppfølging totalt sett. Sistnevnte gruppe ønsker å bli tatt på alvor og at saksbehandler setter seg inn i deres situasjon. Personene som opplever at en jobb er uaktuell, ønsker å få en raskere avklaring. Personene med en restarbeidsevne er mer kritiske til type jobb og jobbens innhold og mener at Aetat kunne ha funnet en mer passende jobb, en jobb de hadde hatt interesse av. Disse brukerne er imidlertid i et klart mindretall i kartleggingen i Finnmark. I sum får vi få negative tilbakemeldinger på jobbtilbudet og arbeidsmarkedstiltakene på stedet.

### **Prosessen fram mot en uførestønad**

Det er vanskelig å tidfeste når en sak blir en uføresak. Det er ofte glidende overganger. Men på ett eller annet tidspunkt er det noen som sier nok er nok – nå er det på tide å søke om en uførepensjon. Når dette skjer og hvem som tar initiativ til det, skal vi se på nå.

Som vi har sett over er det i hovedsak når mye er forsøkt og ingen ting har virket at spørsmålet om å søke en uførepensjon kommer opp for første gang. Enkelte brukere kan være prøvd ut i arbeidsrettede tiltak, men falle ut i en sykmelding nesten umiddelbart. Disse kan nesten gå ”kontinuerlig” på en sykmelding over flere år. Andre er ”kasteballer” i systemet, mellom medisinsk rehabilitering, yrkesrettet attføring og i enkelte tilfeller også økonomisk sosialhjelp, og har vært det i mange år. I tillegg kjennetegnes sakene som nærmer seg en uføresak ved at bruker er utslitt psykisk og ikke lengre har nok motivasjon til å gå med krum rygg inn i et nytt tiltak og/eller at saksbehandlerne ikke har flere forslag å komme med. Det har altså gått en slitasje i saken. Det kan variere hvor lenge en slik sak har gått i systemet. Men i Finnmark snakker vi ofte mange år, i verste fall over ti år.

Blant sakene vi har fått innsyn i Finnmark var det i all hovedsak legene eller saksbehandler ved trygdekontoret som har rådet den unge om å søke en uførepensjon. Det var sjeldent bruker som tok opp dette spørsmålet. Men ofte ser vi at det kan gå lang tid mellom når spørsmålet om en uførepensjon kommer opp første gang og en uførepensjon blir en realitet. I enkelte tilfeller skal ytterligere spesialistvurderinger på plass og det tar tid. Ofte skal også enda mer forsøkes, og det tar også tid. Som nevnt, i to av sakene har brukerne en medfødt lidelse men som ikke ble diagnostisert før i voksen alder. Når så skjedde tok det imidlertid ikke lang tid før uførepensjonen ble tilstått så fremt arbeidsevnen var avklart til å være liten hvis ingen.

Få av brukerne vi har intervjuet i Finnmark oppgir at de opplever å ha medvirket eller har hatt medbestemmelse i beslutningen om seg selv. De har vært søker, sendt inn papirer og ventet på svar. Flere opplever heller at de ikke har blitt hørt på vedrørende, hva de opplever som, sakens fakta. Unntaket er i et tilfelle hvor det er etablert ei ansvarsgruppe. Der følte bruker at hun kunne få et ord med i laget. Unntaksvis forsøker bruker å påvirke prosessen. Vi har eksempler hvor bruker bytter fastlege, i håp om å få støtte i sin sak, få sin diagnose på papiret. I et tilfelle hyres advokat for å kjøre brukers sak mot trygdeetaten.

### **Samhandlingen med legene og betydningen av diagnose**

Brukerne har god kontakt med fastlegene sine. De har jevnlig kontakt og er ganske fornøyde med dialogen og oppfølgingen med fastlegen. Fastlegene spiller en viktig rolle i brukernes uføresak. I mange tilfeller er det dem som foreslår å søke uførepensjon, som setter en diagnose og som vurderer funksjonsnedsettelsen. I de tilfeller fastlegene ikke gir bruker ”støtte i sin sak” er de unge ikke sene med å skifte fastlege.

*”Til slutt ble det søkt om varig uførepensjon for meg. Det var overlegen på ortopedisk i [bynavn] som foreslo at jeg burde søke uførepensjon. Jeg var da 22 eller 23 år. Husker ikke helt. Legen mente at jeg ikke hadde helse til å jobbe i det hele tatt, at å jobbe ville medføre en så stor slitasje at jeg på sikt ville forverre min situasjon betydelig. Men jeg fikk avslag. Legeerklæringene var samstemte, men ikke dem fra trygdelegen. Han mente ikke funksjonsnedsettelsen var stor nok.*

Når en diagnose er fastslått i en sak, føler ofte brukerne at ting blir lettere, at de har noe konkret å forholde seg til. Trygdeetaten og Aetat i Finnmark legger imidlertid stor vekt på funksjonsevnevurderingene i den enkelte sak og skal ha ”snudd mange steiner” før en uførepensjon innvilges. Dette erfarer brukerne på kroppen.

### **En riktig ytelse?**

Når brukerne ser tilbake synes de det var riktig at de fikk tilstått uførepensjon. Det er ikke noe de i utgangspunktet ønsket men de trenger inntekt til livsopphold. De kan jo uansett komme tilbake i jobb senere hvis de skulle få helse til det. Vedrørende tidspunktet for en uførepensjon synes flertallet at de fikk den for sent.

### **Kunne noe ha vært gjort annerledes?**

Sett opp mot våre kontrastfylker får vi få negative tilbakemeldinger på helsetilstanden, jobbtilbudet og arbeidsmarkedstiltakene i Finnmark. Imidlertid er informantene i Finnmark kritiske til oppfølgingen de har mottatt av trygdeetaten. Informantene våre opplever trygdeetaten som strenge og at de ikke har blitt trodd. Brukerne ber om å bli sett og tatt med på råd. Mange med diffuse plager, blir gående mange år til utprøving. For mange år mener flere og etterspør en tidligere avklaring slik at de kan få tid og ro til å bli friske.

### **Drømmer, ambisjoner og stedbundethet**

Vi spurte våre informanter om hvilke hobbyer og fritidsinteresser de hadde i oppveksten. De aller fleste svarer helt vanlig ting som langrenn, slalåm, jakt, fiske, ridning, dans, barneteater, musikk og at de er aktive i ungdomsorganisasjoner som eksempelvis 4H. Mange oppgir å være glad i hyttelivet, i naturen og å være ute i friluft. Men ikke alle hadde det like kjekt på fritiden sin:

*”I oppveksten strikka jeg og la puslespill. Det var ikke direkte frivillig. Det var påtvunget. Dette var aktiviteter som jeg fikk lov til av mamma. Fra jeg var 12 til 18 år jobbet jeg med tømmer. Jeg var pappas hjelpehånd. Jeg ”hjalp” også mamma i huset. Sopte gulvet med hendene. Jeg hadde ikke fritid. Etter jeg var ferdig med alle gjøremålene, var det lekser til sent på natt – og jeg måtte tidlig opp om morgenen. Jeg hadde ikke venner. Vi hadde naboer. Jeg fungerte som en robot – foreldrene mine kontrollerte alt jeg sa og gjorde.”*

De hobbyer og fritidsinteresser som man hadde som ung har de fleste et nært forhold til også i dag. Men helsen setter grenser for hva de klarer å holde på med. Flere nevner at de driver med litt håndarbeid og er på PC'n. Flere har tatt førerkort og har nå bil. I tillegg synes fiske å være en aktivitet mange med sviktende helse kan klare og liker å holde på med. Økonomien setter ellers også grenser for hvilke aktiviteter som er aktuelle.

Det synes som de fleste av våre informanter fra Finnmark har hatt venner i oppveksten selv om det er varierende hvor stor omgangskrets de hadde. I dag er det fortsatt dem som har gode venner rundt seg og det er noen som sier at de har ”venner” på nettet. Andre er nesten helt alene. Har ikke egen familie, far, mor, søsken eller annen omgangskrets. Andre har bare familien. Om de hadde noen venner i oppveksten, er det ingen venner igjen. Disse personene synes mindre knyttet til stedet enn de som har en omgangskrets. Det hadde ikke vært noe problem for flere av dem å flytte, hevder de, hvis de hadde trodd det kunne løse noen av deres problemer, men det kan de ikke se at det gjør.

*”Har ikke så mange venner. En får ikke det som uførepensjonist. Hvis en er på kafé med en gjeng og en begynner å snakke om hva en gjør og du sier at du er uførepensjonist – går samtalen fort videre. En blir fryst ut. Men jeg har mye kontakt med familien min.”*

Vi spurte videre om deres ambisjoner og drømmer. Før drømte de om at de skulle bli noe, en av guttene nevner tømmerhugger eller gårdsbruker, en annen trailersjåfør eller ambulansesjåfør. Førstnevnte forteller at han er bunden

til stedet, er glad i naturen her. Han kunne gjerne bodd andre plasser, men ikke for bestandig:

*”Jeg trives her. Her kan vi holde på med snøscooter. Det er fritt. Vi har hytte på fjellet. Vi er vant til å bo her.”*

En av jentene drømte om å bli barnepleier som ung. Det ble ikke noe av. Hun tok seg et «fri» år og det var vanskelig å komme i gang igjen med utdanning og hun fikk senere jobb på sykehjemmet. Etter hvert drømte hun om å gifte seg, få mange barn, stabil jobb og hus.

For andre var det ikke lett å sette ord på verken drømmer eller ambisjoner de hadde som unge. Mest av alt ønsket de seg bare et normalt liv, med venner og fritid. I dag drømmer samtlige om normale liv, at de kan få helsen tilbake, få en jobb og en familie. Intet mindre, men heller ikke mer.

*”I dag er jeg takknemlig for å få jobb som jeg kan holde på med i noen år. Drømmen er å få god nok økonomi til å kjøpe eget hus, gifte seg, få barn, og få det bedre økonomisk.”*

*”Jeg drømmer om å være frisk. Har ingen større ambisjoner enn det. Kanskje jeg kunne begynne å bruke musikken min igjen. Spilte i et band tidligere. Men nå klarer jeg ikke å fokusere. Interessert også i biler og elektronikk. Men klarer ikke å fullføre en eneste ting.”*

### **Det gode liv**

Informantene ble videre spurt om hva som var det gode livet da de var unge, og hva som er det gode livet i dag. Flere av informantene knytter det gode liv i oppveksten til samvær med familien, mor, far, besteforeldre og venner, til å gjøre ting sammen i fritiden, gjerne ute i fri natur (fiske, jakt, hogst). Dette til tross for at de kan ha ulike erfaringer med det. Men ikke alle har et idyllisk familieliv å se tilbake til og i disse tilfellene kan det være vanskelig å peke på hva som var godt i livet da de var unge.

Det gode liv i dag, er for flertallet av informantene våre, å leve et helt vanlig liv. Det dreier seg om å ha det samme som de opplever at andre har: god helse, eget hus (ikke leid!), egen bil, en partner, unge(r), gode venner, grei økonomi og folk som bryr seg. Andre er ikke i stand til å tenke så langt i dag. En forteller:

*”Det gode livet for meg er å klare å stå opp, fullføre det jeg hadde tenk å gjøre denne dagen og gå og legge meg!”*

### **Livet som uførepensjonist i ung alder**

Avslutningsvis ble informantene bedt om å beskrive hvordan livet som uførepensjonist er. Som vi har sett, ga informantene uttrykk for at det er riktig at de mottar en uførestønning. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at de er tilfreds med livet som uførepensjonist.

Når vi spør informantene i Finnmark om livet som uførepensjonist, om de kan beskrive det, svarer flere at det er kjedelig og at de har lite å fylle dagene med. Helseplagene er selvsagt også en del av dette bildet, samt at økonomien setter grenser for hva en kan fylle dagene med. Det er imidlertid store forskjeller fra person til person hvordan de takler livet som uførepensjonist. Noen er mye alene, enkelte sliter med ensomhet. Men selv dem med en rimelig stor omgangskrets rundt seg, forteller at de er mindre sosiale enn før:

*”Nå treffer jeg færre – sånt sett er det mindre sosialt. De dagene jeg har hodepine er jeg stort sett hjemme. Jeg har litt hodepine bestandig. Jeg spiser medisiner.”*

*”Det er pyton – et helvete. Dette er ikke min ønskedrøm. Jeg har behov for og ønsker det sosiale – som andre også trenger. Jeg blir ikke sosial av å sitte hjemme.”*

Andre føler seg i tillegg unyttige og ”uglesett” av storsamfunnet:

*”Livet som uførepensjonist er utrolig kjedelig. Det er ingen ting. I tillegg er du en pest og plage for alle i samfunnet. Jeg kan ikke forstå at det skulle være noen som ønsker å bli uførepensjonist frivillig. At noen kan søke for lett fordi de ikke vet hva de går til – det tror jeg nok. Men de oppdager raskt at det ikke er noe fremtid i det.”*

Det store skillet synes likevel å gå mellom dem som har egen familien og barn og dem som ikke har det. Har en omsorgsoppgaver i hjemmet får dagen et positivt innhold og innsatsen blir verdsatt av dem du har rundt deg. En egen familie synes også å redusere følelsen av ensomhet.

*”Det er kjedelig til tider. Om vinteren er det verst. Jeg sliter mer på mørketida. Jeg har mer vondt da. Jeg plages med det. Ellers er det greit. Jeg må prøve å finne på noe for å få dagene til å gå. Jeg har familie – det er kjempefint. Jeg går ut med [barna] på ettermiddagen. De er 50 % i barnehagen.”*

Også når brukerne skal fortelle hvem de anser som den viktigste personen i deres liv, svarer de gjerne samboer, barna og foreldrene (hvis de har kontakt med dem). Familien gir dem et overskudd og gjør dagene lettere.

Er man uførepensjonist oppleves det vanskelig å komme tilbake i arbeid. En av informantene opplever arbeidsmarkedet som knall tøft og viser til at arbeidsgivere ønsker folk som kan jobbe 110 prosent og har topp helse. Hvis en er hyppig sykmeldt revurderes gjerne hele ansettelsesforholdet:

*”Jeg kom med sykemelding nr 2 på grunn av mobbing og trakassering. Da fikk jeg sparken, selv om jeg var klar til å begynne på jobb en måned senere. ”Her kan vi bare ha friske folk” fikk jeg høre. Det er vanskelig å finne en jobb. Derfor er det så vanskelig å være uføretrygda. Det er vanskelig å finne en deltidsjobb – sånn overalt. De velger først de som er ”friske”.”*

Dårlig økonomi gjør at de ikke kan være med på alle aktiviteter. Ting som folk som er i jobb ser på som en selvfølge, er ikke en selvfølge for unge uføre. Ofte er ytelsen brukerne får svært lav:

*”Da jeg gikk på attføring – så rehabilitering – så tilbake på attføring – osv. - sank satsene hver gang jeg byttet mellom de ulike ytelsestypene. For hvert bytte tok de utgangspunkt i en viss prosentandel av tidligere inntekt (ytelse). Jeg er ikke på uførepensjon fordi jeg liker det. Jeg har ikke noe annet valg.”*

Helsen svinger hos de unge uføre vi har vært i kontakt med. Da vi intervjuet dem beskriver enkelte at de akkurat nå har det tålig greit. Andre sliter mer. Det som kjennetegner situasjonen for flere av dem er stor usikkerhet. Usikkerhet rundt hva som vil skje med dem videre, når perioden for yrkesrettet attføring og tidsbegrenset uføreytelse løper ut. Får de en fornyet ytelse? Får de jobb? Mange synes det er vanskelig å planlegge livet fremover med en slik usikkerhet hengende over seg.

## **7.10 Sammenligning Finnmark og Aust-Agder**

Legeinformantene er overrasket over de lave uføretallene blant unge i Finnmark. De sosioøkonomiske variablene, samt levekårs- og helseindikatorerne for Finnmark tilsier egentlig høyere uføretall enn det som fremkommer av statistikken. Statistikken tyder heller ikke på at man har en opphopning av



unge i andre deler av trygdestatistikken som følge av lave uføretall. I dette kapitlet har vi sett nærmere på hva informantene mener kan være viktige forklaringer for disse relativt sett lave tallene. I det følgende skal vi sammenligne Finnmark med Aust-Agder, både i forhold til en rekke statistiske størrelser, men også i forhold til dataene vi har samlet inn.

Ser vi på likhetene først, er det naturlig å ta utgangspunkt i at begge fylkene ligger godt under landsgjennomsnittet med tanke på befolkningstetthet. Mange forbinder Finnmark med å være grisgrendt, men faktisk er bosettingsmønsteret i Aust-Agder enda mer spredt. Det kommer tydelig fram av informantene at Finnmark ikke bare er et langstrakt fylke, men også et mangfoldig fylke. Mange av informantene har følt behov for å understreke at det er stor variasjon i kultur i Finnmark. Ser vi til Aust-Agder, kan vi si at dette fylket preges også av mangfold i kultur, hvor det er vesentlige skiller blant annet mellom kystbyene og de indre bygder i Aust-Agder.

For øvrig er sysselsettingstallene i Finnmark og Aust-Agder relativt like totalt sett, men ser vi nærmere på tallene, finner vi vesentlige kjønnsforskjeller mellom fylkene. Det er også vesentlige kjønnsforskjeller mellom fylkene når det gjelder utdanning. Kvinnene i Finnmark ikke bare jobber og tjener mer enn sine søstre i Aust-Agder, en større andel tar også høyere utdanning. I Finnmark er det mennene som bidrar til å trekke sysselsettings- og utdanningsstatistikken ned, mens i Aust-Agder er det kvinnene som gjør det. Informantenes fortellinger om sterke og arbeidsomme finnmarkskvinner, kan således stemme overens med statistikken.

I begge fylkene ser vi at psykiske lidelser er den mest dominerende diagnosegruppen for unge uføre. Enkelte av legeinformantene mener at de lave finnmarkstallene kan trolig forklares med underdekningen i psykiatritilbudet som har preget store deler av Finnmark fram mot nyere tider. Det mangelfulle psykiatritilbudet har gjort det vanskelig, nærmest umulig, å fremskaffe påkrevd dokumentasjon om psykisk uhelse i forhold til krav om uføreytelser. Hvis dette er riktig, kan det godt tenkes at det samme gjør seg gjeldende i andre landsdeler hvor psykiatridekningen også har vært svak. Videre kan det tenkes at man har "løst problemet" ved å bruke andre diagnoser enn P-diagnosene, som for eksempel diffuse muskel- og skjelettlidelser som fibromyalgi. Det kan således tenkes at den historiske underdekningen i psykiatritilbudet ikke har hatt stor betydning for omfanget av unge uføre, men heller for endringer i diagnosegruppene som anvendes.

Da vi ba informantene karakterisere de unge uføre, var det stort sett de samme ordene som gikk igjen i begge fylkene: Psykiske lidelser, muskel- og

skjelettlidelser, diffuse lidelser, sammensatte problemer, omsorgssvikt, rus, og lærevansker. Informantene i både Finnmark og Aust-Agder vektla sosial arv og oppvekstvilkår som noen av de viktigste forklaringsfaktorene for uføretrygging i ung alder, i tillegg til faktorer som ungdommens manglende mestring i forhold til krav i skolen, arbeidslivet og samfunnet generelt.

I statistikken over det offentlige tjenestetilbudet innen oppvekstfeltet ser vi at Finnmark har et bedre tilbud relativt til Aust-Agder, jamfør et bedre barnehagetilbud og mindre klassestørrelser i grunnskolen. Disse forholdene kan trolig delvis forklare at flere barn er i barneverntiltak i Finnmark relativt til Aust-Agder: Et bredere barnehagetilbud og mindre klasser kan gjøre det lettere ”å se” barn som opplever omsorgssvikt eller har det ellers vanskelig. Legger vi til informantenes beskrivelse av samfunns-kulturen, nemlig som åpen og gjennom-siktig, vil det ytterligere bidra til at barn som har behov for bistand, kan bli sett og fanget opp tidlig. Informantene i Finnmark ga også uttrykk for at det rettes mye oppmerksomhet mot ungdom som enten er skoleleie eller som fungerer dårlig i skolen. I Alta og Sør-Varanger er de på tilbudssiden for å sikre at ungdommer ikke blir stående uten tilbud. Alle disse faktorene kan bidra til å forklare lavere uføretall blant unge i Finnmark relativt til Aust-Agder.

Informantene i Finnmark tillegger forvaltningspraksis stor vekt når de skal forklare de lave finnmarkstallene. For det første vises det til svært gode samarbeidsrelasjoner mellom forvaltningen og legene, samt en rekke andre eksterne aktører i skoleverket, helsetjenesten og arbeidsgivere. Det gode samarbeidet forklares ut fra lite turnover, jevnlige møter, oversiktlige forhold, og at man har etter hvert blitt godt kjent med hverandre. I tillegg vises det til en streng og mer ens forvaltningspraksis, en høy terskel i forhold til rusrelateres saker, lange attføringsløp og vektlegging av funksjonsevne, framfor diagnose, når uførepensjon skal vurderes. Fastlegene beskrives som forvaltningens medspillere og fastlegene bekrefter at de er kjent med forvaltningens strenge praksis og retter seg etter den. I forhold til det forebyggende arbeidet har arbeids- og velferdsetaten kontakt med de videregående skolene og bistår med å tilrettelegge for at unge som ellers risikerer å falle ut av skolen, skal komme ut i arbeidspraksis. Målet er at ungdom ikke skal bli gående å slenge uten verken et utdannings- eller arbeidstilbud.

Informantene i Finnmark legger også vekt på at de har god kjennskap til nærings- og arbeidslivet lokalt og at de samhandler bra med både offentlige og private arbeidsgivere. Informantene synes selv at de er flinke til å finne tilrettelagte arbeidsplasser for risikoutsatt ungdom eller andre som behov for å prøve ut arbeidsevnen sin, men skryter også av at lokale arbeidsgivere er

flinke til å stille opp og ta imot de som har behov for en praksisplass. Selv om det ble vist til at enkelte attføringstiltak kunne ha vært bedre innholdsmessig, var det likevel mindre generell misnøye med attføringsinstitusjonen som sådan under intervjuene vi gjorde i Finnmark, sammenlignet med intervjuene i Aust-Agder.

Ovennevnte forvaltningspraksis skiller seg klart ut fra det informantene i Aust-Agder gir uttrykk for. I likhet med Aust-Agder har Finnmark en tung trygdearv å bære på. I Finnmark har man imidlertid gjort grep over lengre tid for å snu utviklingen, og det er trolig disse grepene som nå gir avkastning i form av lave uføretall blant unge.

I likhet med i Aust-Agder, preges sakene med psykiske diagnoser i Finnmark også i høy grad av omsorgssvikt. De unge uføre bekrefter også forvaltningens og legenes syn på at svært mye prøves ut før man innvilges en uføreytelse, spesielt gjelder dette i de ”diffuse” sakene. Sakene vi har fått innsyn i bekrefter også at grad av funksjonsnedsettelse/funksjonsevne tillegges stor vekt i vurderingene, framfor diagnose. Flere av våre informanter viser til lange trygdeløp med mange forsøk på attføring. I den grad det uttrykkes misnøye blant de unge, er misnøyen primært knyttet til volumet av utprøvings- og attføringstiltak. Hvordan de unge uføre opplever livene sine for øvrig samsvarer bra med det de unge uføre forteller om i Aust-Agder. Det er stort sett de med psykiske lidelser som forteller at de har få, hvis ingen, venner.

Avslutningsvis ønsker vi å peke på hvilken betydning Syd-Varanger gruver har spilt for spesielt unge menn uten utdanning. Gruvene har trolig fungert som ”sjøen” har fungert for unge menn i Agder fram til 1970-tallet. Unge menn i Sør-Varanger-distriktet hadde en arbeidsplass å gå til langt ut på 1990-tallet. Da gruvevirksomheten ble lagt ned, var Aetat i beredskap i forhold til å sluse unge mennesker over til andre aktiviteter og jobbmuligheter. Dette har trolig hindret at mange unge som ellers ville ha stått svakt på arbeidsmarkedet, ikke havnet i uførestatistikken.

Summen av ovennevnte faktorer kan trolig bidra til å forklare hvorfor det er færre unge i uførestatistikken i Finnmark, relativt til både landsgjennomsnittet og Aust-Agder i dag.



## 8 Unge uføre i fire fylker

I dette avslutningskapitlet skal vi se på alle fire fylkene under ett for å belyse uføretallene i Agder. Vi skal sammenstille hva informantene i de ulike fylkene vektlegger når de skal forklare veksten av unge uføre på landsbasis, samt hvordan de forklarer uføreandelen i eget fylke. Vi leter etter forklaringsvariabler som går på tvers av fylkene og variabler som er spesifikke til de enkelte fylkene. Finner vi like forklaringsvariabler i de to fylkene med lave tall, og tilsvarende i de to fylkene med høye tall, eller er det ikke et mønster? I dette kapitlet skal vi også drøfte de fire problemstillingene som dannet rammen for datainnsamlingen vår. Videre vil vi kommentere våre data i lys av tidligere forskning som er omtalt i kapittel 2. Siden vår metode er kvalitativ er det interessant å se om våre data samsvarer med de mer kvantitative tilnærmingene.

Dette prosjektet er et avgrenset dypdykk i unge uføres verden og prosessene som førte til deres uførepensjon. Underveis og i analysearbeidet er det mange nye problemstillinger som er blitt aktualisert. I dette kapitlet vil vi derfor peke på noen problemstillinger som vi mener det bør forskes videre på. Vi avslutter dette kapitlet med noen overordnede betraktninger og råd i lys av våre data. Betraktningene og rådene er spesielt knyttet til Agder siden det er uføretallene i denne regionen som er utgangspunktet for hele prosjektet.

### 8.1 Veksten av unge uføre på landsbasis

Tematikken unge uføre var noe som interesserte nær alle informantene, selv om ikke alle hadde reflektert like mye over hva veksten på landsbasis kunne tilskrives. Generelt kan vi si at legeinformantene var mer umiddelbare i sine svar enn informantene i forvaltningen. Forklaringene vi har fått høre er både på struktur- og individnivå, og er alt overveiende ikke-medisinske forklaringer. Mange av forklaringene relaterer seg spesielt til veksten i psykiske lidelser. Samtlige av informantene var kjent med at psykiske lidelser er den største diagnosegruppen blant uføre under 35 år.

Det var stor grad av samsvar i forklaringene gitt av informantene i Aust-Agder og Møre og Romsdal, mens informantene i Hedmark var mer tilbakeholdne med å mene noe om veksten på landsbasis. Forklaringene vi fikk høre

i Finnmark samsvarte minst med forklaringene gitt i de øvrige fylkene, noe vi kommer tilbake til. Veksten av unge uføre på landsbasis ble av våre informanter relatert til endringer i arbeidsmarkedet og arbeidslivet, generelle samfunnsendringer, mangelfulle tjenestetilbud, regelverksendringer og individforklaringer. Samtlige informanter understreket at bildet var sammensatt og at det således ikke var en forklaring alene som lå til grunn for økningen i unge uførestatistikken.

### **Endringer i arbeidsmarkedet**

I tre av fylkene ble bortfall av ufaglærte arbeidsplasser tillagt stor vekt. Det var kun i Finnmark denne forklaringen ikke ble vektlagt. Flere viste til at bortfall av ufaglærte arbeidsplasser til sjøs og på gårder, samt nedgang i industriarbeidsplasser, har ført til mangel på ufaglærte arbeidsplasser for ressursvak ungdom. Hjelpearbeideren er borte og det er fagarbeideren som etterspørres. Arbeidslivet har således blitt for lite fleksibelt i forhold til å ta inn ufaglært arbeidskraft.

### **Kravene i arbeidslivet har blitt for store for de minst ressurssterke**

I samtlige fire fylker mente informantene at kravene i arbeidslivet har blitt større og at dette gjør det mer vanskelig for en del ungdommer å komme inn i arbeidslivet. Nye ferdigheter etterspørres og det stilles krav til at man må beherske et spekter av ferdigheter fra IT, språk og sosiale ferdigheter, i tillegg til spesifikk fagkompetanse.

### **Generelle endringer i samfunnet**

Under denne overskriften har vi samlet en rekke ulike forklaringsvariabler på samfunnsnivå som ikke er spesifikt knyttet til arbeidslivet eller til arbeids- og velferdsetaten. Det er primært i Finnmark disse forklaringene ble fremsatt og forklaringene berører både skolen, endringer i ungdommenes rusvaner, det medisinske tilbudet, og familien. Informantene i Finnmark ser en sammenheng mellom teorikravene i Reform 94 og ungdommenes manglende gjennomføring av videregående skole. I tillegg vises det til endrete rusvaner blant ungdommen. Flere ruser seg på sentralstimulerende narkotiske stoffer, noe som kan gi økt hyppighet av psykiske lidelser. En utbygging av psykiatritilbudet har også bidratt til at flere psykiatriske diagnoser stilles. I Finnmark vektlegger man også at utviklingen innen legevitenenskapen kan ha bi-

dratt til at man i befolkningen som helhet har blitt mer opptatt av diagnoser og sykdom, og at dette igjen kan ha bidratt til at flere opplever seg som syke.

I Aust-Agder, Møre og Romsdal, men særlig i Finnmark, var man også opptatt av familiens ”oppdragerrolle”. Det ble stilt spørsmål til om familien som institusjon er mindre flinke i dag til å sosialisere eller ”trene” den oppvoksende generasjon til å takle utfordringene de møter utenfor familien. Flere av informantene mente å se tegn til en bomullsgenerasjon som er mindre robuste. I Finnmark la informantene også vekt på at foreldregenerasjonen har blitt mer rettighetsorientert og mer informert om trygdeytelser. Foreldre er i dag mindre interessert i å underholde sine voksne barn økonomisk, og er oftere pådrivere for at deres barn skal inntektssikres av staten dersom det er tegn til mistilpassing eller helsesvikt.

I flere fylker, men spesielt i Møre og Romsdal, var man opptatt av at den generelle velstandsutviklingen i samfunnet det siste tiåret. Med velstandsutviklingen følger også et økt forventningspress om å framstå som vellykket, noe som kan bidra til å forklare økningen i psykiske lidelser blant unge. Det vises til at ungdomstiden i seg selv er en sårbar tid, og dersom man opplever at man ikke klarer å leve opp til forventningene, kan dette bidra til tap av selvaktelse og psykiske problemer.

### **Mangelfulle offentlige tjenestetilbud i forhold til samfunnsutviklingen**

I tre av fylkene mente man at mangler ved det offentlige tjenestetilbudet bidrar til å forsterke flere av de ovennevnte samfunnsproblemer. I Møre og Romsdal ble det vist til at en mangelfull utbygd primærhelsetjeneste for ungdom i alderen 16-20 år med psykiske problemer, fører til at små problemer får utvikle seg til å bli store, så store at man som ung voksen ikke fungerer i arbeidslivet. Ungdom med psykiske problemer trenger ofte tett oppfølging, noe man mener er en mangelvare i hjelpeapparatet.

I Finnmark vises det til at arbeids- og velferdsetatens måte å møte brukere med psykiske lidelser på er lite hensiktsmessig. Forvaltningspraksis og systemkrav basert på oppmøte og skjemautfylling er lite egnet for psykisk syke mennesker og bidrar til å skyve dem bort fra hjelpeapparatet.

I Aust-Agder viser man til et mangelfullt tilbud til ungdom i overgangsfasen fra skole til arbeid. En mer teoritung skole har medført at flere ungdommer

ikke fullfører videregående skole og med mangelfull oppfølging er det mange som blir gående å ”slenge” for lenge.

### **Endringer i regelverket**

Det er kun i Finnmark informantene mener at endringene av inngangsvilkårene i forhold til rusrelaterte saker kan ha hatt betydning for veksten i unge uføresaker på landsbasis. Det er imidlertid verdt å nevne at denne forklaringsvariabelen ble ikke nevnt i Aust-Agder, selv om Aust-Agder synes å ha den mest liberale forvaltningspraksis i forhold til rusrelaterte saker av de fire fylkene vi har sett på.

### **Individforklaringer**

I Aust-Agder, Møre og Romsdal og Finnmark fikk vi også høre at økningen i unge uføre kan tilskrives at unge i dag generelt tåler mindre eller i mindre grad greier å tilpasse seg samfunnet og arbeidslivet. Oppløsningen av familiestrukturen, samt høy endringstakt i samfunnet bidrar til å gjøre unge sårbare. Unges manglende mestringsevne på individnivå knyttes således tett til endringer på samfunnsnivå. I dag er det en del unge som kjennetegnes ved at de har ”sosiale tilpasningsproblemer”. Flere av informantene peker på at tidligere ville unge gutter med tilpasningsproblemer fått tiltrengt disiplin og struktur i en kritisk fase av livet ved å dra til sjøs eller på fiske. I dag er det langt færre av denne type disiplinerende jobber, og de unge blir i stedet gående å drive enten utenfor arbeidslivet, eller mellom jobber. Det som begynner som sosial mistilpasning får lov til å utvikle seg til litt diffuse plager, som går over til litt angst, litt depresjon, og etter hvert vokser problemene ved hvert nye nederlag.

Informantene er enige om at mange unge har problemer med å møte dagens krav, men flere er usikre på om det er kravene i samfunnet som har blitt større eller om det er ungdommens evne til å takle utfordringer som har blitt mindre.

Variasjonen i hva informantene har vektlagt i fylkene kan trolig forklare ut fra informantens eget erfaringsgrunnlag. Det vil si at de overfører observasjoner fra eget fylke til også å gjelde på landsbasis. Det kan være med å forklare hvorfor man eksempelvis i Finnmark, ikke tiller endringer i arbeidsmarkedet særlig vekt i forhold til forklaringene på landsbasis.



## 8.2 Forklaringer på eget fylkes uføreandel

Når informantene skulle forklare hvorfor uføreandelen i eget fylke var enten lav eller høy, fikk vi også denne gangen høre mange sammensatte forklaringer. Det var aldri en forklaringsvariabel som forklarte det meste, men dog var det likevel stor grad av samsvar i forklaringene som ble gitt innen hver av fylkene. Et annet fellestrekk var at informantene ikke hadde noe tro på at omfanget av medfødte lidelser eller sykdom kunne forklare forskjellene i tallene. Svarene måtte søkes i andre ikke-medisinske forklaringer.

### Aust-Agder

Ifølge informantene må tallene for Aust-Agder forstås ut fra en akkumulering av flere uønskede trekk over tid. Mangel på ufaglærte jobber, sosial arv, flere rusrelaterte saker, en mangelfull tiltaksside, ”snille” leger, og det sørlandske folkelyne og kultur er alle ansett som forklaringer.

Bortfallet av ufaglærte arbeidsplasser, veksten i tjenesteytende sektor og satsingen på mer kompetansekrevende industri, har ført til at mange med lav eller ingen utdanning, ikke finner sin plass i arbeidslivet. Flere mener at disse strukturendringene forklarer mye. Samtidig er informantene samstemte i at sosial arv har svært mye å si for den unge uføreandelen på Agder. Det vises til en trygdekultur som bunner i et svakt arbeidsmarked, flere generasjoner med arbeidsledighet og uførepensjonering, kombinert med en sterk stedstilknytning, lav utdanning, dårlig økonomi, dårlig helse, osv. Familier kommer inn i en negativ spiral som det er vanskelig å bryte ut av og hvor rollemodellene er trygdemottakere. Disse problemene anses å være størst i de minst folkerike delene av fylket. Det vises også til et klart rusproblem i Aust-Agder og at flere trygdesaker kan knyttes til rusproblematikken, samtidig som rusrelaterte helseproblemer har blitt mer legitimt som grunnlag for en uførepensjon. Videre er informantene enige om at det er få attføringstilbud som retter seg mot unge, og at denne mangelen på gode tiltak i regionen forklarer noe av tallene.

Informantene var også innom temaet legeshopping, hvor det ble vist til at det er lettere å ”bestille” bestemte diagnoser hos enkelte leger og at legeshopping oppleves å være mest utbredt blant unge personer. Forvaltningen beskriver legene som både deres medspillere og motspillere, og heller ikke alle legene er fornøyd med samarbeidet med forvaltningen. Partene stiller spørsmål til hverandres kompetanse, hvem som kjenner brukerne best og hvem som er best egnet til å gi råd og veilede i forhold til trygdefaglige spørsmål.

Forvaltningen etterlyser også bedre legeerklæringer, spesielt i forhold til vurdering av funksjonsevne.

Både informantene i forvaltningen og legene viste også til det sørlandske folkelynne som en mulig forklaring på overhyppigheten av unge uføre på Agder. Med dette menes at folk på Agder er lite åpne og forsiktige, og at det å framstå som vellykket (fasaden) betyr mye. Siden Agder preges av små miljøer med sterke normsett hvor det ikke er stor takhøyde for å være annerledes, kan dette gi seg utslag i psykiske lidelser. Forsiktigheten, kombinert med familiens sterke rolle på Agder, kan også ha betydning for handlingsmønsteret til barnehager, skoler og tiltaksapparatet, herunder barnevernet, mener informantene. Det kan tenkes at institusjonene som skal ivareta barns interesser ikke griper tidlig nok inn ved omsorgssvikt nettopp fordi familien står sterkt, problemene låses inne i familiene og det er lite innsyn.

### **Hedmark**

I Hedmark er det sosial arv som er forklaringsfaktoren som tillegges størst betydning. Foreldrenes rolle står sentralt i denne forklaringen hvor barn på ulike vis sosialiseres inn i sykerollen. Informantene tillegger det spredte bosettingsmønsteret relativ stor betydning når de skal forklare dette. Bosettingsmønsteret i Hedmark er det mest spredte av de fire fylkene vi har sett på. Informantene legger vekt på at en del familier bor isolert til, noe som reduserer den sosiale kontrollen. Mangel på innsyn i familiene anses som en mulig forklaring på at man ikke kommer tidlig nok inn i prosessen i forhold til omsorgssvikt eller avsosialisering i forhold til en fremtidig trygdetilværelse. Informantene viser også til at et spredt bosettingsmønster har trolig også gitt en overhyppighet av inngifte, og som følge av det et dårligere genetisk utgangspunkt og hvorfor enkelte familier anses som mer ressursvake i forhold til arbeidslivet.

Fylket preges også av en seleksjonsprosess hvor de mest ressurssterke flytter bort. Informantene peker på at Hedmark har landets laveste utdanningsnivå, og at dette kan også bidra til å forklare uførestatistikken. De som tar høyere utdanning flytter for å ta utdanningen, men kommer ikke tilbake fordi det mangler relevante jobber for dem. Denne "hjerneflukten" fører til en seleksjon i hvem som blir igjen. De som blir igjen blir ofte boende hjemme eller i familiens nærhet. Deres stedbundethet forklares ikke ut fra at de opplever det som spesielt attraktivt å bo der, men fordi de opplever at de ikke har andre alternativer.

Informantene i Hedmark utelukker heller ikke at tallene i eget fylke kan ha noe med deres forvaltningspraksis å gjøre. Da NAV ble etablert så man at tidligere forvaltningspraksis varierte på tvers av fylket. Informantene er dog enige om at oppfølgingen brukerne har fått før NAV-reformen, har vært mangelfull. Enkelte betegner oppfølgingen som bortimot fraværende. I tillegg til egen saksbehandlerpraksis, ble legenes rolle også pekt på som en mulig forklaring på uføretallene i Hedmark. Legeerklæringene beskrives som utydelige i forhold til arbeidsevne og utsikter til bedring, samt at legene ofte anbefaler uføretrygd overfor sine pasienter, og noen en dog lover det. Til slutt peker informantene i forvaltningen på at brukernes kunnskapsnivå med hensyn til deres rettigheter har jevnt over blitt bedre. De yngre brukerne er mer fortrolige med internett og har således større kjennskap til sine rettigheter enn tidligere generasjoner ”unge uføre”.

### **Møre og Romsdal**

I motsetning til Aust-Agder og Hedmark, er Møre og Romsdal et fylke preget av lave uføretall, også blant de unge. Det er imidlertid reist spørsmål om statistikken gjenspeiler et korrekt bilde. Informantene opplever at fylket har betydelige utfordringer, samtidig som det er lite som tyder på at Møre og Romsdal i stor grad eksporterer ”problemungdom” til andre landsdeler. Ifølge informantene ligger svaret trolig i en streng forvaltningspraksis, spesielt knyttet til rusrelaterte saker. Unge får avslag på deres krav om uførestønads dersom saksbehandler får kjennskap til at vedkommende har, eller har hatt, et rusproblem. I tillegg vises det til forvaltningens opptatthet av diagnose framfor funksjonsevne. Mange unge som ikke fungerer i forhold til arbeidslivet, får likevel avslag på grunn av manglende diagnose. Disse ungdommene finnes ikke i den øvrige trygdestatistikken, men bor hjemme og blir forsørget av sine foreldre.

Trolig kan underrapportering forklare noe, men et godt fungerende arbeidsmarked kan også ha betydning for de lave tallene. Møre og Romsdal har over lengre tid hatt mye industri som går bra og det har vært lite stagnasjon i industriarbeidsplasser. I tillegg har en rekke ”moderne” arbeidsplasser overtatt etter arbeidsplassene til sjøs, med henvisning til jobber relatert til offshoresektoren. Næringslivet i Møre og Romsdal har således uavbrutt kunnet tilby ufaglærte arbeidsplasser til unge menn. I den grad det skjer en utflytting fra fylket, er det unge kvinner som flytter for utdanningsformål, men en del av disse kommer hjem igjen etter endt utdanning. Dette reflekteres også i statistikken, ved at en betydelig andel av kvinnene i Møre og Romsdal har høyere utdanning sammenlignet med mennene.

Informantene tror heller ikke at sosial arv er et mindre problem i Møre og Romsdal, sammenlignet med andre fylker. Det beskrives som et veldig tydelig fenomen og en ganske betydelig faktor i uførebildet blant unge. At det foregår læring mellom generasjonene er informantene ikke i tvil om. Det er ofte snakk om diffuse sykdommer, litt psykiatri, muskel- eller leddsmerter, revmatisme, og lignende. Sosial arv beskrives imidlertid som et problem som de er oppmerksomme på og som diskuteres innad i forvaltningen og blant legene. Det vises også til at de har bygd ut tjenesten som skal håndtere familieproblemer, og da ofte skjulte problemer for eksempel knyttet til misbruk av alkohol. Det fortelles at for en generasjon siden var innsyn i familien vanskelig, mens nå har det blitt større åpenhet i forhold til å se problemene i familien, noe som også gjør det mulig å håndtere utfordringene på en annen måte. Videre vises det til at den protestantiske etikk står sterkt på Sunnmøre, med videre henvisning til indremisjonens sterke stilling, samt en sterk tradisjon eller kultur for å være selvhjulpne. Det å leve av trygd er ikke ettertraktet og ikke respektert. Det gir et underklasse stempel.

### **Finnmark**

Finnmark er også ett av fylkene med lave uføretall blant de unge, og statistikken fra dette fylket tyder heller ikke på at man har en opphopning av unge i andre deler av trygdestatistikken. Ifølge informantene er det forvaltningspraksis som kan forklare mye av de lave tallene. Det vises til et svært godt samarbeid mellom forvaltningen og legene, en streng forvaltningspraksis, og et godt utbygd samarbeid med en rekke andre viktige støttespillere i nærmiljøet, blant annet arbeidsgivere, den videregående skolen, rusomsorgen og helsetjenesten for øvrig. Det gode samarbeidet mellom forvaltningen og legene forklares ut fra lite turnover, jevnlig møter, oversiktlige forhold, og at man har etter hvert blitt godt kjent med hverandre, med stedets arbeidsgivere og hjelpeapparatet for øvrig. Alt dette gjør det enklere å finne praktiske løsninger slik at unge mennesker ikke ”faller mellom stolene”. I tillegg vises det til en streng og mer ens forvaltningspraksis, en høy terskel i forhold til rusrelaterte saker, lange attføringsløp og vektlegging av funksjonsevne, framfor diagnose, når uførepensjon skal vurderes.

I de delene av Finnmark hvor vi har hentet våre data fra, vises det for øvrig til et godt arbeidsmarked med jobbmuligheter for alle som vil jobbe. For øvrig viser forvaltningen til at de er aktive med å finne praksisplasser for de som har behov for det, og at lokale arbeidsgivere er flinke til å stille opp når behovet er til stede. For øvrig vises det til at man har et spesielt fokus på ungdom som ikke gjennomfører videregående skole eller finner overgangen fra skole til arbeidsliv vanskelig.

I deler av Finnmark vises det også til et betydelig rusproblem, men informantene mener at en del unge med rusproblemer flytter bort, ofte til Oslo. Dette kan bidra til å holde de unge uføretallene i Finnmark nede.

Informantene i Finnmark viser også til at sosial arv og omsorgsvikt er en betydelig utfordring. Det gis uttrykk for at forvaltningen, legene og hjelpeapparatet er oppmerksomme på at i enkelte familier er hele familien belastet med sykdommer. At uføretallene blant unge i Finnmark likevel ikke er høyere, tilskriver informantene et mer åpent og gjennomsluktig samfunn. Et mer åpent samfunn gjør det ikke bare enklere å se barn som har behov for hjelp, det er også lettere for det offentlige hjelpeapparatet å gripe inn overfor dysfunksjonelle familier. Imidlertid viser informantene til at en del familier flytter mye for å komme unna barnevernet.

En av våre legeinformanter, som gjennom sitt arbeid hadde et særlig godt overblikk over utviklingen for fylket, trekker også fram den historiske konteksten. Med henvisning til et høyt trykdeforbruk og høye uføretall for Finnmark siden 1970-tallet, har man fra midten av 1980-tallet jobbet aktivt med å snu utviklingen. Det vises til utbygging av hjelpetiltak, bedring av legedekningen, kursing av legestanden, økt vektlegging av tidlig intervensjon, samt utviklingen i retning av en mer streng og ens forvaltningspraksis. Denne langsiktige satsingen har trolig også stor betydning i forhold til de lave tallene for unge uføre i dag.

### **Ingen enkle forklaringsmodeller**

I avsnittene over har vi nettopp sett at unge uføretallene neppe kan forstås ut fra enkle forklaringsmodeller med få variabler. Forklaringene til informantene er sammensatte og varierer på tvers av geografi og kultur.

Det er imidlertid verdt å merke seg at i ingen av fylkene ble sosial arv vektlagt som en forklaringsfaktor for veksten på landsbasis, men var likevel en av de mest hyppig nevnte forklaringsfaktorene på fylkesnivå. En måte å tolke dette på er at informantene ikke oppfatter at omfanget av sosial arv har økt det siste tiåret, det vil si at sosial arv er en utfordring som både forvaltningen og legene har vært nødt til å forholde seg til i lang tid. Flere av intervjuene som tidligere er referert, kan gi støtte til en slik forklaring.

### 8.3 Analyse på tvers av fire fylker

Hovedmålet med prosjektet er å si noe om hvorfor det er høye uføretall blant unge på Agder. Spørsmålet er viktig for å drøfte om det er noe særegent ved Agder og på hvilke områder man bør sette inn tiltak for å snu en uønsket utvikling. Da vi designet prosjektet var vi imidlertid opptatt av å ha referanse-data i analysearbeidet for lettere å kunne håndtere spørsmålet om hva som er spesifikt for Agder, og hva som gjelder mer generelt. Tre andre fylker ble derfor valgt ut: Et annet fylke med høye uføretall og to andre med lave uføretall. I de foregående kapitlene har vi presentert dataene fra de fire fylkene i relativ stor detalj. Så langt i dette kapitlet har vi oppsummert hva informantene fra forvaltningen og legene mener kan forklare uføre blant unge. Nå skal vi bruke disse dataene for å se om det er noe spesifikt for Agder som peker seg ut og om disse særegne forholdene kan ha forklaringskraft i forhold til overhyppigheten av unge uføre på Agder. I den videre analysen skal vi også ta med erfaringene til de unge uføre.

#### Mye likt på tvers av fylkene

Noe av det mest slående i vårt datamateriale er likheten i beskrivelsen av de unge uføre på tvers av fylkene. Når informantene fra forvaltningen og legene har blitt bedt om å beskrive hva som kjennetegner unge uføre, er svarene svært like, selv om ordvalg kan variere noe. De unge uføre deles stort sett inn i tre hovedgrupper. Den første gruppen er de mer klare diagnoser, ofte somatiske. I denne gruppen tilhører unge med medfødte misdannelser og kromosomavvik, unge som har vært utsatt for alvorlige ulykker eller skader, eller personer som har andre alvorlig sykdommer eller lidelser. Disse sakene omtales som kurante og en varig uførepensjon tilstås stort sett ved attenårsdagen.

Den andre gruppen er unge med sosiale og/eller psykiske problemer som kommer til uttrykk i tilpasningsproblemer, tidlig alkoholdebut, rus, angst, spiseforstyrrelser, selvskading og/eller suicidal atferd. De unges atferd tilskrives stort sett vanskelig oppvekst hvor grov omsorgssvikt, lære- og konsentrasjonsvansker i skolen, og mobbing går igjen. Typisk for mange er at problemene øker på etter hvert som den unge møter nye utfordringer. Ikke alle begynner på videregående skole, og enda færre gjennomfører. Mange har også etter hvert vært i berøring med barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet. I mange av tilfellene preges ung voksen alder av ustabil psykisk helse og kortvarige arbeidsforhold. Etter hvert toppe det seg med en akutt situasjon med påfølgende innleggelse og kort vei til arbeids- og velferdsforvaltningen. Denne gruppen er ofte i 20-årene når en uføreytelse tilstås. Etter

reformen i 2004 er det mange i denne gruppen som tilstås en midlertidig uføreytelse, men det er også noen som tilstås en varig uførepensjon.

Den tredje gruppen beskrives som ressursvake personer hvor det er vanskelig å identifisere hva problemet består av. Informantene er usikre på om det er manglende evner eller ”vondt i vilja”. Denne gruppen kjennetegnes ofte av diffuse lidelser med mange symptomer, herunder muskel- og skjelettlidelser, fibromyalgi og ME. Dette er en gruppe som ikke klarer å yte mye og trekker seg når de møter motstand. Sykdomsbildet tilskrives ofte sosial arv. De unge sosialiseres inn i sykerollen av foreldregenerasjonen som også er trygdemottakere. I motsetning til mishandling og vanskjøtsel, preges disse barna mer av overbeskyttelse. Det er ikke stilt tilstrekkelige krav til dem og manglende trening på å møte utfordringer gjør dem sårbare og ute av stand til å takle motgang. Foreldrene er dessuten ofte støttespillere til barnas søknad om uførestønad. Denne gruppen har ofte lengre trygdeløp med mange avbrutte atferingstiltak. Sakene preges til slutt av en form for utmattelse og en erkjennelse av at ”ingenting nytter”. Alt mulig har vært utredet og utprøvd, og til slutt tilstås en midlertidig uføreytelse i lys av at tiden har gått.

I de to sistnevnte gruppene er det et betydelig innslag av dysfunksjonelle familier, og barn som blir tapere fra ganske ung alder. Det er disse to gruppene som beskrives som de største. Statistikken langt på vei bekrefter informantenes syn på at hovedtyngden blant de unge er psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, noe som gjelder på tvers av alle fylkene<sup>26</sup>, men dog høyest i Aust-Agder. Ovennevnte tre grupper er imidlertid ikke uttømmende. Det vil alltid være noen som ikke passer inn i en av de tre kategoriene, noe vårt feltarbeid viste. Våre data tyder heller ikke på at det er et stort omfang av ”lat ungdom”. Ingenting i mappene, fra brukerintervjuene, eller de øvrige intervjuene tyder på at unge mennesker bevisst velger seg en uførekariere fordi det er lett vint eller de ikke gidder å jobbe.

Fra alle fylkene får vi også høre at ”problemet” er størst på bygda eller der hvor befolkningstettheten er liten. Dette forklares dels med at arbeidsmarkedet er svakest på disse stedene, samt at den sosiale kontrollen er svak. Sistnevnte innebærer at dysfunksjonelle familier i liten grad blir sett eller korrigert, og at problemene i disse familiene låses inne. Samtlige av de fire fylkene vi har hentet data fra, har en bosettingstetthet som ligger under landsgjennomsnittet. Av de fire fylkene vi har sett på, er det faktisk Finnmark som har

---

<sup>26</sup> I Aust-Agder er hoveddiagnosen til 64,3 prosent av unge uføremottakere en psykisk lidelse og/eller atferdsforstyrrelse. Tilsvarende for Finnmark er 60,4 prosent, Hedmark 56,3 prosent, og Møre og Romsdal 55,3 prosent.

størst andel av befolkningen bosatt i tettbebygde strøk. Aust-Agder kommer likt ut med Møre og Romsdal, mens Hedmark er helt klart fylket med lavest andel av befolkningen bosatt i tettbebygde strøk<sup>27</sup>.

Et annet fellestrekk på tvers av fylkene er forekomsten av rusproblematikk blant ungdommen. I alle fylkene vises det til et visst rusmisbruk og en del rusrelaterte helseproblemer blant unge mennesker, men hvordan forvaltningen forholder seg til dette problemkomplekset varierer imidlertid på tvers av fylkene.

I alle fire fylkene vises det også til et mangelfullt psykiatritilbud for både barn, ungdom og voksne, men at tilbudet har blitt noe bedre som følge av opptrappingsplanen. Ventetiden for første konsultasjon for personer under 18 år har blitt kortere, men ventetiden for behandling er nødvendigvis ikke redusert.

Det bekreftes også at legeshopping forekommer i alle fire fylkene og at det er mest utbredt blant unge. Dette forklares med at unge er mindre lojale i forhold til sin fastlege. Omfanget av legeshopping varierer nok noe på tvers av fylkene, men dette er et fenomen som forvaltningen og de rådgivende legene er klar over og mener de har kontroll på.

Med unntak av Finnmark, tillegges diagnose stor vekt når arbeids- og velferdsetaten vurderer om vilkårene for en uføreytelse er til stede. Selv etter NAV-reformen ser det ut til at denne forvaltningspraksisen vedvarer. Intervjuene med forvaltningen og legene i Finnmark tyder imidlertid på at man i dette fylket legger større vekt på funksjonsevne framfor diagnose nå. Finnmark skiller seg også ut fra de tre andre fylkene ved at legene framstår mye mer som lagspillere med forvaltningen. I alle fylkene gis det imidlertid uttrykk for at man er mer strenge når man har med unge personer å gjøre. Flere ”steiner” snus og man er villig til å gå lengre løp med en ung person, enn man er i forhold til en som har passert 50 år.

Før vi ser på hva som skiller fylkene fra hverandre er det også grunn til å peke på at i alle fylkene er det de ikke-medisinske forklaringene som blir ansett som de viktigste for å forklare uføreandelen blant unge. De ikke-medisinske forklaringene som er gitt er ofte sammensatte og det er vanskelig å skille individforklaringene fra samfunnsforklaringene. Det er også grunn til å peke på at det er ingen opphopning av unge i andre deler av trygdestatis-

---

<sup>27</sup> På landsbasis er andelen bosatt i tettbygde strøk 78 prosent. I Finnmark er det tilsvarende tallet 73 prosent, etterfulgt av Møre og Romsdal og Aust-Agder med begge 68 prosent, og Hedmark med lavest befolkningstetthet med 55 prosent.



tikken der det er få unge i uførestatistikken. Mønsteret er at få unge uføre samsvarer med få unge i andre deler av trygdestatistikken (rehabiliteringspenger, attføringspenger og økonomisk sosialhjelp), og omvendt.

### **Men også forskjeller...**

Arbeidsmarkedet og mulighetene for å få jobb anses som en viktig forklaringsvariabel av mange av informantene på tvers av fylkene. Intervjuene våre tyder på at arbeidsmarkedet er best i de mest befolkningstette områdene. Fylkene hvor folk bor spredt og hvor det generelt er lav befolkningstetthet, som i Hedmark, har også det svakeste arbeidsmarkedet. Men det som trolig skiller aller mest mellom fylkene er tilgjengeligheten på ufaglærte jobber, spesielt til unge menn. Våre data kan tyde på at fylkene som har lavest uføreandel blant unge, er også fylkene som er flinke til å tilby ufaglærte jobber og sysselsette unge menn som ellers er i faresonen for å stå uten jobb. I Møre og Romsdal sies det at de har et vidt spekter av jobber og at mange unge ufaglærte sluses inn i jobber. I Finnmark er man spesielt flinke til å finne arbeidspraksis til de unge som finner videregående skole for teorituning og andre som av ulike grunner finner overgangen til arbeidslivet vanskelig. Her beskrives offentlige og private arbeidsgivere som er villige til å ta imot unge til arbeidstrening og praksis.

Det er visse likheter mellom tre av fylkene i forhold til den historiske arven de bærer med seg. Verken Aust-Agder, Hedmark eller Finnmark kjennetegnes av sterke arbeidsmarkeder, gode levekår eller et lavt trygdeforbruk. Det er heller det motsatte, og slik har det vært i flere tiår. Når denne "arven" har fått et fotfeste er det vanskelig å snu utviklingen. Rollemodellene for den oppvoksende generasjonen blir trygdemottakere. Arven fra et historisk svakt arbeidsmarked blir således også en sosial arv. Med dette utgangspunktet forventet de fleste at tallene for unge uføre i Finnmark er mer lik tallene til Aust-Agder og Hedmark, enn det de faktisk er. At finnmarkstallene likevel er forskjellige, kan trolig forklares med at i Finnmark har man hatt en bevisst og langsiktig satsing på at man ønsker å snu den negative utviklingen. Erkjennelsen på slutten av 1980-tallet av at grep må tas og at man må spesielt sette inn tiltak overfor unge mennesker (neste generasjon), bærer trolig frukter nå. Med dette mener vi ikke å si at det ikke er, eller har vært, en bevissthet omkring arbeidsmarkeds- og levekårsutfordringene i Aust-Agder eller i Hedmark. Men våre data gir ingen indikasjon på at man har grepet fatt i problemene på en like systematisk måte, slik man tilsynelatende har gjort det i Finnmark.

Det er når vi ser på forvaltningspraksis at forskjellene mellom Finnmark og Aust-Agder og Hedmark kommer aller tydeligst fram. Forvaltningspraksis i Finnmark har flere likhetstrekk med Møre og Romsdal, enn den har med Aust-Agder og Hedmark. Dette kan tyde på at forvaltningspraksis kan forklare noe av forskjellene i statistikken som vi observerer. Informantene i både Finnmark og Møre og Romsdal beskriver sin egen forvaltningspraksis som relativt streng, og dette gjelder spesielt i forhold til personer som har rusutløste helseproblemer. I tillegg beskriver informantene i Finnmark og Møre og Romsdal et relativt godt samarbeid mellom forvaltningen og fastlegene. Dette samarbeidsforholdet beskrives som mer mangelfyllt og/eller konfliktfylt i Aust-Agder og Hedmark. I Finnmark beskriver de dessuten at de er flinke til å følge opp unge som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Lange og/eller mange attføringsløp, samt et godt samarbeid med arbeidsgivere og andre aktører trekkes fram. I Møre og Romsdal vises det til et godt arbeidsmarked for ufaglært arbeidskraft, noe som gjør det mindre krevende å finne arbeidspraksisplasser for unge mennesker. I Aust-Agder og Hedmark imidlertid, er det mangelen på gode attføringstilbud til unge som preger mange av svarene vi fikk fra informantene i forvaltningen og blant legene. Generelt viser informantene i Finnmark og Møre og Romsdal til et godt samarbeid mellom mange lokale aktører, herunder arbeidsgivere, skoleverket, rustjenesten, og arbeids- og velferdsetaten. Dette samarbeidet ble ikke i like stor grad framhevet i Aust-Agder og Hedmark. Hvis noe, ble dette samarbeidet heller beskrevet som fragmentert.

I alle fylkene melder informantene om at sosial arv er et betydelig problem, men ikke i alle fylkene gir informantene uttrykk for at man systematisk og aktivt jobber med å løse opp i dette problemkomplekset. Som nevnt over har man i Finnmark jobbet langsiktig med å satse på unge ved å sørge for at de får tilbud om arbeidspraksis. Målet om at ingen skal bli stående uten tilbud, står høyt. Ifølge informantene i Møre og Romsdal er sosial arv noe som også opptar dem. Det gis uttrykk for at man i løpet av de siste 10-15 årene har bygd ut tjenesten som skal håndtere familieproblemer, og da spesielt skjulte problemer for eksempel knyttet til misbruk av alkohol. Det sies videre at for en generasjon siden var innsyn i familien vanskelig, men at det nå har blitt mer åpenhet i forhold til å se problemene i familien. Tidlig intervensjon og forebygging i forhold til familien har ifølge informantene vært et satsingsområde i Møre og Romsdal. Det kan tenkes at den langsiktige satsingen som man viser til i både Finnmark og Møre og Romsdal, men dog med noe ulikt innhold, kan bidra til å forklare noe av forskjellen som vi ser i statistikken.

Til slutt vil vi også trekke fram det informantene har uttrykt om stedets kultur. I Finnmark ble den åpne kulturen og gjennomsiktigheten i samfunnet vektlagt som en forklaring på at barn og unge som har behov for hjelp, i større grad blir sett, både i lokalsamfunnet og av det offentlige hjelpeapparatet. Dersom dette er korrekt, kan det for eksempel være med på å forklare hvorfor Finnmark klart topper statistikken når det gjelder igangsetting av undersøkelser av barnevernet<sup>28</sup> og andelen barn med barnevernstiltak. Igangsetting av mange undersøkelser kan delvis også forstås ut fra ressurstilgangen til barnevernet, samt være et uttrykk for en føre-vår-politikk, jamfør at over halvparten av de undersøkte tilfellene i Finnmark ikke førte til tiltak. Heller ikke i Hedmark førte over halvparten av de undersøkte sakene til tiltak av barnevernet<sup>29</sup>, til tross for at det ble undersøkt langt færre saker i utgangspunktet. Lavere befolkningstetthet, store avstander og en mindre åpen kultur i Hedmark, kan trolig bidra til å forklare at antall saker man undersøker er lavere. Heller ikke i Møre og Romsdal undersøkes det like mange saker som i Finnmark, men til gjengjeld igangsettes det tiltak i godt over halvparten av sakene som blir undersøkt. I Aust-Agder fortelles det også om en lukket kultur som trolig bidrar til større grad av tilbakeholdenhet i lokalsamfunnet og i hjelpeapparatet når det gjelder å "se" og å reagere på unge som har behov for hjelp. Det er trolig kombinasjonen av en lukket kultur og familiens sterke stilling på Agder<sup>30</sup>, som fører til at problemer enten låses inne i familiene og/eller hjelpeapparatet i større grad vegrer seg for å gripe inn. Sammenhengen mellom kultur, barnevernets rolle og omfanget av unge uføre er et

---

<sup>28</sup> I 2006 igangsatte Finnmark 36 undersøkelser per 1000 barn under 18 år, mens 49 prosent av disse undersøkelsene førte til tiltak. I Møre og Romsdal ble det igangsatt 20 undersøkelser i 2006, og i 56 prosent av disse tilfellene ble det igangsatt tiltak. I Hedmark ble det igangsatt 21 undersøkelser, og i 46 prosent av disse tilfellene ble tiltak iverksatt. I Aust-Agder er de tilsvarende tallene 21 tiltak og at det ble satt i gang tiltak i 52 prosent av disse tilfellene. Lands-Gjennomsnittet er 22 undersøkelser per 1000 barn under 18 år i 2006, og hvor halvparten av sakene førte til tiltak (<http://www.ssb.no/barnevernund/main.html>).

<sup>29</sup> En alternativtolkning for disse prosentandelene for Finnmark og Hedmark kan være at familier som opplever at de blir kikket i kortene av barnevernet, flytter før barnevernet rekker å igangsette tiltak. I intervjuene i både Finnmark og Hedmark ble dette tatt opp som en utfordring.

<sup>30</sup> Oppslutningen om tradisjonelle familieverdier viser seg både i holdning og handling i Agderfylkene. Andelen som bor alene er under landsgjennomsnittet. I motsatt ende er det en overrepresentasjon av store husholdninger. Denne overrepresentasjonen ser vi særlig i mindre sentrale kommuner. Blant dem som lever som par er andelen gifte vesentlige høyere i Agder enn i landet som helhet, og særlig gjelder dette blant dem som lever i par med barn. Tradisjonelle verdier viser seg også i forbruket av kontantstøtte som er landets høyeste i Agderfylkene. Holdningen blant fedre til å ta ut høyere andel av fødselspermisjonen er også mindre positiv i Agderfylkene enn andre steder, og det er også lavest andel fedre som tar ut lange fødselspermisjoner i disse fylkene. Kilder: Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk og <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Familie+og+omsorg.html>.

område som det bør forskes mer på. I dette avsnittet har vi kun pekt på noen mulige sammenhenger ut fra våre informanternes betraktninger.

Et annet trekk ved kulturen som kan ha betydning for unge uføre tallene er i hvilken grad det å framstå som vellykket er viktig og i hvilken grad det er rom for annerledeshet i lokalsamfunnet. I Finnmark viser informantene til at det er stor takhøyde og at man kan leve godt i Finnmark selv om man ikke oppfyller idealene slik de fremstilles i media og reklameverden. I Aust-Agder derimot vektlegger informantene at det å framstå som vellykket er viktig. Sistnevnte gjelder også i forhold til familien. Å opprettholde familiens fasade anses som viktig i Agder, noe de unge uføre fra Aust-Agder bekrefter. Aust-Agder og Hedmark er like på mange vis, men på dette punktet skiller de lag. Informantene i Hedmark mener at fasaden er lite viktig for fylkets innbyggere. Det er trolig kombinasjonen av sterke normsett om vellykkethet og lite rom for annerledeshet, slik kulturen beskrives i Aust-Agder, som gir grobunn for psykiske lidelser. Også i Møre og Romsdal viser informantene til en lukket og sterk familiekultur, men, som nevnt, er det på nettopp på dette området man har søkt å gjøre grep.

Gjennomgangen over er en overforenkling av de mer komplekse resonnementene og mangfoldet som kom fram i intervjuene, og som vi har redegjort for i de fylkesvise kapitlene. Med det ovennevnte mener vi heller ikke å si at vi har avdekket alt. Langt i fra. Bildet som er gitt er grovt og basert på hva sentrale aktører i fylkene har vektlagt. Mange variabler har inngått i vår analyse. Vi kan verken teste dem eller beregne deres forklaringskraft, men vi kan trolig bidra til å belyse forhold og sammenhenger som vanskeligere kan la seg tallfeste, eksempelvis samarbeidsrelasjoner, forvaltningspraksis, kultur og folkelyne.

## 8.4 Fire problemstillinger

Utgangspunktet for feltarbeidet vårt var fire problemstillinger, nemlig:

1. Er møtet med tjenesteapparatet, legene og tjenestetilbudet til unge med helseproblemer annerledes på Agder, relativt til andre deler av landet?
2. Er det slik at unge personer med helseproblemer på Agder opplever møtet med arbeidslivet annerledes enn det sammenlignbare unge gjør andre steder i landet?
3. Opplever unge kvinner på Agder deres livssituasjon annerledes på Agder, enn det tilfellet er i andre deler av landet?

4. Prioriterer unge uføre på Agder annerledes enn sammenlignbare grupper andre steder i landet med hensyn til hvor viktig det er å jobbe kontra en rekke andre verdier som steds-, familie- og nettverkstilhørighet?

I det følgende skal vi drøfte disse problemstillingene i lys av våre data.

### **Møtet med tjenesteapparatet, legene og tjenestetilbudet**

Er møtet med tjenesteapparatet, legene og tjenestetilbudet til unge med helseproblemer annerledes på Agder, relativt til andre deler av landet? I 8.3 har vi nettopp sett at forvaltningspraksis er noe ulik på tvers av fylkene, både med tanke på hvordan forvaltningen samhandler med andre aktører og hva man vektlegger i saksvurderingen. Siden både informantene i forvaltningen og legene beskriver ulik forvaltningspraksis på tvers av fylkene, er det også rimelig å forvente at brukerne, de unge uføre, vil ha ulike erfaringer i møtet med forvaltningen. På bakgrunn av våre data, stemmer dette langt på vei. Det er i Finnmark vi finner mest tilfredshet blant brukerne i forhold til møtet med forvaltningen. I Møre og Romsdal har vi ikke tilstrekkelige data til å kunne uttale oss, mens i Aust-Agder og Hedmark er brukerne i mindre grad fornøyd med tjenestetilbudet de har fått. I Aust-Agder og Hedmark er det spesielt stor misnøye knyttet til attføringstilbudene og oppfølgingen som de forventet å få. I Finnmark roses forvaltningen på nettopp dette området.

I forhold til legene er det veldig mange like svar på tvers av alle fylkene. Kontakten med legene har svært stor betydning for de aller fleste av informantene. Brukerne tillegger legenes meninger svært stor betydning. I den grad det er misnøye med legene, forklares det ut fra at man opplever at legen ikke gjør nok i forhold til å henvise til spesialist eller ny utredning, eller at saken mangler framdrift. I disse tilfellene er brukerne mer tilbøyelige til å bytte lege. Vi ser ingen systematiske forskjeller i dette spørsmålet på tvers av fylkene.

### **Møtet med arbeidslivet**

Opplever unge personer med helseproblemer på Agder møtet med arbeidslivet annerledes enn det sammenlignbare unge gjør andre steder i landet? Til dette spørsmålet er vårt svar entydig. Det er ingenting i våre data som tyder på at det er forhold i møtet med arbeidslivet som har gjort det vanskelig for de unge å stå i jobb. På tvers av fylkene viser våre data at det er ikke i selve jobben hovedutfordringen for de unge har ligget.

Da vi designet dette prosjektet trodde vi at vi skulle innhente data om utstøttingsmekanismer i arbeidslivet. I praksis kan vi si at dataene våre handler i svært liten grad om dette. Dette gjelder på tvers av fylkene. Møtet med arbeidslivet var noe som ikke opptok de unge uføre i nevneverdig grad. Ikke fordi de ikke hadde en iboende interesse i å jobbe, men heller fordi det var andre arenaer som var langt viktigere for informantene å fortelle om i deres ønske om å formidle til forskeren hvorfor de ikke er i stand til å jobbe i dag. Heller ikke alle hadde særlig erfaring med arbeidslivet. For enkelte var erfaringen med arbeidslivet begrenset til en utplassering i arbeidspraksis for å kartlegge arbeidsevnen eller en tilrettelagt jobb gjennom Arbeid med bi-stand.

Med noen få unntak, handlet svært mye av intervjuene om de unge uføres barndom og oppvekst, og hvordan oppveksten har farget resten av deres liv. Vi har langt rikere data om de unges møte med hjelpeapparatet og forvaltningen, enn vi har om deres møte med arbeidslivet. De som har arbeidserfaring beskriver stort sett deres kollegaer og arbeidsoppgaver på en positiv måte. Utfordringen for de aller fleste var deres egen svingende helse. Enkelte var imidlertid opptatt av at de ikke følte seg likeverdig på arbeidsplassen fordi de var utplassert av Aetat, noe som bidro til å svekke deres psykiske helse ytterligere. Om man skal fortelle om sin psykiske lidelse eller ikke på jobben, var også noe som opptok en del av informantene. Spørsmålet om hvordan arbeidsplassen skal ta i mot unge med psykiske lidelser er nok et spørsmål som bør få mer oppmerksomhet. Men dette er en problemstilling som dukket opp på tvers av fylkene, og er ikke spesifikt relatert til Aust-Agder.

Selv om mange av forklaringene på veksten av unge uføre og de fylkesvise forklaringene på uføreandelen i eget fylket handler om forhold knyttet til arbeidsmarkedet, arbeidslivet, og/eller forvaltningspraksis, understreker samtidig de samme informantene at for svært mange av de unge brukerne er "løpet egentlig kjørt" før de kommer i kontakt med arbeids- og velferdsetaten. Dette synet bekreftes i stor grad av intervjuene med de unge uføre. Selv om jobbene hadde vært der, er det tvilsomt om de ville greie å fungere i arbeidslivet med den helsa de har på det tidspunktet de kommer i kontakt med arbeids- og velferdsforvaltningen. Innen de kommer i kontakt med forvaltningen har helseproblemene allerede utviklet seg over flere år og mange har allerede opplevd en serie med nederlag. Omtrent samtlige informanter, herunder de unge uføre, legene og de ansatte i forvaltningen på tvers av fylkene, er samstemte i at løsningen for mange av de unge må komme lenge før de kommer til arbeids- og velferdsforvaltningen. Spesielt for de unge med psykiske lidelser må løsningene søkes i en tidligere fase av deres liv.

## Unge kvinners stilling

Opplever unge kvinner på Agder deres livssituasjon annerledes på Agder, enn det tilfellet er i andre deler av landet? I den grad kjønn er en forklaringsvariabel i forhold til unge uføre på Agder, har det lite med dobbeltarbeiderhypotesen å gjøre, det vil si arbeidshypotesen som sier at kvinner oftere er dobbeltarbeidende og således mer utsatt for helsemessige belastninger. Kvinnene i vårt utvalg er for unge til at dette er en aktuell problemstilling. I den grad kjønn er en viktig forklaringsvariabel, må det heller forstås ut fra hvilke rollemodeller unge kvinner på Agder har. På Agder er kjønnsrollemønsteret fortsatt svært tradisjonelt. Det er Agder som skårer lavest på Statistisk sentralbyrås likestillingsindeks og kvinners yrkesdeltakelse på Agder er lav relativt til andre landsdeler. Flere av våre kvinnelige informanter mener at disse faktorene kan ha noe å si for omfanget av unge uføre. Rollebildet til unge kvinner på Agder er ofte mødre som ikke er yrkesaktive, eller som har et marginalt forhold til arbeidslivet i kraft av en deltidsstilling, og hvor det er høy aksept for ikke å være yrkesaktiv.

Annen forskning fra Agder er opptatt av sammenhengen mellom likestilling og religionens stilling. Magnussen og Repstad (under publisering) viser, på bakgrunn av data fra ISSP-undersøkelsen om religion fra 2008, at det er en sammenheng mellom religiøs aktivitet og holdninger til likestilling. Jo mer religiøst aktivt man er, jo mer konservativt forholder man seg til ulike likestillingsutsagn. Agderfylkene er fylkene som klarest føyer seg inn i dette mønsteret, ved å være de som suverent skårer høyest på religiøsitet og er blant de svakeste på likestilling. Våre informanter er imidlertid lite opptatt av dette med religiøs tro og likestillingens betydning på vår problemstilling. En tidligere kommunelege fra Finnmark forteller imidlertid om læstadianerne som praktiserer tradisjonelle kjønnsroller og hvor kulturen for et lønnsarbeid for kvinnene er lav. Men denne gruppen er svært liten og han mener derfor at dette ikke kan slå ut i statistikken. Det er trolig heller ikke disse kvinnene som belaster trygdebudsjettet. I Aust-Agder har vi fått ulike tilbakemeldinger på hva religionens sterke stilling i landsdelen kan ha å si for uføreproblematikken blant unge. En lege fra Aust-Agder er inne på at å være i et religiøst miljø kan være en stor støtte, at en har et sosialt nettverk rundt en, mens en annen lege fra Aust-Agder er inne på at det i visse religiøse miljøer settes strenge krav i livet, som igjen kan gi lettere psykiske lidelser hvis man ikke klarer å innfri disse. Som sagt, tilbakemeldingene er få, og gir ingen klarhet i spørsmålet.

## Unge verdier og prioriteringer

Prioriterer unge uføre på Agder annerledes enn sammenlignbare grupper andre steder i landet med hensyn til hvor viktig det er å jobbe kontra en rekke andre verdier som steds-, familie- og nettverkstilhørighet? Denne problemstillingen ble vi opptatt av i lys av en kartlegging som ble foretatt i Mandal kommune (Mydland og Jentoft 2006), som viste at familie, venner og annet sosialt nettverk betyr mye for unge utenfor det ordinære arbeidslivet og at de unge ville nødig flytte for å finne en jobb.

Det er ingenting i vårt datamateriale som tyder på at det er mange unge som mottar en uførestønad fordi de enten er late eller ikke er interessert i å arbeide, og vi fant ingen systematiske forskjeller på tvers av fylkene i forhold til dette. Riktignok er det en del unge som ikke vet hva de vil i forhold til framtidig yrkesvei, men det er ikke det samme som å si at de ikke har et ønske om å jobbe og tjene penger. Både informantene i forvaltningen og de unge uføre vi intervjuet bekrefter ønsket om å jobbe. Håpet og drømmen om å delta i arbeidslivet er for en del veldig sterk. I flere av sakene kunne uføretrygd ha blitt tilstått langt tidligere i prosessen, men det var brukeren som ikke ville gi slipp på ønsket om å delta i arbeidslivet. Det kan imidlertid tenkes at vårt brukerutvalg er skjevt, i den forstand at det er de med størst interesse for arbeidslivet som har samtykket til å la seg intervju<sup>31</sup>. Informantene fra forvaltningen bekrefter imidlertid at brorparten av de unge har et ønske om å komme i arbeid. Riktignok beskrives noen unge med ”vondt i viljen”, hvor lite nytter og motivasjonen for å gjennomføre ulike tiltak synes liten. Men det er heller ikke disse som får innvilget en uførestønad først. Denne gruppen må ofte gå gjennom flere atferdsforsøk og mange utredninger. Til slutt innvilges en uførestønad, ut fra resonnementet at det ikke er flere hensiktsmessige tiltak å prøve ut og ”toget er gått”. Tid anses som en viktig faktor for å få unge ut i arbeid. Lykkes man ikke i løpet av en tiårsperiode, anses ofte saken som tapt.

Vi traff heller ikke på ressurssterk ungdom med en stor vennekrets. På intervjudispunktet traff vi på det motsatte, og igjen fikk vi høre svært like fortellinger på tvers av fylkene. De av våre brukerinformanter som beskriver en god og trygg oppvekst, beskriver riktignok at de hadde mange venner og helt ”normale” framtidsdrømmer, herunder å ta utdanning, få jobb og etablere seg med hus og familie. For enkelte har disse drømmene blitt knust på grunn av ulykker eller skader. For sistnevnte gruppe har også den store vennekret-

---

<sup>31</sup> Det kan tenkes at de som har et sterkt ønske om å delta i arbeidslivet har samtykket til å delta i denne kartleggingen fordi de føler at de har et forklaringsbehov i forhold til hvorfor de ikke kan jobbe.



sen blitt borte. Et fåtall av våre informanter har til tross for sin sykdom opprettholdt sitt nettverk, selv om de ikke lengre deltar aktivt i arbeidslivet. Dette er stort sett personer som ble syke eller fikk en skade i relativ "høy" alder, det vil si fra 25 år og oppover.

De av våre informanter som opplevde en vanskelig oppvekst beskriver at de hadde få venner da de var unge. Det de drømte om var å ha et godt og trygt liv, og flere drømte om en ny familie. I dag drømmer denne gruppen om å bli friske. Enkelte ønsker å bli friske nok til å delta i arbeidslivet, men helsebedringen må komme først, mens andre drømmer å bli friske nok til å klare daglige gjøremål. For denne gruppen var spørsmålet om å definere det gode livet vanskelig. De fleste trengte en lang tenkepause, og mange kunne ikke svare annet enn at livet var ikke godt!

På spørsmålet om de unge er mer stedbundne må vi svare både ja og nei, avhengig av hvilken gruppe vi snakker om. På tvers av fylkene får vi høre at ressurssterk ungdom ikke er stedbundne. De reiser og flytter for å ta utdanning og arbeid. En del vender hjem igjen etter utdanning, men ikke i like stort omfang i alle fylkene. I Finnmark er man i tillegg vant til å flytte for å ta utdanning på videregående skole nivå, og legene i Finnmark beskriver at finnmarkinger er vant til å flytte fordi den ene krisen har avløst den andre mange steder. Folk har blitt tvunget til å flytte, enten sørover eller rundt i Finnmark for å finne en jobb. Videre beskrives et folk som av naturlige grunner har et annet forhold til avstander. Noe av de samme tilbakemeldinger kommer også fra informantene i Hedmark.

De som ikke flytter for å utdanne seg, blir ofte sittende fast i lokalsamfunnet, ikke nødvendigvis fordi de synes det er spesielt attraktivt å bo der, men fordi de opplever at de ikke har andre alternativer. For denne gruppen blir imidlertid vennekretsen viktig. Er man i tillegg uten arbeid, er det samholdet med vennene som gir mening i livet. Flere av informantene i Aust-Agder hadde imidlertid en noe annen forklaring. Igjen ble det vist til den sørlandske væremåten preget av forsiktighet. Enkelte mente at det kan godt tenkes at enkelte ressursvake ungdommer, med spesiell henvisning til unge gutter, velger tryggheten i sitt vennenettverk, framfor å reise bort for å finne seg arbeid. En del av ungdommene på Agder er trolig mer trygghetssøkende enn ungdommer i andre landsdeler, at forklaringen så å si ligger i deres natur, i deres personlighet. Fra vår kartlegging har vi ikke andre data som kan bekrefte eller avkrefte disse tankene. Spørsmålet må derfor fortsatt stå åpent.

Det vi kan si er at flere av de unge uføre vi har intervjuet føler seg svært stedbundne nå. Flere viser til at det har tatt dem lang tid å få på plass en

trygg bolig, støttespillere og et hjelpeapparat som gjør at de kan fungere i dagliglivet, og at mange av disse tjenestetilbudene følger kommunegrensa. Enkelte viser også til at de er helt avhengig av å ha mye kontakt med sin egen familie, og da ofte mor. Å flytte blir for denne gruppen er helt uaktuelt i dag.

Dataene våre tyder på at det kan være fylkesvise forskjeller i forhold til hvor stedbundne risikoutsatt ungdom er, men dette er en tematikk som vi ikke kan konkludere i forhold til ut i fra våre data.

## 8.5 Er det noe særegent med Aust-Agder?

I 8.3 pekte vi på likheter og forskjeller på tvers av fire fylker. Gjennomgangen viser at det er svært mange likhetstrekk mellom Aust-Agder og Hedmark, de to fylkene med høyest uføreandel. Ser vi på variablene ruralitet, arbeidsmarkedet, og utdanningsnivå, kunne vi faktisk ha forventet at Hedmark toppet uførestatistikken, ikke Aust-Agder. Hedmark har en enda mer spredt bosetting, arbeidsmarkedet er enda mer begrenset, utdanningsnivået er enda lavere, og ”hjerneflukten” sies å være enda større, relativt til Aust-Agder. Er det så noe særegent ved Aust-Agder som gjør at dette fylket skiller seg ut fra Hedmark og som bidrar til å forklare de høyere uføretallene?

Det er på to områder Aust-Agder synes å skille seg ut fra Hedmark, nemlig i forhold til kultur og likestilling. Som nevnt var informantene i Aust-Agder opptatt av at fasaden og det å framstå som vellykket er viktig i denne landsdelen, noe informantene i Hedmark mente ikke var viktig i eget fylke.

Mens enkelte av informantene i Aust-Agder mente at det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret på Agder og kvinners generelt lavere yrkesdeltakelse (mange hjemmearbeidende og mange sysselsatt i deltidsstillinger), bidrar til å opprettholde et rollebilde for mange unge kvinner som sier at det er akseptabelt at man ikke er så yrkesaktiv, det er akseptabelt at man har et mer marginalt forhold til arbeidslivet, og det er akseptabelt at man ikke investerer like mye i utdanning. Ser vi på likestillingsindeksen til Statistisk sentralbyrå skårer Aust-Agder svært lavt, mens Hedmark ligger på landsgjennomsnittet. Hovedforskjellen mellom de to fylkene går nettopp på kvinners deltakelse i arbeidslivet og kvinners inntekt.<sup>32</sup> Likestillingsindeksen kan tolkes i retning

---

<sup>32</sup> I likestillingsindeksen sammenlignes kvinner med menn i eget fylke. Den dårlige likestillingskåren i Aust-Agder må således forstås slik at kvinner i Aust-Agder både jobber og tjener relativt mye mindre enn mennene i samme fylke. I Hedmark, men spesielt i Finnmark, kommer kvinnene bedre ut når de sammenlignes med menn i eget fylke. I tabell 5.1 så vi imidler-

av at kvinner på Agder i større grad blir forsørget av menn, helt eller delvis, mens kvinnene på Hedmark er i større grad likestilte med mennene i Hedmark når det gjelder deltakelse i arbeidsmarkedet og lønnsinntekter.

Det kan tenkes at det ikke er tilfeldig at Aust-Agder informantene trekker fram både kulturen og likestilling når de skal reflektere over de høyere uføretallene på Agder. For det første kan det tenkes at svarene er en avspeiling av debatten som har gått på Agder i kjølvannet av rapporten *Surt liv på det blide Sørland* (Hagestad og Røed 1994). Det kan tenkes at idéen om den lukkede kulturen og den forsiktige sørlendingen nødvendigvis ikke har rot i virkeligheten, men ble skapt da forskerne skulle tolke dårlige levekårsdata. Siden har tolkningen blitt til en ”myte” som har blitt hengende igjen i det offentlige rom, nærmest som en sannhet.

Men det kan også tenkes at det informantene trekker fram faktisk har en rot i virkeligheten. Det kan tenkes at Agder preges av større verdikonservatisme, og at dette igjen påvirker både kulturen slik den er beskrevet over og Agders utfordringer i forhold til likestillingsproblematikken. Verdikonservatismen kommer til uttrykk i både familiens og religionens sterke stilling på Agder, og på dette området skiller Aust-Agder seg ut fra Hedmark. I Aust-Agder regner 33 prosent av befolkningen seg som personlige kristne, mens i Hedmark er det tilsvarende tallet 16 prosent.

Hvorvidt uføretallene blant unge på Agder kun gjenspeiler summen av mange forklaringsvariabler som trekker i samme retning, eller om det er noe særegent ved Agder med hensyn til kultur og verdigrunnlag, kan vi ikke konkludere med ut fra våre data. Dette er en problemstilling som fortsatt bør vies oppmerksomhet, både i forskningen, men også i den offentlige debatten.

## 8.6 Hvordan samsvarer våre funn med annen forskning?

Vi skal nå se på hvordan våre ”funn” samsvarer med forskningen som ble presentert i kapittel 2: Er det slik at våre data kan bekrefte eller utfylle tidligere forskning?

En faktor som går igjen i de epidemiologiske studiene er betydningen av lav utdanning for tilbøyeligheten til uførepensjonering. Våre data bekrefter at lav utdanning er et fellestrekk blant våre uføreinformanter. Men våre data

---

tid at det ikke er store lønnsforskjeller mellom kvinnene i Hedmark og Aust-Agder, men tabellen tyder på at de kvinnene som jobber, tjener noe mer i gjennomsnitt. Dette kan forklares med at kvinnene i Aust-Agder i større grad jobber deltid enn kvinnene i Hedmark.

tyder også på at mangel på utdanning ikke er en villet og valgt handling, men heller et resultat av manglende forutsetninger for å gjennomføre et utdanningsløp. Dette kan igjen knyttes til lære- og konsentrasjonsvansker og manglende mestring i skolen fra ganske ung alder, som igjen kan knyttes til hjemmesituasjonen. Heiervang og Torsheim (2008) fant at det er en tydelig sammenheng mellom lese- og skrivevansker og psykiske problemer målt ved to aldersgrupper i grunnskolen. Dette gjelder for to til tre ganger så mange gutter som jenter. De med tidlige og vedvarende lesevansker hadde mest psykiske problemer og for denne gruppen økte vanskene over tid. Dette bildet stemmer godt overens med det våre informanter har erfart, nemlig at ”problemene” ballet på seg fram til slutten av tenårene hvor det da ofte toppet seg.

Gravseth m.fl. (2007) fant at risikoen for uførepensjonering viste seg å være omtrent fem ganger så høy for lavt utdannede sammenlignet med høyt utdannede. Videre fant de at foreldreutdanning spilte her en mindre rolle. Våre data viser at omsorgssvikt ikke bare skjer i de ”ressursvake” hjemmene, og at de som har opplevd omsorgssvikt fikk også problemer med å mestre skolen og å gjennomføre videregående skole.

Våre data kan ikke bidra med noe i forhold til langtidsledighet eller nedbemanning som forklaringsvariabler for uføretrygding. Utover relativt korte opphold i det ordinære arbeidslivet, har våre uføreinformanter stort sett vært mottakere av rehabiliterings- og/eller attføringspenger, ikke arbeidsledighetstrygd. En del av våre uføreinformanter har blitt henvist til arbeids- og velferdsetaten fra sosialkontoret. At flertallet av våre informanter, i den grad de har jobbet, har hatt flere korte arbeidsforhold, samt har vært registrert som yrkeshemmede over lengre tid, samsvarer bra med kjennetegnene som Blekesaune (2005) fant på bakgrunn av registerdata fra FD-trygd for perioden 1998-2001. Fevang og Røed (2006) fant også at en stor andel av de uføretrygdede mottok trygd eller sosialhjelp så lenge som ti år før uføretidspunktet.

Våre data kan heller ikke bidra til å belyse hvilken betydning egen deltidsarbeid, omsorg for barn under sju år, og sivilstatus har å si for risikoen for å bli uførepensjonert. Som nevnt, har flertallet av våre informanter hatt et svært marginalt forhold til arbeidslivet. De som har hatt et arbeidsforhold over noe tid, hadde ikke barn på det tidspunktet. Mange av våre informanter er fortsatt enslige, noe som til dels kan tilskrives deres unge alder. Enkelte av våre informanter har imidlertid truffet sin ektefelle ved behandlingsinstitusjonen, men da var de allerede på god vei til en uførepensjon.

Våre data støtter opp om Gjesdal m.fl. (2008) som viser at alkohol- og annet rusmisbruk kan ende i uførepensjon. Men som våre data viser, vil det trolig være geografiske variasjoner i disse tallene som følge av ulik forvaltningspraksis. Både uføreinformantene og de øvrig bekrefter at alkohol- og rusmisbruk er mer utbredt blant unge menn enn unge kvinner, og at en del gutter har sin alkoholdebut i 13-14 års alderen. Dette er ungdommer som beskrives med tilpasningsproblemer, konsentrasjonsvansker i skolen og, igjen, en vanskelig hjemmesituasjon. Informantene er imidlertid noe usikre på om denne atferden er selvmedisinering eller ikke. Imidlertid gir våre legeinformanter uttrykk for at rusutløste helseproblemer i mindre grad forekommer blant de yngste pasientgruppene, men utvikles over tid. Videre viser våre legeinformanter at rusutløste lidelser ikke alltid får en rusrelatert diagnose. Helsebildet er ofte sammensatt, og andre diagnoser, som eksempelvis psykose, kan bli primærdiagnosen. I sin analyse av de medisinske årsakene til uføreytelser blant unge, viser Brage og Thune (2008) til at registerdataene trolig underrapporterer rusproblematikken siden det kun er primærdiagnosen som registreres. Videre viser de til at seinfølger av fysisk eller psykisk art av rusmisbruk inntreffer oftere etter fylte 25 år. Dette samsvarer bra med det våre legeinformanter melder.

Våre legeinformanter og informanter i forvaltningen gir støtte til STAMI-miljøet (Kristensen m.fl. 2004; Gravseth og Kristensen 2008a; 2008b) og Hansen og de Vibe (2005) som har konkludert med at sosial bakgrunn har stor betydning for senere uførepensjonering. STAMI-miljøet viser, blant annet, at dersom mor eller far er ufør doubles risikoen for egen uførepensjonering. Rollemoellene og de sosiale forholdene man vokser opp under, og "ballasten" man får med seg fra oppveksten, spiller en rolle for sykefraværet. Hansen og de Vibe konkluderte med at det er en klar og systematisk sammenheng mellom det å ha lav sosial bakgrunn og det å havne i ufordelaktige livssituasjoner, og at det er stor grad av sosial arv. Dette stemmer bra med hva våre legeinformanter og informanter i forvaltningen vektlegger, men våre data tyder også på at selv uten ufør mor eller far, har oppvekstforholdene stor betydning for uføreløpet.

I intervjuene med de unge uføre som hadde opplevd en vanskelig oppvekst, kom det tydelig fram at de opplevde at de ikke hadde blitt sett av den voksne verden. Flere mente at voksne helt klart burde ha forstått at noe var galt, og at noen burde ha reagert. Det våre informanter forteller stemmer godt overens med Folkehelseinstituttets nye undersøkelse (Helland og Mathisen 2009) som viser at mange unge med psykiske lidelser ikke blir sett og fanget opp av skoleverket eller helsevesenet. Videre vises det til at det er klare sammenhenger mellom ungdoms psykiske helse og hvordan de har det i famili-

en, på skolen og i fritiden. I de tilfellene det har vært søkt om hjelp, er det stort sett BUP og PPT som har vært involvert. Med henvisning til Andersson (2006) viser forskerne fra Folkehelseinstituttet til at allmennlegene stort sett har en perifer rolle i forbindelse med henvisning av barn og ungdom til psykisk helsevern. Ovennevnte stemmer bra med det våre informanter har erfart. I ung alder var de lite i kontakt med allmennlegen, men mange har hatt berøring med både PPT og BUP.

I forhold til forvaltningspraksis, samsvarer våre data med det Gogstad og Bjerkedal (2001) fant, nemlig at det er store forskjeller mellom kommunene i saksbehandlingen av innvilgede uføresøknader. Forskerne hadde imidlertid ikke data som kunne belyse dette nærmere, men beskrev en rekke mangler i saksbehandlingen og karakteriserte samarbeidet mellom Aetat og trygdeetaten som skjørt og til dels sviktende. Videre fant de at saksbehandlingen var minst adekvat i saker hvor det forelå rusmisbruk. At det er rom for skjønn og at saksbehandlingen kan variere på tvers av trygdekontor, er også bekreftet av Jessens (2005) studie av sosialarbeidere og trygdefunksjonærer med data fra 2004. Ulik forvaltningspraksis, spesielt i forhold til rusrelaterte saker, er noe vi også klart finner.

Nordrik (2008) fant i sin intervjuundersøkelse av 24 unge uføre, at mange av de unge opplever å bli stemplet av de etatsansatte, noe som igjen bidrar til svekkelse av deres tro på egne evner og muligheter. Hennes utvalg består av langt flere unge uføre med fysiske funksjonshemninger enn tilfelle er i vårt utvalg. Men de av våre informanter som har fysiske funksjonshemninger som er synlige, gir uttrykk for tilsvarende erfaringer som det Nordrik beskriver. De av våre informanter som kjennetegnes av psykiske lidelser har i mindre grad opplevd at de har blitt "forhåndsstemplet" av de etatsansatte. I den grad disse uttrykker misnøye med hvordan de blir møtt av forvaltningen, går det på at de opplever at de ikke blir tatt på alvor – at de etatsansatte ikke tror at de er syke. Sistnevnte stemmer mer overens med det Pettersvold (1996) fant i sin undersøkelse av kvinner med diffuse lidelser som ble uføretrygdet før de fylte 40 år. Fordi det er vanskelig for legene å diagnostisere de diffuse lidelsene, forskyves problemene videre. Pettersvold viser til en bevisføringsfelle i forhold til trygdeetaten, og at kvinnene må bruke mye ressurser på å overbevise systemet at de er syke. Pettersvold fant også at legen oppfattes som den viktigste hjelperen og initiativtakeren til uførepensjoneringen, samt at attføringshjelperne ikke tok hensyn til kvinnes sykdom og egne forslag. Mye av dette kjenner vi igjen i intervjuene med våre unge uføremotakere

Alle i vårt utvalg har blitt tilstått en uførestønad, det var jo utvalgskriteriet. Men de fleste av våre uføreinformanter har også deltatt i minst et attførings-tiltak, flere av dem i langt flere tiltak. Nordberg og Røed (2002) viser til at å delta på yrkesrettet attføring fører bare i begrenset omfang til at man helt kan forlate en tilstand som trygdet. I sin studie av 26 attføringsbrukere med psykiske lidelser, fant Bergsgard og Løyland (1998) at informantene savnet at arbeidskontorene hadde bedre kjennskap til psykiske lidelser generelt, og den enkeltes problemer spesielt. Denne mangelen på kjennskap til deres lidelse ble ansett som et hinder for å planlegge et tilfredsstillende attføringstilbud. Flertallet av våre uføreinformanter har vært misfornøyd med attførings-tiltakene de har deltatt i. Misnøyen synes å være størst i forhold til avklaringskursene og arbeidstrening i regi av arbeidsmarkedsbedriftene. De unge etterlyser arbeidstrening som er mer virkelighetsnær til det ordinære arbeidslivet, og finner tilbudene i regi av arbeidsmarkedsbedriftene ofte ensformige og fordummende. I intervensjonsstudien blant sosialkliner og rusmisbrukere fant Pedersen (1998) at de som var utplassert i tiltaks plasser som var mest lik det normale arbeidsliv, lykkes i større grad enn de som ble plassert i tradisjonell arbeidstrening ved en arbeidsmarkedsbedrift.

Bergsgard og Løyland (1998) har også studert jobsannsynligheten etter endt attføring, og fant at jobsannsynligheten er lavere for brukere med psykiske lidelser enn for brukere med somatiske lidelser. Møller (2005) har sett nærmere på hvilke arbeidsmarkedstiltak personer med psykiske lidelser har deltatt i og hvilke effekt dette ga. Hvorfor personer med psykiske lidelser i mindre grad kommer i jobb etter attføring, sammenlignet med andre yrkeshemmede, forklares med at førstnevnte gruppe har en lengre trygdehistorie og mindre arbeidserfaring. Et gjennomgående trekk er at de tiltakene som gir gode resultater for andre yrkeshemmede, gir også relativt sett gode resultater for personer med psykiske lidelser, og motsatt, med unntak av skoletiltak. Skoletiltakene gir relativt sett dårligere effekt for denne gruppen, samtidig som dette er det mest benyttede tiltaket. Videre finner Møller at de med psykiske lidelser gjør det bedre i tiltak som går over tid og med arbeidstrening som ender opp med lønnstilskudd (det vil si at de er utplassert i jobb). I forhold til våre unge uføre informanter med psykiske lidelser stemmer deres erfaringer i forhold til at det er vanskelig å gjennomføre skole- eller studieløp. Flere av våre informanter har påbegynt ulike utdanningsløp, men har ikke klart å gjennomføre når den psykiske helsen går ned i en bølgedal. Etter flere avbrutte utdanningsløp trekkes egen mestringssevne etter hvert i tvil og man blir mer motløs.

Våre data støtter også Bragstad og Hauge (2007; 2008) i deres konklusjon om at det ikke er én forklaring for de geografiske forskjellene i uføretilgang-

en. Alt i alt, synes vi at våre data finner gjenklang i mange av studiene som har berørt uføreproblematikken. Dette gir oss en styrket tro på at vår studie har fanget opp mange viktige faktorer. Det vår studie kan være et bidrag til er å se flere av disse faktorene i et lengre forløp, fra ung alder til tilståelse av en uførepensjon.

### Behov for mer forskning

Agdermiljøets forskning har i mange år hatt fokus på å forklare hva som kjennetegner de som faller ut av arbeidslivet, og hvorfor det skjer. Gjennom en rekke prosjekter har vi fått innblikk i hvordan personer med helsesvikt opplever møtet med forvaltningen, legene og arbeidsgivere. Gjennom blant annet evalueringene *Uføre tilbake til arbeid* (Kvåle m.fl. 2005), *Regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen* (Olsen m.fl. 2006a), *Ordningen med tidsbegrenset uførestønad* (Jentoft og Olsen 2009), samt dette prosjektet, har vi kommet i kontakt med individer i alle aldre som har vært trygdemottakere i mange år. Vår tilnærming har stort sett vært kvalitativ og vi har hørt mange historier. Noen solskinnshistorier har vi fått høre, men de overskygges ofte av de triste. I de siste årene, og spesielt i lys av dette prosjektet, har vi begynt å stille spørsmålet: Hva med de som har opplevd en traumatisk oppvekst, men som likevel greier seg bra i forhold til utdanning, overgangen til arbeidslivet og senere i livet? Hva er det som kjennetegner dem og deres historier? Hvorfor har de lyktes med å etablere seg i arbeidslivet? Har det noe med oppfølgingen de fikk (tidlig intervensjon?), var det andre kontekstuelle forhold som gjorde at de mestret sin helse bedre, eller har det noe med individenes egen evne til å mestre motgang og hverdagen på? Inspirert av Antonovsky (1987) som stilte spørsmålet om hva kan forklare at mange mennesker som utsettes for store påkjenninger, forblir friske, hadde det var interessant å se nærmere på et utvalg av unge personer som har klart seg bra, men som i utgangspunktet hadde mange like kjennetegn som de som har falt ut. Hva kan vi lære av gruppen som kom i arbeid og hva gjorde at deres barn ble så ulike?

Det er imidlertid flere andre temaer man også bør se nærmere på i lys av dette prosjektet. Vi finner relativt store forskjeller i forvaltningspraksis, spesielt i forhold til samhandlingen mellom forvaltningen og legene. Mye tyder på at denne samhandlingen kan ha betydning for uføreproblematikken, men dette feltet er det forsket relativt lite på. Økt kunnskap om samhandlingen, partenes rolleforståelse og arbeidsmetodikk, hadde vært nyttig. Går man inn i denne tematikken er det også grunn til å se nærmere på hvordan legene forholder seg til en del trygdefaglige spørsmål knyttet til dokumentasjonspraksis, funksjonsvurdering, og det mer prinsipielle spørsmålet om legene bør i



det hele tatt ha en rolle i forhold til inntektssikring av store grupper av befolkningen. Rollen til de rådgivende legene i arbeids- og trygdeforvaltningen bør også inngå i videre forskning på dette feltet. I enkelte fylker har legene mange hatter og det hadde vært interessant og sett nærmere på konsekvensene og hensiktsmessigheten av dette.

I forhold til legene hadde det også vært interessant og gått videre med problemstillinger knyttet til legenes rolle i forhold til forebygging eller varsling av omsorgssvikt i familiene. Hvilke innsyn i familiene har fastlegene egentlig og hvilken arbeidsmetodikk benytter de ved mistanke om omsorgssvikt. Av statistikken ser vi at i underkant av fem prosent av alle saker hvor barnevernet innledet undersøkelser, var saken meldt av lege/sykehus i 2008<sup>33</sup>. Vi trenger en kunnskapsbasert debatt om hvordan legenes ressurser anvendes og hvilken rolle de bør spille i det forebyggende arbeidet. Som en av våre legeinformanter peker på, bør kanskje flere legeressurser vris fra senfasen i en uføresak til forebygging og mer aktiv oppfølging i saker hvor unge risikerer å falle ut av arbeidslivet. Fremfor å bruke mye ressurser på å utrede og argumentere for om de medisinske vilkårene for en uførestønad er oppfylt i uføreprosessens avslutningsfase, bør man vurdere om legenes ressurser i større grad bør anvendes til å følge opp pasientene tettere når problemene først melder seg.

I lys av våre data har vi også blitt nysgjerrige på om det er en sammenheng mellom barnevernstallene og unge uføre tallene, og i så fall hva sammenhengen er. Er det en sammenheng mellom få barnevernssaker og høye uføretall blant unge, og omvendt, eller har disse størrelsene ikke noe med hverandre å gjøre? Er det slik at dysfunksjonelle familier vanskeligere blir sett eller reagert på i Agder som følge av familiens sterke stilling, eller er dette ut-sagn som ikke har rot i virkeligheten?

Vi er også nysgjerrige på spørsmålet om den sørlandske væremåten som beskrives som lukket og forsiktig. Er det en myte eller en realitet? Er det forsiktighet som preger folks væremåte på Agder, og i så fall får det betydning for institusjoner som barnehager, skoler, helsetjenesten og barnevernet i forhold til å "se" barn som har behov for hjelp? Kan det tenkes at egdene har noe å lære av finnmarkingene, forutsatt at finnmarkingene faktisk har en mer åpen væremåte? Hva betyr kultur, folkelynne og væremåte i forhold til det å se, å bry seg og reagere på barn og unge som trenger bistand fra den voksne verden?

---

<sup>33</sup> Samme kilde som fotnote 28.

## 8.7 Avslutning

Innholdet i denne rapporten ble noe helt annet enn vi så for oss da vi begynte med prosjektet. Mange av historiene vi har hørt er sterke og de har rørt oss. Omfanget av omsorgssvikt i mappene vi fikk innsyn i har overrasket oss, og dessverre kan legeinformantene og informantene i forvaltningen bekrefte at slik er verden. Vi har også hørt sterke historier om overgrep og mishandling i tilsynelatende ressurssterke familier, hvor mor og/eller far er høyt utdannede og innehar vel ansette stillinger i samfunnet. Siden omsorgssvikt i første rekke forbindes med familier med lav sosioøkonomisk status, opplever barna fra ”ressurssterke” familier at deres historier blir i enda mindre grad trodd. Det kan også reises spørsmål om begrepet omsorgssvikt i tillegg bør romme dimensjonen ”overbeskyttelse”, i den forstand at foreldre ikke gir barn tilstrekkelig trening i å møte og mestre nye utfordringer, noe som igjen bidrar til en tillært hjelpeløshet.

Tidligere i dette kapitlet har vi skrevet mye om sosial arv, og da tenker vel de fleste at en eller begge av foreldrene er trygdemottakere. I svært mange av våre saker var det ikke tilfelle. I sakene fra Aust-Agder og Finnmark var verken mor eller far uføretrygdet da informanten var ung, mens i flertallet av sakene fra Hedmark var det tilfelle. Dette innebærer at det ikke bare er snakk om reproduksjon av uføremottakere (andre, tredje generasjon osv), men at det også hele tiden skapes førstegenerasjons uføremottakere.

Det bør være et felles mål på tvers av etatsgrensene og forvaltningsnivåene, å snu ovennevnte utvikling. Ikke bare er det samfunnsøkonomisk ulønnsomt at mange unge aldri får et fotfeste i arbeidslivet, enda mer tragisk er de ødelagte livene som følger av omsorgssvikt, mishandling, og/eller seksuell misbruk. Selv om enkelte fylker har kommet lengre i å arbeide tverrfaglig, bør et utvidet tverrfaglig samarbeid prioriteres høyt. Forebyggende arbeid og tidlig intervensjon må bli viktigere. Med dette tenker vi ikke bare på overgangen fra skole til arbeid, men vel så mye på familie- og oppvekstpolitikken i nærmiljøet og i lokalsamfunnet. NAVs ”problemer” kan ikke løses i NAV-huset alene. Svært mye av løpet er kjørt før NAV kommer inn i bildet, og i mange saker har ikke NAV annet å gjøre enn å avslutte saken. For å snu den uønskede utviklingen trenger således NAV hjelp av kommunale, fylkeskommunale og statlige etater. En forsterket fokus på familien, barnehagene, skoleverket, PP-tjenesten, skolehelsetjenesten og legenes rolle er helt nødvendig. I alle ledd må man få til en generell kompetanseheving slik at ansatte og helsepersonell ”ser” barn som har behov for å bli sett og føler seg trygge

på at de kan melde i fra<sup>34</sup>. Dette fordrer trolig ikke bare kompetanse, men også opplevelsen av at man har rom og overskudd i arbeidshverdagen til å gjøre noe med det. Har man sagt A, må man ofte også si både B, C og D. I eksempelvis en presset skolehverdag kan dette oppleves som tungt.

Legene har fått en framtreddende rolle i våre data og i denne rapporten, mer så enn vi først hadde forventet. Legeinformantene forteller selv at de ser mye uønsket atferd i familiene og mange ”ukyndige” foreldre, som en uttrykte seg. Vi merker oss at legene har ofte en høy status hos pasientene og er ofte en viktig premissleverandør i forhold til arbeids- og velferdsforvaltningen. Det som overrasker oss i lys av disse utsagnene, er at så få leger melder saker til barnevernet. I dag er det mange unge som faller mellom mange stoler og ikke fanges opp av ”systemet” før problemene har blitt betydelige og ofte vanskelige å løse. På bakgrunn av vår egen studie, kan vi ikke annet enn å gi støtte til konklusjonen som NOVA-forskerne kom med i 2008 (Kristofersen og Clausen 2008; Clausen og Kristofersen 2008), nemlig at det er viktig både med tidlig intervensjon og ettervern, samt at helsetjenesten må fokusere på omsorgssvikt blant barn, på frafall fra skole og utdanning, og på fattigdomsproblemer og rusmisbruk hos unge mennesker. NOVA-studien handler riktignok om barnevernsklienter, mens vår studie omhandler en bredere gruppe men også en rekke personer som har vært i berøring med barnevernt.

Våre data tyder også på at det er behov for å se på samarbeidet mellom forvaltningen og legene på nytt, spesielt i enkelte i fylker. Mer kommunikasjon om hva partene forventer av hverandre, samt mer dialog om hva problematikken består i og hvilken vei de skal gå videre, er noe som kan anbefales i flere av fylkene. Hyppigere felles arenaer med og uten brukerne/pasientene til stede kan være en vei å gå. Det kan også være på tide med en mer grunnleggende diskusjon om hvilke rolle legene skal spille i de trygdefaglige spørsmålene. Det er liten tvil om at det sykdomsorienterte perspektivet, med vektlegging av diagnoser, i høy grad preger forvaltningen i dag, til forskjell fra det helseorienterte perspektivet<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> I 2008 var tre prosent av sakene som barnevernet innledet undersøkelser om meldt av barnehage. Skolen sto for 13,5 prosent av meldingene, helsestasjon/skolehelsetjenesten sto for nær seks prosent, mens PPT sto for en prosent. Kilde: <http://www.ssb.no/barneverng/tab-2009-07-06-14.html>

<sup>35</sup> Antonovsky (1987) skiller mellom det patogenetiske versus det salutogenetiske perspektivet på helsefremmende arbeid. Mens man i førstnevnte er mer opptatt av å kartlegge risiko, diagnostisering og medikalisering, og hvor det er helsevesenet som blir arenaen for handling, er handlingsarenaen i det sistnevnte folks liv og hvor helse skapes, vedlikeholdes og utvikles i hverdagslivet.

Flere av de unge uføre som har fortalt sin historie, gir klart uttrykk for at de ønsket bort fra sine familier. Legeinformantene forteller også om hvordan familier slipper unna barnevernet når nettet begynner å snøre seg. Hvordan barnevernet arbeider er klart utenfor vårt kompetanseområde, men vi kan likevel ikke la vær å stille spørsmålet om det er noe ved vurderingskriteriene eller arbeidsmetodikken som er så tidkrevende at man ikke når fram med bistand til barn i tide?

Med de ovennevnte kommentarene mener vi ikke å ”frikjenne” NAV all ansvar i forhold til unge som risikerer å falle ut av arbeidslivet. Tvert i mot, mener vi at NAV bør definere seg en ny rolle, hvis de ikke allerede har gjort det. Sammen med skoleverket, BUP og lokale arbeidsgivere bør NAV være mye mer på tilbudssiden i forhold til ungdom for å kunne gi dem en rask oppfølging. Mange unge blir gående for lenge mellom tilbud. Denne tiden i mellom er ofte lite konstruktiv. Som en av legeinformantene pekte på er det å ikke komme i arbeid en betydelig traumatiserende faktor i seg selv. Vi synes det er grunn til å gjenta sitatet:

*”Det å ikke komme i arbeid er en betydelig traumatiserende faktor i seg selv. På samme måte som manglende utdanning i seg selv er negativt, sosiale problemer er negativt – så er det å ikke komme inn i arbeidslivet – veldig sårende, traumatiserende og skadelig.”*

I de delene av Finnmark hvor vi har hentet data, har man forstått verdien av dette. Av *bt.no* kan det også se ut som NAV Hordaland har forstått betydningen av dette. I nettavisens utgave 15.12.07 kan vi lese at NAV jobber sammen med OT/PPT Hordaland med å tilby alternative opplæringspakker for skoletrøtte elever, blant annet ved å tilby en tid med arbeidstrening i en bedrift. Det vises til tall fra Statistisk sentralbyrå som sier at 37 prosent av de mannlige og 25 prosent av de kvinnelige elevene som begynte på videregående skole eller en yrkesfaglig utdanning i 2001, ikke var ferdig med utdannelsen fem år senere, samt at NAV Hordaland har generelt opplevd en økning i gruppen unge menn uten fullført utdanning eller fagbrev som mottar attføringspenger<sup>36</sup>. NAVs tilbud til skoletrøtt ungdom forutsetter imidlertid at skolene jobber systematisk med å oppdage skoletrøtt ungdom så tidlig som mulig.

Et av målene for NAV bør være å redusere antall faller-mellom-stolene og tiden-går sakene. I sitt arbeid mot dette målet bør NAV få med seg lokale ar-

---

<sup>36</sup> For aldersgruppen under 20 år økte antallet personer på attføring med 35 prosent i løpet av den siste seksårsperioden. For gruppen mellom 20-24 år var økningen 33 prosent (*bt.no* 15.12.07).

beidsgivere. Trolig bør mer av arbeidsavklaringen og arbeidstreningen foregå direkte i arbeidslivet, i stedet for i attføringsbedrifter. Brorparten av våre informanter er lite tilfredse med tilbudene til attføringsbedriftene, hvor oppgavene de blir satt til ofte beskrives som fordummende eller nedverdiggende. Mange peker også på at tilbudene er lite rettet mot unge med psykiske lidelser.

Vi lever i en tidsalder hvor kompetanse og kunnskap er honnørord. *Få deg en utdanning!* er et av hovedbudskapene i dagens samfunn. Men trolig er det på tide å revurdere om det er samsvar mellom oppgavene som skal utføres og kompetansekravene som stilles til jobbene. Heller ikke alle har evner eller interesser som fører dem til en formalutdanning. Arbeidslivet bør derfor også ha rom for ufaglærte. Trolig bør lokale arbeidsgivere sammen med NAV bli flinkere til å identifisere oppgaver som kan utføres av ufaglærte og som kan nyttes både til arbeidsavklaring og arbeidstrening.

Dersom utviklingen i uføretallene for unge fortsetter langs den banen den har i dag, vil det føre til større ulikhet og økt polarisering i samfunnet. Dette er noe Krokstad m.fl. (2002b) har allerede pekt på. Unge uføremottakere har kort, hvis ingen, opptjeningstid i forhold til folketrygden og vil, med mindre de klarer å komme i arbeid, være i en lavinntektsklasse resten av livet. Når unge uføre etablerer seg og stifter familie, er det sannsynlig at deres barn vil inngå i barnefattighedsstatistikken. For perioden 1990 til 2004 viser Kirkeberg og Epland (2007) at inntektsulikhetene innenfor barnefamilier har blitt større og ikke alle barn har i like stor grad fått tatt del i inntektsveksten i samfunnet. De viser også til store geografiske variasjoner i forekomsten av lavinntekt blant barn, og at vedvarende lavinntekt kan føre til sosial utestenging. Å ha fokus på problematikken knyttet til unge uføre kan således også være å ha fokus på barnefattigdom.

Dataene vi har presentert over er historiske i den forstand at de handler om praksis fra en periode som strekker seg inntil ti år tilbake i tid og før NAV-reformen ble introdusert. Det kan godt tenkes at NAV-reformen har ført til endringer og forbedringer, men vi vurderer likevel at mye av dataene fortsatt er relevante for dagens aktører. Strukturer, væremåter og handlingsmønstre som har festet seg over mange år tar ofte lang tid å endre.

### **Aust-Agder, et fylke med betydelige utfordringer**

Fra våre data kan vi si at Aust-Agder har betydelige utfordringer dersom målet er å stanse veksten, og fortrinnsvis snu utviklingen når det gjelder unge uføre. Vi har sett at det er mange ikke-medisinske forhold som spiller inn og

som det ikke er gjort i en vending å endre. Dette gjelder spesielt faktorene som knyttes opp mot folkelynnet og kulturen. Summen av at folk er forsiktede og reserverte, at det er lite takhøyde for annerledeshet, at familien står sterkt, at tradisjonelle verdier som tilsier at mor er mindre yrkesaktiv, sammen med flere årtier med et svakt arbeidsmarked som har produsert langtidsledighet og uførepensjonering i foreldregenerasjonen, gjør at denne regionen må arbeide mer målrettet, langsiktig og med større driv dersom man skal komme i mål. Å forvente at det er NAV-reformen som skal løse utfordringene, er å fraskrive seg det lokale og regionale ansvaret. Utfordringene knyttet til unge uføre bør være et spørsmål som ikke bare interesserer forvaltningen og legene, men også det politiske miljøet og tiltaksapparatet for øvrig. En bred debatt om hvordan ulike forvaltnings- og tiltaksorgan kan bedre samarbeide, og en bred debatt hvor lokal- og regionalpolitikere engasjerer seg i spørsmålene om oppvekstvilkår, herunder familie-, skole-, og helsepolitikk, etterlyses.

Selv i dag er sentrale aktører på Agder lite villige til å gå inn i en diskusjon om levekår og uføreproblematikken – fordi man tilsynelatende ikke ønsker å ha fokus på negative utviklingstrekk. I dag er man opptatt av omdømmebygging og å ha fokus på det som er positivt i regionen. Vi mener imidlertid at så lenge politikerne i regionen og andre sentrale aktører skyver fra seg problemstillinger knyttet til levekår og uføreproblematikken, vil utviklingen fortsette mot et mer polarisert samfunn på Agder, hvor en del av befolkningen har det svært godt, og hvor en stadig større andel vil oppleve det motsatte.

## Litteratur

- Abelsen, B. og U.D.K. Bæck (red.) (2005) *Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Sluttrapport*. Rapport nr 06/05. Tromsø: NORUT Samfunnsforskning AS
- Andersson, H.W. (2006) *Fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer*. Rapport A205. Trondheim: SINTEF
- Andreassen, T.A. (1999) "Ansvarsfraskrivelse og ansvarsovertakelse – et klientskapende hjelpeapparat?" i K. Fossestøl (red.) (1999) *Mellom individ og marked – Attføringsvirksomhet i velferdsstaten*. AFI-rapport 6/99. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco/London: Jossey-Bass Publishers
- Anvik, C.H. og T. Olsen (2004) "Ethvert arbeidsdyktig menneske". *Arbeid, velferd og samfunn*. Sidene 34.42. Oslo: Rikstrygdeverket
- Becken, L.-E. (1996) *Unge uførepensjonerte. En beskrivelse av kjennetegn ved uføre som er mellom 20 og 40 år*. INAS-NOTAT 1996:3. Oslo: Institutt for sosialforskning
- Bergsgard, N.A. og K. Løyland (1998) *Yrkesrettet attføring av personer med psykiske lidelser*. Rapport nr. 137. Bø: Telemarksforskning-Bø
- Bjerkedal, T., A. Gogstad og N. d'Vries Enger (2000) *Uførepensjonering av unge mennesker i NORGE. En gjennomgang av saksdokumenter for 239 personer i alderen 16-34 år som ble uførepensjonert i 1992 og 1997*. Rapport 07/00. Utredningsavdelingen. Oslo: Rikstrygdeverket
- Blekensaune, M. (2005) *Unge uførepensjonister. Hvem er de og hvor kommer de fra?* Rapport 8/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA
- Bosma, H. (2006) "Socio-economic differences in health: are control beliefs fundamental mediators?" i Siegrist J. & M. Marmot (2006) *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford University Press
- Brage, S. og O. Thune (2008) "Medisinske årsaker til uføretytelser blant unge 1977-2006". *Arbeid og velferd*. Rapport Nr 3/2008. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bragstad, T. og L. Hauge (2007) "Geografiske variasjoner i uførepensjon". *Arbeid og velferd*. Nr. 2-2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bragstad, T. og L. Hauge (2008) *Geografisk variasjon i uførepensjonering 1997-2004*. NAV-rapport 4/2008. Seksjon for statistikk og utredning. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

- Bratberg, E., S. Gjesdal og J.G. Mæland (2009) "Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability". *Health & Place* 15 (2009) 308-314
- Clausen, S.-E. og L.B. Kristofersen (2008) *Barnevernsklinter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie*. Rapport Nr 3/08. Oslo: NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Dahl, Grete (2005) *Uførepensjonisters bakgrunn*. Notat 2005/16 Avdeling for personstatistikk/Seksjon for leveårsstatistikk. Statistisk sentralbyrå
- Dalgard, O.S., I.S. Sjetne, Ø.A. Bjertnæs og J. Helgeland (2008) *Levekårsundersøkelsen 2005: Psykiske problemer og behandling*. Rapport 5/08. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Ellingsen, D., M. Jeppesen, H. Røed og N. Jentoft (2009) *Levekår i Vest-Agder – Levekårsutfordringer i fylket og landsdelen*. FoU-rapport nr 1/2009. Kristiansand: Agderforskning
- Fevang, E., K. Røed, L. Westlie og T. Zhang (2004) *Veier inn i, rundt i, og ut av det norske trygde- og sosialhjelpssystemet*. Rapport 6/2004. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
- Fevang, E. og K. Røed (2005) "Omstillinger og nedbemanning blant pleiere – en belastning for folketrygden?". *Søkelys på arbeidsmarkedet*. 22(2)233-242
- Fevang, E., M. Nordberg og K. Røed (2005) *Formelle og totale skattesatser på inntekt for personer med svak tilknytning til arbeidsmarkedet*. Rapport 3/2005. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
- Fevang, E. og K. Røed (2006) *Veien til uføretrygd i Norge*. Rapport 10/2006. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
- Ford, M. (2000) *Gråsonen mellom trygdeetat og arbeidsmarkedetat*. NOVA-rapport 6/00. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA
- Gjesdal, S. & E. Bratberg (2002) "The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995". *European Journal of Public Health*. 2002; 12(3) 180-186
- Gjesdal, S., K. Haug, P.R. Ringdal, S.E. Vollset og J.G. Mæland (2005) "Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykemeldte". *Tidsskrift Nor Lægeforening*. 2005; 125: 1801-1805
- Gjesdal, S., P.R. Ringdal, K. Haug and J.G. Mæland (2008) "Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: A population-based cohort study". *Nordic Journal of Psychiatry*. 62: 4, 294-301
- Gogstad, A. og T. Bjerkedal (2001) "Stadig flere unge uføretrygdede". *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 2001; 121: 1452-26



- Gravseth, H.M., T. Bjerkedal, L.M. Irgens, O.O. Aapen, R. Selmer & P. Kristensen (2007) "Life course determinants for early disability pension: a follow-up of Norwegian men and women born 1967-1976". *European Journal of Epidemiology* 2007; 22(8)533-543
- Gravseth, H.M. og P. Kristensen (2008a) "Sosiale helsegradienter i arbeidslivet – hva vet vi?". *Utposten* 37(5)16-19
- Gravseth, H.M. og P. Kristensen (2008b) "Oppvekstvilkår og senere arbeidsmarkedskarriere". *Søkelys på arbeidslivet*. 25(3)321-329
- Gravseth, H.M., T. Bjerkedal, L.M. Irgens, O.O. Aalen, R. Selmer & P. Kristensen (2008) "Influence of physical, mental and intellectual development on disability in young Norwegian men". *European Journal of Public Health* 18(6)650-655
- Gulbrandsen, P. og K. Holst (2001) "Pensjonsberegning for unge uføre". *Tidsskrift Nok Lægeforening*. 2001; 121: 627
- Hagestad, K og H. Røed (1994) *Surt liv på det blide Sørlandet*. Kommunenes Sentralforbund
- Halvorsen, A., H.K. Lysgård og T. Olsen (2002a) *Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problemer. Om tidlig avgang fra arbeidslivet*. FoU-rapport nr 4/2002. Kristiansand: Agderforskning
- Halvorsen, A., H.K. Lysgård og T. Olsen (2002b) "Tidlig avgang fra arbeidslivet: Et problem for hvem? Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problemer". *Søkelys på arbeidsmarkedet*. 19(1)95-102
- Hansen, M.N. (1997) "Social and Economic Inequality in the Educational Career: Do the Effects of Social Background Characteristics Decline?". *European Sociological Review*. 13(3) 305-321
- Hansen, M.N. og U. de Vibe (2005) "Behov for sosialhjelp og uføretrygd: individuell ulykke eller sosial arv?". *Søkelys på arbeidsmarkedet*. 22(2)149-157
- Heiervang, E. og T. Torsheim (2008) "Lærerrapporterte lesevansker og psykisk helse. Resultater fra Barn i Bergen-undersøkelsen" i F.E. Tønnesen, E. Bru og E. Heiervang (red.) *Lesevansker og livsvansker – om dysleksi og psykisk helse*. Stavanger: Hertervig Akademisk
- Helland, M.J. og K.S. Mathiesen (2009) *13-15-åringene fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. Rapport 2009:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Holst, K. (2001) "Hvem er «unge uføre»?". *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121: 2198
- Hægeland, T., O. Raaum & KG Salvanes (2004) *Pupil achievement, school resources and family background*. Discussion Papers No 397. December 2004. Statistics Norway

- Hægeland, T., L.J. Kirkebøen og O. Raaum (2006) *Skoleresultater 2005. En kartlegging av karakterer fra grunnskoler og videregående skoler i Norge*. Notat 2006/35. Statistisk sentralbyrå
- Jacobsen, D.I. (2000) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jentoft, N. og T.S. Olsen (2009) *Ikke av vond vilje. En evaluering av ordningen med tidsbegrenset uførestønad*. FoU-rapport nr 6/2009. Kristiansand: Agderforskning
- Jessen, J.T. (1997) *Brukere i attføringsapparatet: Tilfredshet og medvirkning*. NOVA-rapport 9b/97. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA
- Jessen, J.T. (2005) *Forvaltning som yrke. Autonomi, skjønn og kompetanse i forvaltningen av trygd og sosiale tjenester*. NOVA Rapport 15/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Kirkeberg, M.I. og J. Epland (2007) "Hvor bor de. Barn i familier med vedværende lavinntekt" i *Samfunnsspeilet*. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200704/02/index.html>
- Kristensen, P. og T. Bjerkedal (2004) "Trender i deltakelse i arbeidslivet – betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå". *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 124:2879-2883
- Kristensen, P., T. Bjerkedal, og J.I. Brevik (2004) "Long term effects of parental disability: A register based life course follow-up of Norwegians born in 1967-1976". *Norwegian Journal of Epidemiology* 14:97-105
- Kristofersen, L.B. og S.E. Clausen (2008) *Barnevern og sosialhjelp*. Notat Nr 3/08. Oslo: NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Krokstad, S., R. Johnsen og S. Westin (2002a) "Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon". *Tidsskrift Norske Lægeforening*. 2002; 122: 1479-85
- Krokstad, S., R. Johnsen og S. Westin (2002b) "Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population". *International Journal of Epidemiology* Dec; 31(6):1183-91
- Krokstad, S., P. Magnus, A. Skrondal og S. Westin (2004) "The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension". *European Journal of Public Health* 2004;14:406-12
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvåle, G., T.S. Olsen, N. Jentoft, A. Vangstad og K. Andresen (2005) *Evaluering av trygdeetatens og Aetats arbeid med å få uføre tilbake i arbeid. Sammendrag*. Kristiansand: Agderforskning

- Lian, O.S. (2001) ”Flere unge på uføretrygd”. *Tidsskrift Norske Lægeforening*. 2001; 121: 1451
- Lilleaas, U.-B. (1991) ”Før var jeg et arbeidsjern...”. *Kvinner med muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*. Instituttgruppe for samfunnsmedisin. Institutt for forebyggende medisin. Universitetet i Oslo
- Lilleaas, U.-B. (1995) *Når forskjellen blir synlig – kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*. Arbeidsnotat 8/95. Senter for kvinneforskning. Oslo: Universitetet i Oslo
- Magnussen, M., T.S. Mydland og G. Kvåle (2005) *Arbeid ute og hjemme: Sørlandske mødres valg og vurderinger*. FoU rapport 5/2005. Kristiansand: Agderforskning
- May-Linda Magnussen og Pål Repstad (under publisering). ”*Religion og likestilling mellom kvinner og menn*”. Kapittel i bok om ISSP-undersøkelsen om religion fra 2008. Boka redigeres av Ulla Schmidt og Pål-Kjetil Botvar ved Stiftelsen Kirkeforskning.
- Mydland, T.S. og N. Jentoft (2006) *Utenfor arbeidslivet i Mandal. Statistikk og intervjuundersøkelse med unge i alderen 18-29 år*. Prosjektrapport nr 12/2006. Kristiansand: Agderforskning
- Møller, G. (2005) *Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter*. Arbeidsrapport nr 6 2005. Bø: Telemarksforskning-Bø
- Nordberg, M. og K. Røed (2002) *Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle*. Rapport 2/2002. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning
- Nordrik, B. (2008) *Curriculum vitae: Ung og ufør. Om unge uføres erfarte avgang fra arbeidslivet og deres fremtidsvurderinger*. Oslo: DeFacto
- Olsen, T.S. (2004) ”Inkluderende arbeidsliv – for hvem? Delmål 2 og rekruttering av arbeidstakere med redusert funksjonsevne”. *Søkelys på arbeidsmarkedet*. 21(1)133-140
- Olsen, T., M.T. Jensen og A. Vangstad (2003) *Veien til arbeid. Aktørmodellen som kilde til motivasjon og jobbeffekt?* FoU-rapport nr 8/2003. Kristiansand: Agderforskning
- Olsen, T.S., N. Jentoft og G. Kvåle (2006a) *Tid er ikke alt. Evaluering av regelverkendringen i rehabiliteringspengeordningen*. FoU-rapport nr. 4/2006. Kristiansand: Agderforskning
- Olsen, T.S., N. Jentoft og G. Kvåle (2006b) ”Suksesskriterier i reaktiviseringsarbeidet”. *Søkelys på arbeidsmarkedet* 23(2)191-199
- Patton, M.Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Second Edition. Sage Publications
- Pettersvold, M. (1996) ”*De er jo så flinke i dag....*”. *En intervjubasert undersøkelse av et utvalg unge uførepensjonister I Vestfold med den hensikt å få en økt innsikt I behandlerapparatets “indre liv”*. Rapport 4/96. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold

- Raaum, O., J. Rogstad, K. Røed & L. Westlie (2009) "Young and out: An application of a prospects-based concept of social exclusion". *The Journal of Socio-Economics* 38(2009) 173-187
- Rege, M., K. Telle & M. Votruba (2005) "The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization". Discussion Papers No. 435. Oslo: Statistics Norway
- Rege, M., K. Telle & M. Votruba (2007a) « Social Interaction Effects in Disability Pension Participation. Evidence from Plant Downsizing». Discussion Papers No. 496. Oslo: Statistics Norway
- Rege, M., K. Telle & M. Votruba (2007b) « Parental Job Loss and Children's School Performance ». Discussion Papers No. 517. Oslo: Statistics Norway
- Repstad, P. (1993) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Roness, A., A. Mykletun & AA Dahl (2005) "Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression". *Acta Psychiatr Scand* 2005: 111: 51-58
- Røed, H., T. Olsen og N. Jentoft (2001) "Aust-Agder – det paradoksale "uførefylket"". *HORISONT. Næringspolitisk tidsskrift*. 4(2) 68-73
- Røed, K. & E. Fevang (2007) "Organizational Change, Absenteeism, and Welfare Dependency". *The Journal of Human Resources*. 42(1)156-193
- Skaar, K., A. Halvorsen, D.S. Thelle, S. Seiler, K. Hidle, B.S. Urdal, Å. Vagli, K. Andresen, H. Hernes, R. Jamt (1999) *Levekår og livskvalitet i Agder*. FoU Rapport nr 11/1998. Kristiansand: Agderforskning
- Skilbrei, M.L. (2005) *Unge uføres avgang fra arbeidslivet – en kunnskapsoversikt*. Skriftserie 5/2005. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA
- Solheim, L.J. (1989) *Uføretrygda kvinner – vegen fram og livet etterpå*. Bodø?: Nordlandsforskning?
- Solheim, L.J. (1992) *Trygdefunksjonæren som portvakt i trygdesystemet*. ØF-rapport nr. 16:92. Lillehammer: Østlandsforskning
- Sund, E.R. og S. Krokstad (2005) *Sosiale ulikheter i helse i Norge. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tveråmo, A., O.S. Dalgard og B. Claussen (2003) "Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000". *Tidsskrift Norske Lægeforening*. 2003; 123: 2011-15
- Upmark, M., I. Lundberg, J. Sadigh & C. Bigert (2001) "Conditions during childhood and adolescence as explanations of social class differences in disability pension among young men". *Scandinavian Journal of Public Health*. 20: 96-103

Ytterdahl, T. (2000) *Surt liv på det blide Sørland – myte eller realitet?* Lillesand: Lillesand kommune



## 9 Vedlegg

### 9.1 Intervjuguide: Bruker

Intervjudato:

Intervju gjennomført av:

#### Om informanten

Kjønn

Alder

Utdanning

Tidligere yrke

Familie- og boforhold; familiemedlemmer, bor alene/med andre, har barn, familie i nærhet?

Evt opplevelse av å ha barn for brukerens helse (positivt/negativt)

Trygding i familien, evt hvem

#### Om oppveksten

Hvordan vil du karakterisere oppveksten din?

Er det forhold fra oppveksten din som har hatt betydning for at du nå mottar en uførepensjon?

#### Om verdier og prioriteringer

Beskriv hobbyer og fritidsinteresser, medlemskap i frivillige organisasjoner osv.

Hadde du mange venner i din oppvekst?

Har du mange venner i dag?

Fortell om hva du drømte om (hvilke ambisjoner du hadde) da du var ung.

Fortell om hva du drømmer om i dag.

Hva er det gode livet? Da du var ung og i dag.

Beskriv livet ditt som uførepensjonist.

Hvordan har du det nå?

Hvem er den viktigste personen for det?

#### Om erfaringer fra utdanningssystemet

Trivdes du med å gå på skolen? Grunnskolen og videregående.

Hadde du lese- og skrivevansker?

Opplevde du at du fikk den støtte og oppfølging du hadde behov for da du gikk på skolen?

**Erfaringer fra arbeidslivet**

I hvilken grad har du erfaring fra arbeidslivet?

Positive/negative erfaringer?

Hvordan opplevde du samarbeidet med arbeidsgiver, leder, kolleger?

Har arbeidsgiver forsøkt å tilrettelegge for deg?

Hva betyr det å jobbe for deg?

Hvor villig er du til å flytte for å jobbe?

**Erfaring med offentlige instanser**

Møte med helsevesenet (fastlege, spesialisthelsetjenesten): Hva var bra, hva var mindre bra?

Møtet med Aetat (attføring): Hva var bra, hva var mindre bra?

Møtet med trygdeetaten: Hva var bra, hva var mindre bra?

Hvem rådet deg til å søke en uføreytelse eller var det noe du kom på selv?

Opplever du at du har vært inkludert i de viktigste beslutningene om deg selv?

Når du nå ser tilbake, var det riktig at du fikk tilstått en uføreytelse da du gjorde det?

Opplever du at du har fått god nok oppfølging totalt sett? Hva kunne ha vært gjort annerledes?

**Evt**

Noe mer du vil legge til?



## 9.2 Intervjuguide: Saksbehandler

Intervjudato:

Intervju gjennomført av:

### Om informanten

Etat/avdeling

Stilling

Tjenestetid

Arbeidsområde/saksområde

### Generelle spørsmål om uføretrygding av unge mennesker

Hva mener du er de viktigste årsakene til at unge mennesker blir uføretrygdet i dag?

Hva mener du kan forklare veksten av unge uføre i ditt fylke?

Hva kjennetegner unge uføre?

Hva kjennetegner din samhandling med unge søkere av uførepensjon?

Er du mer restriktiv på grunn av ung alder?

Skjer det ofte og hvordan håndterer du situasjoner hvor du mener at en ung person har helt urealistiske forestillinger/forventninger om hva de ønsker å bli – eller tiltak de ønsker å gå i gang med?

Hva kjennetegner din samhandling med andre aktører/etater/instanser i unge uføresaker?

Hvilken rolle spiller legene i en ung uføresak? Er det noe forskjell mellom fastlege og spesialistlege i så henseende?

Hvor mye og hva skal til av atferds- og rehabiliteringstiltak og dokumentasjon av dette, før uførepensjon ses som den riktige løsningen?

Hvilke forhold er i dine øyne avgjørende for at uførepensjon blir utfallet av en sak

Oppfatninger og erfaringer med regelverk og nasjonal politikk når det gjelder uførepensjon: Gjøres det for mye/for lite for denne gruppen? Riktige/gale tiltak?

### Om den konkrete uføresaken

Typisk eller spesiell sak?

Viktigste forhold og vurderinger som ligger til grunn for vedkommendes uføretrygding, evt viktigste forklaring på at vedkommende ikke er i arbeidslivet.

Vurdering av din kontakt med brukeren – kvantitet og kvalitet: Opplevde du at du hadde tilstrekkelig kontakt med vedkommende til å kunne gi en god vurdering av situasjonen?

Opplevde du at du hadde god kontakt/et godt samarbeid med andre etater/instanser/aktører i denne saken? Er det noe du savnet?

Er det mulig å si noe om hvilken rolle legene spilte i denne saken?

I dine øyne, var det riktig at vedkommende ble tilstått en uførepensjon – og på hvilket tidspunkt mente du at det var riktig? Hva var det som gjorde at du mente det var riktig?

Kunne noe ha vært gjort annerledes i denne saken?

### 9.3 Intervjuguide: Leger

Dato:

Gjennomført av:

#### Om informantene

Alder

Stilling

Praksis

Varighet på stedet

#### Om legestanden på stedet

Antall

Tilknytting legesenter eller annet

Turnover

God dekning?

#### Generelle spørsmål om uføretrygding og unge mennesker

Hva mener du er viktige forklaringer på at unge mennesker blir uføretrygdet?

Kommenter uføreandelen i ditt fylke.

Først åpent svar, så:

Kommenter tilgangen av unge uføre i forhold til:

- Helsesituasjonen
- inntekt/utdanning/arbeid
- Mobilitet. Flytting
- Kvinners stilling. Likestilling
- Kultur

Hva kjennetegner unge uføre?

Hva ser du etter når du har med en sak der det er en ung person som søker om uførepensjon?

Hvilken rolle mener du legene spiller i en uføresak?

Det skal dokumenteres en del ting. Mener du dokumentasjonspraksis er for liberal, for streng, eller akkurat passe?

Hvilke forhold er avgjørende for at uførepensjon blir utfallet av en sak?

Synes du at de som mottar uføretrygd i [stedsnavn] har fått tilstrekkelig oppfølging fra trygdeetaten og Aetat? Får de mer oppfølging her enn i andre fylker?

Hva er din oppfatning av og erfaring med regelverket og nasjonal politikk når det gjelder uførepensjon? Riktig politikk? Riktige tiltak som tilbys?

**Evt** Er det noe mer du ønsker å legge til?

## Fou informasjon

Tittel	”Et liv jeg ikke valgte” - Om unge uføre i fire fylker
Prosjektnr	1402
Oppdragets tittel	Hva forklarer den høye tilgangen til unge uføre på Agder
Prosjektleder	Torunn S. Olsen
Forfattere	Torunn S. Olsen, Nina Jentoft og Hanne Cecilie Jensen
Oppdragsgiver	FARVE-forsøksmidler arbeid og velferd
Rapport type	FoU
Rapport nr	09/2009
ISBN-nummer	82-7602-129-5
ISSN-nummer	0803-8198

### Tilgjengelighet til rapporten

4 emneord: Sammenligning, verdisett, uføre, yrkesaktiv

**Sammendrag** Ved inngangen til oktober 2008 var det 336.334 personer som mottok en uføreytelse i Norge. Dette tilsvarer 11 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder. Et spørsmål som har begynt å interesse stadig flere er hvorfor Agderfylkene ligger så høyt på uførestatistikken: Hva er det som gjør Agder spesiell og hva forklarer den høye andelen unge uføre på Agder? Den sentrale problemstillingen i dette prosjektet er: *Hva kan forklare den høye uføreandelen blant unge uføre på Agder?* Siden problemstillingene over er komplekse og handler om aktørenes subjektive opplevelser, holdninger og verdisett, er kvalitativ metode brukt.