



Psykisk helse og uførhet blant unge

Rapport utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere. Innen arbeidsliv, helse og velferd analyserer vi nytte og kostnad av tiltak og gjennomfører prosess- og effektevalueringer.

Om Frischsenteret

Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning er en uavhengig stiftelse opprettet av Universitetet i Oslo. Frischsenteret utfører anvendt samfunnsøkonomisk forskning innenfor en rekke ulike temaområder, blant annet arbeidsmarkedsforskning.

Sentrale emner innen Frischsenterets arbeidsmarkedsforskning er arbeidsledighet, entreprenørskap, sykefravær, tilstrømning til uføretrygd, arbeidsinnvandring, innvandreres tilpasning i arbeidsmarkedet og skolerresultater for barn av innvandrere.

Psykisk helse og uførhet blant unge/2020_43

© Oslo Economics og Frischsenteret, 16. oktober 2020

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto: Katarzyna Bialasiewicz (Photographee.eu / iStockphoto.com)

Forord

I perioden 2010 til 2019 økte antall mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år fra 8 192 til 20 084, hvilket tilsvarer en økning på 145 prosent. Økningen har sammenfalt med et betydelig økt omfang av psykiske diagnoser i den unge befolkningen, og det økte omfanget av psykiske diagnoser har også truffet de unge uføre.

Oslo Economics og Frischsenteret har på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) gjennomført et forskningsoppdrag i fem deler; 1) en gjennomgang av eksisterende litteratur om psykiske helseproblemer blant unge, 2) en analyse av psykiske diagnoser blant unge og diagnosepraksis, 3) en analyse av psykiske diagnoser blant unge uføre, 4) en deskriptiv analyse av unge uføre og deres vei til uføretrygd, og 5) en analyse av betydningen av å få stilt en diagnose for senere deltakelse i skole og arbeidsliv. Rapporten er delt inn i disse fem delene. Med tanke på senere formidlingsarbeid er disse skrevet som separate kapitler, som skal kunne leses hver for seg, og det er derfor noen gjentakelser i rapporten.

Fra Oslo Economics har Susanna Sten-Gahmberg, Ragnhild Haugli Bråten og Erik Magnus Sæther (prosjektleder) medvirket i prosjektet. Fra Frischsenteret har Ole Røgeberg, Simen Markussen og Knut Røed medvirket. Vi ønsker å takke alle som har bidratt med kommentarer, innspill og kvalitetssikring.

Vi takker Helfo, Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå for tilgang til registerdata. Takk også til Arbeids- og sosialdepartementet for et spennende oppdrag og for faglige innspill underveis.

Oslo, 16. oktober 2020

Erik Magnus Sæther

Innhold

Forord	3
Sammendrag og konklusjoner	6
Executive summary	9
Sentrale begreper knyttet til psykisk helse	13
Sentrale begreper knyttet til trygdeytelser	14
Innledning	16
1. Psykiske helseproblemer blant unge - En litteraturgjennomgang	18
1.2 Innledning	20
1.3 Hva mener vi med psykisk helse?	20
1.4 Utvikling i psykisk helse over tid	23
1.5 Psykisk helse og årsaksfaktorer	31
1.6 Sårbarhet og kjønn	34
1.7 Hvorfor er psykisk helse i endring?	36
1.8 Konsekvenser av psykisk helse i utdanning og arbeidsliv	39
1.9 Avslutning	43
Referanser	44
2. Utvikling i psykiske diagnoser blant unge	49
2.1 Innledning	50
2.2 Data og metode	50
2.3 Diagnostisering av psykiske lidelser	54
2.4 Psykiske diagnoser i den unge befolkningen	57
2.5 Underkategorier av psykiske diagnoser	62
2.6 Antall pasienter i helsetjenesten	72
2.7 Fylkesvis variasjon	75
2.8 Sosioøkonomiske faktorer	78
2.9 Drøfting og konklusjon	85
3. Psykiske diagnoser blant unge uføre	90
3.1 Innledning	91
3.2 Data og metode	91
3.3 Diagnoseutvikling frem til uførhet blant nye uføre	94
3.4 Konsultasjoner i helsetjenesten forut for uføretidspunktet	102
3.5 Utvikling over tid	104
3.6 Drøfting og konklusjon	110
4. Unge uføre og veien til uføretrygd	113
4.1 Innledning	114
4.2 Datagrunnlag og metode	115

4.3 Utvikling i kjennetegn ved nye unge mottakere av uføretrygd _____	116
4.4 Unge uføres aktivitet forut for uføretrygd _____	128
4.5 Oppsummering og diskusjon _____	146
5. Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? _____	152
5.1 Innledning _____	153
5.2 Data og deskriptiv statistikk _____	154
5.3 Lokal diagnosepraksis og barnas utfall i skole og arbeidsliv _____	161
5.4 Robusthet _____	165
5.5 Konklusjon og oppsummering _____	168
Referanser _____	169
6. Samlet drøfting _____	170

Sammendrag og konklusjoner

Over tid har det vært en betydelig økning i antall unge som uføretrygdes. Uførhet blant unge er som oftest forårsaket av psykiske lidelser. I denne rapporten har vi, primært med bruk av registerdata, studert utviklingen i psykiske lidelser blant unge generelt og blant unge uføre spesielt, de unge uføres utdannings-, arbeids-, og trygdehistorikk i årene før uføretrygd og hvorvidt økt diagnostisering kan ha bidratt til den økte innstrømningen til uføretrygd blant unge.

Oppdraget

Mellom 2010 og 2019 økte antall personer i alderen 18-29 år som mottok uføretrygd fra 8 192 til 20 084. Andelen av befolkningen i alderen 18-29 år som mottar uføretrygd har økt fra 1,2 prosent i 2010 til 2,4 prosent i 2019. På bakgrunn av den økte tilstrømningen til uføretrygd blant unge har Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) lyst ut et forskningsoppdrag. Oppdraget innebærer en gjennomgang av eksisterende litteratur om psykiske helseproblemer blant unge, en deskriptiv analyse av unge uføre og deres vei til uføretrygd, en analyse av diagnosepraksis og en analyse av betydningen av å få stilt en diagnose for senere deltakelse i skole og arbeidsliv. Oslo Economics og Frischsenteret har gjennomført oppdraget. Rapporten er delt inn i fem frittstående deler:

1. Psykiske helseproblemer blant unge – en litteraturgjennomgang
2. Utvikling i psykiske diagnoser blant unge
3. Psykiske diagnoser blant unge uføre
4. Unge uføre og veien til uføretrygd
5. Bidrar medikalisering av barn og unge til utstøtning fra skole og arbeidsliv?

Metode og datagrunnlag

I rapportens kapittel 1 har vi gjennomgått eksisterende litteratur om psykisk helse blant unge. De resterende kapitlene i rapporten er basert på analyser av administrative registerdata for fødselskullene 1973-1997. Vi har benyttet opplysninger om diagnoser fra registrerte konsultasjoner hos fastleger (data fra KUHR) og i spesialisthelsetjenesten (data fra NPR), samt opplysninger om utdanning, arbeidstilknytning, inntekt, mottak av trygdeytelser og deltakelse i arbeidsrettede tiltak (data fra SSB). Målgruppen for analysen er personer som ble innvilget uføretrygd i alderen 18-29 år, hovedsakelig i perioden 2000-2017, men vi har også analysert utfall for den jevnaldrende befolkningen som helhet.

I rapporten benytter vi begrepet psykiske diagnoser om alle diagnoser fra fastlegenes diagnosemanual (psykisk – P-koder, både symptomer/plager og sykdommer/diagnoser) og spesialisthelsetjenestens diagnosemanual (psykisk og atferdsforstyrrelser – F-koder). Disse diagnosene kan også omtales som psykiatriske diagnoser.

Som bakgrunnsinformasjon til kapittel 2 om bruken av psykiske diagnoser blant unge har vi gjennomført enkelte intervjuer av klinikere og forskere om diagnosepraksis i helsetjenesten og mulige årsaker til den økte bruken av psykiske diagnoser.

Resultater

Psykiske helseproblemer blant unge – en litteraturgjennomgang

I kapittel 1 har vi oppsummert litteraturen om psykisk helse blant unge. Kunnskapen om utbredelsen av og utviklingen i psykiske lidelser er begrenset. Spørreundersøkelser kan gi informasjon om opplevde symptomer for en representativ del av befolkningen, men kan ikke avdekke hvorvidt dette kan defineres som psykiske lidelser. Registerdata kan vise hvor mange som har fått psykiske diagnoser i konsultasjoner hos helsevesenet, men gir ikke informasjon om forekomsten av psykiske lidelser i den delen av befolkningen som ikke søker behandling i helsevesenet. Både selvrapporterte undersøkelser og registerdata tyder likevel på et økende omfang av psykiske helseproblemer blant unge i Norge. Andelen skoleelever som rapporterer at de har mange psykiske plager har økt, særlig de siste årene. Økningen i selvrapporterte psykiske plager har særlig økt blant unge jenter, men noe tyder på at det også har vært en økning blant unge gutter. Veksten i selvrapporterte psykiske helseplager gjenspeiles i et økende omfang av psykiske diagnoser registrert i helsetjenesten og en økende bruk av legemidler for psykiske lidelser.

Det er usvisst i hvilken grad denne utviklingen skyldes en underliggende forverring av den psykiske helsen i ungdomsbefolkningen. Litteraturen peker på at økt bruk av sosiale medier og økt forventningspress kan ha

bidratt til økte psykiske plager blant unge. Det kan imidlertid også være at økt bevissthet og færre tabuer knyttet til psykisk helse har medført at flere oppsøker helsetjenesten med sine plager og at flere rapporterer om slike plager, uten at det nødvendigvis betyr at omfanget av psykiske plager reelt sett har økt. Den økte bruken av psykiske diagnoser kan reflektere endringer i diagnosepraksis eller et økt behov for diagnoser i befolkningen. Diagnoser kan for eksempel være avgjørende for at den enkelte skal få ulike typer bistand fra samfunnet i form av ressurser i barnehage og skole, bistand til bolig eller helserelaterte trygdeytelser. Fordi denne utviklingen er relativt ny vet vi enda ikke om disse indikatorene for redusert psykisk helse er varige for de ungdomskullene de gjelder, om de reflekterer en faktisk økning i psykiske helseproblemer blant unge, hva årsakene er og hvilke implikasjoner dette har på sikt.

Psykiske diagnoser blant unge

I kapittel 2 har vi kartlagt bruken av psykiske diagnoser og underkategorier av psykiske diagnoser hos unge i perioden 2008-2018, hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Det har vært en betydelig økning i andelen unge med psykiske diagnoser i perioden, blant begge kjønn, både målt ved diagnoser satt av fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Mens vi tidligere primært har sett tegn til økte psykiske plager blant tenåringsjenter, ser vi nå at den økte bruken av psykiske diagnoser også gjelder tenåringsgutter og unge voksne av begge kjønn. I kullet som fylte 21 år i 2018, hadde 37 prosent fått en eller flere psykiske diagnoser hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år. Tilsvarende andel var 33 prosent i 2014. Økningen i bruk av psykiske diagnoser reflekterer særlig en sterk økning i angst- og depresjonsdiagnoser. Det har også vært en jevn økning i diagnoser innen atferds- og personlighetsforstyrrelser (inkludert ADHD) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme). Unge med psykiske diagnoser har gjennomgående dårligere karakterer fra ungdomsskole, lavere fullføringsgrad av videregående utdanning og foreldre med lavere inntekt.

Samtidig som bruken av psykiske diagnoser har økt, har kapasiteten i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og hos fastleger økt. Kapasitetsøkningen fremstår som avgjørende for økningen i psykiske diagnoser fordi det har gjort det mulig å ta inn flere pasienter. Andelen pasienter i psykisk helsevern som får en psykisk diagnose har holdt seg stabil på omtrent 80 prosent. Økt oppmerksomhet om psykisk helse har trolig bidratt til at flere oppsøker helsetjenesten og flere får behandling for psykiske plager. Dermed betyr ikke økningen i psykiske diagnoser nødvendigvis at den psykiske helsen i befolkningen har blitt dårligere. For noen grupper ville man forvente at den psykiske helsen er bedret, nettopp fordi flere mottar et behandlingstilbud. Samtidig tyder selvrapporterte data og tilbakemeldinger fra behandlere på en økende gruppe unge med angst- og depresjonsplager. Dette ser ut til å være et relativt nytt fenomen, som trolig forklarer noe av økningen i diagnostiseringen av angst og depresjon blant unge.

Unge uføre og veien frem til uføretrygd

I rapportens tredje og fjerde kapittel har vi kartlagt diagnosehistorikk (kapittel 3) og utdannings-, arbeids-, inntekts- og trygdehistorikk (kapittel 4) for de unge uføre i årene før innvilgelse av uføretrygd, samt studert utvikling over tid for unge uføre i perioden 2000-2017 (2007-2017 for diagnosehistorikk). Det er en overvekt av menn blant de unge uføre, men de siste årene har det vært en sterk økning av kvinner som uføretrygdes i slutten av 20-årene. Personer som er født i Norge, samt personer som kommer fra familier med lav inntekt er overrepresentert blant unge uføre.

Det har særlig vært en sterk økning i antall som uføretrygdes i alderen 18-19 år, og de fleste av disse er diagnostisert med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik. Denne økningen må sees i sammenheng med den økte diagnostiseringen av disse tilstandene i befolkningen generelt. Antall som uføretrygdes i alderen 20-24 år har også økt. I gruppen som uføretrygdes i slutten av tenårene eller starten av 20-årene har en betydelig og økende andel ikke fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, hvilket innebærer at de mangler karakterer i over halvparten av fagene på vitnemålet. Svært få har fullført videregående utdanning. Økningen av uføretrygdene i alderen 18-24 år ser ut til å være utslag av en økende andel barn som har store utfordringer allerede i grunnskolen og som blir diagnostisert med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Det er usikkert hvorvidt det økte antallet med disse diagnosene er et utslag av en reell økning av disse tilstandene i befolkningen, for eksempel grunnet økt overlevelse blant barn med alvorlige medfødte tilstander, eller kun er utslag av økt diagnostisering av disse tilstandene. At diagnoser kan gi rett til offentlige tjenester, samt at offentlig forsørgelse av personer med store omsorgsbehov har blitt vanligere, kan samlet tenkes å ha drevet økt diagnostisering og økt innstrømning til uføretrygd i denne gruppen, uten at den underliggende sykdomsbyrden nødvendigvis har økt.

Det har også vært en økende andel av befolkningen som uføretrygdes i slutten av 20-årene. En betydelig og økende andel av disse er diagnostisert med angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser,

uten at de har mer alvorlige psykiske diagnoser som psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme), organiske psykiske lidelser, schizofreni eller rusrelaterte psykiske diagnoser. De som får innvilget uføretrygd i slutten av 20-årene har stort sett fullført ungdomsskolen med grunnskolepoeng, hvilket innebærer at de har karakterer i over halvparten av fagene på vitnemålet, men karakterene er lavere enn gjennomsnittet i deres respektive årskull. Få fullfører videregående utdanning, og denne andelen er redusert over tid. Det ser altså ut til at utfordringene til denne gruppen akselererer i tenårene, som er en periode hvor psykiske lidelser ofte utvikles. Mange unge uføre har vært innom arbeidslivet før uføretrygd, men deres arbeidstilknytning er betraktelig svakere enn blant deres jevnaldrende som ikke senere innvilges uføretrygd. Arbeidsdeltakelsen blant unge uføre er også svekket over tid ved at senere kull har hatt svakere arbeidsmarkedstilknytning enn tidligere kull med unge uføre. De aller fleste har mottatt arbeidsavklaringspenger i flere år før de får innvilget uføretrygd.

Vi ser altså tegn til at en stor del av de unge uføre har utfordringer allerede i grunnskole og/eller videregående utdanning. Dette manifesterer seg gjennom lavere karakterer og lavere fullføring av videregående utdanning enn andre i deres fødselskull. Dette tyder på at utfordringene som senere fører til uførhet, ikke starter med manglende muligheter i arbeidslivet. Det er usikkert hvorvidt det er utfordringer i skolen som forårsaker de psykiske plagene, om de psykiske plagene utløser utfordringer i skolen, eller om det er bakenforliggende mekanismer som påvirker både utdanningsutfall og psykisk helse. Det kan også tenkes at det har blitt vanskeligere å komme inn i arbeidsmarkedet for lavt kvalifiserte personer, og at manglende arbeidsmuligheter forsterker utfordringene fra skoletiden. Samtidig har innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 gjort det lettere for unge uten arbeidserfaring å motta midlertidige helse relaterte trygdeytelser, og den svekkede arbeidstilknytningen i denne gruppen kan dermed også delvis ha blitt utløst av økt tilgang til trygdeytelser.

Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv?

I det siste kapittelet i denne rapporten reiser vi spørsmål om det økte fokuset på psykiske plager i seg selv kan ha bidratt til å forsterke utfordringene blant unge som står i fare for å falle utenfor skole og arbeidsliv. Problemstillingen føyer seg inn i en pågående faglig diskusjon innenfor både medisin, psykologi og sosiologi, og er knyttet til mulige farer ved at stadig flere sider ved det å være menneske sykkeliggjøres. Det er særlig to typer mekanismer det fokuseres på i denne diskusjonen. Den ene er knyttet til at sykdomsdiagnoser kan være stigmatiserende og identitetsskapende, og dermed utvikle seg til å bli selvpoppfyllende profetier. Den andre er at sykdomsdiagnoser i noen tilfeller representerer en individualisering av problemer som egentlig er kollektive, dvs. at de er knyttet til høyst reelle problemer i familie, nærmiljø, skole, eller arbeidsliv, og at man ved å sykkeliggjøre den som rammes unnlater å ta tak i de virkelige problemene.

I dette kapittelet viser vi at det er betydelige forskjeller mellom kommuner i Norge i hvilken grad barn og unge utredes og behandles for psykiske lidelser. Vi har sannsynliggjort at disse forskjellene ikke fullt ut kan forklares av befolkningssammensetning og tolker forskjellene som utslag av ulik tilbøyelighet til å behandle barn og unges psykiske plager i helsetjenesten. Vi har så forsøkt å utnytte den geografiske variasjonen i diagnosepraksis til å undersøke hvordan disse forskjellene påvirker utfall for barn og unge, primært knyttet til utdanning og arbeid. Vi finner indikasjoner på at den lokale tilbøyeligheten til å diagnostisere/utrede/behandle unge for psykiske lidelser har negative effekter på skoleresultater og fører til lavere jobbsannsynlighet og høyere risiko for å være trygdemottaker i voksen alder. Selv om årsakssammenhengene vi analyserer i dette kapittelet ikke kan fastslås med sikkerhet, er det vår vurdering at resultatene representerer indisier på at medikalisering av barn og unge faktisk er et problem i Norge. Resultatene som peker i retning av negative effekter av «sykdomsfokus» er robuste, og står seg godt gjennom ulike modellspesifikasjoner og identifiserende antagelser.

Diskusjon

Det er krevende å identifisere årsakene til den økende innstrømmingen til uføretrygd. Mange faktorer kan spille en rolle og disse spiller sannsynligvis sammen på en måte som gjør at det er vanskelig å fastslå årsak og virkning. Mekanismene er komplekse og kan vanskelig avdekkes ved hjelp av enkeltstudier, det er derfor behov for ytterligere forskning på dette området. Etter vår oppfatning må den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge tolkes i lys av en rekke endringer i samfunnet. Flere barn presterer dårlig i grunnskolen og mange fullfører ikke videregående utdanning. Samtidig har det vært økt fokus på psykisk (u)helse, økt fokus på utredning og diagnostisering av psykiske lidelser blant barn og unge som sliter i skolen og økt kapasitet til dette i helsetjenesten. Psykiske plager og lidelser ser i økende grad ut til å bli brukt til å forklare problemer i skolen, familien eller på andre områder, noe som kan se ut til å ha befestet utfordringene for enkelte. Samtidig har innføringen av arbeidsavklaringspenger gjort det blitt lettere å få tilgang til helse relaterte trygdeytelser for unge uten arbeidserfaring. Disse faktorene har trolig i kombinasjon bidratt til at flere unge innvilges uføretrygd.

Executive summary

Over the past decade, there has been a significant increase in the number of young persons receiving the disability benefit in Norway. Mental illness is the most common reason for disability among young persons. In this report we have used registry data to study mental illness among youth in general; mental illness, previous education, labour force participation and receipt of other public benefits among young persons receiving the disability benefit; and whether increased diagnosing of mental illness may have contributed to the increased number of young persons receiving the disability benefit.

About the project

Between 2010 and 2019, the number of people aged 18-29 who received the disability benefit in Norway increased from 8 192 to 20 084. The proportion of young persons in the population who receive the disability benefit has increased from 1,2 percent in 2010 to 2,4 percent in 2019.

The Ministry of Labour and Social Affairs (ASD) has commissioned a project to study the influx of young persons into the disability benefit, which involves conducting a review of existing literature on mental health problems among young persons, a descriptive analysis of young persons receiving the disability benefit and their pathways to the disability benefit, an analysis of diagnostic practices and an analysis of the importance of being diagnosed with a mental illness for later participation in school and working life. Oslo Economics and the Frisch Centre have performed the study. The report is divided into five separate chapters, which shed light on various aspects of mental health among young persons and their increased take up of the disability benefit:

- Mental health problems among young persons - a literature review
- Recent trends in the diagnosis of mental illness among young persons
- Mental illness diagnoses among young persons receiving the disability benefit
- Young disability benefit recipients and their pathways to the disability benefit
- Does the medicalization of children and young persons contribute to their exclusion from school and working life?

Methods and data

In chapter 1 of the report we have reviewed the existing literature on mental health among young persons. The remainder of the report is based on the analysis of administrative register data for the 1973-1997 birth cohorts. We included information on diagnoses from registered consultations with general practitioners (KUHR) and at the specialist health service (NPR), as well as data about education, labour force participation, income and receipt of public benefits (data from Statistics Norway). The target group for the analysis is people who were granted the disability benefit between the ages of 18 to 29, mainly in the period 2000-2017. We analysed outcomes for young disability benefit recipients, compared with the rest of the population in the same birth cohort.

In the report, we have used the term diagnoses for mental illness for all diagnoses from the GPs' diagnosis manual (mental - P-codes, for both symptoms/ailments and diseases/diagnoses) and the specialist health service's diagnostic manual (mental and behavioural disorders - F-codes). These diagnoses can also be referred to as psychiatric diagnoses.

As background information for chapter 2 on the use of mental illness diagnoses among young persons, we have conducted interviews with clinicians and researchers on diagnostic practices used in the Norwegian health service and the possible reasons behind the increased use of mental illness diagnoses.

Findings

Mental health problems among young persons – a literature review

In the first chapter of the report, we have summarized the literature on mental health among young persons. Knowledge about the prevalence and development of mental illness is limited. Surveys can provide information about symptoms for a representative sample of the population but cannot confirm whether these can be defined as mental illness. Register data can show how many people have received mental illness diagnoses in consultations with the health service, but do not provide information about the incidence of mental illness among people who do not seek treatment in the health care system. Both self-reported surveys and registry data nevertheless point

towards increased mental health problems among young persons in Norway. The proportion of school age children who report to have a range of mental health problems has increased, especially in recent years. Self-reported mental health problems have increased especially among teenage girls, but there is also some evidence that there has been an increase among teenage boys. This increase in self-reported mental health problems is mirrored by increases in the number of mental illness diagnoses and in the prescription of drugs to treat mental illness.

It is unclear to what extent these findings can be explained by an underlying deterioration in the mental health of young persons. The reviewed literature suggests that increased social media use and higher expectations may have contributed to increase mental illness among young persons. However, it could also be that increased awareness and fewer taboos related to mental illness may have led to more people seeking help from the healthcare services and more people to report mental health issues, without this necessarily meaning that the extent of mental illness has increased. The increased use of mental illness diagnoses may also reflect changes in diagnostic practices or an increased need for diagnoses in the population. Diagnoses can, for example, be crucial for the individual to receive various types of assistance from society, in the form of resources in kindergarten and school, assistance with housing or health-related social security benefits. Since this development is relatively new, we do not yet know whether these indicators of worsened mental health will persist for the age cohorts currently experiencing them, whether they reflect an actual increase in mental health problems among young persons, what are the causes and what are the long run implications of this.

Diagnoses for mental illness among young persons

In chapter 2 we have described the use of mental illness diagnoses and subcategories of mental illness diagnoses for young persons during the 2008-2018 period, by general practitioners and the specialist health service. There has been a significant increase in the proportion of young persons with mental illness diagnoses during the period among both sexes, both measured by diagnoses set by GPs and in the specialist health service. While we have previously primarily seen signs of increased psychological distress among teenage girls, we now see that the increased use of mental illness diagnoses also applies to teenage boys and young adults of both sexes. In the cohort that turned 21 in 2018, 37 percent have had one or more mental illness diagnoses from a general practitioner or specialist healthcare service between the ages of 15 and 21. In 2014, the equivalent share was 33 percent. The increase in the total number of mental illness diagnoses is to a large extent explained by a sharp increase in anxiety and depression diagnoses. There has also been a steady increase in diagnoses for behavioural and personality disorders (including ADHD) and developmental disorders (including autism). Young persons with diagnoses for mental illness generally perform worse in lower secondary school, have lower completion rates for upper secondary school and parents with lower income.

Furthermore, we show that the capacity of the mental healthcare sector (specialist health services) and in GPs have increased during the same period. This increase in capacity has made it possible to receive more patients, and thus appears to be decisive for the increase in mental illness diagnoses. The proportion of patients receiving treatment from the mental healthcare sector who receive a mental illness diagnosis has remained stable at about 80 percent. Increased awareness of mental illness has probably also contributed to more people seeking health care and more people receiving treatment for mental illness. This does not necessarily mean that the mental health of the population is worse than before. In some cases, we expect mental health to have improved, precisely because more people received treatment. At the same time, self-reported data and interviews with therapists point towards a growing group of young persons with symptoms of anxiety and depression, which appears to be partly caused by them setting higher expectations for themselves than they can meet. This seems to be a relatively new phenomenon, which probably explains some of the increase in the diagnosing for anxiety and depression among young persons.

Young disability benefit recipients and the pathways to the disability benefit

In chapter 3 and chapter 4 we have studied characteristics and outcomes for young persons on the disability benefit in the years before the granting of the disability benefit and studied time trends for young persons granted disability benefit in the period 2000-2017 (diagnosis data are available in 2007-2017). In chapter 3 we document their history of diagnoses and in chapter 4 we document education, labour force participation and receipt of public benefits in the years leading up to the granting of the disability benefit. There is a larger proportion of men in this group, but in recent years there has been particularly strong growth among women who are granted the disability benefit in their late 20s. People born in Norway, as well as people who come from low-income families are overrepresented among young persons on the disability benefit.

There has been a particularly strong increase in the number of young persons receiving the disability benefit between the ages of 18 and 19, and most of these have been diagnosed with intellectual disabilities, congenital malformations or chromosomal abnormalities. This increase must be seen in light of the increased diagnosing of these conditions among the general population. There has also been an increase in the number of people receiving the disability benefit between the ages of 20 and 24. In the group that receives the disability benefit in their late teens or early 20s, a significant and increasing proportion have not completed lower secondary school with lower secondary school points, which means that they lack grades in more than half of the subjects on the diploma. Very few have completed upper secondary education. The increase in the number of young persons who are granted the disability benefit in the 18-24 age group seems to be a result of an increasing share of children who have major challenges already during lower secondary school and who are diagnosed with intellectual disabilities, congenital malformations, chromosomal abnormalities or pervasive developmental disorders. It is uncertain whether the increased number of these diagnoses is a result of a real increase in these conditions in the population, for example due to increased survival among children with severe congenital conditions, or whether it is only a result of increased diagnosing of these conditions. The fact that mental illness diagnoses may give the right to public services, and that public support for people with extensive care needs has become more common, may together have driven increased diagnosis and increased influx of young persons in this group into the disability benefit, without the underlying disease burden necessarily increasing.

There has also been an increasing number of people who are granted the disability benefit in between the ages of 25 and 29. A significant and increasing proportion of them have been diagnosed with anxiety, depression, behavioural, personality or developmental disorders, without also having been diagnosed with other, more substantial psychiatric conditions such as: intellectual disabilities, pervasive developmental disorders, organic mental disorders, schizophrenia or mental illness caused by abuse of intoxicants. People who received the disability benefit in their late 20s have largely completed lower secondary school with lower secondary school points, but their grades are low compared to the rest of their age cohort. There are few young persons in this group who completed upper secondary education, and this proportion has been declining over time. This indicates that the challenges of this group are accelerating in their late teens, which is also a period in life when people are most vulnerable to mental illness. This group have had little connection with the labour market in the years before the disability benefit. The last cohorts of young persons on the disability benefit have less work experience than previous cohorts of the same group. The vast majority have received work assessment allowance for several years before they receive the disability benefit.

It thus appears that there is a large proportion of young persons receiving the disability benefit who have substantial difficulties in lower or upper secondary school. This is manifested in lower grades and lower completion rates than others in their same age cohorts. This is often before they are exposed to the labour market, which indicates that the challenges do not start with a lack of job opportunities. However, it is uncertain whether challenges in school cause the mental health challenges, whether mental illness triggers challenges in school, or whether there are underlying mechanisms that affect both educational outcomes and mental health. It is also conceivable that it has become more difficult for less-qualified persons to enter the labour market, and that the lack of opportunities exacerbates their challenges from an early age. At the same time, there are signs that the introduction of work assessment allowance in 2010 may have made it easier to receive temporary health-related social security benefits without previous work experience, and the weakened link with the working environment that this group exhibits may thus also have been partly triggered by increased access to social security benefits.

Does the medicalization of children and young persons contribute to their exclusion from school and working life?

In the last chapter of the report we raise the question of whether the increased focus on mental illness may have exacerbated the challenges among young persons who are at risk of dropping out of school and working life. The issue is part of an ongoing debate within medicine, psychology, and sociology, and is linked to the potential risks of an observed trend by which increasingly more aspects of being human are medicalized. There are two types of mechanisms that are the focus of this literature. One is related to the fact that mental illness diagnoses can be stigmatizing and identity-building, and thus develop into self-fulfilling prophecies. The second is that disease diagnoses in some cases represent an individualisation of problems that are actually collective, i.e., that they are linked to real problems in the family, local environment, school, or working life, but that by treating the affected person as a patient, one fails to address the real underlying problems.

In this chapter, we show that there are significant differences between municipalities in Norway in the extent to which children and young persons are examined and treated for mental illness. These differences cannot be fully explained by observable differences in the composition of the population of the municipalities and we assume

that they are a result of different diagnostic practices. We thus exploited the geographical variation in diagnostic practices to find out how these differences affect outcomes for children and young persons, primarily related to education and work. We find suggestive evidence that an increased local tendency to diagnose/investigate/treat young persons for mental illness has a negative effect on school performance, leads to lower likelihood of entering the work force, and a higher likelihood of being a social security recipient in adulthood. Although the causal relationships we analyse in this chapter cannot be determined with certainty, it is our assessment that the results represent strong indications that the medicalization of children and young persons is in fact a problem in Norway. The results that point towards the negative effects of "disease focus" are robust and stand up well through various model specifications and identifying assumptions.

Discussion

It is challenging to identify the reasons for the increasing influx of young persons into the disability benefit. Many factors come into play and they probably play together in a way that makes it difficult to determine what is the cause and what is the effect. The mechanisms are complex and difficult to identify using individual studies, and further research is therefore needed in this area.

In our opinion, the following factors must be taken into consideration when trying to understand the increased influx of young persons into the disability benefit: More children are performing badly in lower secondary school and many young persons are not completing upper secondary school. At the same time there has been an increased focus on mental health problems, an increased focus on testing children who struggle at school for mental illness diagnoses and an increased capacity in the health care sector to test, diagnose and treat these conditions. Mental illness disorders seem to be increasingly used to explain difficulties at school, in the family or in other areas, which may have reinforced the difficulties for some. At the same time, it has become easier to receive temporary health-related social security benefits for young persons without previous work experience. All these factors may together have contributed to the increasing influx of young persons into the disability benefit.

Sentrale begreper knyttet til psykisk helse

Begrep	Forklaring
Psykisk diagnose	I denne rapporten benytter vi begrepet <i>psykisk diagnose</i> om alle diagnoser som sorterer under begrepet psykisk i diagnosemanualene ICPC2 (P-diagnoser) og ICD10 (F-diagnoser). Begrepet psykiske diagnoser tilsvarer psykiatriske diagnoser.
ICPC2	Kodesystem for diagnostisering som benyttes av fastleger i perioden vi analyser (2006-2018).
ICD10	Kodesystem for diagnostisering som benyttes i spesialisthelsetjenesten i perioden vi analyserer (2008-2018).
Psykiske lidelser	Begrepet er i rapporten benyttet som et samlebegrep for milde, moderate og alvorlige plager eller lidelser. Begrepet er ment å favne alle tilstander som oppleves å gi psykiske plager eller lidelser i befolkningen og som ville kvalifisere til å få en psykisk diagnose enten i ICPC2 eller ICD10, uavhengig av om de er diagnostisert i helsetjenesten eller ikke. Noen få steder i rapporten refererer begrepet <i>psykiske lidelser</i> kun til det som omtales som psykiske sykdommer/lidelser i fastlegenes diagnosemanual, da i motsetning til det som omtales som psykiske plager/symptomer i samme diagnosemanual, og i disse tilfellene er det tydeliggjort at det ikke inkluderer plager/symptomer.
Psykiske plager	Begrepet brukes i rapporten for å omtale vanlige plager i befolkningen knyttet til psykisk uhelse. Dette er et subjektivt begrep, og det vil trolig variere fra person til person hva som oppfattes som psykiske plager og hva som oppfattes som en psykisk normalsituasjon.
«Diagnosetyngde»	<p>Psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten, diagnoser som dekker psykiske lidelser/sykdommer fra fastlege og diagnoser som dekker psykiske plager/symptomer fra fastlege.</p> <p>Diagnoser fra fastleger og spesialisthelsetjenesten kan reflektere ulik alvorlighet. I rapportens kapittel 2.4.3 har vi kategorisert psykiske diagnoser etter «diagnosetyngde», etter følgende hierarki: 1) minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 2) minst én diagnose for psykisk sykdom/lidelse hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) uten å ha fått noen psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 3) minst én diagnose for psykisk symptom/plage hos fastlege (P01-P29 i ICPC2) uten å ha fått andre psykiske diagnoser hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) eller i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, og 4) ingen psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i aldersperioden.</p>
Psykisk helsevern	Psykisk helsevern er den delen av spesialisthelsetjenesten som spesifikt utreder og behandler psykiske lidelser, herunder Psykisk helsevern for barn og unge og Psykisk helsevern for voksne.
Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste	Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste refererer i denne rapporten til Psykisk helsevern og Private avtalespesialister innen psykiatri.

Sentrale begreper knyttet til trygdeytelser

Begrep	Forklaring
Ung ufør	<p>I denne rapporten kaller vi personer som får innvilget uføretrygd senest året de fyller 29 år, unge uføre.</p> <p>I NAV-systemet får unge uføre en høyere minstesats enn andre uføre. Vilkår for å få innvilget rettigheter som ung ufør er at man ble dokumentert alvorlig syk av lege/spesialist før fylte 26 år, og at man søker om uføretrygd før fylte 36 år dersom man har vært mer enn 50 prosent yrkesaktiv etter fylte 26 år.</p>
Uføretrygd	<p>Uføretrygd er en ytelse som skal sikre inntekten til personer som har fått sin inntektsevne varig nedsatt grunnet sykdom, skade eller lyte. Hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak må være gjennomført. Uføretrygd kan innvilges personer i alderen 18-67 år.</p> <p>I denne rapporten er uføretrygd og tidsbegrenset uføretrygd slått sammen, og omtales som uføretrygd fordi mange som fikk innvilget tidsbegrenset uførestønad senere fikk innvilget uføretrygd.</p>
Tidsbegrenset uførestønad	<p>I perioden 1. januar 2004 til 1. mars 2010 kunne personer som oppfylte vilkårene for uføretrygd, men hvis arbeidsevne var forventet å kunne bedres på sikt, bli innvilget tidsbegrenset uførestønad. Den øvre grensen for tidsbegrenset uførestønad var fire år, men det var mulig å forlenge perioden.</p>
Arbeidsavklaringspenger (AAP)	<p>Arbeidsavklaringspenger er en midlertidig helserelatert ytelse som kan innvilges personer som har fått arbeidsevnen nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom. Et vilkår for å få arbeidsavklaringspenger er at man deltar aktivt i prosessen med å komme i arbeid. Det innebærer at man skal være i behandling eller delta i arbeidsrettede tiltak, og det skal foreligge en aktivitetsplan. Arbeidsavklaringspenger erstattet fra 1. mars 2010 de tidligere ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad.</p> <p>I analysen er arbeidsavklaringspenger slått sammen med forgjengerne attføringspenger og rehabiliteringspenger, og disse omtales samlet som arbeidsavklaringspenger.</p>
Rehabiliteringspenger	<p>Rehabiliteringspenger ble avvirket og erstattet av arbeidsavklaringspenger 1. mars 2010. Rehabiliteringspenger var en ytelse som kunne innvilges personer som fremdeles ikke var arbeidspåre etter at retten til sykepenger var utløpt. Et vilkår for å ha rett på rehabiliteringspenger var at arbeidsevnen var nedsatt med minst 50 %, samt at man måtte være under aktiv behandling med utsikt til å bedre arbeidsevnen. Rehabiliteringspenger ble vanligvis bare innvilget inntil et år (52 uker).</p>

Begrep	Forklaring
Attføringspenger	Attføringspenger ble avviklet og erstattet av arbeidsavklaringspenger 1. mars 2010. Attføringspenger var en ytelse som kunne innvilges personer i alderen 19 – 67 år som grunnet sykdom eller skade hadde: enten fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid varig nedsatt, eller har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket.
Tiltakspenger	Stønad til tiltakspenger er en stønad som kan tildeles personer over 18 år som deltar i arbeidsrettede tiltak. Før 2013 het stønaden individstønad.
Økonomisk sosialhjelp	Økonomisk sosialhjelp er en midlertidig stønad som kan tildeles personer som ikke har tilstrekkelig med penger til å forsørge seg selv ved arbeid, egne midler eller ved andre økonomiske ytelser som man kan ha krav på. For å få økonomisk sosialhjelp må man først vurdere alle andre muligheter til å forsørge seg selv.
Kvalifiseringsstønad	Deltakelse i kvalifiseringsprogram gir rett til kvalifiseringsstønad. Kvalifiseringsstønad ble gradvis innført fra 2007, og innen dette var økonomisk sosialhjelp alternativet til kvalifiseringsstønad.

Innledning

Bakgrunn

Det har vært en sterk økning i antall unge som mottar uføretrygd over tid. Ved utgangen av 2019 var det 20 084 mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år. Unge på uføretrygd utgjør en liten andel av alle mottakere av uføretrygd (5,5 prosent), men antallet unge som mottar uføretrygd har økt drastisk de siste årene. Ved utgangen av 2010 mottok 8 192 unge i alderen 18-29 år uføretrygd, hvilket tilsier at antall unge som mottar uføretrygd har økt med 145 prosent de ti siste årene. Andelen unge i befolkningen som mottar uføretrygd har også økt kraftig over tid. I 2010 mottok 1,2 prosent av 18-29-åringene uføretrygd. Ved utgangen av 2019 mottok 2,4 prosent av aldersgruppen uføretrygd, hvilket innebærer en dobling over en tiårsperiode (NAV, 2020).

Førtallet av unge uføretrygdede har en psykisk lidelse som årsak til uførheten. Ved utgangen av 2015 hadde 62 prosent av nye uføre i aldersgruppen 18-39 år en psykisk lidelse som uførediagnose (NAV, 2020). Andelen med psykisk lidelse som uførediagnose var noe høyere blant unge menn (72 prosent) enn blant unge kvinner (53 prosent). Siden 90-tallet har det vært en kraftig økning i psykiske lidelser som årsak til uførhet blant uføre i alderen 20-29 (Brage & Thune, 2015). Men diagnosene som oppgis som årsak til at uføretrygd innvilges varierer med alder. Blant 18-19-åringene er årsaken oftest psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Blant de eldre, i aldersgruppene 20-24 og 25-29, er psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming den viktigste årsaken til innvilget uføretrygd.

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har med dette som bakgrunn lyst ut et oppdrag om innstrømmingen av unge til uføretrygd. Formålet med oppdraget har vært å lære mer om årsakene til at antall unge som mottar uføretrygd øker. Oslo Economics og Frischsenteret har sammen gjennomført oppdraget. Oslo Economics har hatt ansvar for prosjektet som helhet. Rapporten er delt inn i fem deler, som belyser ulike aspekter ved psykisk helse blant unge og innstrømming til uføretrygd:

Del 1: Psykiske helseproblemer blant unge – en litteraturgjennomgang. Her har vi kartlagt forskningslitteraturen om psykiske helseproblemer blant unge, herunder betydningen av utviklingen i psykiske lidelser, endret diagnosepraksis og betydningen av psykiske helseproblemer for senere utdanning og arbeid.

Del 2: Utvikling i psykiske diagnoser blant unge. I denne delen benytter vi opplysninger fra fastlege-tjenesten og fra spesialisthelsetjenesten for å kartlegge utviklingen i omfang av psykiske diagnoser blant unge over tid.

Del 3: Psykiske lidelser blant unge uføre i årene forut for uførhet. I denne delen ser vi nærmere på helsehistorikken til unge som har fått innvilget uføretrygd. Vi følger utvalgte kull bakover i tid for å undersøke omfanget av psykiske diagnoser i årene før innvilgelse av uføretrygd. Vi sammenligner også utvalgte fødselskull.

Del 4: Unge uføre og deres vei til uføretrygd. I denne delen kartlegger vi kjennetegn ved nye unge mottakere av uføretrygd, og undersøker om sammensetninger av gruppen er endret over tid. Vi kartlegger også deres aktiviteter i utdanningssystemet, i arbeidsmarkedet og i NAV-systemet i årene før de fikk innvilget uføretrygd, og sammenligner kohorter for å avdekke eventuelle endringer over tid.

Del 5: Bidrar medikalisering av barn og unge til utstøtning fra skole og arbeidsliv? I denne delen utnytter vi (uforklart) variasjon mellom kommuner i andelen av ungdommer under 19 år som tilordnes en diagnose for et psykisk helseproblem. Forenklet sammenligner vi utfall i skole og arbeidsliv for ungdom som vokser opp i kommuner med ulik sannsynlighet for å bli registrert med en psykisk lidelse, kontrollert for den sosioøkonomiske sammensetningen av befolkningen. Vi reiser spørsmål om sykdomsfokuset i samfunnet kan ha blitt for stort i forhold til ungdoms alminnelige utfordringer og problemer.

Datagrunnlag

Rapporten er i hovedsak basert på analyse av registerdata. Målgruppen for analysen har vært personer som ble innvilget uføretrygd i alderen 18-29 år, hovedsakelig i perioden 2002-2017. Vi har innhentet opplysninger om alle individer i de utvalgte fødselskohortene (1973-1997) for å sammenligne unge som ender opp med uføretrygd, med unge som ikke gjør det.

Analysen baserer seg på administrative registerdata på individnivå fra flere registre. Fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har vi mottatt opplysninger om individenes bakgrunn (herunder kjønn, fødselsår, fødeland, innvandringskategori, bostedskommune og foreldrenes inntekt), samt utdannings-, arbeidshistorikk.

Vi har innhentet opplysninger om mottak av helse- og arbeidsrelaterte trygdeytelser fra FD-trygd (Forløpsdatabasen-Trygd). I analysen fokuserer vi på tilgangen til uføretrygd. Vi har slått sammen ytelsene uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad (TU), siden individer som mottok tidsbegrenset uførestønad som regel ble innvilget uføretrygd på et senere tidspunkt. I rapporten omtales uføretrygd og tidsbestemt uførestønad samlet som uføretrygd.

Fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) har vi innhentet opplysninger om kontakter med primærhelsetjenesten, og særlig fastlegetjenesten. For hver kontakt en pasient har med en behandler, lagres det informasjon om blant annet pasient, behandler, dato og takst. Vi har brukt opplysninger om diagnose på regningskortet for å kartlegge omfanget av ulike diagnoser i populasjonen. Fra Norsk Pasientregister har vi på tilsvarende måte hentet ut opplysninger om behandling i spesialisthelsetjenesten.

For å innhente bakgrunnsinformasjon om praksis for diagnostisering av psykiske lidelser har vi gjennomført enkelte intervjuer med aktører i helsesektoren, både klinikere og forskere. Intervjuene har berørt problemstillinger knyttet til praksis for diagnostisering av psykiske lidelser i Norge, hvorvidt diagnosepraksis har endret seg over tid, hva som eventuelt kan forklare endringer i diagnosepraksis og andre mulige årsaker til utvikling i omfang av psykiske diagnoser blant unge.

En nærmere beskrivelse av datagrunnlag og metode finnes i de ulike delene av rapporten.

Helserelaterte ytelser fra NAV

Varig uføretrygd er en ytelse som skal sikre inntekten til personer som har fått sin inntektsevne varig nedsatt grunnet sykdom eller skade. Varig uføretrygd kan innvilges personer i alderen 18-67 år.

Mellom 1. januar 2004 og 1. mars 2010 kunne personer som oppfylte vilkårene for varig uføretrygd, men hvis arbeidsevne var forventet å bedres på sikt, bli innvilget tidsbegrenset uførestønad (TU). Den øvre grensen for TU var fire år, men det var mulig å forlenge perioden.

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en midlertidig helserelatert ytelse som kan innvilges personer som har fått arbeidsevnen nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom. Et vilkår for å få AAP er at man deltar aktivt i prosessen med å komme i arbeid. Det innebærer at man skal være i behandling eller delta i arbeidsrettede tiltak, og at det skal foreligge en aktivitetsplan.

AAP erstattet de tidligere midlertidige ytelsene atferingspenger, rehabiliteringspenger, tidsbegrenset uførestønad, som ble brukt frem til 1. mars 2010.

1. Psykiske helseproblemer blant unge - En litteraturgjennomgang

Ole Røgeberg, Frischsenteret

Sammendrag

Andelen uføretrygdede under 30 år i Norge er i vekst, og særlig diagnoser knyttet til psykiske lidelser har vist en økning. Flere ulike forklaringer kan vise seg å være relevante for å forstå utviklingen. Utviklingen kan reflektere en reell økning i psykiske lidelser, men tallene kan også være påvirket av slikt som endringer i diagnostiseringstidspunkt og diagnoser for psykisk syke (slik at de diagnostiseres og får innvilget uføretrygd i yngre alder enn tidligere fødselskull), en endring i alvorlighetsgraden som kreves for få innvilget uføretrygd, endringer i arbeidslivet som gjør det vanskeligere å stå i jobb med psykiske plager, osv.

I dette kapittelet, som ble levert som en egen delrapport i prosjektet, har vi kartlagt forskningslitteraturen om psykiske helseproblemer blant unge, herunder betydningen av utviklingen i psykiske lidelser, endret diagnosepraksis og betydningen av psykiske helseproblemer for senere utdanning og arbeid. Rapporten søker å sammenfatte hva vi vet om utviklingen i psykisk helse i nyere tid, hvilke faktorer som bidrar til å forklare forskjeller i psykisk helse, foreslåtte hypoteser som kan forklare en økning i nyere tid, og betydningen av psykiske plager i ungdomstiden for senere arbeidsmarkedsutfall.

Psykiske lidelser, som depresjon, generalisert angst og ADHD, er definert gjennom diagnostiske system, der hver diagnose er definert ved spesifikke symptom og symptomomfang. Psykiske lidelser opptrer i noen grad sammen, ved at de som har én lidelse ofte vil ha også høyere sannsynlighet for å ha andre lidelser (komorbiditet). Et viktig skille er mellom internaliserende og eksternaliserende lidelser. De internaliserende lidelsene, som angst og depresjon, har symptomer som er vendt «(inover)», viser seg i sinnsstemning og følelsesliv, og sees oftere hos kvinner. Eksternaliserende lidelser som ADHD og rusproblemer, har symptomer som er vendt «(utover)», viser seg i atferd, og sees oftere hos menn.

Kunnskapen om utbredelsen av og utviklingen i psykiske lidelser er begrenset, og epidemiologiske forskningsstudier kommer pga. forskjellige forskningsmetoder og målgrupper også til heterogene/forskjellige resultater. Data på diagnoser i helsevesenet er ofte utilstrekkelig, av begrenset/dårlig kvalitet og ikke representativ for hele populasjonen, siden andelen som får behandling varierer over tid med faktorer som åpenhet rundt lidelsene, kunnskap blant leger og tilgjengelige diagnose- og behandlingsmuligheter. De mest pålitelige resultater kommer fra store undersøkelser som bruker strukturerte og standardiserte intervjuer knyttet til etablerte diagnosekriterier for de vanligste lidelsene i et representativt utvalg av befolkningen. Siden dette er dyrt og tidkrevende gjøres det relativt sjeldent, og det er nødvendig å basere seg på andre data som kan gi relevant informasjon: Spørreundersøkelser som spør om psykiske plager nært knyttet til diagnoser (men utilstrekkelig til å avgjøre om en lidelse er til stede), data på kliniske diagnoser og behandling i spesialisthelsetjeneste eller hos fastlege ofte bestemt uten standardiserte intervjuer, reseptregister og dødsårsaksregister. Bildet som tegner seg fra disse kildene tyder på at det kan ha vært en økning i psykiske plager og lidelser blant ungdom de siste ti årene, som ikke fullt ut har rullet å bli fanget opp/vist av den populasjonsbaserte epidemiologiske forskningen.

Årsaksfaktorene bak psykiske helseproblemer er til dels genetiske, og risikoen for å utvikle ulike typer lidelser henger i noen grad sammen og blir ofte forklart med en biopsykososial forklaringsmodell.

I tiden etter puberteten har kvinner høyere forekomst enn menn av internaliserende lidelser som angst og depresjon. Hypoteser knyttet til kjønnsforskjellen i forekomsten av psykiske helseproblemer peker på biologiske forskjeller i stressregulering, forskjeller i oppdragelse og kjønnsroller, kroppspress, samt forskjeller i kvinners og menns sosialiseringbehov og -åpenhet rundt psykiske symptomer og problemer.

Siden den antydende forverrede psykiske folkehelsen er et relativt nytt fenomen/observasjon er det foreløpig ikke avklart hverken om denne forverringen er reell og varig eller hva den eventuelt skyldes. I USA har mye av diskusjonen gått på sosiale mediers rolle, samt redusert «(modnings)hastighet» i form av utsettelse av voksenrollen. Denne hypotesen er omstridt, og en rekke andre mulige faktorer som f.eks. tidligere seksualisering, prestasjonspress, mobbing og annet bør også undersøkes videre.

Det gjenstår å se i hvilken grad denne forverringen vil gi utslag i antallet med uføretrygd hos NAV. Ser man på statistikken fra NAV har det vært en vedvarende økning i andelen som innvilges uføretrygd i ung alder (under 20), men dette er først og fremst alvorlig funksjonshemming og tunge psykiske lidelser som autisme. Ved psykiske lidelser med større behandlingspotensiale vil det gjennomføres både helse- og arbeidsrettede tiltak før det eventuelt innvilges uføretrygd. Indikasjoner på psykiske lidelser vil videre ha en progresjon over tid, ved at vi først ser dem som psykiske plager i befolkningsundersøkelser. I den grad problemene vedvarer og forsterkes dukker de etter hvert opp i helsevesenet (primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og i reseptregisteret), og det vil først være senere at de utløser langvarige helserelaterte ytelser som AAP, og til slutt eventuelt uføretrygd. Dette samspillet mellom ulike ytelser trekkes også frem av NAV, som påpeker at et tydelig fall rundt 2010 i nye tilfeller av uføretrygd i alderen 20-29 i stor grad skyldes innføringen av AAP (Bragstad 2018). AAP skal i utgangspunktet ha en maksimal varighet på fire år, og fire år etter innføringen ser man dermed en kraftig vekst i nye uføretilfeller. Mer nyanserte analyser av diagnose, ytelsesforløp og helse vil bli gjennomført i senere deler av det pågående prosjektet.

Konklusjon

Det er foreløpig også uklart hvor viktig en eventuell forverring av psykisk helse er for arbeidsmarkedsutfall og utdanning. Forskning fra Norge finner at symptomer på eksternaliserende lidelser har større konsekvenser for utdanningsforløp og lønn enn de internaliserende lidelsene som ser ut til å være i økning hos yngre kvinner. Derimot har slike ungdomsplager, særlig de internaliserende, en kraftigere sammenheng med risikoen for å falle utenfor arbeidsmarkedet. Det har blitt hevdet at arbeidslivet har blitt mer krevende å stå i for folk med psykiske plager, men dette virker ikke å ha blitt undersøkt i særlig grad i Norge. Dette kan være viktig å undersøke, da forskning tyder på endringsprosesser i det norske arbeidslivet som fører til at enkelte grupper (særlig menn fra lavinntektsfamilier) i større grad faller utenfor nå enn tidligere. Dersom dette også skulle vise seg å gjelde de med svak psykisk helse, og dersom økningen i psykiske plager hos ungdom reflekterer en svekket psykisk helse relativt til tidligere fødselskull, tilsier dette at vi kan forvente økt innstrømming til uføretrygd eller langvarige medisinske støtteordninger også videre – men det er viktig å understreke at dette er noe som må undersøkes og ikke en konklusjon.

1.2 Innledning

1.2.1 Bakgrunn

Blant unge voksne i alderen 18-29 har andelen med innvilget uføretrygd mer enn doblet seg i perioden 2010 til 2019. Mens 1,3 prosent i denne aldersgruppen var uføretrygdede i 2010, var det 2,4 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe som var uføretrygdede i 2019 (NAV, 2020). Over halvparten av de unge som mottar uføretrygd gjør dette grunnet psykiske lidelser (Ellingsen, 2018). Selv om unge utgjør en liten andel av det totale antallet uføretrygdede, er det av flere årsaker spesielt problematisk at flere unge innvilges uføretrygd. For det første er dette problematisk for de unge uføre selv. De rammes økonomisk over en stor del av livsløpet, i tillegg til at livskvaliteten forringes ved manglende deltakelse i arbeidslivet og felleskap for øvrig. For det andre medfører den økende andelen unge uføretrygdede en vesentlig samfunnskostnad, siden det erfaringsmessig er få som vender tilbake til arbeid. Ved at potensielle produktive arbeidstakere trer ut av arbeidsstyrken i ung alder påføres det offentlige store kostnader i trygdeutbetalinger, i tillegg til at samfunnet går glipp av mye verdiskapning fra individer i arbeidsfør alder.

De siste årene har flere mulige årsaker til den økte tilstrømmingen blitt løftet frem. Foreliggende studier peker særlig på økningen i antall unge uføretrygdede med psykiske lidelser (Brage & Thune, 2015) og endringer i diagnosepraksis (Berg & Thorbjørnsrud, 2009) som potensielle drivere i uføretilstrømmingen.

1.2.2 Vårt oppdrag

Oslo Economics og Frischsenteret gjennomfører på oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet et prosjekt som undersøker årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge.

Innen rammene for prosjektet skal vi framskaffe informasjon om karakteristika ved unge uføre, samt veien til uføretrygd. Vil skal også undersøke nærmere betydningen av utviklingen i psykiske lidelser, endret diagnosepraksis og samspillet mellom diagnose og helsetilstand for innstrømming til uføre.

Som en del av dette prosjektet har Ole Røgeberg ved Frischsenteret utarbeidet en litteraturgjennomgang om utviklingen i psykisk helse blant unge. En motivasjon bak denne studien er å vurdere om den økte andelen unge uføretrygdede med diagnoser knyttet til psykiske lidelser helt eller delvis kan komme av en endring i den psykiske helsetilstanden i den yngre befolkningen. Det vurderes også om strukturelle endringer kan ha bidratt til at arbeidslivet i en mindre grad enn tidligere har plass til unge med psykiske problemer. Røgeberg vil særlig takke

psykologspesialist Simon-Peter Neumer, til daglig ansatt ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, for gode bidrag og innspill, samt prosjektleder Susanna Sten-Gahmberg fra Oslo Economics. Røgeberg understreker at gjenværende feil/mangler er hans ansvar.

Denne rapporten gir en oversikt over psykisk helse blant ungdom og unge voksne de siste tiår og svarer på spørsmål som: Hva mener vi med psykisk helse? Hva er de vanligste lidelsene? Hvordan har utviklingen vært i Norge? Hva vet vi om årsakene til psykisk helse og endringer over tid? Og hvilken rolle spiller psykiske plager i ungdomstiden for senere utfall i utdannings- og arbeidsmarkedet?

1.2.3 Avgrensning

I tråd med prosjektets målsetning vektlegges aldersgruppen fra 15-30, mens tall for andre aldersgrupper trekkes inn som sammenligningsgrunnlag ved behov. Gitt prosjektets fokus fokuserer rapporten særlig på endringer i psykisk helse hos unge voksne i Norge, mens materialet om årsaker og konsekvenser drar på internasjonal forskningslitteratur. Denne ble identifisert gjennom innledende søk i vitenskapelige databaser etter nyere materiale om utvikling i psykisk helse og ungdom og psykisk helse. Etter å ha identifisert sentrale kilder (høyt siterte oversiktsarbeider) ble videre litteratur avdekket gjennom referanselister, hypoteseoversikter og litteraturgjennomganger i identifiserte artikler, utfyllt med videre, målrettede søk i vitenskapelige databaser. Dette ble gjort iterativt i flere runde.

1.3 Hva mener vi med psykisk helse?

1.3.1 Psykisk helse, plager og lidelser

«(Psykisk helse) er et begrep som brukes på ulike måter og henviser til ulike ting. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) omtaler Verdens Helseorganisasjon psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker.»

En slik definisjon av psykisk helse er bredere enn vi vil legge til grunn i denne rapporten. Vårt fokus er på psykiske helseproblemer, og dette bør åpenbart være snevrere enn f.eks. «(fravær av velvære.)» Alle vil oppleve perioder eller episoder som er ubehagelige eller vanskelige, men psykiske helseproblem peker mot noe mer alvorlig. Løselig kan vi beskrive dette som en

tilstand der følelseslivet eller atferden blir alvorlig forstyrret («ute av proporsjon») til situasjonen man befinner seg i, på en slik måte at personens egen atferd eller opplevelse blir til en byrde i seg selv for personen eller personens omgivelser.

Psykiske helseproblemer i denne forstand er ikke noe nytt, men mye av terminologien rundt slike vansker er ny. I moderne tid har man utviklet diagnostiske verktøy som definerer spesifikke **lidelser**, og både antallet lidelser, deres benevnning og kriterier har endret seg over tid. De mest kjente og brukte diagnosesystemene i dag er DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), utarbeidet av den Amerikanske Psykiatriforeningen, og ICD (International Classification of diseases), utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). DSM som kun tar for seg psykiske lidelser, ble først publisert i 1952 og sist oppdatert i 2013 (DSM-5), mens ICD er et diagnosesystem som tar for seg helseproblemer mer generelt, men som har inkludert psykiske lidelser siden 1948, med siste oppdatering i 2018 (ICD-11).

Psykiske lidelser skiller seg fra psykiske **plager**, som er et løserer (og «letterer») begrep enn psykiske lidelser, og henviser til symptomer som er relatert til ulike psykiske lidelser, men uten at alle diagnosekriteriene er oppfylt. Med andre ord: Alle som har psykiske lidelser vil oppleve psykiske plager (siden plagene inngår i de diagnostiske kriteriene), men ikke alle med psykiske plager vil ha (eller få) psykiske lidelser (siden det kan være ytterligere kriterier, som varighet eller alvorlighetsgrad av symptomer, som ikke er oppfylt). Fordelen med begrepet psykiske plager fremfor lidelser er at de er enklere å bestemme med hjelp av spørreskjema og kan derfor inkluderes i ulike spørreundersøkelser som gjennomføres rutinemessig/hyppig (som ung i Norge, levekårsundersøkelsen, osv.). Ulempen er at psykiske plager er mindre tydelig definert og at selve definisjonen hva som kan anses som en psykisk plage kan variere sterkt fra undersøkelse til undersøkelse.

1.3.2 Faglig debatt rundt begrepet psykiske lidelser

Prinsippene bak diagnostiske system for psykiske lidelser er under stadig debatt og revisjon. Fra sosiologisk hold har det blitt hevdet at diagnosesystemene til dels utgjør en medikalisering av samfunnets syn på sosialt avvik, med homofili som et tydelig eksempel som inngikk som en diagnose i DSM frem til 1980. Et slikt perspektiv kan gi et viktig utenfra-blikk på deler av psykiatrien, men kan fremstå søkt som forståelsesramme for lidelser som tung depresjon eller psykose.

Også i fagfeltet har diagnosesystemet vært omdiskutert. Her er særlig to diskusjoner verdt å nevne.

Den første omhandler «eksplosjonen» i ulike diagnoser. Den første utgaven av DSM hadde rundt 100 diagnoser, men over tid økte antallet til rundt 300 i DSM-IV. Spørsmålet er om en slik fininndeling er formålstjenlig. Det har blant annet blitt hevdet at dette gjør diagnostisering mer komplisert for behandlere og at det tilslører likheter mellom ulike tilstander som burde vært sammenslått. Et godt eksempel på dette er en analyse av data fra et longitudinelt studie av et fødselskull i byen Dunedin, en by på størrelse med Drammen (Caspi et al. 2014), der forskerne fant tegn til at det finnes en underliggende tilbøyelighet til å oppleve psykiske problemer som varierer over individer og har nevrologiske spor som kan sees allerede ved tre-årsalderen, og dernest en tilbøyelighet til å oppleve psykiske problemer av en bestemt klasse. De mer spesifikke lidelsene fremstod mer som ulike uttrykk disse problemene fikk. Ut ifra en lignende tankegang har andre tatt til orde for at depresjon og angst best anses som ulike utslag av et felles sett med underliggende prosesser (som økt oppmerksomhet rettet mot trusler, fokus på jeg-et, søken etter sikkerhet, bekymring, og forsøk på å undertrykke tanker) (Mansell and McEvoy 2017).

En foreslått løsning på dette problemet er å etablere en mer overordnet «metastruktur» som grupperer de ulike diagnosene innenfor bredere klasser med underliggende likheter (f.eks. nevrokognitiv svikt (som demens), nevrokognitive utviklingsproblemer (som læringsvansker), psykoser (som schizofreni), emosjonelle problemer (som depresjon og angst) og eksternaliserende problemer (atferdsproblemer som antisosial personlighetsforstyrrelse og problemer knyttet til rusmiddelbruk)).

Et annet sentralt diskusjonspunkt tar for seg det dikotome (ja/nei) aspektet ved dagens diagnosesystem, som sier at en person har en diagnose dersom minst X av Y kriterier er oppfylt. Mot dette har det blitt innvendt at psykiske problem i større grad bør anses som ekstremutslag av problemer alle har i varierende grad. Ut fra et slikt synspunkt er det ikke snakk om «enten eller» men «i hvilken grad» man har et problem: Alle kan ha engstelse iblant, noen har mer enn andre, og enkelte har en så sterk og vedvarende engstelse at det skaper problemer. Å trekke en klar grense mellom de som har og ikke har et problem blir da vanskeligere, på samme måte som det er vanskelig å si nøyaktig når noen med pågående hårtap blir «skallet.» Argumentet må ikke misforstås dithen at «alle egentlig er like», men forstås slik at det er en kontinuitet i den forstand at problemet har en fordeling over befolkningen som gjør at man kan velge å fokusere på grupper med mer eller mindre ekstreme og uvanlige nivåer på f.eks. engstelse eller depressive tanker. Den nøyaktige «terskelverdien» som brukes for å karakterisere noen som «deprimerte» vil da i noen grad være vilkårlig,

og vil avhenge av hvor alvorlige disse problemene må være før de anses som tilstrekkelig til å «fortjene» en diagnose.

Disse mer generelle utfordringene med utviklingen av diagnosesystemer har mindre betydning for problemstillingene som undersøkes i denne rapporten: Vi er mest opptatt av et mindre knippe av de mer utbredte diagnosene, og vil se på undersøkelser som måler plager og lidelser på samme måte over tid. Det som derimot kan være en utfordring når vi bruker diagnosedata fra helsevesenet er variasjon i hvordan diagnosekriterier benyttes og variasjon i vurderingen av alvorlighetsgrad. I praksis vil nok en del leger og fagfolk kunne sette diagnoser uten å gå veien om strukturerte og standardiserte diagnostiske intervjuer, og i vurderingen av funksjonsnivå vil ulike fagpersoner kunne ha ulike oppfatninger.¹

I det videre vil vi ofte referere til «internaliserende» og «eksternaliserende» lidelser og plager snarere enn spesifikke lidelser. Internaliserende og eksternaliserende lidelser er to hovedkategorier av mentale lidelser som omfatter de mest utbredte plagene og lidelsene vi er opptatt av her. Internaliserende lidelser er lidelser som slår ut i «indre» plager, som depresjon, angst, traumatisering, og spiseforstyrrelser. Disse er ikke nødvendigvis direkte synlige eller noe man legger merke til hos en ukjent person. Internaliserende lidelser kan ramme begge kjønn, men er vanligere hos kvinner. Eksternaliserende lidelser, på sin side, retter seg mot miljøet rundt personen og gir seg utslag i endret, maladaptiv og mer utagerende atferd. Slike problemer er derfor lettere å legge merke til. Eksempler på disse er ADHD, atferdsproblemer, rusproblem og antisosial personlighetsforstyrrelse. Disse er typisk vanligere hos menn enn kvinner.

1.3.3 Hva er en diagnose?

Når det gjelder enkeltlidelser defineres som nevnt disse i form av symptomkriterier, og det kan være nyttig å ha sett et par eksempler på slike definisjoner. **Depresjon** i DSM-5, for eksempel, innebærer at en person over en to-ukers periode skal ha opplevd fem eller flere av en liste på 8 symptomer, og at minst ett av de tilfredsstilte symptomene skal være nedtrykt humør eller redusert interesse/glede. De 8 kriteriene (i egen uformell oversettelse) er:

1. Deprimert humør mesteparten av dagen, nesten hver dag.
2. Klart redusert interesse av eller glede ved alle, eller nesten alle, aktiviteter, mesteparten av dagen, nesten hver dag.

3. Markert vekttap (utenom slankeforsøk) eller vektøkning, eller økning/reduksjon i appetitt nesten hver dag.
4. Tregere tankegang eller redusert fysisk aktivitetsnivå (observert av andre – ikke bare en subjektiv oppfatning av uro eller treghet).
5. Slapphet eller redusert energi nesten hver dag.
6. Følelse av verdiløshet eller overdreven/upassende skyldfølelse nesten hver dag.
7. Redusert evne til å tenke eller konsentrere seg, eller beslutningsvegring, nesten hver dag.
8. Gjentatte tanker om døden, gjentatte tanker om selvmord uten noen spesifikk plan, eller selvmordsforsøk eller spesifikke planer for selvmord.

Symptomene må videre forårsake betydelige plager eller svekkelse sosialt, yrkesmessig eller på annen viktig funksjonsarena, og de må ikke skyldes rusbruk eller andre medisinske forhold.

Kriteriene for angstlidelser følger en liknende mal, men har andre symptomer. En generalisert angstlidelse, for eksempel, innebærer hyppig forekomst av angst eller engstelse over en lengre periode (6 måneder), der angsten er vanskelig å kontrollere, ledsaget av minst tre symptomer fra en liste (slitenhet, redusert konsentrasjonsevne, muskelplager/sårhet, søvnproblemer og lignende), og der problemene ikke skyldes rusproblemer eller andre medisinske forhold. Andre angstlidelser har sine egne definisjoner, og krever at engstelsen er knyttet til bestemte objekter/situasjoner (fobi) eller gir spesifikke utslag som panikkangst (anfall med kroppslige symptom som hjertebank, svetting, skjelving og pustevansker).

Både depresjon og angst er internaliserende lidelser. ADHD, et eksempel på en eksternaliserende lidelse, har en lignende type definisjon, men kriteriene er mer fokusert på ytre atferd: Et vedvarende atferdsmønster som indikerer manglende oppmerksomhet eller hyperaktivitet som kommer i veien for normal utvikling eller fungering. Personen skal oppfylle minst seks kriterier for enten svekket oppmerksomhet (f.eks., lett distraheret, glemmer forpliktelser i hverdagen, slurver, problemer med vedvarende oppmerksomhet) og/eller hyperaktivitet/impulsivitet (f.eks. snakker for mye, problemer med å vente på tur, avbrytelser, vansker med å sitte stille). Symptomene må ha vært til stede før fylte 12 år, flere av symptomene må ha vist seg i to eller flere ulike settinger (som skole, hjemme, med venner), og de må ha en klar negativ innvirkning på hvordan man fungerer sosialt, akademisk eller yrkesmessig.

¹ I tillegg til at man må oppfylle/vise noen av de symptomer som anses som sentral for en diagnose, så krever de fleste diagnosene at funksjonsnivå er betydelig nedsatt og

symptomene må være av en bestemt minimumsvarighet (f.eks. 2 eller 4 uker).

1.4 Utvikling i psykisk helse over tid

1.4.1 Måleproblem

Det finnes dessverre begrenset med data når det gjelder utviklingen i forekomsten av psykiske lidelser over tid. De beste dataene kommer fra representative diagnosebaserte befolkningsundersøkelser, som amerikanske NCS (National Comorbidity Survey) eller britiske Adult Psychiatric Morbidity Survey. Disse er tidkrevende og kostbare undersøkelser, der deltagere rekrutteres på en måte som skal sikre at de i størst mulig grad er representative for befolkningen, og der trenede intervjuere oppsøker deltagere fysisk og stiller spørsmål som kan ta inntil tre timer for å diagnostisere de lidelsene man ønsker å dekke. For enkelte mer kompliserte diagnoser som mistenkes (f.eks. Asperger syndrom) kan det også være aktuelt å be om et oppfølgingsintervju gjennomført av klinisk trente intervjuere for å sikre at også slike tilstander kartlegges korrekt.

I tillegg kompliseres data om utvikling over tid ved at undersøkelsene bruker diagnostiske kriterier, men disse kriteriene (og lidelsene de refererer til) er under stadig debatt og revisjon. Tall fra ulike land og ulike perioder kan derfor være vanskelige å sammenligne. Ofte vil man forsøke å danne seg et bilde både av hvor utbredt eller hyppig forekommende («prevalent») ulike lidelser er på et gitt tidspunkt (f.eks. i løpet av siste uke, 8 dager) – såkalt punktprevalens – men også hvor utbredt de er («over livsløpet») – såkalt livstidsprevalens. Her anses livstidsprevalensen for å være mindre presist anslått, siden den er retrospektiv, basert på hvordan folk mener å huske at de hadde det tidligere i livet. Da hukommelse ikke er helt nøyaktig, kan det være svært vanskelig for en 50-åring å gi et korrekt bilde av hvordan ens mentale helse var som f.eks. tenåring med forskjellige sykdomsepisoder.

En ytterligere begrensning for vårt formål er at dekningen og presisjonen i slike undersøkelser blir mindre ettersom man snevrer inn gruppen man er interessert i. Siden vi er primært opptatt av ungdom og unge voksne og siden vi ønsker å se på forskjeller i utviklingen mellom kvinner og menn, vil det være ytterligere begrenset hvor godt bilde vi kan danne oss av utviklingen over tid.

I lys av dette har det vært nødvendig for forskere å også trekke på andre datakilder, som antallet som er i kontakt med helsevesenet eller mottar behandling, indikatorer som selvmord og kriminalitet, samt ulike typer survey-undersøkelser med spørsmål som fanger

opp psykiske plager uten å kunne brukes til å diagnostisere psykiske lidelser som sådan. Slike data er beheftet med sine egne usikkerhetsmomenter: Dersom det er en økt åpenhet og aksept for psykiske plager så vil antallet som rapporterer plager eller er i behandling, kunne øke selv om den underliggende prevalensen er konstant. Bedret kunnskap om psykisk helse blant leger, bedre diagnostiske verktøy eller bedre opplæring og veiledning i bruk av eksisterende verktøy, og ikke minst et større og bedre kjent behandlingsrepertoar kan også bidra til å påvirke slike tall. I sine forsøk på å forstå utviklingen har forskere derfor forsøkt å danne seg et bilde av utviklingen ved å se på evidensen i sammenheng, utnytte styrker og ta hensyn til svakheter ved ulike typer studier og indikatorer.

En viktig datakilde vil være mål på psykiske plager over tid. For at disse skal være informative må man anta at endringer over tid gjenspeiler endringer over tid i de lidelsene vi er opptatt av. I noen grad kan dette undersøkes ved å triangulere med andre datakilder, som henvendelser i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlegen, eller utskriving av resepter, men det er alltid en risiko for at endringer også kan skyldes andre faktorer, som endret åpenhet rundt eller aksept for psykiske plager. For å undersøke dette, analyserte svenske forskere endringer i psykiske plager over en periode på 23 år. Når de så på utviklingen i andelen med «psykiske plager og nedsatt fungering»², der de psykiske problemene måtte henge sammen med mer «objektive» problemer i hverdagen, var trendene de samme som man så hvis man kun så på andelen med «psykiske plager» alene (Geelen and Hagquist 2016). Dette tyder på at endringer i psykiske plager henger sammen med endringer i funksjonsnivå og uttrykker noe mer enn bare endringer i åpenhet eller ordbruk rundt et stabilt psykisk helsenivå.

1.4.2 Internasjonale trender i psykiske lidelser

En systematisk litteraturstudie fra 2015 viser hvor krevende det er å identifisere utviklingen av psykiske lidelser over tid. Litteraturstudiet samlet resultater fra vitenskapelige publikasjoner som brukte representative survey-undersøkelser med samme diagnostiske kriterier over tid innad i samme land for å studere psykiske lidelser blant barn og unge i befolkningen som helhet (Collishaw 2015).

Den mest dramatiske økningen i barnepsykiatriske diagnoser har ifølge Collishaw forekommet for **ADHD** og diagnoser på **autisme-spekteret**. Mens rundt 0,4 promille av alle barn ble diagnostisert med autisme på sekstitallet så har dette økt til rundt 3-6 promille

vansker med skolearbeid, fellesaktiviteter med familie, fellesaktiviteter med venner, og fysisk aktivitet.

² Nedsatt fungering («functional impairment in daily life») ble målt med skolefravær grunnet sykdom, opplevde

rundt årtusenskiftet og i enkelte land (Sverige og USA, for eksempel) rundt 10 promille. Det er uklart hvor mye av dette som skyldes endringer i diagnostiske kriterier og vår evne til å fange opp slike problemer, og hvor mye som skyldes endring i faktisk utbredelse av lidelsen. Også for ADHD har det vært en sterk rapportert økning i kliniske diagnoser, men her kan det virke som om den økte prevalensen av ADHD-diagnoser i stor grad skyldes en bredere definisjon over tid (som favner om flere) og økt kunnskap blant behandlere. Studier som har forsøkt å måle endringer over tid i foreldre eller læreres rapportering av hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer finner typisk ingen evidens for økt prevalens.

Også for **internaliserende lidelser** (som angst og depresjon) har det vært en økende andel av befolkningen som diagnostiseres i helsevesenet og får behandling – særlig blant tenåringer. Slik variasjon i behandling og diagnostisering kan ikke direkte vise trender i den underliggende lidelsens utbredelse, da det også kan skyldes at en økende andel av de som har problemet får hjelp, men her er det i tillegg ytterligere evidens som tilsier at det kan ha vært en reell endring over tid. Mens tidligere studier har funnet noe sprikende evidens, rapporterer Collishaw at de gjentatte undersøkelsene identifisert gjennom et systematisk litteratursøk finner tegn til en økning over de siste 30 årene i flere land – deriblant også Norge. Økningen er særlig sterk blant kvinner, men det er noe mer uklart om trenden har vedvart også etter 2000.

For **selvskading** og **selvmordsforsøk** er det også tegn til en økning over tid hvis man ser på antallet som krever behandling på sykehus. For fullførte selvmord var det en økning fra 1960 og frem til midten av 1990-tallet i flere land, men en markert nedgang deretter. I hvilken grad dette skyldes endret kategoriseringspraksis, endret stigma, eller endret tilgang på effektive selvmordsredskap er uklart.

For **antisosial atferd** tyder kriminalitetsstatistikk på betydelige endringer over tid i hvor utbredt slike problemer er i ungdomskull. For vestlige land er det typiske mønsteret en økning fra 1960-tallet og fremover til 1990, etterfulgt av et betydelig fall siden. Også for slike data er det en rekke svakheter man bør være klar over: Kriminalitetstall fanger opp volumet av kriminalitet, men siden kriminalitet er konsentrert i en mindre gruppe kan volumet endre seg mer (eller mindre) enn andelen av ulike ungdomskull som er involvert i kriminalitet. Ofte vil også tallene være på befolkningsnivå og ikke brutt ned på aldersgrupper, og de vil også avhenge av hvor mange som rapporterer lovbrudd de utsettes for samt politiets prioriteringer og innsats.

Ser man på atferdsproblemer målt mer direkte i undersøkelser med like mål over tid, tyder tallene på en markant økning i f.eks. Storbritannia i perioden

1974 – 1996, særlig på ikke-aggressive problemer (som løgn, tyveri og ulydighet). Endringene var nokså like for kvinner og menn og ulike sosioøkonomiske grupper. For Norge rapporteres det ingen økning på 90-tallet men noe nedgang siden 2000. For vestlige land under ett virker det som det var en økning frem til tidlig 1990-tall etterfulgt av en nedgang.

Collishaw understreker til stadighet svakhetene i datagrunnlaget og hvordan dette påvirker hvor sikre vi kan være, men påpeker at trendene diskutert over virker plausible ved at de gjenfinnes i ulike typer evidens samtidig som de er spesifikke. Hvis det var en generell «endret åpenhet» om psykiske lidelser og atferdsproblemer som lå bak, for eksempel, ville vi forventet at alle indikatorene og trendene var sammenfallende – noe de ikke er.

1.4.3 Psykisk helse - utvikling i nyere tid

Oppsummert tyder forrige delkapittel på at det har vært en økning i psykiske lidelser blant ungdom i et 30-års perspektiv. Internaliserende lidelser – også i Norge – økte frem til rundt år 2000, med uklar utvikling videre, og økningen var tydeligst blant kvinner.

Utviklingen de seneste år er foreløpig mindre dokumentert i forskningen, men noe litteratur antyder at flere land har opplevd et skifte i unge voksnes mentale helse de siste ti årene. Dette gjelder særlig USA, men vi ser også de samme tendensene i Norge (se kapittel 1.4.4). En årlig representativ undersøkelse fra USA, National Surveys on Drug Use and Health – fant at særlig tenåringer fikk økt forekomst av alvorlige depressive episoder etter 2010, med en økende andel ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester og en økende andel som ble innlagt for problemer etter 2011 (Mojtabai, Olfson, and Han 2016). Denne endringen blir også gjenfunnet i andre datasett, der forskere også har vist at den ser ut til å være særlig sterk hos kvinner og gir utslag i redusert livskvalitet og selvbilde/selvtillit («self esteem») (Twenge, Martin, and Campbell 2018; Twenge, Joiner, Rogers, et al. 2018).

Det er uklart hvor robuste og vedvarende disse trendene er og i hvilken grad de også gjenfinnes i andre land. Et studie fra Island fant en klar vekst i symptomer på både angst og depresjon i perioden 2006-2016 for jenter (men ikke gutter) på 9. og 10. klassetrinn (Thorisdottir et al. 2017), og økningen begynte rundt 2009-2012. En studie fra Wales, derimot, rapporterte stabilt eller fallende nivå på psykiske problemer blant 4-12-åringene mellom 2007/08 og 2012/13 (Langley et al. 2017). Om dette betyr at Wales ikke har en tilsvarende utvikling, eller om det skyldes at trenden primært omfatter eldre ungdom, eller nasjonale karakteristika er uklart,

men et systematisk litteraturstudie fra 2014 indikerer at den negative utviklingen for internaliserende lidelser blant jenter primært vises blant tenåringer (der 5 av 8 studier finner en økning hos jenter) (Bor et al. 2014).

1.4.4 Kunnskap fra Norge

Fra den vitenskapelige litteraturen er en artikkel av von Soest og Wichstrøm et naturlig startpunkt for å beskrive hva vi vet om utviklingen blant unge i Norge (von Soest and Wichstrøm 2014). Artikkelen, som også inngår i datamaterialet gjennomgått av Collishaw, analyserer utviklingen i depressive symptomer blant videregående elever i perioden 1992-2010. Artikkelen baserer seg på Ung i Norge undersøkelsen, og depressive symptomer er målt med samme spørsmål i hver av de tre rundene som var gjennomført av undersøkelsen da artikkelen ble skrevet (1992, 2002 og 2010).

I korte trekk finner forfatterne at en høyere andel gutter og jenter skåret høyt på depressive symptomer i 2002 relativt til 1992, men ingen statistisk signifikant endring mellom 2002 og 2010. Artikkelen forsøker også å undersøke om potensielle forklaringsvariabler kan bidra til å forklare endringene, og finner at spiseproblem, cannabisbruk og (for jenter) endret tilfredshet med eget utseende bidrar til å statistisk forklare utviklingen. Samtidig påpeker forfatterne at studiedesignet gir begrenset mulighet for å avdekke årsaksfaktorer, da de ikke kan utelukke f.eks. omvendt kausalitet: Både cannabisbruk og spiseproblem kan være forårsaket av depressive problemer, og dermed til dels fungere som alternative indikatorer på problemet mer enn underliggende årsaker.

En styrke ved denne studien er at det er de samme spørsmålene som stilles hvert ungdomskull, noe som gjør at vi kan være tryggere på at forskjellene mellom ungdomskull skyldes endringer i ungdommens psykiske tilstand og ikke andre forhold. Helt trygge kan vi ikke være. Som nevnt kan det være endringer i hvor åpne folk er om problemene sine i slike undersøkelser, og det kan også være endringer i hvordan folk vurderer «samme» symptom i ulike ungdomskull. En svakhet er at tallene kun kommer fra tre tidspunkt, og det siste tidspunktet (2010) kommer forut for den perioden der andre datakilder tyder på

særlig vekst i psykiske plager blant ungdom – og da i særdeleshet kvinner.

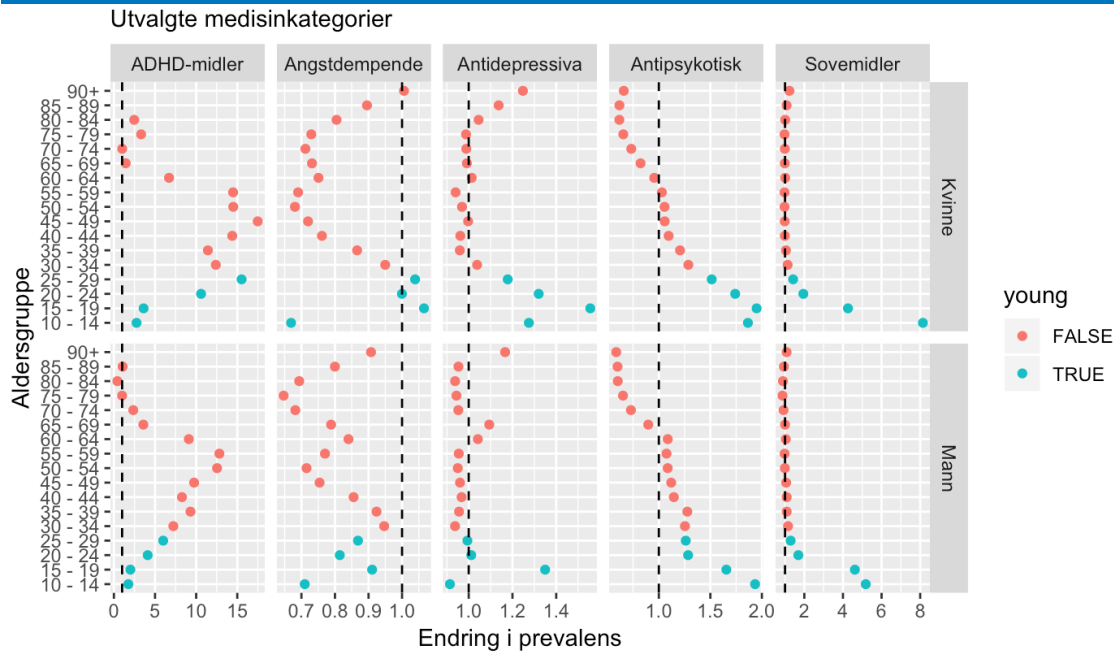
Informasjon fra Reseptregisteret

For å se nærmere på utviklingen i Norge er det ulike indikatorer som kan brukes. Et første overblikk over endringer i ulike aldersgrupper bruker tall fra Reseptregisteret. Disse oppgir antall (per 1000) i ulike aldersgrupper som mottok reseptpliktige medikamenter av ulike slag i hvert år siden registeret ble opprettet i 2004. Vi velger her ut medisin-kategorier som dekker en del av de mer utbredte psykiske lidelsene: antidepressiva, angstdempende, antipsykotiske, ADHD-medisiner og søvnmedisiner. For hver av disse sammenligner vi andelen i hver aldersgruppe som fikk resepter for medikamentet i 2017 med andelen i samme aldersgruppe i 2004. Dette gir oss et oversiktsbilde over utviklingen i medisiner av ulike aldersgrupper i befolkningen, der et tall på f.eks. 2 innebærer at prevalensen av medisiner er doblet i en aldersgruppe fra 2004 til 2017. Vi legger også på en stiple linje for hver figur som viser «ingen endring» over perioden.

Resultatene viser at det har vært betydelige endringer over tid, men utviklingen er ulik for ulike aldersgrupper, kjønn og medisingrupper (Figur 1-1). Hovedtrekket er at unge voksne og tenåringer har hatt en mer negativ utvikling enn andre aldersgrupper, med et tydelig unntak for ADHD-medisiner der forskrivningen har økt betydelig for begge kjønn – men lite blant yngre når vi sammenligner med folk i voksen alder (der andelen med resept har blitt tidoblet eller mer).

For de resterende medisinkategoriene har unge hatt en klar økning i medisinbruk som ikke gjenfinnes hos eldre. Dette gjelder særlig for jenter og unge kvinner. Figuren viser også at økningen er særlig høy for sovemidler, der andelen med resept i de yngste aldersgruppene har blitt mer enn firedoblet. For antidepressiva er økningen mer moderat (20-60% økning). For angstdempende medisiner er resept-nivået omtrent som før for de yngste kvinnene, men dette utgjør likefullt en økning *relativt til andre aldersgrupper*. Blant kvinner over 40 har andelen som mottar resept for slike medisiner falt med rundt 30%, og det stabile nivået blant unge kvinner kan derfor tolkes som en relativ økning.

Figur 1-1 Endring i prevalens av forskrivning i perioden 2004-2017



Kilde: Reseptregisterets statistikkbank. Figuren viser hvordan andelen med resepter av bestemte slag i hver aldersgruppe har endret seg fra 2004 til 2017. Aldersgrupper yngre enn 30 er markert med blå punkter.

Tallene bak Figur 1-1 kan indikere at yngre – og særlig kvinner – har hatt en mer negativ utvikling i psykisk helse gjennom perioden, men bruken av relative tall lar oss ikke si noe om hvor utbredt dette er eller hvor mange flere som mottar medisiner. For å se på dette henter vi ut tall for antall per 1000 som mottar medisiner av de ulike slagene i ulike aldersgrupper (under 44 år) for hvert kjønn. Disse er vist nedenfor (Figur 1-2).

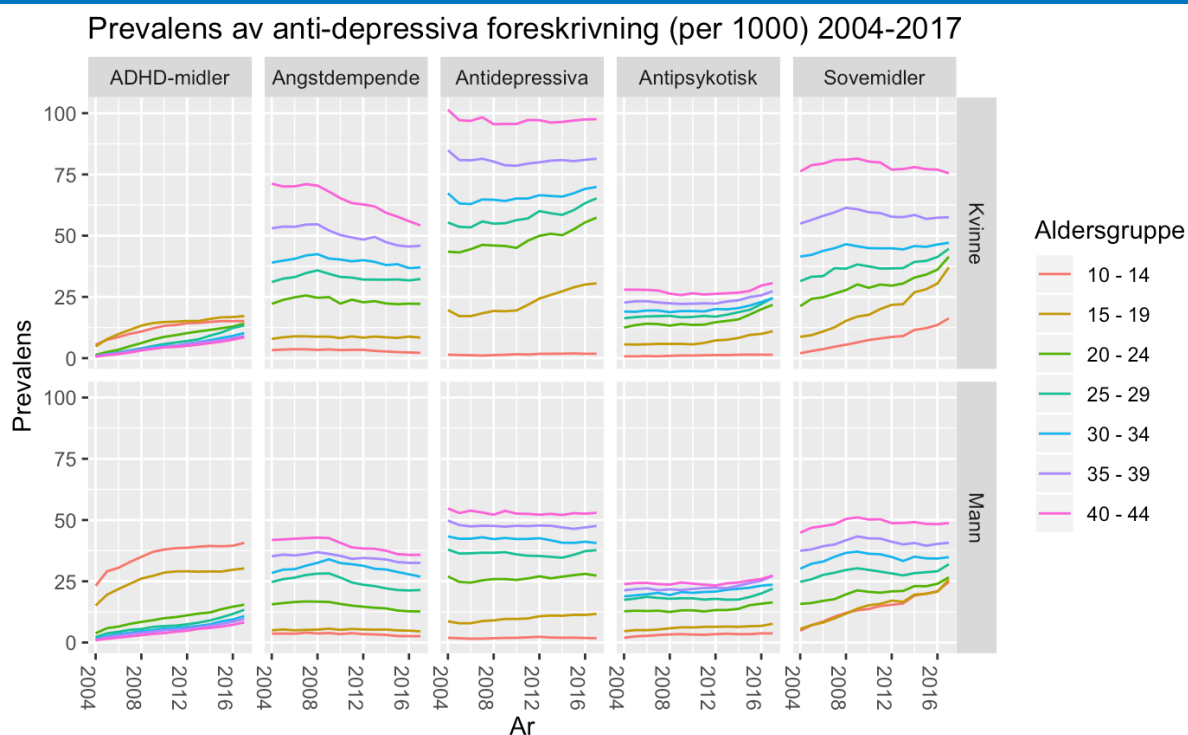
Disse tallene viser hvordan andelen menn og kvinner i ulike aldersgrupper med ulike typer reseptmedisin har utviklet seg gjennom perioden, og viser flere forhold som er verdt å kommentere. Det «typiske» mønsteret er høyere forskrivning for eldre aldersgrupper, noe som går igjen i alle seriene med unntak av ADHD-midler. Den kraftige *relative* veksten for ADHD-medisinering hos eldre reflekterer i stor grad at disse medisinene er blitt vanligere over tid og i liten grad ble skrevet ut til voksne i begynnelsen av perioden. Det er også tegn til at veksten i de yngre aldersgruppene flatet ut i perioden, mens høyere aldersgrupper opplevde fortsatt vekst. Dette kan skyldes at ADHD er en diagnose som har fått økende oppmerksomhet over tid, og menn med ADHD i

tidligere fødselskull kan derfor ha nådd voksen alder uten å ha blitt diagnostisert tidligere.

Det neste som er verdt å bemerke er at både angstdempende, antidepressiva og sovemidler blir skrevet ut hyppigere til kvinner enn menn i aldersgrupper. For alle medisiner unntatt ADHD-midler øker forskrivningen med alder, og for den eldste gruppen vi ser på (40-44) fikk hele 10% av kvinner foreskrevet antidepressiva i disse årene, mens rundt 7.5% av kvinnene i samme aldersgruppe mottok resept på sovemidler.

Dernest er det slående at utviklingen er ulik mellom kjønn og aldersgrupper. Det er tegn til at yngre kvinner ser en større vekst i andelen med reseptmedisin over tid sammenlignet både med menn i samme aldersgrupper og sammenlignet med eldre kvinner. Blant kvinner over 30 år faller forskrivningen av angstdempende – for kvinner under 30 virker den stabil; for antidepressiva og sovemidler er det jevn forskrivningsrate for voksne kvinner og klar vekst hos yngre. For menn fremstår disse mønstrene mer avdempet, med unntak for sovemidler som i økende grad blir skrevet ut til yngre.

Figur 1-2: Utvikling i forskrivning (per 1000) i perioden 2004-2017



Kilde: Reseptregisterets statistikkbank. Figuren viser årlig prevalens (per 1000) i forskrivning av ulike medisintyper innad i hver aldersgruppe.

Sett under ett er disse figurene konsistente med at det har vært en økt forskrivning av ADHD midler og sovemidler for menn og kvinner med større økning av forskrivning av antidepressiva for kvinner enn for menn, og at kvinner ligger på et høyere nivå/prevalens av forskrivning.

FHI-rapporten «Psykisk helse i Norge 2018»

Mønstrene i disse figurene sammenfaller med de indikasjonene som løftes frem i Folkehelseinstituttets rapport om «Psykisk helse i Norge 2018». I tillegg til reseptregisteret trekker denne rapporten på tall fra

- Norsk Pasientregister (NorPD) – som gir oversikt over stilte diagnoser, utførte behandlinger (og ventelister) i spesialisthelsetjenesten, og som primært dekker alvorlige psykiske lidelser som autisme og ADHD hos barn, og tunge rusbruksproblemer, schizofreni og bipolar lidelse hos voksne.
- Dødsårsaksregisteret (DÅR) – som gir oversikt over dødsfall knyttet til selvmord og rusbruk.
- Oppgjørssystemet for Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR) – som gir informasjon om aktiviteter som gir rett til refusjon av utgifter til behandling. Siden disse dataene omfatter allmennelege/fastlege, legevakt og helsestasjon i tillegg til deler av spesialisthelsetjenesten, gir disse diagnosebaserte data oversikt over behandling av psykiske lidelser eller problemer

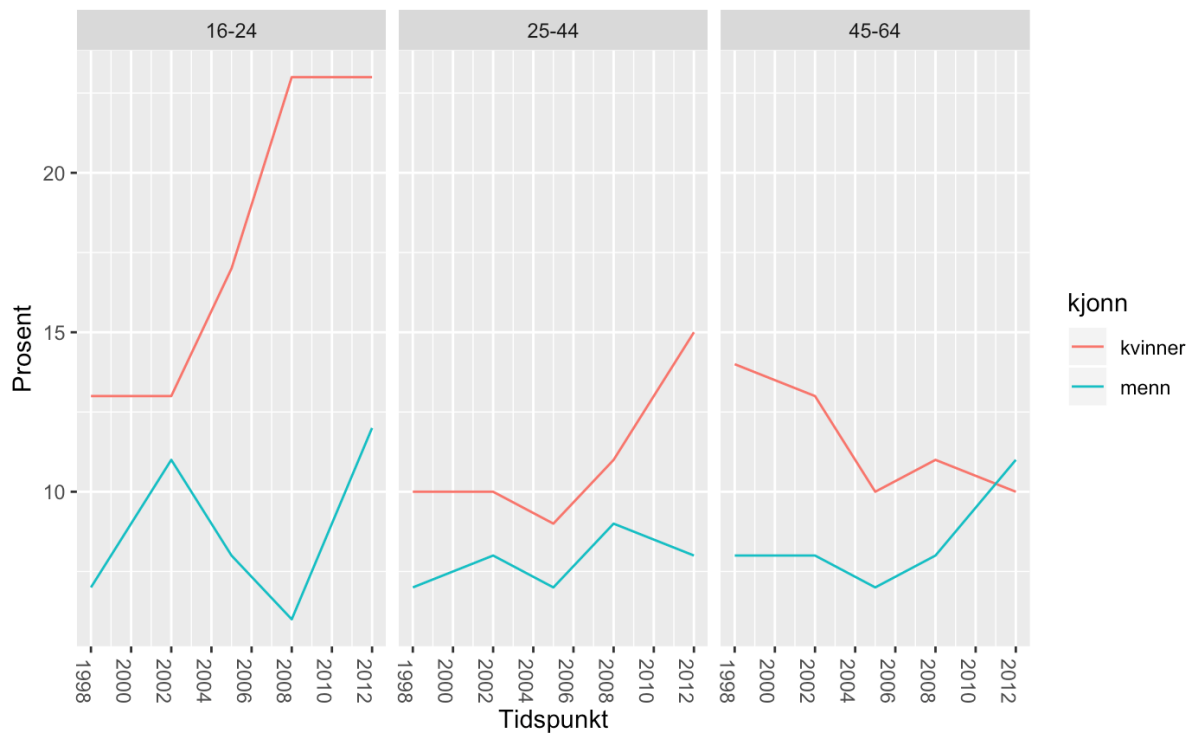
knyttet til disse også der behandlingen foregår utenfor spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til disse registerbaserte kildene trekker FHI-rapporten også på helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Hordaland og Helse- og levekårsundersøkelsene til SSB. Disse er ikke diagnosebaserte, men gir et bilde på utviklingen i selvrapporterte psykiske plager.

Rapporten oppgir at det ikke finnes diagnosebaserte befolkningsstudier for barn i Norge over 10-årsalderen. Dette betyr at vi ikke har data på hvordan psykiske lidelser har utviklet seg i befolkningen som helhet over tid. Spørreundersøkelser som dekker subjektive (fysiske og psykiske) helseplager tyder derimot på at gjennomsnittlig skår for subjektive helseplager har vært stabilt over tid for gutter, men økende hos jenter. Mest slående er tallene fra Levekårsundersøkelsen til SSB, som fem ganger i perioden 1998-2015 har inkludert 25 spørsmål som kartlegger psykiske og fysiske helseplager (The Hopkins Symptom Checklist-25). Andelen med plager over definerte terskelverdier (som reflekterer betydelig symptombelastning) er her relativt stabil for gutter (mellom 6 og 11 prosent), mens andelen blant jenter oppgis å ha steget jevnt fra 14% i 1998 til 25% i 2015. FHIs statistikkbank oppgir tall frem til

2012 og synliggjør denne utviklingen, men mangler tall for 2015 (Figur 1-3).

Figur 1-3: Utbredelse av psykiske plager i befolkningen 1998-2012 etter alder og kjønn

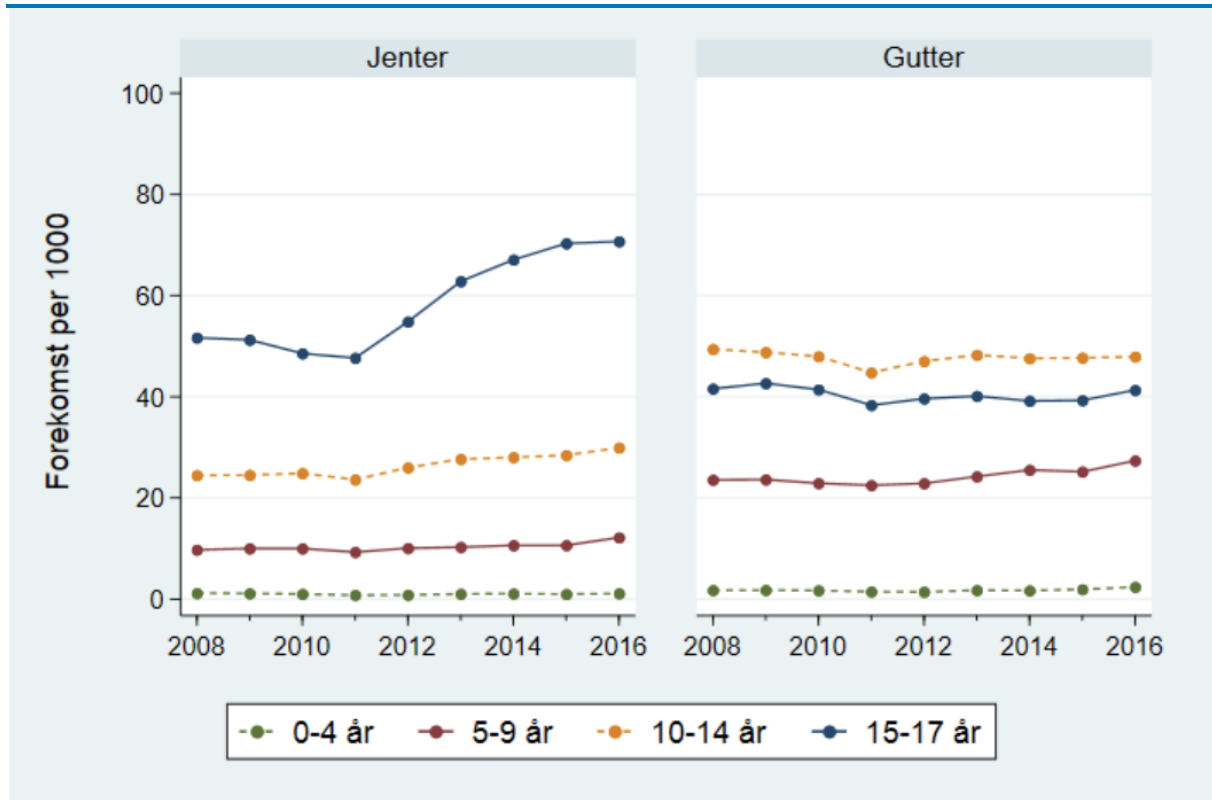


Kilde: Levekårsundersøkelsen (FHIs statistikkbank). Figuren viser standardisert andel med psykiske plager over terskelverdi.

Figuren viser utviklingen i psykiske *plager*, som er et mindre alvorlig begrep enn psykiske *lidelser*. Figuren antyder at yngre jenters psykiske plager har vist en økning siden 2002. Dette er noe tidligere enn vi fant i tallene for medisinerings. I FHI sine analyser av tall på diagnoser registrert i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er det en lignende utvikling, men noe

forsinket med økning fra 2011 (Figur 1-4). FHI-rapporten viser også utviklingen i diagnoser for psykiske lidelser satt fra fastlege/legevakt, som gjenfinner dette bildet, men med indikasjoner på (riktignok noe lavere) vekst også hos gutter (Figur 1-5).

Figur 1-4: Psykiske lidelser hos barn og unge 2008-2016



Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i perioden 2008-2016 etter kjønn og alderskategori.

Figur 1-5: Konsultasjon for psykiske helseplager 2008-2015

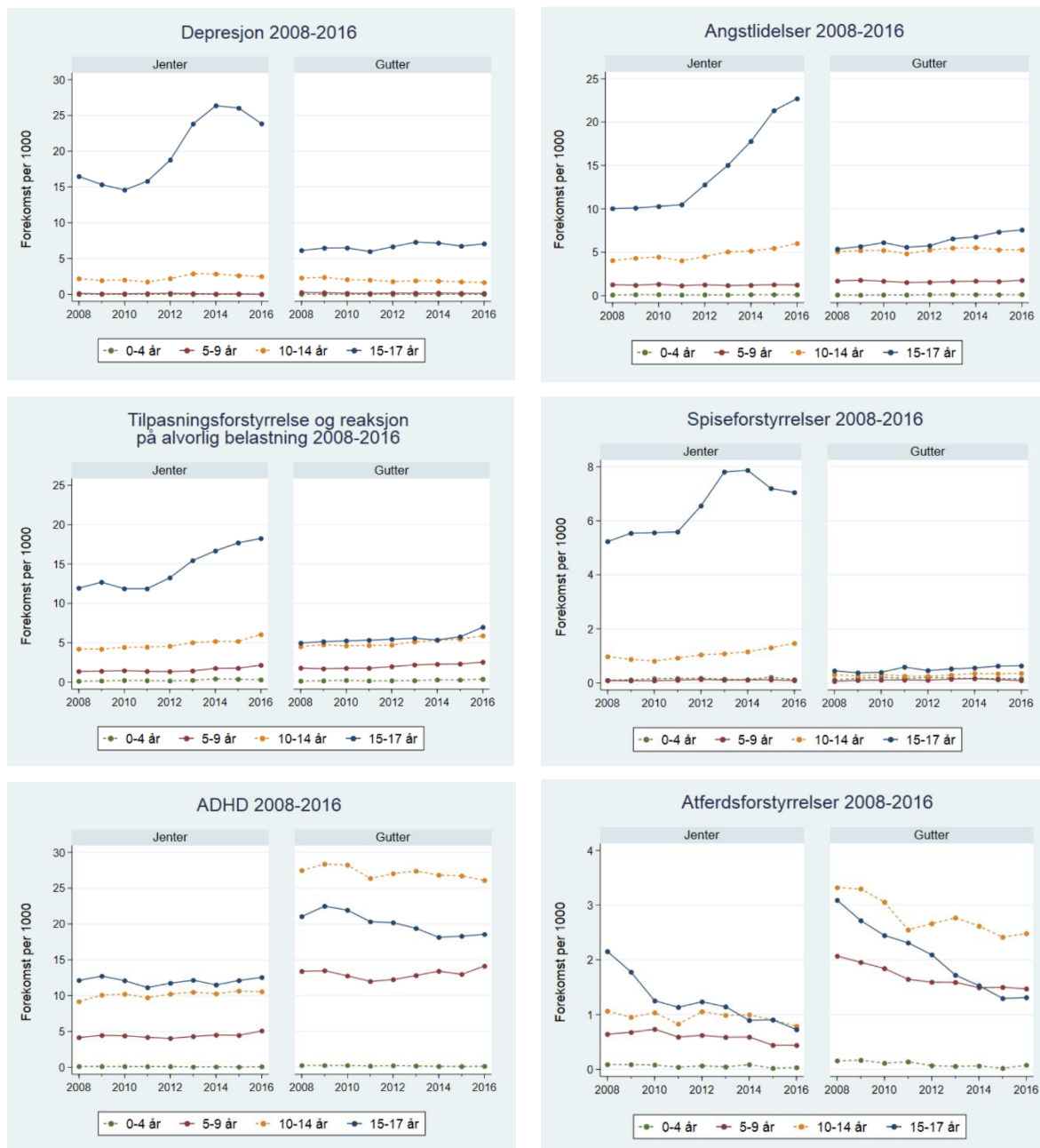


Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra KUHR. Figuren viser andel barn per 1000 med diagnosekode for psykiske symptomer, plager og sykdommer (ICPC-2 P01-P99) i perioden 2008-2015 etter kjønn og alderskategori.

I rapporten vises også utviklingen for enkelte av de mer utbredte diagnosekategoriene spesifikt, basert på data fra Norsk Pasientregister (Figur 1-6). Disse viser stort sett det samme bildet, og gir ytterligere indikasjon på at unge kvinner på noen områder har høyere forekomst av psykiske lidelser enn menn, med økning de siste årene for depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelse og reaksjoner på alvorlige belastninger, samt spiseforstyrrelser. ADHD og

atferdsforstyrrelser – diagnoser som i utgangspunktet er vanligere hos gutter – utgjør unntaket, og har vært stabile eller vist nedgang for begge kjønn over den samme perioden. Mens årsakene til dette ikke er kjent, så er det verdt å peke på nasjonale tiltak fra NUBU, RKBU Nord med forebygging og behandlingstiltak for eksternaliserende lidelser som kan ha bidratt til en positiv utvikling.

Figur 1-6 Forekomst av utvalgte psykiske lidelser hos barn og unge 2008-2016



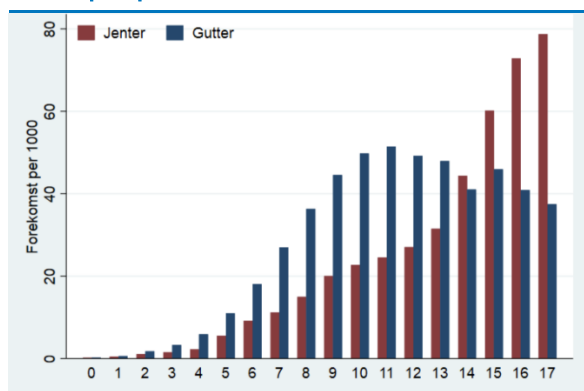
Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 med utvalgte diagnosekoder i perioden 2008-2016 etter kjønn og alderskategori.

I sitt kapittel om barn og unge viser også FHI-rapporten hvordan disse problemenes omfang

varierer med alder. Et eksempel er vist nedenfor (Figur 1-7), basert på diagnoser registrert i psykisk

helsevern for barn og unge, men mønsteret er nokså likt i diagnoser fra primærhelsetjenesten. Figuren viser at andelen jenter med psykiske lidelser vokser kraftig gjennom hele aldersperioden dekket (0-17 år) uten tegn til utflating. Hos gutter derimot, er toppnivået rundt 11-årsalder, etterfulgt av en svak reduksjon med høyere alder. Ulempen er at grafen bare viser fordelingen av psykiske lidelser hos de yngste barna. Det ville derfor være interessant med ytterligere analyser av unge voksne for å se hvordan dette utvikler seg videre med alder, samt analyser av i hvilken grad problemene som viser seg i ungdomstiden har blitt mer eller mindre varige over tid. Særlig vil det være interessant å undersøke hvordan denne alderskurven har endret seg over fødselskull: Er det økt tidlig-diagnostisering som har gjort at psykisk syke identifiseres på et tidligere stadium, eller har også nivået ved høyere alder økt for fødselskullene som oppgir høyere nivå med psykiske plager? Gitt FHI-rapportens inndeling har de ikke funnet det naturlig å undersøke dette nærmere, og kapittelet om voksnes psykiske helse bryter derfor dessverre ikke utviklingen ned på ulike aldersgrupper.

Figur 1-7: Psykiske lidelser blant barn og unge 2016 fordelt på kjønn



Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 med diagnosekode for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i 2016 etter kjønn og alder.

Rapporten fra FHI gir et godt bilde og god diskusjon av disse funnene, og peker også på at utviklingen varierer betraktelig langs en geografisk dimensjon. Det nevnes for eksempel at andelen barn med de omfattede diagnosekodene i BUP «økte i noen fylker (Østfold, Hordaland og Sogn og Fjordane), var stabil i andre fylker (Vestfold og Telemark) og svakt nedadgående i noen fylker (Oppland, Aust-Agder og Vest-Agder).» Dette er interessant for prosjektet «Årsaker til økt innstrømming til uføretrygd blant unge», da slik variasjon kan forfølges for å identifisere årsaker som kan ligge bak: En troverdig forklaring på utviklingen bør også være i stand til å forklare hvorfor utviklingen har vært ulik for ulike kjønn og i ulike områder. Detaljerte individ-data vil også gjøre det mulig å undersøke om endringen de

senere år skyldes bedre tidlig-diagnostisering. Vi skulle i så fall se at sannsynligheten for å ha blitt diagnostisert med en psykisk lidelse ved ulike aldre varierer systematisk med fødselsår: Senere fødselskull skal ha en brattere «diagnose-øking» i ung alder og mindre bratt økning ved høyere alder enn det eldre fødselskull utviste.

Hva kan vi konkludere om utviklingen i Norge?

Basert på tallene fra Psykisk Helse i Norge, reseptregisteret og levekårsundersøkelsen ser det ut til å ha vært en økende forekomst av psykiske plager og lidelser blant unge kvinner i nyere tid – men utviklingen er noe ulik på tvers av kilder. Tallene fra Ung i Norge analysert av von Soest og Wichstrøm avviker tilsynelatende fra tallene i Levekårsundersøkelsen: Mens Ung i Norge dataene ikke fant noen økning mellom 2002 og 2010, tyder levekårsundersøkelsen på en sterk økning i den samme perioden. Noe av dette skyldes at von Soest og Tilman oppgir at andelen unge kvinner med høyt psykisk plagenivå er høyere i 2010 enn i 2002 (fra 11.4% til 13.4%), men at denne endringen ikke er statistisk signifikant. Dette betyr at økningen potensielt kunne skyldes tilfeldigheter i utvalget som ble trukket. Dersom dette var vår eneste kilde ville dette mane til varsomhet, men sammenfallet mellom økningen her og i andre datakilder tyder på at utviklingen skyldes mer enn tilfeldigheter i data. Derimot virker det lite sannsynlig at utviklingen i dette datamaterialet er like kraftig som den vi ser hos den yngste aldersgruppen i Levekårsundersøkelsen, men her er direkte sammenligning vanskelig da Ung i Norge kun dekker videregående mens Levekårsundersøkelsens yngste gruppe dekker et betydelig større aldersspenn (16-24).

Merk at vi ikke har trukket inn tall for uføretrygd og diagnoser i NAV-systemet i denne drøftingen. Vi vil se på utviklingen i NAV i et senere delkapittel, men tall fra NAV vil være dårligere egnet til å karakterisere helseutviklingen i befolkningen, da disse også vil påvirkes mye av omlegginger i ytelser, politisk motiverte innstramminger i vurdering av uføresøknader, og lignende. I tillegg vil nok enkelte kunne oppleve at det først er i møte med arbeidslivet at et behov for langvarige helserelaterte ytelser melder seg, da lange utdanningsløp i større grad gir rom for tilpasning, gjennomføring i redusert tempo og lignende.

1.5 Psykisk helse og årsaksfaktorer

I dette kapittelet drøfter vi faktorer som kan bidra til – eller i det minste predikere – senere psykiske lidelser. Forskning viser at psykiske lidelser har en viss arvelig komponent. Oppvekstmiljø kan også være av

betydning for senere psykiske lidelser, men er av mer begrenset betydning. Vi drøfter også hypoteser som er blitt foreslått for å forklare kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske lidelser.

Ifølge en større analyse av en omfattende nasjonal diagnosebasert befolkningsundersøkelse i USA er psykiske lidelser ikke bare utbredt, men også noe som typisk inntreffer første gang i nokså ung alder (Kessler et al. 2005). Slår man sammen alle lidelsene som dekkes anslås det at rundt halvparten av befolkningen vil oppleve en lidelse innen de fyller 75, og at 75% av tilfellene vil vise seg før personen 24. Dette mønsteret går igjen for de ulike typene lidelser, med noen forskjeller: Lidelser knyttet til impuls kontroll viser seg særlig tidlig – livstidsprevalensen er på rundt 25%, men hele 95% inntreffer første gang før man fyller 23 år. Rundt en tredjedel av befolkningen vil oppleve angstrelaterte lidelser, og 75% av disse første gang før de fyller 21. Rundt 16% anslås å ville utvikle et rusproblem (alkohol eller illegale rusmidler), og 75% av disse vil utvikle problemet før de fyller 27. Lidelser knyttet til lavt stemningsleie (depresjon, dystymi, bipolar lidelse) virker å inntreffe i større grad også ved høyere alder – mens i overkant av en fjerdedel opplever slike problemer i løpet av livet, så er det «bare» 50% som opplever det før de fyller 30.

Slike tall tyder på at psykiske lidelser ofte først dukker opp i tenårene eller som ung voksen. I tillegg kan det ta noen år for psykiske problemer til de «vokser seg ut» til fulle psykiske lidelser og blir henvist til behandlingsapparatet. Dette tilsier at forebyggende tiltak og tidlig intervensjon må være tilgjengelig på et tidlig tidspunkt. Samtidig er det grunn til å tro at årsakene som ligger bak kan ligge enda lengre tilbake. Både genetiske faktorer og oppvekstmiljø bidrar til å forklare – eller i det minste predikere – senere psykiske lidelser. Disse faktorene varierer også i omfang og konsekvenser langs en kjønnsdimensjon (Freeman and Freeman 2013), noe som kan bidra til å forklare hvorfor den senere tids økning særlig ser ut til å ramme unge kvinner.

1.5.1 Gener

Psykiske lidelser er til dels arvelige. Arvelighet i denne sammenhengen betyr at det er mindre forskjeller i folks psykiske helse dersom de har en større andel arvemateriale (DNA) som er likt. Arvelighet uttrykkes i prosent, og angir andelen av total variasjon i utfallet (psykisk helse) som kan forklares av gener.

Den mest utbredte typen arvelighetsstudier bruker tvillinger og utnytter forskjellen mellom eneggede og toeggede tvillinger for å skille ut hvor mye av forskjellene i psykisk helse som kan forklares med gener, delt miljø (hjemmemiljø, felles nabolag og skole osv.) og individuelt miljø (de opplevelsene og miljøene

som er ulike mellom tvillingene – som venner eller traumer).

For depresjon er arveligheten anslått å være høy. Her finner systematiske litteraturstudier at arveligheten er rundt 40% (Sullivan, Neale, and Kendler 2000). Delt miljø hadde liten innvirkning (0-5%), mens individuelt miljø stod for resten. I et større svensk studie med rundt 42 000 tvillingpar fant man også en betydelig forskjell i arveligheten mellom kjønn, med en arvelighet på 29% for menn og 42% for kvinner (Kendler et al. 2006). Dette studiet undersøkte også om det var tegn til at arveligheten var ulik for tvillinger født i ulike perioder. Dette er et viktig spørsmål, da arvelighetsanslag nødvendigvis vil påvirkes av hvor like miljø (og gener) er i gruppen man undersøker. Dette er lettest å forstå hvis man tenker seg ekstreme ytterpunkter: I et (i praksis umulig) samfunn der alle på et eller annet underlig vis opplevde nøyaktig det samme oppvekstmiljøet, så ville alle forskjeller i psykisk helse nødvendigvis skyldes genetikk. Og i et samfunn der alle menneskene var kloner og genetisk identiske ville alle forskjeller nødvendigvis skyldes miljø. Når forskerne analyserte de svenske dataene, derimot, var det ingen tegn til at arvelighetsanslagene endret seg over tid innenfor de 60 årskullene man hadde data for.

En mulig tolkning av slike arvelighetsanslag er knyttet til det «dimensjonale» synet på psykiske lidelser, som ser disse som ekstremutslag av allmenmenneskelige trekk (Plomin, Haworth, and Davis 2009). Hypotesen er at det er flere enkeltgener som hver har sin egen lille innflytelse på et utfall, og at dette skaper en normalfordeling av utfallet i en befolkning. En enkel analogi er vektfordelingen i en befolkning: De fleste har en vekt i nærheten av normalvekt, men noen ligger langt under eller langt over snittet. Hvor vi trekker grensen for «overvekt» er i noen grad et vurderings spørsmål, men sett under ett er det en kontinuitet i fordelingen og ikke to separate grupper som er klart adskilt. Utfra et slikt perspektiv er lidelsen «depresjon» merkelappen vi har satt på de som har et humør som ligger under en eller annen terskelverdi – men en statistisk analyse av befolkningen ville ikke finne to grupper i data som var klart adskilt.

Grunnen til at dette er særlig verdt å trekke frem i vår kontekst er at depresjon til dels deler genetiske faktorer med personlighetstrekket nevrotisme (Jardine et al. 1984). Nevrotisme er en av fem personlighetsfaktorer i den mest anerkjente personlighetsmodellen («big five»), og de som skårer høyt på denne personlighetsdimensjonen har lettere for å oppleve psykisk stress, ubehagelige følelser som sinne, engstelse og sårbarhet, og mer svingende humør. Slike trekk er assosiert med økt risiko for å oppleve ikke bare depresjon, men også andre internaliserende lidelser som angst og fobi – nettopp

de lidelsene som ser ut til å være økende blant unge voksne. I tråd med dette er det rapportert betydelig overlapp i arvelighetsfaktorene bak nevrotisme-trekket og flere av de internaliserende lidelsene (Hetteima et al. 2006). Funn som tyder på sammenfallende genetiske årsaker for internaliserende lidelser kan også forklare hvorfor det er betydelig overlapp (komorbiditet) mellom disse lidelsene: Har du fått diagnostisert f.eks. depresjon er det høyere sannsynlighet for at du også har eller vil få angstlidelser. Et forslag har vært at det er mer tilfeldige miljø-faktorer som avgjør hva slags utslag sårbarheten får og hvilken lidelse den leder til innenfor denne bredere klassen av lidelser (Kendler et al. 2003).

Dette kan være av ytterligere betydning for å forstå utviklingen siden nevrotisme er et av de personlighetstrekkene der man finner tydelig forskjell mellom kjønnene, med betydelig høyere nevrotisme blant kvinner (Schmitt et al. 2008). Dersom nevrotisme er en sårbarhetsfaktor for internaliserende lidelser og noe endrer seg i samfunnet som gir unge mennesker økt risiko for slike lidelser, så vil kjønnsforskjellen i personlighetsfaktorer i seg selv kunne bidra til at økningen i internaliserende lidelser ble større for kvinner enn menn.

1.5.2 Oppvekstmiljø

Gen-miljø korrelasjoner

Arvelighetsstudier er viktige å ha i bakhodet også når man ser på miljøfaktorer. Det enkleste eksempelet på dette er sammenhengen mellom foreldres atferd og barnas senere utfall. Hvis f.eks. høy nevrotisme er arvelig og både øker risikoen for internaliserende lidelser og påvirker hva slags foreldrestil en person har, så vil de som opplever denne oppdragerstilen oftere observeres med internaliserende lidelser selv om oppdragerstilen ikke har noen direkte egen effekt på senere psykisk helse.

Dette er mer enn et finurlig metodisk poeng, noe et ferskt nytt studie basert på norske data viser (Hannigan et al. 2018). Ved hjelp av tvillingdata fra norske Mor-barn undersøkelsen bekrefter forskerne først at de gjenfinder en statistisk sammenheng mellom mors depresjon under svangerskapet og senere internaliserende og eksternaliserende lidelser hos barna. Dette har blitt rapportert tidligere, og enkelte har tatt dette til inntekt for at behandling av depresjon under svangerskapet er særlig viktig fordi dette ellers vil kunne svekke barnets fremtidige psykiske helse. Samtidig viser forskerne at dette i stor grad skyldes at mor og barn deler gener: Rundt 40% av variasjonen i barnas utfall ser ut til å gjenspeile

genetiske faktorer. I tillegg vil mødre som er deprimert under svangerskapet oftere også være deprimert under barnets senere oppvekst – og dette ser ut til å være hovedkanalen for den (mindre) miljøpåvirkningen som ble funnet. Dersom studiet stemmer betyr dette med andre ord at det ikke er en egen risikofaktor for barnet at mor var deprimert under svangerskapet – og et bedre fokus for folkehelsemotiverte tiltak ville være å følge opp familier der foreldrene har psykiske lidelser for å unngå at dette får uheldige utslag i oppveksten.

Dette metodeproblemet – at genene til et individ predikerer hva slags miljøfaktorer de vil utsettes for – er mer generelt enn familieeksempelet: Både stressende livshendelser, vennskap/sosiale nettverk og ekteskapelige forhold reflekterer i noen grad genetisk påvirkning (Kendler and Baker 2007). Selv det å utsettes for traumatiske opplevelser som voldtekt og fysiske angrep («assaultive trauma»³) anses til å ha en arvelig komponent (Afifi et al. 2010). Slike funn kan virke pussige, men antas å skyldes at gener påvirker vår personlighet, interesser og atferd, og at disse igjen påvirker, f.eks., hvem vi opprettholder og forsterker kontakt med, hvilke miljøer vi tiltrekkes og oppholder oss i, og hvordan vi oppfører oss mot andre (som igjen påvirker hvordan de oppfører seg tilbake).

Samtidig som dette er viktig å ha i bakhodet er det åpenbart at miljøfaktorer har mye å si: Ingen arvelighetsstudier finner at arveligheten er 100 % og at miljøfaktorer kan ignoreres. Derimot gjør slike funn det vanskeligere å si hva betydningen av en miljøfaktor er isolert sett: Hvis de som utsettes for traumatiske opplevelser skiller seg ut genetisk fra de som ikke gjør det, er det vanskelig å vite om disse særtrekkene også i seg selv påvirker utfallene. Hvis for eksempel de som er predisponert for depressive lidelser også er de som oftere utsettes for traumatiske opplevelser, blir det mer krevende å undersøke om en forhøyet risiko for depresjon skyldes genene («de ville blitt deprimert uansett om de opplevde traumat eller ikke»), traumat, eller en samspillseffekt der de mest sårbare utvikler lidelser etter å ha blitt utsatt for traumer som andre lettere ville lagt bak seg.

1.5.3 Traumatiske opplevelser

En godt studert miljøfaktor er traumatiske opplevelser i barndommen. Slike opplevelser er statistisk assosiert med senere psykiske lidelser. En større metaanalyse av 184 studier rapporterte at de som oppga å ha hatt ulike former for traumatisk oppvekst i gjennomsnitt hadde tredoblet risiko for å utvikle depressive lidelser (Nelson et al. 2017). Blant pasienter med depresjon oppga i gjennomsnitt rundt

³ «Assaultive traumatic events included robbery, being held captive, being beaten up, sexual assault, and other life-threatening events, while non-assaultive traumatic events

included sudden death of a family member, motor vehicle accident, fire, tornado, flood, or earthquake.” (Afifi et al. 2010)

25% å ha opplevd seksuelle overgrep, mens hele 43% oppga å ha opplevd emosjonell forsømmelse («emotional neglect»). Analysene fant også at emosjonell forsømmelse og emosjonelt misbruk («abuse»), samt det å oppleve flere typer traumer, hang særlig sterkt sammen med senere depresjon. Barndomstraumer predikerte også kraftigere depresjoner og økt risiko for at depresjonen ble langvarig.

Barndomstraumer har også en klar sammenheng med angst-relaterte lidelser. Et studie av PTSD (en angst-relatert lidelse klart knyttet til opplevde traumer) fant at kvinner hadde omtrent doblet sannsynlighet for å utvikle PTSD (Tolin and Foa 2006). Derimot fant de ikke at dette kunne forklares av en overhyppighet av traumatiske opplevelser for kvinner: Uavhengig av hvilken aldersperiode man så på var slike opplevelser rapportert hyppigere for menn enn for kvinner, og kvinner rapporterte i snitt rundt 25% færre traumatiske opplevelser enn menn. Dette kan indikere at kvinner er mer sårbare for å utvikle PTSD, men det kan også skyldes at de opplever andre *typer* traumatiske hendelser enn menn, og at de hendelsene som rammer kvinner er mer traumatiserende som f.eks. seksuelle overgrep. Mens menn særlig rapporterte opplevelser knyttet til ulykker, fysiske angrep, krig, brann og lignende, var det betydelig overhyppighet av seksuelle overgrep blant kvinner – med seksdoblete odds for seksuelle overgrep i voksen alder og nesten tredoblete odds for seksuelle overgrep i barndommen relativt til menn. Når forskerne sammenlignet kvinner og menns risiko for PTSD for spesifikke typer traumer, derimot, fant de ingen kjønnsforskjell i risiko i etterkant av seksuelle overgrep, mens kvinner hadde høyere risiko for å utvikle PTSD enn menn etter andre traumatiske opplevelser. Dette tyder på at overhyppigheten av PTSD hos kvinner ikke utelukkende skyldes typen traumer, da den også gjenfinnes når man ser på risikoen for andre traumetyper.

Denne konklusjonen er lik det andre forskere har rapportert for internaliserende lidelser mer generelt – der kvinners over-representasjon i lidelseskategorien riktignok ble redusert når man kontrollerte for kvinners økte forekomst av seksuelle overgrep, men uten at dette var tilstrekkelig til å forklare over-representasjonen fullt ut (Fergusson, Swain-Campbell, and Horwood 2002). Kvinner hadde 5-8 ganger høyere risiko for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, men kvinnes odds (relativt til menns) for å oppleve slike lidelser ble likefullt ikke tilsvarende redusert når man kontrollerte for kvinners økte forekomst av seksuelle overgrep: Odds Ratioen (OR) ble da redusert fra 2,2 til 1,8 (for angst) og til 1,9 for depresjon.

1.6 Sårbarhet og kjønn

Flere ulike hypoteser har blitt foreslått for å forklare at kvinner ser ut til å være mer sårbare for å utvikle internaliserende lidelser i etterkant av vanskelige opplevelser. Noen av disse peker på biologiske forhold, som kjønnsforskjeller i HPA-aksen («Hypothalamic Pituitary Adrenal») som utgjør et viktig system i kroppen for håndtering av stress. Dette er systemet som aktiviseres av stress og skaper en «flight or fight» respons, og det er tegn til at systemet blir overaktivt og skaper en kontinuerlig stress-respons i kroppen hos de som utvikler depresjon (Freeman and Freeman 2013). HPA-aksen ser ut til å bli særlig påvirket av «kvinnelige kjønnshormoner», det vil si hormoner som østrogen som har høyere konsentrasjon hos kvinner. Samtidig er ikke en slik historie like rett-frem som den kan virke: I studier der deltagere blir påført betydelig stress er det menn og ikke kvinner som får sterkeste stress-reaksjon målt ved kortisolnivå (et stress-hormon) i spytt. Tolkningen av dette er uvisst – men forskerne foreslår at dette *kan* (!) være et bidrag til å forklare kjønnsforskjeller likefullt. For det første vil et «overaktivisert» HPA-system gi mindre utslag på ny stress siden det allerede er «på.» Dette kan gjøre at økningen i stress i et laboratorie-eksperiment blir mindre hos kvinner dersom de oftere er overaktivisert i utgangspunktet. For det andre er det forskning som tyder på at kvinner og menn reagerer ulikt på ulike typer stress, og at kvinner særlig er sensitive for sosialt stress (som å utestenges av en samtale eller bli oversett). Studiene av stress bruker typisk stress-situasjoner som menn er mer sensitive for. Og for det tredje er det studier som tyder på at kvinner og menn til dels reagerer ulikt på stress i utgangspunktet: Mens menn får en adrenalintung («fight or flight») respons, så observeres det til dels en annen respons, en oxytocin-tung («tend or befriend») respons, hos kvinner, der sosialt stress utløser forsøk på å reparere sosiale forhold og øke tilknytning (Taylor 2006).

På det nåværende tidspunkt er det ikke avklart hvor viktige slike biologiske forskjeller er, og andre forskere har pekt på oppdragelse og kjønnsroller og hvordan disse kan bidra til å skape forskjeller i sårbarhet. Det er også faglig uenighet rundt betydningen av arv og miljø for en del av de kjønnsforskjellene som trekkes frem, som forskjeller i sosialiseringstil og -behov, og personlighet, men dette spiller mindre rolle i vår sammenheng da vi er mer interessert i konsekvensene av forskjellene som finnes – uavhengig av deres årsak.

En hypotese relatert til kjønnsforskjeller er at kvinner og menn lærer opp i å håndtere «skumle» opplevelser ulikt, og at dette i praksis lærer kvinner en mestringsstrategi som bidrar til å øke frykt over tid. Hypotesen går ut på at gutter i oppveksten i større

grad lærer å konfrontere ting de frykter, mens jenter i større grad blir oppmuntret til å trekke seg unna. Dette er viktig, siden det er velkjent at spesifikke fobier (det vil si frykt for spesifikke ting som fly, høyde, små rom, rotter og lignende) kan effektivt behandles gjennom eksponeringsterapi der man gradvis utsettes for det man er redd for og lærer at frykten ikke gjenspeiler faktisk fare. Dette tilsier at kvinner muligens lærer mer opp til en reaksjonsform som bidrar til å opprettholde og forsterke engstelse overfor ulike situasjoner.

Relatert til dette har det blitt pekt på at kvinner i større grad enn menn driver med «ruminative coping» - der de igjen og igjen tenker over årsakene, situasjonen rundt og konsekvensene av følelsesmessige problemer (Nolen-Hoeksema, Larson, and Grayson 1999):

Rumination involves passively and repetitively focusing on one's symptoms of distress ("I'm so tired," "I'm so unmotivated") and on the meanings and consequences of the distress ("What's wrong with my life" "My boss is going to get annoyed if I keep missing deadlines"). Both questionnaire studies and laboratory studies have found that women are more likely than men to ruminate and focus on emotion when sad or depressed [...] a number of laboratory and field studies have shown that people who engage in rumination when distressed show longer and more severe periods of depressive symptoms and are more likely to develop full depressive disorders than those who do not engage in rumination.

Nolen-Hoeksemas hypotese er at kvinners høyere risiko for depresjon forklares av en kombinasjon av tre risikofaktorer som bidrar til å skape en ond sirkel: Høyere grad av «chronic strain» (ulikheter i omsorgsbyrde og husholdningsoppgaver, manglende støtte fra partner og lignende), lavere «mastery» («mastery» - i hvilken grad de føler de kan oppnå det de vil ved å gjøre en innsats, følelse av hjelpeløshet og lignende) og mer av det vi kan kalle grubling/dveling/bekymring (rumination). Disse antas alle å øke risikoen for depresjon, samtidig som høyere nivå på en av faktorene bidrar til å gjøre de andre faktorene mer skadelige.

Ytterligere evidens for betydningen av grubling kom i et senere prospektivt studie, der Nolen-Hoeksema viste at studenter som hadde høyere skår på dveling opplevde mer vedvarende og negative symptom på depresjon og PTSD rundt to måneder etter et jordskjelv som tilfeldigvis inntraff to uker etter den første skåringen (Nolen-Hoeksema and Morrow 1991). I en nyere gjennomgang oppgir også forskeren at det er funnet evidens for at dveling øker risikoen for flere av de internaliserende lidelsene, som angst, spiseforstyrrelser og selvskadning (Nolen-Hoeksema, Wisco, and Lyubomirsky 2008). Det fins også noen indikasjoner på at slik atferd særlig knytter seg til depresjon hos unge kvinner, med mindre klare effekter hos menn (LeMoult et al. 2018).

En forsterker av disse trekkene er såkalt «co-rumination» – en samværsform der man sammen med en venn stadig vender tilbake til ulike problemer og fokuserer på negative følelser. Dette har en positiv side, ved at det leder til sterkere og dypere vennskap, men også en negativ side, ved at det predikerer flere symptom på internaliserende problem. Også dette viser seg å være mer utbredt blant jenter i tenårene enn gutter (Rose 2002).

En annen kjønnsforskjell som har blitt trukket frem går på kroppspress og kroppsideal, og trekker frem at puberteten påvirker kjønnene ulikt (Wichstrøm 1999). Hypotesen er at gutter typisk opplever fysiske endringer i puberteten som positive, mens jenter opplever endringer som bredere hofter og økte fettlagre på kroppen som å utvikle seg vekk fra et (overdrevent slank) kroppsideal. I data fra en tverrsnittundersøkelse viser Wichstrøm at modellen kan statistisk forklare mye av den økende forskjellen i depressive symptomer mellom kvinner og menn gjennom ungdomstiden. Utfra strukturelle modellestimeringer mener forskerne at den viktigste mekanismen er at tilfredshet med ulike deler av kroppen påvirker «global self worth» som videre påvirker «global physical appearance», samt en direkte effekt av «femininitet» (målt ved å be deltagerne skåre i hvilken grad de er empatiske, varme, forsiktige, lojale, sjenerte, liker barn og lignende).

Kvinner ser videre ut til å ha et sterkere behov for tette og nære vennskap og er mer opptatt av sin sosiale status og tilhørighet. Dette er i seg selv stressende, ved at de blir eksponert (og eksponerer andre for) mer følelsesmessig belastende informasjon, og de responderer på stress ved å dele og dvele. Gutter ser ut til å ha flere, men «tynnere» forbindelser til sine bekjentskap, vitser vekk stress, og har mer fokus på egne prestasjoner og dominans enn egne og andres emosjonelle behov (Cyranowski et al. 2000; Rose and Rudolph 2006). Disse kjønnsforskjellene forsterkes i puberteten og antas å kunne reflektere

forskjeller i både biologi og sosialisering, og hypotesen er at kjønnsforskjellene bidrar til å gjøre kvinner mer sårbare for depresjon: Sosiale forhold blir sterkere stressfaktorer for kvinner enn menn gitt en større betydning av det sosiale, og de responderer ved å dele og dvele, som både øker risikoen for at stress slår ut i depresjon og sprer denne risikoen videre ved å øke stressnivået for nære bekjente.

Denne kjønnsforskjellen er også viktig fordi den gjenspeiler en forskjell i måten kvinner og menn er aggressive på i tenårene (Crick and Zahn–Waxler 2003). Mens gutter langt oftere er fysisk aggressive, så utgjør relasjonell aggresjon rundt 80% av kvinnenes aggressive atferd. Det å utsettes for slik aggresjon er videre statistisk assosiert med alvorlige sosialpsykologiske tilpasningsvansker, inkludert depresjon, angst og ensomhet.

1.7 Hvorfor er psykisk helse i endring?

På det nåværende tidspunkt er det uklart hvorfor unge voksnes psykiske helse viser en negativ utvikling – og i hvilken grad økningen i psykiske vansker og lidelser er reell eller reflekterer andre forhold. Det er foreløpig begrenset med forskning som kan si noe om dette, til dels fordi utviklingen endret retning såpass sent (rundt 2010). Ulike hypoteser og forklaringsfaktorer som kan være relevante gjennomgås.

Den tydeligste stemmen på feltet så langt er trolig sosialpsykologen Jean M. Twenge, som mener å ha påvist lignende trendskifter i den amerikanske ungdomsbefolkningen med økende psykiske plager, særlig hos kvinner, (Twenge, Martin, and Campbell 2018), depresjon og selvmordstanker (Twenge, Joiner, Rogers, et al. 2018). Twenge tidfester skiftet til rundt 2010, noe som sammenfaller med endringene vi ser antydninger til i Norge. Hun har også forskning som peker på at disse ungdommene sover for lite (Twenge, Krizan, and Hisler 2017), og ser ut til å ha en forlenget barndom (utsetter debut på voksne

aktiviteter som alkoholbruk, sex, betalt arbeid, selvstendighet fra foreldre) (Twenge and Park n.d.).

Twenge har popularisert både disse arbeidene og hypotesene hun har rundt endringene i boka *iGen* (Twenge 2017). Kort oppsummert har hun fremmet (minst) to hovedhypoteser:

Den ene hovedhypotesen relaterer seg til livshistorieteori (life history theory). Livshistorieteori ble utviklet på 1950-tallet for å beskrive hvordan evolusjonen formet livsløpet til ulike arter. En sentral avveining er mellom hurtige og trege livshistorier: En art med hurtig livshistorie vil raskt bli selvstendig og forplantningsdyktig, vil formere seg hyppig og tidlig, og leve kort. En art med treg livshistorie vil ha lengre barndomstid der de er avhengige av foreldre, bli kjønnsmoden senere, få færre avkom, men investere tyngre i disse. Etter hvert har denne teorien også blitt brukt til å forklare variasjon innad i en art. Mens mennesker som art åpenbart har en treg livshistorie relativt til de fleste andre arter, så er hypotesen at det likefullt vil være variasjon langs denne dimensjonen mellom mennesker og i samfunn over tid. Det er både en hypotese om at genetisk variasjon kan gjøre at folk er ulikt «innstilt» på denne dimensjonen, og at disse innstillingene kan justeres noe av miljøfaktorer og den kulturen man vokser opp i. Dersom man i tidlig barndom (særlig før man fyller 5) får signaler fra omgivelsene som indikerer at man lever i et ressursrikt miljø, så vil barna i større grad stille seg inn på en treg livshistorie. Gode økonomiske forhold under oppveksten, lang forventet levealder, og små barnefamilier skal være eksempler på slike indikatorer (Twenge and Park n.d.).

Twenge mener at det er en klar tendens mot tregere livshistoriehastighet i de nye generasjonene, og at det er dette som forklarer at de utsetter voksenlivet, målt gjennom ulike indikatorer i nasjonalt representative spørreundersøkelser som alle viste en akselererende nedgang etter 2006 (Figur 1-8). Samtidig taler det *mot* denne hypotesen at fysisk puberteten inntreffer tidligere nå enn før, uten at det er tegn til at dette har endret seg i motsatt retning for yngre årskull slik teorien skulle tilsi.

Figur 1-8: Andel av 12. klassinger i USA som har førerkort, har prøvd alkohol, har datet eller har hatt en betalt jobb

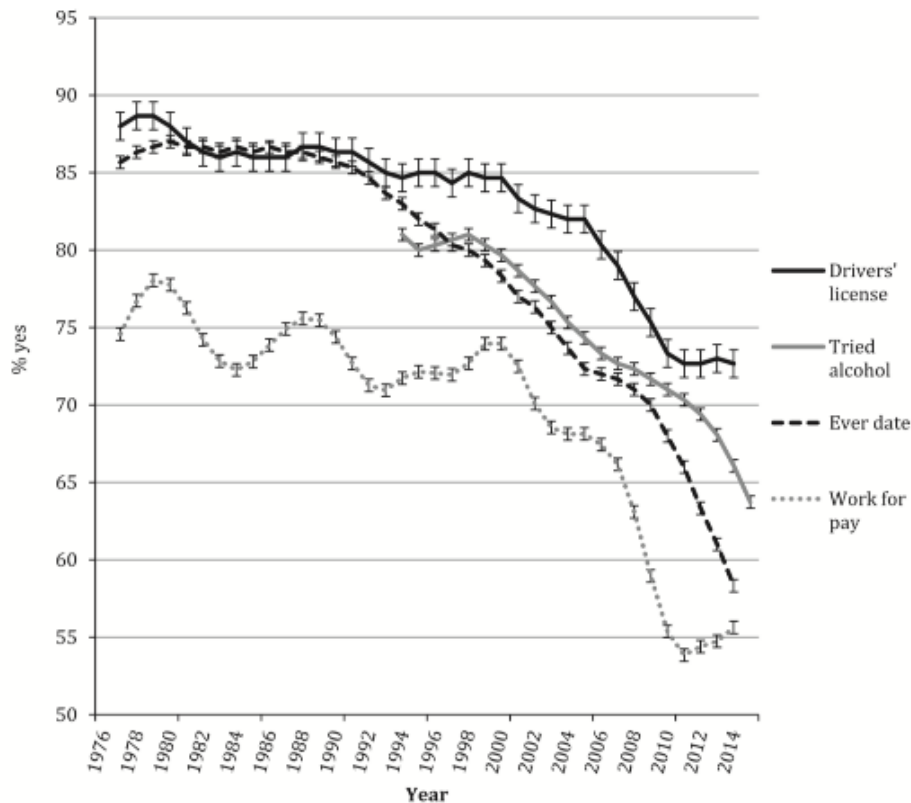


Figure 1. Percentage of U.S. 12th graders who have a driver's license, have ever tried alcohol, who ever go out on dates, and who work for pay, 1976–2016 (3-year centered moving average with standard errors).

Kilde: (Twenge and Park n.d.)

Twenge hevder videre at denne livshistorie-utviklingen har sammenheng med individualisme (Twenge and Campbell 2018). Individualisme er her definert som et kulturelt system med økt vektlegging av individet og mindre vekt på andre og på sosiale regler. Hypotesen er at individualisme gir økt fokus på individuell frihet, som fører til mindre familier, mer oppfølging av det enkelte barnet (for å bedre barnets sjanser i samfunnet), og utsettelse av valg som kan innskrenke fremtidige muligheter og handlingsrom (som utdannings- og yrkesvalg samt familiedannelse). Dette kan ifølge forskerne forklare hvorfor land (og perioder) med høyere grad av individualisme også preges av tregere livshistorie-hastighet, noe de viser i analyser med indikatorer for individualisme som valg av uvanlige navn for barn, andeler av nye college-studenter som anså seg selv for å være over snittet i intellektuell selvtillit, lederskap, og driv, og andelen som synes det er uproblematisk med sex utenfor ekteskapet eller mellom personer av samme kjønn.

En annen hovedhypotese Twenge legger frem knytter seg til internett, sosiale medier og smarttelefoner. Her virker hypotesen å være todelt: Internett, dataspill og sosiale medier tar tid – og tiden tas fra fjernsynstitting, lesing, fysisk sosialisering med andre mennesker

og søvn, mens leksetid har holdt seg mer konstant. I tverrsnittsdata er det de som bruker mye tid på sosiale medier, gaming og internett som har høyest skår på depresjonsindikatorer og lavest på lykke (Twenge, Martin, and Spitzberg 2018; Twenge, Joiner, Martin, et al. 2018). Påstanden er at tiden man bruker på elektroniske enheter fortrenger andre aktiviteter som fremmer eller beskytter psykisk helse. I tillegg trekker Twenge frem sosiale medier spesifikt, og skaper et inntrykk av at særlig unge jenter – som bruker sosiale medier mens guttene spiller dataspill – tvinges til å forholde seg til sosiale intriger og statuskamp døgnet rundt. Er du ikke invitert på fest ser du likefullt de iscenesatte «perfekte» bildene fra festen på Instagram. Sosial inkludering og ekskludering skjer gjennom hvem som liker innlegg fra hvem, hvem som blir tagget på hvilke bilder, hva slags kommentarer man skriver på hverandres innlegg. Dette skaper et inntrykk av at alle andre har bedre og mer spennende liv og er mer vellykkede, og skaper en arena der man forventes å prestere og vise frem seg selv med et sterkt fokus på utseende, og der «spillet» pågår kontinuerlig i en slik grad at det går ut over nattesøvn. Man kan også se for seg at avvik og uforsiktede øyeblikk blir mer risikable enn de var for tidligere

ungdom: Er du på fest og drikker for mye eller kliner med «feil» person risikerer du at dette blir foreviget av andre, og enten lagt ut på sosiale medier eller beholdt som inkriminerende evidens som kan brukes i sosiale konflikter i fremtiden.

Twenge sine hypoteser er til dels vanskelig å vurdere, da de er fremsatt i en blanding av akademiske arbeider og mer populært orienterte fremstillinger. Hun driver også et eget konsultentselskap som skal hjelpe bedrifter og markedsførere å orientere seg mot nye generasjoner, og den populærvitenskapelige boken er til tider snodig lesing som et resultat. Den har blant annet høyt fokus på distinkte «generasjoner» med fengende merkelapper (boomers, millenials, Generation X, iGen). Mens Twenge er dyktig til å skape klare narrativ, er det til tider uklart hvor godt underbygd disse er og hvor mye de forenkler, samt i hvilken grad hun «glatter over» svakheter og velger ut indikatorer selektivt etter hvor godt de passer bildet hun ønsker å tegne. Da hun publiserte et populærvitenskapelig sammendrag av deler av boken i det amerikanske magasinet «The Atlantic» i september 2017 var tittelen tydelig nok: «Have smartphones destroyed a generation?»⁴

Selv om Twenge er den mest synlige eksponenten for disse hypotesene er hun ikke alene om dem. Også andre forskere mener å kunne vise en øket perfektionisme hos yngre mennesker, der «alle deler» av livet skal være på stell (Curran and Hill 2017), og setter dette i sammenheng med sosiale medier, påvirkning fra mer engstelige, ambisiøse og kontrollerende («helikopter-foreldre»), og et sterkere fokus på konkurranse og individualisme og urealistiske forventninger. Det er også funn fra Storbritannia som peker mot at ungdomsjenter i større grad enn gutter deltar på sosiale medier, at de sammenligner seg med de «perfekte» bildene de møter her, og at jenter som er aktive i sosiale medier ved en ung alder (10 år) opplever større emosjonelle plager senere enn andre (Booker, Kelly, and Sacker 2018). Andre forskere, derimot, mener bekymringen er overdrevet og viser data der det er mindre sammenheng mellom skjermtid og velferdsindikatorer og en klar ikke-lineær effekt: Moderate mengder sosiale medier er her bedre enn ingen, mens store mengder er negativt – men for lite negativt til at det kan forklare de endringene man ser (Przybylski and Weinstein 2017). En systematisk litteraturstudie rapporterte varierende funn, men en svak men statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av sosiale medier og depressive symptomer (McCrae, Gettings, and Purssell 2017).

Hypotesen om sosiale medier og skjermtid vekker naturlig nok mye offentlig interesse. Mange foreldre

er bekymret for barnas skjermtid, og dette føyer seg inn i et historisk mønster der endringer i barndomstiden anses som urovekkende av voksne. Et bokstavelig talt klassisk eksempel er Plato, som i dialogen Phaedrus lar Sokrates uttrykke skepsis til lesing og skrive:

For this invention will produce forgetfulness in the minds of those who learn to use it, because they will not practice their memory. Their trust in writing, produced by external characters which are no part of themselves, will discourage the use of their own memory within them. You have invented an elixir not of memory, but of reminding; and you offer your pupils the appearance of wisdom, not true wisdom, for they will read many things without instruction and will therefore seem to know many things, when they are for the most part ignorant and hard to get along with, since they are not wise, but only appear wise.

I nyere tid fremstår bekymringen over sosiale medier og skjermtid som den siste i en serie med bekymringer som tidligere har dreid seg om unges bruk av romaner, tegneserier, fjernsyn, video, og dataspill. Det typiske er at slike bekymringer reduseres over tid ettersom de unge vokser opp og blir som folk flest allikevel, og enkelte mener dette tilsier en høy grad av skepsis til «dagens» bekymring. Dette er trolig fornuftig – ikke fordi det ikke er tegn til at det kan være noe her, men fordi forklaringer som sammenfaller med hva folk bekymrer seg for vil lettere slå rot og bre om seg selv når evidensen er svak eller konkurrerende hypoteser viser seg å ha bedre støtte. Det er derfor verdt å nevne at de populærvitenskapelige bidragene fra Twenge har blitt anklaget for å være preget av «cherry picking» (selektivt utvalg av trender og forskning), overforenkling, feiltolkning av korrelasjonssammenhenger som kausale, og overdramatisering (Cavanagh 2017; Samuel 2017; Harris 2017).

Dette tilsier at man ikke bør ta hypotesen om sosiale mediers elendighet som et bekreftet faktum. Per i dag

⁴ Twenge har for øvrig påpekt at hun ikke stod for tittelen – men den fremstår likefullt som passende for artikkelens budskap.

er det fortsatt uavklart hvor dramatisk utviklingen i ungdoms mentale helse er og i hvilken grad den vil føre til at flere opplever alvorlige problemer på sikt. Skal man forstå utviklingen er det nødvendig å også undersøke andre faktorer som kan bidra til å forklare eventuelle endringer som finner sted. Her er det vanskelig å gi noen uttømmende liste, men noen faktorer som har dekket i forskning er:

- **Mobbing.** Et studie fra Skottland fant en økning i mobbing i perioden 1994 til 2014, samt en stadig sterkere sammenheng hos jenter mellom det å ha vært mobbet og det å oppleve psykiske plager (Cosma et al. 2017). For Norge skal skoleundersøkelser ha vist stabilitet i mobbing over tid⁵, mens analyser av representative spørreundersøkelser blant ungdom viser kraftig fall i utøvelsen av fysisk mobbing mellom 2007 og 2015 (Frøyland and Soest 2017): Blant gutter falt andelen som hadde utøvd noen form for fysisk aggresjon fra 22.6% til 12.8%, hos jenter falt den fra 23.8% til 12.4%.
- **Økonomisk usikkerhet.** Et svensk studie med data fra Värmland som dekket syv ungdomskull i alderen 14-15 år fant at privatøkonomiske bekymringer i barnas husholdning hadde en klar statistisk sammenheng med psykosomatiske symptomer som søvnproblemer, hodepine, anspenhet, tristhet og svimmelhet (Kim og Hagquist 2018). Statistisk sett var endringer over tid i privatøkonomiske bekymringer tilstrekkelig til å forklare hele økningen i psykiske plager blant ungdommene på midten av 1990-tallet, mens arbeidsledighet i omgivelsene (kommunalt) ikke så ut til å påvirke bekymringer.
- **Endret terskel for å oppsøke hjelp.** Som nevnt tidligere kan en økende trend av unge voksne i behandling også skyldes endringer i hvor ofte unge voksne med psykiske lidelser oppsøker behandling og i hvilken grad helsepersonell igangsetter behandling for disse. Et svensk studie rapporterer, i tråd med dette, at gjennomsnittlig nivå på psykiske plager hos unge voksne (18-24 år) i psykiatrisk behandling i Stockholm falt over tid i perioden 2002-2010 (Kosidou et al. 2017). I begynnelsen av perioden var symptombelastningen høyere for unge voksne i behandling enn for andre aldersgrupper, mens den falt over perioden og ble lik nivåene for andre aldersgrupper over tid. Dette er det vi ville forvente dersom terskelen for å ta unge voksne inn i behandling har falt over tid.
- **Alkoholbruk.** Et studie av Ungdata fra 2013 rapporterer en tydelig statistisk sammenheng mellom symptomskår for depresjon på den ene siden, og tidlig alkoholdebut, hyppighet av alkoholkonsum og hyppighet av fyll (Johannessen et al. 2017). For symptomskår for angst var sammenhengen primært til stede for jenter. På

den annen side har det vært en klar trend i retning av utsatt debutalder for alkohol og redusert konsum blant ungdom både i Norge og flere andre vestlige land siden årtusenskiftet (H. Pape, Rossow, and Brunborg, n.d.), så denne faktoren vil trolig ikke forklare økningen i psykiske plager eller lidelser i nyere tid.

- **Tidligere seksualisering.** En rapport fra den amerikanske psykologforeningen fant at tenåringer i større grad enn før opplever seksualisering – strenge kroppsideal, selvbylde bygget på seksuell attraktivitet og atferd, objektivisering og påtvunget seksualitet før man ønsker det (Hatch 2011). Dette blir satt i sammenheng med dårligere selvbylde, økt kroppspress og skam over egen kropp, spiseforstyrrelser, angst og depresjon.
- **Prestasjonspress.** Et svensk studie av ca. 1000 skolebarn i alderen 16-18 i Nord-Sverige fant at jenter uttrykte at forventninger/krav fra skolen ofte/alltid var en stressfaktor i livet deres (ca. 2/3, mot ca. 1/3 hos guttene) (Wiklund et al. 2012). Jentene oppga også å føle seg «ufri» i større grad (ca. halvparten av jentene mot en fjerdedel av guttene), noe som kan tolkes som en konstant opplevelse av forventninger/krav. Forventningene kom i begrenset grad fra hjemmet – det var særlig forventninger/krav fra skole og en selv (halvparten av jentene, rundt en tredjedel av guttene) som hadde høyt nivå og stor kjønnsforskjell. Halvparten av jentene oppga også at de ofte/alltid følte at de ikke var uthvilt etter søvn (mot ca. en fjerdedel av guttene).
- **Menstruasjonsalder.** Det å komme tidlig inn i puberteten er assosiert med økt risiko for blant annet internaliserende symptomer (Mendle, Turkheimer, and Emery 2007), og menstruasjonsalderen har lenge vært fallende. På den annen side er det mindre grunn til å tro at fallet i menstruasjonsalder har fortsatt i nyere tid (Papadimitriou 2016). I studier som følger en kohort over tid er det også uklart i hvilken grad de negative konsekvensene av å få tidlig menstruasjon vedvarer utover tidlig ungdomstid. Noen finner at sammenhengen er forbigående (Lien, Haavet, and Dalgard 2010; Joinson et al. 2013; W. Copeland et al. 2010), mens andre rapporterer at sammenhengen faller over tid men vedvarer i noen grad (Mendle, Turkheimer, and Emery 2007; Natsuaki, Biehl, and Ge 2009).

1.8 Konsekvenser av psykisk helse i utdanning og arbeidsliv

I tidligere kapitler har vi sett tendenser til endringer i unges psykiske helse de siste ti

videregående skole.” Kilde: <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

⁵ Tallene har lenge vært ganske stabile, viser Utdanningsdirektoratets undersøkelser blant elever i 5. - 10. klasse i grunnskolen og alle de tre klassetrinnene i

årene. I dette kapittelet diskuterer vi langsiktige konsekvenser av å ha psykiske plager i unge år. Vi drøfter også i hvilken grad endringer i arbeidslivet kan få konsekvenser for unge som sliter med psykiske plager.

1.8.1 Langsiktige konsekvenser av psykiske plager i ungdomstiden

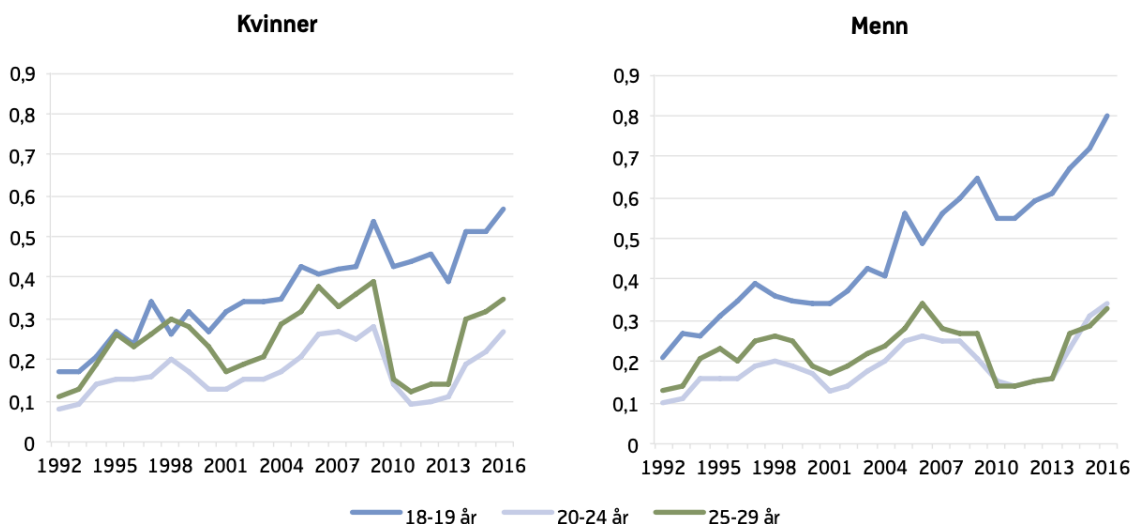
Psykiske plager og lidelser er en viktig årsak til både sykefravær og uføretrygd i Norge. I perioden 2003-2015 stod psykiske lidelser for en økende andel av sykepengetilfellene, fra 17% i 2003 til 20% i 2015 (Brage, Søren and Nossen 2017), men lidelsene er enda viktigere for uføretrygd: For aldersgruppen 25-39 år ble det rapportert at halvparten av nye uføretrygd-tilfeller i perioden 1977-2006 skyldtes psykiske lidelser, og dette var også kategorien som vokste mest over tid – særlig hos kvinner (Brage and Thune 2009). Senere analyser viste at økningen i all hovedsak var hos de aller yngste – under 20 – der en betydelig høyere andel nå får uføretrygd enn i andre aldersgrupper: Mens rundt 0.5% av de mellom 18 og 20 fikk innvilget uføretrygd i 2013, så var andelen «bare» 0.2% i aldersgruppene 20-24 og 25-29. Mest slående er tallene for 18-åringene, der andelen som

fikk innvilget uføretrygd ble doblet fra slutten av nittitallet til 2016, fra 0.6% til 1.2% (Bragstad 2018).

Denne økningen ser ut til å speile noe annet enn de indikatorene vi har sett på tidligere. Veksten er noe kraftigere for menn enn kvinner (Figur 1-9), og flertallet av diagnosene gjaldt organiske lidelser, schizofreni og dype personlighetsforstyrrelser, samt eksternaliserende lidelser (Brage, Søren and Thune 2015). I den yngste gruppen – de under 20 – dominerer psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik – og dette er også kategorien som har hatt kraftigst vekst i denne gruppen. Dette antas å skyldes et økende antall kjente kromosomavvik som medfører psykisk utviklingshemming, og veksten i kategorien blir satt i sammenheng med økt overlevelse i barndommen (bedret behandling), samt en forskyvning av omsorgsbyrden (over et langt tidsrom) fra familie til velferdsordninger som har ført til at disse får innvilget uføretrygd ved en yngre alder enn før. Av de med psykiske lidelser i de eldre aldersgruppene var diagnosene i økende grad dreid mot eksternaliserende og internaliserende lidelser. For kvinner under 30 var det særlig angst- og depressive lidelser som økte blant de psykiske lidelsene, for de yngre mennene schizofreni, paranoia og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

Figur 1-9: Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn og alder

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



Kilde: (Bragstad 2018). Figuren viser andel av risikobefolkningen (antallet unge i hver alderskategori i hvert år).

Mens disse tallene viser at psykiske lidelser er en viktig kilde til sykefravær og særlig uføretrygd, så betyr ikke tallene at ungdom med psykiske plager nødvendigvis vil falle ut av utdanning eller jobb. Plager og lidelser i ungdomstiden trenger ikke være varige, og selv om typen lidelser og plager man har i ungdomstiden predikerer lidelser i voksen alder i noen

grad så er det indikasjoner på at disse sammenhengene er mer komplekse enn en direkte sammenheng mellom lidelse X i ungdomstiden og samme lidelse i voksen alder. Et studie med detaljerte diagnostiske data for 1420 ungdommer fulgt over tid fant f.eks. at de med depresjon i ungdomstiden hadde tre ganger høyere sannsynlighet enn andre for å ha

depresjon som ung voksen, men når man kontrollerte for andre psykiske lidelser i ungdomstiden forsvant sammenhengen (W. E. Copeland et al. 2009). Dataene antydte dermed at det var kombinasjoner av andre lidelser som predikerte fremtidig depresjon – ikke depresjon. Det samme gjaldt generaliserte angstlidelser, som sterkt predikerte fremtidig depresjon, men ikke fremtidige angstlidelser. Forskerne gjentok analysene med lidelser målt i barndomstiden snarere enn ungdomstiden, og tilsvarende «ikke-intuitive» sammenhenger dukket opp her. For eksempel var depresjon i barndomstiden assosiert med nesten tredoblede odds for å utvikle angstlidelser som ung voksen, men ingen økning i oddsene for depresjon. Dette er konsistent med de tidligere nevnte funnene som tyder på at ulike lidelser kan ses på som ulike utslag av et mindre sett underliggende prosesser.

Slike funn gjør det interessant å direkte undersøke linken mellom psykisk helse i ungdomstiden og utfall i utdanningsvesenet og på arbeidsmarkedet. Dette har blitt undersøkt i en serie norske studier basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), der forskere ved FHI har undersøkt sammenhengen mellom psykiske lidelser i ungdomstiden og videregående karakterer, utdanningsnivå, og lønnsinntekter som voksen. Studiene har mål på psykiske plager fra deltagerne var unge, og unngår dermed målefeil og metodeproblem som oppstår når deltagere skal huske hvordan deres psykiske helse var tidligere. Siden HUNT dekker en stor del av befolkningen i samme region over flere årskull gir disse dataene også anledning til å se hvordan sammenhengen er innad i skoler og når man sammenligner søsken.

Forskerne fra FHI skiller i arbeidene mellom internaliserende og eksternaliserende plager (og deler eksternaliserende plager inn i oppmerksomhet og atferdsproblem), og finner gjennomgående at eksternaliserende plager har større og mer konsistente negative effekter på utfallene. Ungdom med eksternaliserende lidelser har dårligere karakterer (de med internaliserende lidelser har i snitt bedre karakterer, med unntak av de med mest alvorlige problemer)⁶. Resultatene for utdanningsnivå er konsistente med dette, ved at de viser lavere utdanningsnivå for de som hadde eksternaliserende problemer som unge, men svakere og mer inkonsistente funn for de som hadde internaliserende problem (Evensen, Lyngstad, Melkevik, and Mykletun 2016). Andre har rapportert lignende funn (Sagatun

et al. 2014), og en systematisk litteraturstudie fant jevnt over liten sammenheng mellom internaliserende plager og skolefravall i studier som kontrollerer for eksternaliserende problemer (Melkevik et al. 2016). For lønn finner man lavere lønn for begge typene lidelser, men primært for de som ligger i den nedre delen av inntektsfordelingen (Evensen, Lyngstad, Melkevik, Reneflot, et al. 2016). For de som har medianlønn eller høyere er det små effekter om noe. Det er også tegn til at sammenhengene for internaliserende lidelser og atferdsproblem blir mindre når man sammenligner mellom søsken, noe som tyder på at disse lidelsene er korrelert med andre faktorer (som også søsken uten mentale plager deler) som til dels forklarer sammenhengene.

Samlet tyder disse studiene på at psykiske plager i ungdomstiden i gjennomsnitt har moderate konsekvenser for utdanning og arbeid på sikt.

Sammenligner man anslagene på ulike variables betydning ser man at et standardavvik høyere skår på enten oppmerksomhets- eller atferdsproblem er assosiert med 0.16 standardavvik lavere karakterer. Det er på linje med reduksjonen man ser hos de med skilte foreldre, litt mindre i absolutt størrelse enn den positive effekten av å være førstefødt, og litt under halvparten av den forskjellen man ser mellom kjønnene. Sammenligner man lønn mellom søsken er et standardavvik høyere problemskår (alle typer plager) assosiert med rundt 5% lavere lønn, som er omtrent den samme forskjellen man ser i den samme modellen for skilsmisse (da estimert ut fra søsken der kun den ene hadde skilte foreldre på måletidspunktet) eller mellom første og senere fødte barn.

Mens slike anslag indikerer at det er relativt små konsekvenser på sikt av psykiske plager i ungdomstiden, så er det viktig å påpeke at studiene sier mest om hvordan det går med de som ikke faller utenfor. De som faller utenfor arbeidsmarkedet på sikt omfattes ikke av HUNT-studiet av lønneffekter, siden dette kun så på deltagere med strengt positive lønnsinntekter som voksen⁷. Studier som har sett på symptomer i ungdomstiden og senere bruk av langvarige sosiale ytelser i Norge finner tydelige tegn på økt risiko: Kontrollert for foreldres utdanning, inntekt og ekteskapelige status var plager i ungdomstiden som magesmerter, søvnproblemer, engstelse, tristhet, svimmelhet og følelse av at alt er en byrde alle assosiert med en økt risiko for langvarig sosiale ytelser for kvinner (størrelsesorden 30% økt sannsynlighet for å falle ut for hvert enkeltsymptom) i

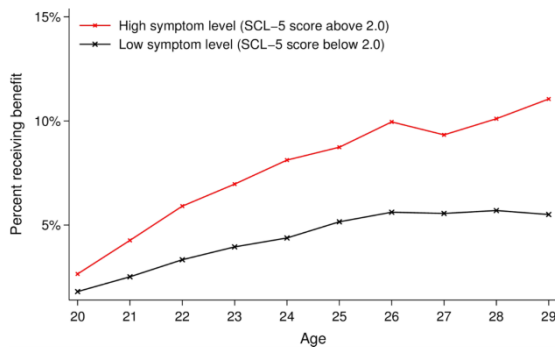
symptomskår på internaliserende plager var assosiert med 1.3 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å være uten lønn. Gitt at det var rundt 5% av utvalget som var uten lønn er dette en betydelig sammenheng. For eksternaliserende lidelser var tallet 0.7 prosentpoeng.

⁶ Fra artikkelen "Mental Health Problems and Academic Achievement: Evidence from the Young-HUNT Study" - artikkelen er under revisjon for publisering i fagtidsskrift og foreløpig kun tilgjengelig i doktorgradsavhandlingen til Miriam Evensen (Evensen 2017).

⁷ Miriam Evensen opplyser at preliminnære analyser som ble gjort under arbeidet antydte at ett standardavvik høyere

data fra Oslo og fem andre kommuner (Homlong et al. 2015). For de fleste av symptomene fant man lignende sammenhenger hos guttene. En annen studie brukte data fra HUNT for å se på sammenhengen mellom gjennomsnittskår på fem ulike angst og depresjonssymptomer i ungdomstiden og senere mottak av langvarige helseorienterte ytelser (som uføretrygd, langvarig sykmelding, eller ulike rehabiliteringsordninger) (K. Pape et al. 2012). Her ble det rapportert en klar sammenheng mellom gjennomsnittskår og senere utfall (Figur 1-10), og i søskensammenligninger var ett poeng høyere gjennomsnittskår assosiert med 60% høyere odds for en langvarig medisinsk ytelse.

Figur 1-10: Prosentandel av Young-HUNT kohort (n=7497) som mottok langvarige medisinske støtteordninger ved ulike alder – etter selvrapportert angst- og depresjonssymptomnivå i ungdomstiden.



Kilde: (K. Pape et al. 2012).

1.8.2 Endringer i arbeidslivet

I den offentlige debatten har det lenge vært fremmet en bekymring om at arbeidslivet blir stadig «råere». Et godt eksempel er en kronikk fra 2002⁸ av Asbjørn Wahl, daværende leder i «For velferdsstaten». Her hevder Wahl at fenomen som konkurranseutsetting, målstyring, markedsorientering og bemanningskutt har ført til «et arbeidsmiljø der et normalt utrustet menneske i stadig flere yrker ikke er i stand til å holde ut et helt arbeidsliv, men må ofre helsa på konkurranseevnens alter lenge før ordinær pensjonsalder», og et arbeidsliv der «presset på den enkelte øker, og fysisk og psykisk helse brytes raskere ned».

Wahls innlegg er politisk, polemisk og spissformulert, men tematikken er også berørt i Sandman-utvalgets NOU om sykefravær og uførepensjonering⁹. Her ble det påpekt at det fysiske arbeidsmiljøet viste bedring eller stabilitet, men at en økende andel arbeidstagerer jobbet i servicenæring og med datamaskiner. «Der

industriarbeidets utsatte mange arbeidstakere for fysisk tunge løft og farlige kjemiske stoffer, vil servicesamfunnet kunne utsette flere arbeidstakere for aggressive kunder og klienter. Der industriarbeidets maskiner skapte ulykker, støv og støy, kan informasjonssamfunnets maskiner forårsake belastningsskader i muskel og skjelett»¹⁰. De nevner at det «fra flere hold [er] blitt hevdet at trendene i arbeidslivet som globalisering, rasjonalisering og teknologisering, har ført til framvekst av nye organisasjonsformer med større krav til ansattes ferdigheter, kunnskap og erfaring»¹¹, og at dette har to sider: En mindre fysisk belastende, mindre monoton og ensidig arbeidssituasjon, men også et «større krav til utdanning og spesialisert kompetanse». I tillegg hevder de at «kravet til effektivitet i arbeidslivet generelt sett [har] økt de senere årene. Evnen til å jobbe i forhold til tidsfrister og under press blir en stadig viktigere egenskap».¹² Dette underbygger utvalget med spørreundersøkelser som viser at rundt halvparten av arbeidstakere den gang rapporterte om økende kvalitetskrav, økt arbeidstempo og nye arbeidsoppgaver. Utvalget konkluderer med at endringene har kommet et stort flertall til gode, men at det «utvilsomt [er] også enkelte prosesser som har medført at personer har blitt skjøvet ut av arbeidsmarkedet. Nye og økte krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet har ført til en utfordrende og fleksibel arbeidssituasjon for mange, mens det for andre har gjort det vanskelig å holde seg inne i arbeidsmarkedet».¹³

Det virker som om det foreløpig er lite forskning som undersøker om slike endringer har gjort det vanskeligere for personer med sviktende psykisk helse å fungere i arbeidslivet, men selve endringene i arbeidslivet er godt dokumentert. I samfunnsøkonomisk forskning er disse endringene i stor grad forklart som et utslag av «skill biased technological change». David Autor har i en lang rekke innflytelsesrike arbeider undersøkt skillet mellom rutine- og ikke-rutinepregede arbeidsoppgaver, samt manuelt og kognitivt arbeid¹⁴, og teorien er at «outsourcing» og ny teknologi har erstattet mye av det rutinepregede arbeidet innenfor begge jobbtypene, samtidig som ny teknologi også støtter opp om og bedrer produktiviteten til de som har ikke-rutinepreget arbeid. Dette har ført til en polarisering av arbeidsmarkedet: jobbene i «midtsjiktet» av lønnsfordelingen blir borte, og igjen står godt betalte men krevende kognitive jobber som forutsetter høy utdanning og høyt evnenivå, og lavt betalte ikke-rutinepregede manuelle jobber. Han påpeker også at amerikanske menn i mindre grad enn

⁸ «Arbeidslivets brutalisering under markedliberalismen», Klassekampen, 14 juni 2002

⁹ NOU 2000:27, særlig kapittel 5

¹⁰ NOU 2000:27, side 85

¹¹ NOU 2000:27, side 85

¹² NOU 2000:27, side 86

¹³ NOU 2000:27, side 88.

¹⁴ En god ikke-teknisk innføring i denne forskningen er (Autor 2010)

kvinner har respondert ved å øke utdanningsnivå, og at endringen i de økonomiske forholdene kan bidra til å forklare endringer også på andre samfunnsarenaer som pardannelse.

Disse utviklingstrekkene gjenfinnes også i norske registerdata, der forskning viser at endringene over tid har påvirket ulike grupper ulikt. Det ser blant annet ut til at særlig menn fra lavinntektsfamilier sliter i økende grad (Markussen and Roed 2017), ved at de sakker akterut på ulike indikatorer som sysselsetting, uføretrygd, inntekt, utdanning, familiedannelse og dødelighet. Derimot finner ikke de norske forskerne at dette er relatert til kognitive evner (målt ved evneskårtesten fra militærseksjon), siden de med lave skår her i snitt gjør det bedre over tid. De peker i stedet på endringer i arbeidslivet av den typen Autor har trukket frem samt et større krav om utdanning, og antyder at utviklingen kan skyldes at barn fra familiene med lavest inntekt i mindre grad enn andre får den støtten og oppmuntringen de trenger for å henge med i utdanningssamfunnet. Det at endringene slår sterkest ut for de dårligst stilte tyder på en økende ulikhet i viktige utfall, og tilsier at det ville være svært nyttig om man kunne finne indikatorer som gjorde det mulig å undersøke om også de med psykiske lidelser (eller plager) sliter mer i arbeidsmarkedet nå enn tidligere.

1.9 Avslutning

Internasjonal forskning tyder på at psykisk helse blant unge hadde en negativ utvikling mot årtusenskiftet, med mer uklar evidens for utviklingen videre. Målt ved psykiske plager, diagnostiserte lidelser i helsevesenet, medikamentbruk og behandling kan det se ut som om psykisk helse hos unge voksne har blitt ytterligere forverret de siste ti årene i Norge. Hva dette skyldes, og hvilken betydning det vil ha for utviklingen i

antallet på uføretrygd eller senere arbeidsmarkedsutfall er foreløpig uvisst.

I den grad det har skjedd en forverring av psykisk helse blant ungdom er det foreløpig vanskelig å si hvor mye dette har hatt å si for økningen i uføretrygd hos de yngre. Psykiske lidelser vil trolig ha en progresjon over alder, ved at de først viser seg som økt forekomst av psykiske plager (noe som kan ha skjedd mellom 2005 og 2010), deretter dukker opp i helsevesenet (noe som ser ut til å ha skjedd fra 2010 og senere), og dernest dukker opp i langvarige medisinske støtteordninger (som AAP), før de eventuelt gir seg utslag på statistikken over uføretrygdede. Statistikken publisert av NAV på diagnoser er bare tilgjengelig frem til 2015, og den nyeste rapporten om unge uføretrygdede (fra 2018) viser ikke tall på utviklingen i diagnoser, men refererer til en tidligere rapport fra 2015 på dette spørsmålet. Dette vil derfor være interessant å få belyst med tall når datagrunnlaget til «Unge Uføre» prosjektet er ferdig anskaffet.

Per i dag er det fortsatt både uenighet om utviklingen vi ser indikasjon på reflekterer en reell forverring av psykisk helse eller ikke, samt hvilke faktorer som best bidrar til å forklare utviklingen. Den store oppmerksomheten rundt en mulig rolle for sosiale medier og skjermtid reflekterer ikke en konsensus i fagfeltet eller overbevisende kausal evidens, og en lang rekke alternative faktorer kan ha bidratt.

De norske dataene indikerer at utviklingen i selvrapporterte psykiske plager over tid har variert både med kjønn, aldersgruppe og over regioner. Dette kan være viktig for fremtidig forskning på norske data, også innenfor dette prosjektet, da slik variasjon gjør det mulig å lete etter faktorer som bidrar til å forklare *forskjellene* i utviklingen mellom ulike undergrupper.

Referanser

- Afifi, Tracie O., Gordon J. G. Asmundson, Steven Taylor, and Kerry L. Jang. 2010. "The Role of Genes and Environment on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Review of Twin Studies." *Clinical Psychology Review* 30 (1): 101–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.002>.
- Autor, D. 2010. "The Polarization of Job Opportunities in the US Labor Market: Implications for Employment and Earnings." *Center for American Progress and the Hamilton Project of the Brookings Institution*. http://www.frbsf.org/publications/community/investments/1110/CI_IncomeInequality_Autor.pdf.
- Berg, H., & Thorbjørnsrud, T. 2009. Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*, 26(3), 389–399.
- Booker, Cara L., Yvonne J. Kelly, and Amanda Sacker. 2018. "Gender Differences in the Associations between Age Trends of Social Media Interaction and Well-Being among 10-15 Year Olds in the UK." *BMC Public Health* 18 (1): 321. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5220-4>.
- Bor, William, Angela J Dean, Jacob Najman, and Reza Hayatbakhsh. 2014. "Are Child and Adolescent Mental Health Problems Increasing in the 21st Century? A Systematic Review." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 48 (7): 606–16. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>.
- Brage, Søren, and Jon Petter Nossen. 2017. "Sykefravær På Grunn Av Psykiske Lidelser - Utvikling Siden 2003." *Arbeid Og Velferd*, no. 2: 77–88.
- Brage, Søren, and Ola Thune. 2009. "Medisinske Årsaker Til Uførhet i Alderen 25-39 År." *Arbeid Og Velferd*, no. 1: 28–36.
- Brage, Søren, and Ola Thune. 2015. "Ung Uførhet Og Psykisk Sykdom." *Arbeid Og Velferd*, no. 1: 37–49.
- Bragstad, Torunn. 2018. "Vekst i Uføretrygding Blant Unge." *Arbeid Og Velferd*, no. 2: 69–87.
- Caspi, Avshalom, Renate M. Houts, Daniel W. Belsky, Sidra J. Goldman-Mellor, Honalee Harrington, Salomon Israel, Madeline H. Meier, et al. 2014. "The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?" *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science* 2 (2): 119–37. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>.
- Cavanagh, Sarah Rose. 2017. "No, Smartphones Are Not Destroying a Generation." *Psychology Today* (blog). August 6, 2017. <https://www.psychologytoday.com/blog/once-more-feeeling/201708/no-smartphones-are-not-destroying-generation>.
- Collishaw, Stephan. 2015. "Annual Research Review: Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3): 370–93. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>.
- Condry, John, and Sandra Condry. 1976. "Sex Differences: A Study of the Eye of the Beholder." *Child Development* 47 (3): 812–19. <https://doi.org/10.2307/1128199>.
- Copeland, William E., Lilly Shanahan, E. Jane Costello, and Adrian Angold. 2009. "Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders." *Archives of General Psychiatry* 66 (7): 764–772.
- Copeland, William, Lilly Shanahan, Shari Miller, E. Jane Costello, Adrian Angold, and Barbara Maughan. 2010. "Outcomes of Early Pubertal Timing in Young Women: A Prospective Population-Based Study." *American Journal of Psychiatry* 167 (10): 1218–1225.
- Cosma, Alina, Ross Whitehead, Fergus Neville, Dorothy Currie, and Jo Inchley. 2017. "Trends in Bullying Victimization in Scottish Adolescents 1994–2014: Changing Associations with Mental Well-Being." *International Journal of Public Health* 62 (6): 639–46. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0965-6>.
- Crick, Nicki R., and Carolyn Zahn-Waxler. 2003. "The Development of Psychopathology in Females and Males: Current Progress and Future Challenges." *Development and Psychopathology* 15 (3): 719–42. <https://doi.org/10.1017/S095457940300035X>.
- Curran, Thomas, and Andrew P. Hill. 2017. "Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016."
- Cyranowski, Jill M., Ellen Frank, Elizabeth Young, and M. Katherine Shear. 2000. "Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model." *Archives of General Psychiatry* 57 (1): 21–27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>.
- Ellingsen, Jostein. 2018. "Utviklingen i uføretrygd per 30. september 2018». Statistikknotat NAV.
- Evensen, Miriam. 2017. "Later Life Consequences of Adolescent Mental Health Problems." PhD dissertation, Oslo, Norway: University of Oslo, Norway.
- Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, and Arnstein Mykletun. 2016. "The Role of Internalizing and Externalizing Problems in

- Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons Using Data from the Young HUNT Study." *European Sociological Review* 32 (5): 552–566.
- Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, Anne Reneflot, and Arnstein Mykletun. 2016. "Adolescent Mental Health and Earnings Inequalities in Adulthood: Evidence from the Young-HUNT Study." *J Epidemiol Community Health*, jech–2015.
- Fergusson, David M., N. R. Swain-Campbell, and L. J. Horwood. 2002. "Does Sexual Violence Contribute to Elevated Rates of Anxiety and Depression in Females?" *Psychological Medicine* 32 (6): 991–96. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005986>.
- Freeman, Daniel, and Jason Freeman. 2013. *The Stressed Sex: Uncovering the Truth About Men, Women, and Mental Health*. OUP Oxford.
- Frøyland, Lars Roar, and Tilmann von Soest. 2017. "Trends in the Perpetration of Physical Aggression among Norwegian Adolescents 2007–2015." *Journal of Youth and Adolescence*, December, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0793-2>.
- Geelen, Stefan M. van, and Curt Hagquist. 2016. "Are the Time Trends in Adolescent Psychosomatic Problems Related to Functional Impairment in Daily Life? A 23-Year Study among 20,000 15–16 Year Olds in Sweden." *Journal of Psychosomatic Research* 87 (August): 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.003>.
- Hannigan, Laurie J., Espen Moen Eilertsen, Line C. Gjerde, Ted Reichborn-Kjennerud, Thalia C. Eley, Fruhling V. Rijdsdijk, Eivind Ystrom, and Tom A. McAdams. 2018. "Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Risk for Early-Life Psychopathology in Offspring: Genetic Analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study." *The Lancet Psychiatry* 0 (0). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30225-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30225-6).
- Harris, Malcolm. 2017. "Are Smartphones Destroying a Generation, or Are Consultants?" *New York Magazine*. August 28, 2017. <http://nymag.com/selectall/2017/08/jean-m-twenges-igen-review.html>.
- Hatch, Linda. 2011. "The American Psychological Association Task Force on the Sexualization of Girls: A Review, Update and Commentary." *Sexual Addiction & Compulsivity* 18 (4): 195–211. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.613326>.
- Hettema, John M., Michael C. Neale, John M. Myers, Carol A. Prescott, and Kenneth S. Kendler. 2006. "A Population-Based Twin Study of the Relationship Between Neuroticism and Internalizing Disorders." *American Journal of Psychiatry* 163 (5): 857–64. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.857>.
- Homlong, Lisbeth, Elin O. Rosvold, Dag Bruusgaard, Lars Lien, Åse Sagatun, and Ole R. Haavet. 2015. "A Prospective Population-Based Study of Health Complaints in Adolescence and Use of Social Welfare Benefits in Young Adulthood." *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (6): 629–37. <https://doi.org/10.1177/1403494815589862>.
- Jardine, R., N. G. Martin, A. S. Henderson, and D. C. Rao. 1984. "Genetic Covariation between Neuroticism and the Symptoms of Anxiety and Depression." *Genetic Epidemiology* 1 (2): 89–107. <https://doi.org/10.1002/gepi.1370010202>.
- Johannessen, Espen Lund, Helle Wessel Andersson, Johan Håkon Bjørngaard, and Kristine Pape. 2017. "Anxiety and Depression Symptoms and Alcohol Use among Adolescents - a Cross Sectional Study of Norwegian Secondary School Students." *BMC Public Health* 17 (May): 494. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4389-2>.
- Joinson, Carol, Jon Heron, Ricardo Araya, and Glyn Lewis. 2013. "Early Menarche and Depressive Symptoms From Adolescence to Young Adulthood in a UK Cohort." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (6): 591–598.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.018>.
- Kendler, Kenneth S., and Jessica H. Baker. 2007. "Genetic Influences on Measures of the Environment: A Systematic Review." *Psychological Medicine* 37 (5): 615–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009524>.
- Kendler, Kenneth S., Margaret Gatz, Charles O. Gardner, and Nancy L. Pedersen. 2006. "A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression." *American Journal of Psychiatry* 163 (1): 109–14. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.109>.
- Kendler, Kenneth S., Carol A. Prescott, John Myers, and Michael C. Neale. 2003. "The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women." *Archives of General Psychiatry* 60 (9): 929–37. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>.
- Kessler, Ronald C., Patricia Berglund, Olga Demler, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005. "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of General Psychiatry* 62 (6): 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.

- Kim, Yunhwan, and Curt Hagquist. 2018. "Trends in Adolescent Mental Health during Economic Upturns and Downturns: A Multilevel Analysis of Swedish Data 1988-2008." *J Epidemiol Community Health* 72 (2): 101–8. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209784>.
- Kosidou, Kyriaki, Andreas Lundin, Glyn Lewis, Peeter Fredlund, Henrik Dal, and Christina Dalman. 2017. "Trends in Levels of Self-Reported Psychological Distress among Individuals Who Seek Psychiatric Services over Eight Years: A Comparison between Age Groups in Three Population Surveys in Stockholm County." *BMC Psychiatry* 17 (October): 345. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1499-4>.
- Langley, Kate, Stephan Collishaw, Matthew Williams, and Katherine H. Shelton. 2017. "An Investigation of Changes in Children's Mental Health in Wales between 2007/2008 and 2012/2013." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (6): 639–42. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1378-9>.
- LeMoult, Joelle, Kathryn L. Humphreys, Lucy S. King, Natalie L. Colich, Alexandria N. Price, Sarah J. Ordaz, and Ian H. Gotlib. 2018. "Associations Among Early Life Stress, Rumination, Symptoms of Psychopathology, and Sex in Youth in the Early Stages of Puberty: A Moderated Mediation Analysis." *Journal of Abnormal Child Psychology*, May. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0430-x>.
- Lien, Lars, Ole Rikard Haavet, and Florence Dalgard. 2010. "Do Mental Health and Behavioural Problems of Early Menarche Persist into Late Adolescence? A Three Year Follow-up Study among Adolescent Girls in Oslo, Norway." *Social Science & Medicine* 71 (3): 529–33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.003>.
- Mansell, Warren, and Peter M. McEvoy. 2017. "A Test of the Core Process Account of Psychopathology in a Heterogenous Clinical Sample of Anxiety and Depression: A Case of the Blind Men and the Elephant?" *Journal of Anxiety Disorders, Transdiagnostic Approaches*, 46 (March): 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.008>.
- Markussen, Simen, and Knut Roed. 2017. "Egalitarianism under Pressure: Toward Lower Economic Mobility in the Knowledge Economy?" Working Paper 10664. IZA Discussion Paper.
- McCrae, Niall, Sheryl Gettings, and Edward Pursell. 2017. "Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A Systematic Review." *Adolescent Research Review* 2 (4): 315–30. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0053-4>.
- Melkevik, Ole, Wendy Nilsen, Miriam Evensen, Anne Reneflot, and Arnstein Mykletun. 2016. "Internalizing Disorders as Risk Factors for Early School Leaving: A Systematic Review." *Adolescent Research Review* 1 (3): 245–255.
- Mendle, Jane, Eric Turkheimer, and Robert E. Emery. 2007. "Detrimental Psychological Outcomes Associated with Early Pubertal Timing in Adolescent Girls." *Developmental Review* 27 (2): 151–71. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.11.001>.
- Mojtabai, Ramin, Mark Olfson, and Beth Han. 2016. "National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults." *Pediatrics*, November, e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>.
- Natsuaki, Misaki N., Michael C. Biehl, and Xiaojia Ge. 2009. "Trajectories of Depressed Mood From Early Adolescence to Young Adulthood: The Effects of Pubertal Timing and Adolescent Dating." *Journal of Research on Adolescence* 19 (1): 47–74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00581.x>.
- Nelson, Janna, Anne Klumppend, Philipp Doebler, and Thomas Ehring. 2017. "Childhood Maltreatment and Characteristics of Adult Depression: Meta-Analysis." *The British Journal of Psychiatry* 210 (2): 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>.
- Nolen-Hoeksema, Susan, Judith Larson, and Carla Grayson. 1999. "Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms." *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (5): 1061.
- Nolen-Hoeksema, Susan, and Jannay Morrow. 1991. "A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake." *Journal of Personality and Social Psychology* 61 (1): 115.
- Nolen-Hoeksema, Susan, Blair E. Wisco, and Sonja Lyubomirsky. 2008. "Rethinking Rumination." *Perspectives on Psychological Science* 3 (5): 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>.
- Papadimitriou, Anastasios. 2016. "The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29 (6): 527–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.002>.
- Pape, Hilde, Ingeborg Rossow, and Geir Scott Brunborg. n.d. "Adolescents Drink Less: How, Who and Why? A Review of the Recent Research Literature." *Drug and Alcohol Review* 37 (S1): S98–114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>.

- Pape, Kristine, Johan Håkon Bjørngaard, Turid Lingaas Holmen, and Steinar Krokstad. 2012. "The Welfare Burden of Adolescent Anxiety and Depression: A Prospective Study of 7500 Young Norwegians and Their Families: The HUNT Study." *BMJ Open* 2 (6): e001942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001942>.
- Plomin, Robert, Claire M. A. Haworth, and Oliver S. P. Davis. 2009. "Common Disorders Are Quantitative Traits." *Nature Reviews Genetics* 10 (12): 872–78. <https://doi.org/10.1038/nrg2670>.
- Przybylski, Andrew K., and Netta Weinstein. 2017. "A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents." *Psychological Science* 28 (2): 204–15. <https://doi.org/10.1177/0956797616678438>.
- Rose, Amanda J. 2002. "Co-Rumination in the Friendships of Girls and Boys." *Child Development* 73 (6): 1830–43. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00509>.
- Rose, Amanda J., and Karen D. Rudolph. 2006. "A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-Offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys." *Psychological Bulletin* 132 (1): 98.
- Sagatun, Ase, Sonja Heyerdahl, Tore Wentzel-Larsen, and Lars Lien. 2014. "Mental Health Problems in the 10th Grade and Non-Completion of Upper Secondary School: The Mediating Role of Grades in a Population-Based Longitudinal Study." *BMC Public Health* 14 (January): 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-16>.
- Samuel, Alexandra. 2017. "Yes, Smartphones Are Destroying a Generation, But Not of Kids." JSTOR Daily. August 8, 2017. <https://daily.jstor.org/yes-smartphones-are-destroying-a-generation-but-not-of-kids/>.
- Schmitt, David P., Anu Realo, Martin Voracek, and Jüri Allik. 2008. "Why Can't a Man Be More like a Woman? Sex Differences in Big Five Personality Traits across 55 Cultures." *Journal of Personality and Social Psychology* 94 (1): 168.
- Soest, Tilmann von, and Lars Wichstrøm. 2014. "Secular Trends in Depressive Symptoms Among Norwegian Adolescents from 1992 to 2010." *Journal of Abnormal Child Psychology* 42 (3): 403–15. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9785-1>.
- Stern, Marilyn, and Katherine Hildebrandt Karraker. 1989. "Sex Stereotyping of Infants: A Review of Gender Labeling Studies." *Sex Roles* 20 (9): 501–22. <https://doi.org/10.1007/BF00288198>.
- Steuer, Faye B., Blair C. Bode, Kelley A. Rada, and James B. Hittner. 2010. "Gender Label and Perceived Infant Emotionality: A Partial Replication of a Classic Study." *Psychological Reports* 107 (1): 139–44. <https://doi.org/10.2466/07.10.17.PR0.107.4.139-144>.
- Sullivan, Patrick F., Michael C. Neale, and Kenneth S. Kendler. 2000. "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis." *American Journal of Psychiatry* 157 (10): 1552–62. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>.
- Taylor, Shelley E. 2006. "Tend and Befriend: Biobehavioral Bases of Affiliation Under Stress." *Current Directions in Psychological Science* 15 (6): 273–77. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00451.x>.
- Thorisdottir, Ingibjorg E., Bryndis B. Asgeirsdottir, Rannveig Sigurvinsdottir, John P. Allegrante, and Inga D. Sigfusdottir. 2017. "The Increase in Symptoms of Anxiety and Depressed Mood among Icelandic Adolescents: Time Trend between 2006 and 2016." *European Journal of Public Health* 27 (5): 856–61. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111>.
- Tolin, David F., and Edna B. Foa. 2006. "Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research." *Psychological Bulletin* 132 (6): 959.
- Twenge, Jean M. 2017. *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy--and Completely Unprepared for Adulthood--and What That Means for the Rest of Us*. Simon and Schuster.
- Twenge, Jean M., and W. Keith Campbell. 2018. "Cultural Individualism Is Linked to Later Onset of Adult-Role Responsibilities Across Time and Regions." *Journal of Cross-Cultural Psychology* 49 (4): 673–82. <https://doi.org/10.1177/0022022118764838>.
- Twenge, Jean M., Thomas E. Joiner, Gabrielle Martin, and Megan L. Rogers. 2018. "Amount of Time Online Is Problematic If It Displaces Face-to-Face Social Interaction and Sleep." *Clinical Psychological Science* 6 (4): 456–57. <https://doi.org/10.1177/2167702618778562>.
- Twenge, Jean M., Thomas E. Joiner, Megan L. Rogers, and Gabrielle N. Martin. 2018. "Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time." *Clinical*

Psychological Science 6 (1): 3–17.
<https://doi.org/10.1177/2167702617723376>.

Twenge, Jean M., Zlatan Krizan, and Garrett Hisler. 2017. "Decreases in Self-Reported Sleep Duration among U.S. Adolescents 2009–2015 and Association with New Media Screen Time." *Sleep Medicine* 39 (November): 47–53.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.08.013>.

Twenge, Jean M., Gabrielle N. Martin, and W. Keith Campbell. 2018. "Decreases in Psychological Well-Being among American Adolescents after 2012 and Links to Screen Time during the Rise of Smartphone Technology."

Twenge, Jean M., Gabrielle N. Martin, and Brian H. Spitzberg. 2018. "Trends in US Adolescents' Media Use, 1976–2016: The Rise of Digital Media, the

Decline of TV, and the (near) Demise of Print." *Psychology of Popular Media Culture*.

Twenge, Jean M., and Heejung Park. n.d. "The Decline in Adult Activities Among U.S. Adolescents, 1976–2016." *Child Development* 0 (0). Accessed September 24, 2018. <https://doi.org/10.1111/cdev.12930>.

Wichstrøm, Lars. 1999. "The Emergence of Gender Difference in Depressed Mood during Adolescence: The Role of Intensified Gender Socialization." *Developmental Psychology* 35 (1): 232.

Wiklund, Maria, Eva-Britt Malmgren-Olsson, Ann Öhman, Erik Bergström, and Annacristine Fjellman-Wiklund. 2012. "Subjective Health Complaints in Older Adolescents Are Related to Perceived Stress, Anxiety and Gender – a Cross-Sectional School Study in Northern Sweden." *BMC Public Health* 12 (1): 993.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-993>

2. Utvikling i psykiske diagnoser blant unge

Ragnhild Haugli Bråten og Susanna Sten-Gahmberg, Oslo Economics

Sammendrag

Tidligere forskningslitteratur har vist at en økende andel tenåringsjenter rapporterer om psykiske plager, oppsøker helsetjenesten og blir diagnostisert for slike plager. Det har vært usikkert hvorvidt økningen i psykiske diagnoser er et resultat av en reell økning i psykiske plager blant unge jenter, hvorvidt den økte bruken av psykiske diagnoser fortsetter da disse ungdomskullene når ung voksen alder og hvorvidt endringen gjelder unge gutter. I dette kapittelet analyserer vi psykiske diagnoser blant unge som registrert hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008-2018.

I perioden 2008-2018 har det vært en betydelig økning i bruken av psykiske diagnoser blant begge kjønn og blant unge voksne (personer i 20-årene). I kullene hvor vi tidligere har observert en økt bruk av psykiske diagnoser i tenårene, har denne økningen fortsatt gjennom 20-årene. Det er altså ikke slik at økningen i bruk av psykiske diagnoser i ungdomskullene har vært et forbigående fenomen for disse kullene. Tvert imot ser vi for ethvert fødselskull at bruken av psykiske diagnoser har økt med alder frem til slutten av 20-årene. Samtidig har hvert nye fødselskull en høyere andel med psykiske diagnoser enn de foregående kullene. Blant personer født i 1997 (fylte 21 år i 2018), hadde 37 prosent minst en psykisk diagnose i alderen 15-21 år (43 prosent av kvinner og 32 prosent av menn). Denne andelen har økt jevnt fra årene før. Den tilsvarende andelen var 33 prosent for 1993-kullet. Økningen i bruk av psykiske diagnoser er særlig knyttet til en sterk økning i angst- og depresjonsdiagnoser. Det har også vært en jevn økning i diagnoser innen atferds- og personlighetsforstyrrelser (inkludert ADHD) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme).

Flertallet av unge kvinner som har fått psykiske diagnoser i alderen 15-21 år har fått minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i samme periode. Blant unge menn som har fått psykiske diagnoser i alderen 15-21 år er det omtrent halvparten som har fått minst én psykisk diagnose hos spesialisthelsetjenesten i samme periode. Det har ikke vært noen betydelig økning over tid i andelen som har fått en psykisk diagnose hos fastlege og som ikke også har fått en psykisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten. Økningen over tid i andelen med psykiske diagnoser fra fastlege reflekterer dermed primært pasienter med tilstander som er tilstrekkelig alvorlige til også å kvalifisere for psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten.

Videre viser vi at kapasiteten i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hos fastleger har økt i samme periode. Kapasitetsøkningen fremstår som avgjørende for økningen i psykiske diagnoser, fordi det har vært mulig å ta inn flere pasienter. Andelen av pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som får en psykisk diagnose har holdt seg stabil på omtrent 80 prosent.

Økt oppmerksomhet om psykisk helse har trolig også bidratt til at flere oppsøker helsetjenesten og at flere får behandling for psykiske plager. Dermed betyr ikke økningen i psykiske diagnoser nødvendigvis at den psykiske helsen i befolkningen har blitt dårligere. For noen grupper forventer vi at den psykiske helsen er bedret, nettopp fordi flere mottar et behandlingstilbud. Samtidig tyder selvrapporterte pasientdata og tilbakemeldinger fra behandlere på et økende antall unge med angst- og depresjonsplager. Dette ser ut til å være et relativt nytt fenomen som kan forklare noe av økningen i bruken av angst- og depresjonsdiagnoser blant unge.

Vi viser at unge med psykiske diagnoser gjennomgående har dårligere resultater fra ungdomsskole, lavere fullføringsgrad i videregående skole og foreldre med lavere inntekt. Dette gjelder for alle kategorier av psykiske diagnoser. I kullene født på starten av 1990-tallet er det noe flere personer med psykiske diagnoser enn i tidligere fødselskull som ikke har oppnådd grunnskolepoeng (som har fullført grunnskolen uten karakter i halvparten av fagene). Disse har oftest diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Det er ikke tilsvarende økning i andel uten oppnådd grunnskolepoeng blant personer uten psykiske diagnoser i samme fødselskull, og det er derfor ikke grunn til å tro at det har blitt vanskeligere å gjennomføre skolen for alle. Dette indikerer at økningen i antall som ikke har oppnådd grunnskolepoeng med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser ikke bare er utslag av at «lettere tilfeller» blir diagnostisert, men at det fra starten av 2000-tallet har vært en økende andel unge som har store utfordringer i grunnskolen og som blir diagnostisert med disse tilstandene.

2.1 Innledning

Folkehelseinstituttet har i rapporten Psykisk helse i Norge (2018) gjennomgått forekomsten av psykiske lidelser. Man finner at det har vært en økning av psykiske plager blant unge jenter (under 18 år), både selvrapportert og i form av at unge jenter i økende grad oppsøker helsetjenesten for disse plagene og blir diagnostisert med psykiske lidelser. De finner ikke holdepunkter for et økende omfang av psykiske lidelser eller økende bruk av psykiske diagnoser blant den voksne befolkningen, men de ser heller ikke spesifikt på diagnoser i ung voksen alder.

Dersom det økte omfanget av psykiske plager blant unge jenter får utslag i varige psykiske lidelser, vil det innebære økt forekomst av psykiske lidelser blant voksne på sikt og betydelig helsetap for de det gjelder. Det kan imidlertid også være at psykiske lidelser blant ungdom reflekterer midlertidige problemstillinger som oppstår i barne- og ungdomsalder og som vil kunne behandles eller gå over innen voksen alder.

Det er usikkert hvorvidt økningen i psykiske diagnoser blant unge skyldes en forverring av den psykiske helsen i disse gruppene, hvorvidt det er utslag av at flere oppsøker helsetjenesten med sine plager, eller endret diagnosepraksis. Det er imidlertid flere tegn som tyder på at den underliggende psykiske helsen i ungdomsbefolkningen er blitt forverret over tid. I denne rapportens kapittel 1 oppsummerer vi litteraturen over utvikling i psykiske lidelser blant unge i Norge. Det vises der at det har vært en økning i andelen unge med psykiske diagnoser, økt bruk av medikamenter til behandling av psykiske lidelser blant unge og en økning i selvrapporterte psykiske helseplager blant unge jenter. Alle disse funnene kan imidlertid også tenkes å være utslag av økt bevissthet og redusert stigma knyttet til psykiske plager, slik at flere både oppsøker helsetjenesten for å få hjelp og rapporterer om sine plager.

I dette kapittelet studerer vi bruken av psykiske diagnoser for den norske befolkningen i tenårene og 20-årene, med fokus på endringer over tid. Vi benytter data fra konsultasjoner hos fastleger og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten i perioden 2006-2018 for personer født i årene 1973-1997. Vi belyser bruken av psykiske diagnoser overordnet og omfanget av underordnede grupper av psykiske diagnoser. Vi ser også på fylkesvis bruk av psykiske diagnoser, samt sammenhengen mellom psykiske diagnoser i ung alder og utdanning og foreldreinntekt. Ved å studere hvordan disse sammenhengene har utviklet seg over tid, belyser vi hvordan gruppen unge med psykiske diagnoser har utviklet seg over tid.

Fordi psykiske lidelser både innebærer et betydelig helsetap på kort sikt og økt risiko for å utvikle langvarige psykiske lidelser er det viktig å følge forekomsten over tid, samt å forstå årsaker til og konsekvenser av denne utviklingen. Andelen i befolkningen som har en psykisk diagnose gir en indikasjon på den underliggende forekomsten av psykiske lidelser, men den sier også noe om tilbøyeligheten til å oppsøke helsevesenet med psykiske plager og helsevesenets tilbøyelighet til å registrere psykiske diagnoser.

Å få en psykisk diagnose kan i seg selv ha stor betydning for den enkelte. Diagnosen påvirker hvordan man behandles, både i helsevesenet, men også av andre aktører i samfunnet. Å få stilt en diagnose kan være utslagsgivende for å få ekstra hjelp og ressurser i skole og barnehage eller annen type bistand fra kommunen. Dette gjelder særlig for diagnoser innen psykisk utviklingshemming, som har direkte betydning for kommunenes inntekter, men det gjelder også for diagnoser knyttet til atferds- eller utviklingsforstyrrelser som kan utløse ekstra ressurser i skole eller barnehage. En diagnose kan også påvirke hvordan folk behandler oss og hvordan vi ser på oss selv. Betydningen av å få stilt en psykisk diagnose kan være stor, både for den enkelte og for samfunnet. Det er derfor viktig å belyse hvordan bruken av psykiske diagnoser har utviklet seg over tid.

2.2 Data og metode

Vi bruker koblede registerdata fra helsetjenesten og Statistisk sentralbyrå (SSB), samt enkelte intervjuer med klinikere og aktører i helsesektoren for å belyse diagnosepraksis.

2.2.1 Registerdata

Vi benytter koblede og aidentifiserte administrative registerdata som dekker alle kontakter med spesialisthelsetjenesten (fra Norsk Pasientregister) og fastleger (refusjonsdata, KUHR) for fødselskullene 1982-1997. Disse er koblet med opplysninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om individenes demografiske kjennetegn, herunder kjønn, fødselsår, bostedskommune, utdanningsdata og foreldrenes inntektsrang.

For de enkelte kontaktene benytter vi opplysninger om diagnose (dersom det er satt diagnose) og dato. I data fra spesialisthelsetjenesten bruker vi også type institusjon. Alle typer kontakter er medregnet, herunder konsultasjoner i poliklinikk, dagbehandling og døgntilrettelagt behandling.

KUHR

KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) inneholder data om alle kontakter med behandlere i

primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 2004-2018 som har refusjonsavtale med Helfo. Dette gjelder hovedsakelig aktører i primærhelsetjenesten, som fastleger, legevakt, fysioterapeuter m.m., men det vil også være enkelte kontakter med spesialisthelsetjenesten. I årene 2004-2005 er KUHR-registeret ikke fullstendig, og vi benytter derfor kun data fra perioden 2006-2018.

Noen typer psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten inngår ikke i KUHR, for eksempel skolehelsetjeneste og andre kommunalt ansatte sykepleiere eller psykologer. Disse kan henvise til spesialisthelsetjenesten direkte. KUHR vil altså ikke fange opp alle kontakter med primærhelsetjenesten. Alle kontakter med fastlege skal være registrert i KUHR. I analysen av diagnoser fra primærhelsetjenesten har vi valgt å kun benytte konsultasjoner hos fastleger, for å få et kontrollert utvalg.

NPR

NPR (Norsk Pasientregister) inneholder data for alle konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, inkludert private avtalespesialister, fra og med 2008. Data inkluderer konsultasjoner ved somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne, private rehabiliteringsinstitusjoner, rusbehandling, avtalespesialister innen somatikk og avtalespesialister innen psykiatri. Konsultasjoner i somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne utgjør hoveddelen av datamaterialet.

Ved beregning av omfang av psykiske diagnoser har vi benyttet konsultasjoner fra alle typer institusjoner i spesialisthelsetjenesten. I enkelte analyser benytter vi kun konsultasjoner fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er definert som psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og private avtalespesialister innen psykiatri.

2.2.2 Diagnoser

Diagnosesystemet for psykiske lidelser

Helsetjenesten i Norge benytter primært to diagnose-systemer; ICPC benyttes i primærhelsetjenesten (fastleger) og ICD benyttes i spesialisthelsetjenesten. I perioden vi studerer, 2006-2018, har ICD10 blitt benyttet i spesialisthelsetjenesten og ICPC2 blitt benyttet i primærhelsetjenesten.

I ICPC2 er diagnosene kodet ved én innledende bokstav og to påfølgende sifre (for eksempel P76 som er koden for *depressiv lidelse*). Alle psykiske

diagnoser sorterer under bokstaven P, mens for eksempel diagnoser innen muskel- og skjelettsystemet sorterer under bokstaven L og diagnoser innen nervesystemet sorterer under bokstaven N. De to sifrene som følger etter den innledende bokstaven, definerer underkategori av diagnose. For psykiske diagnoser definerer kodene P01-29 psykiske plager og symptomer, mens kodene P70-P99 definerer psykiske sykdommer og lidelser. Kodene P70-P99 definerer altså diagnoser av høyere alvorlighet enn kodene P01-P29. For eksempel er *depressiv lidelse* definert ved koden P76, mens P03 definerer tilstanden *depresjonsfølelse*. Det er imidlertid ikke slik at diagnosekoder innenfor gruppen P70-P99 øker i alvorlighet med økende tallverdi. Vi omtaler alle koder innen P-kategorien som en psykisk diagnose, til tross for at det kan diskuteres hvorvidt enkelte av kodene P01-P29 reflekterer diagnoser i form av en sykdomstilstand eller hvorvidt begrepet tilstand er mer dekkende.

I ICD10 er diagnosene kodet ved én innledende bokstav og tre påfølgende sifre (for eksempel F32.0 som er koden for *mild depressiv episode*). Alle psykiske diagnoser sorterer under bokstaven F (psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). Verdien av sifrene i ICD10 systemet sier ingenting systematisk om hvor alvorlig diagnosen er, slik som ICPC2 delvis er innrettet. Diagnosekodene i ICD10 er flere og mer spesifiserte enn kodene i ICPC2.

I ICD10 er de psykiske diagnosene kategorisert i følgende undergrupper¹⁵:

- **F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser.** Kategorien inkluderer psykiske lidelser som har opphav i hjernesykdom eller skader som fører til dysfunksjon i hjernen.
- **F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer.** Kategorien omtales i denne rapporten som psykiske lidelser grunnet rusmisbruk og inkluderer psykiske lidelser knyttet til misbruk av alkohol og ulike narkotiske stoffer.
- **F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser.** Schizofreni er den viktigste diagnosen i denne kategorien og kategorien omtales derfor i visse sammenhenger i rapporten kun som schizofreni.
- **F30-F39 Affektive lidelser.** Denne kategorien omfatter lidelser der den fundamentale forstyrrelsen er en endring i affekt eller stemningsleie til depresjon (med eller uten ledsagende angst) eller heving av stemningsleiet.

¹⁵ Beskrivelsen av de enkelte kategoriene er hentet fra kodemanual publisert av Direktoratet for e-helse (<https://finnkode.ehelse.no>)

Kategorien inkluderer depresjonslidelser og bipolar affektiv lidelse.

- **F40-F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser.** Kategorien inkluderer angstlidelser og obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse).
- **F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.** Kategorien inkluderer spiseforstyrrelser og søvnforstyrrelser.
- **F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne.** Denne kategorien inkluderer en rekke tilstander og atferdsmønstre som er vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Diagnosene settes i utgangspunktet kun på voksne.
- **F70-F79 Psykisk utviklingshemming.** Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået; for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale.
- **F80-F89 Utviklingsforstyrrelser.** Kategorien kjennetegnes ved debut i barndom, mangelfull eller forsinket utvikling av funksjoner knyttet til sentralnervesystemet og jevnt forløp. Tilstanden avtar gjerne når barnet blir eldre, men enkelte defekter kan vedvare i voksen alder. Kategorien spenner fra spesifikke forstyrrelser av språk, skoleferdigheter eller motorisk utvikling til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme).
- **F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder.** Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) er den vanligste av disse.
- **F99 Uspesifisert psykisk lidelse.**

Definisjon av diagnosekategorier

Vi studerer bruk av psykiske diagnoser etter fem underordnede psykiske diagnosekategorier (se Tabell 2-1). En psykisk diagnose er definert som en F-diagnose i ICD10 og en P-diagnose i ICPC2. I kategoriseringen av undergrupper av psykiske diagnoser har vi benyttet samme inndeling som Brage og Thune (2015), hvor psykiske lidelser er delt inn i fem kategorier. De fem kategoriene av psykiske diagnoser er ikke-overlappende og dekker hele spekteret av psykiske diagnoser, unntatt koden F99 i ICD10 (uspesifisert psykisk lidelse). Den ene kategorien – psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik – inkluderer også diagnoser for medfødte misdannelser og kromosomavvik, som ikke er klassifisert som psykiske diagnoser verken i ICD10 eller ICPC2. En person kan ha flere psykiske diagnoser og dermed telles med i ulike diagnosekategorier på samme tidspunkt.

I Brage og Thune er disse fem kategoriene definert ved kode i ICD10-systemet. For å definere tilsvarende diagnosegrupper i KUHR-data har vi oversatt ICD10-kodene i hver av de fem undergruppene til ICPC2-koder. ICPC2 er gjennomgående mindre detaljert enn ICD10. I ICPC2 er det enkelte «sekkeposter» av diagnoser som kan innebære diagnoser innenfor flere av undergruppene i ICD10. Disse diagnosene har vi sortert til undergruppen etter beste skjønn. Dette gjelder for eksempel diagnose P99 (psykiske lidelse ikke spesifisert annet sted, inkludert autisme) som ofte benyttes av fastleger. Denne diagnosen er kategorisert til gruppen organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, fordi den inkluderer autisme. Tabell 2-1 angir hvilke diagnoser fra henholdsvis ICD10 og ICPC2 som er inkludert i hver av kategoriene.

Tabell 2-1 Definisjon av underordnede psykiske* diagnosegrupper benyttet i kapittelet

	ICD10	ICPC2
Organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme)	F00-F09, F20-F29, F84	P70, P71, P72, P99
Atferds- personlighets- og utviklingsforstyrrelser (inkl. ADHD og spiseforstyrrelser, ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser)	F50-F69, F80-F83, F88-F98	P04, P06-P13, P20, P22-P24, P28, P29, P77, P80, P81, P86, P98
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	F30-F48	P01, P02, P03, P05, P25, P73-P76, P78, P79, P82
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk	F10-F19	P15-P19
Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	F70-F79, Q00-Q99	P85, A90

*Kategorien psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik inkluderer diagnoser som ikke er psykiske diagnoser (medfødte misdannelser og kromosomavvik) i tillegg til gruppen psykisk utviklingshemming, som er en psykisk diagnose.

I KUHR er det benyttet ulike kodesystemer for diagnosesetting i perioden; ICPC1, ICPC2, ICD9 og ICD10. For å kunne analysere data samlet har vi oversatt alle ICD9 og ICD10-koder til ICPC2-koder ved bruk av en konverteringsfil fra Direktoratet for e-

helse¹⁶. ICPC1-koder er antatt å være tilsvarende ICPC2-koder. Diagnoser er deretter analysert som ICPC2-koder. Enkelte konsultasjoner i KUHR er registrert med BUP aksesystem. Disse har vi ikke inkludert i analysen av diagnoser fra fastleger.

I både KUHR og NPR er det enkelte feilregistreringer av diagnoser (ikke-gjeldende koder). Disse er utelatt i sin helhet. Dette gjelder en svært liten andel.

Andel med psykiske diagnoser

Vi har beregnet andel av befolkningen som har minst én diagnose i de utvalgte diagnosekategoriene ved gitte alderstrinn. Vi er primært interessert i diagnoser blant personer i tenårene og i tidlig voksen alder. Fra spesialisthelsetjenesten har vi opplysninger fra perioden 2008-2018. Fra fastleger har vi opplysninger fra perioden 2006-2018. Dette, sammen med en begrensning i hvilke fødselskull vi har data for (1973-1997), gir en begrensning for hvilke aldersgrupper vi kan følge over tid.

For å studere utvikling over tid i bruken av ulike diagnosegrupper har vi beregnet andel av befolkningen i utvalgte alderstrinn (10 år, 12 år, 14 år, 16 år, 18 år, 20 år, 22 år, 24 år, 26 år og 28 år) som har hatt minst én diagnose innenfor utvalgte diagnosekategorier i løpet av et gitt kalenderår. Alder ved et gitt kalenderår er definert som alderen som oppnås i løpet av kalenderåret. Befolkningen i et enkelt kalenderår er definert ved alle som per 1. januar er bosatt i en norsk kommune.

Vi har studert utvikling over tid i bruken av ulike diagnosekategorier i en samlet periode på flere år for gitte fødselskull. I denne analysen har vi definert

noen fødselskull og aldersgrupper som vi kan sammenligne over tid. Vi har beregnet andel av befolkningen som i alderen 15-21 år har fått minst én diagnose innenfor utvalgte diagnosekategorier. I denne aldersgruppen kan vi følge personer født i perioden 1993-1997. Tilsvarende har vi beregnet andel av befolkningen som i alderen 22-26 år har fått minst én diagnose innenfor utvalgte diagnosekategorier. I denne aldersgruppen kan vi følge personer født i perioden 1986-1992. Tabell 2-2 gir en oversikt over hvilke alderstrinn vi kan følge disse fødselskullene både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

I disse beregningene er befolkningen definert ved alle som har vært bosatt i Norge i hvert eneste år i samme periode. Personer som kun har vært bosatt i Norge i deler av perioden er dermed ikke inkludert.

Andel med gitte diagnoser i et enkeltår er beregnet som andel av befolkningen som har blitt registrert med den gjeldende diagnosen samme år. Diagnoser telles kun i det samme året som de ble registrert i en konsultasjon i helsetjenesten. En person som har blitt registrert med en diagnose som 12-åring, vil ikke inkluderes i andelen av 14-åringer med diagnose, dersom diagnosen ikke er registrert i minst én konsultasjon i helsevesenet i løpet av kalenderåret personen fylte 14 år. Det innebærer at det faktiske omfanget av enkelte diagnoser i befolkningen vil være høyere enn det våre beregninger tilsier. Dette gjelder særlig diagnoser som skal definere kroniske tilstander (for eksempel psykisk utviklingshemming og autisme). De fleste psykiske diagnoser reflekterer imidlertid tilstander som kan være forbigående, og man kan derfor ikke anta at en diagnose som stilles i ett år nødvendigvis gjelder i de påfølgende årene.

¹⁶ Konverteringsfil hentet fra Direktoratet for e-helse sine nettsider (<https://ehelse.no/kodeverk/icpc-2.den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>)

Tabell 2-2 Datastruktur som er benyttet i beregning av andel med psykiske diagnoser i alderen 15-21 år og 22-26 år. Observasjonsår etter fødselskohort og alder. N = bosatte i 2018 (oppgitt i 1000)

År observert	Fødselsår											
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
2008	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11
2009	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12
2010	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13
2011	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14
2012	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15
2013	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16
2014	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
2015	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18
2016	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19
2017	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20
2018	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21
1000 N (2018)	73	73	75	75	76	74	72	70	69	68	69	67

2.2.3 Intervjuer

For å få bakgrunnsinformasjon om praksis for diagnostisering av psykiske lidelser har vi gjennomført enkelte intervjuer med behandlere i helsesektoren, samt enkelte forskere og ledere i skolevesenet. Vi har intervjuet (antall informanter i parentes): behandlere i psykisk helsevern (4), fastleger (2), psykolog (1) og skoleledere (2).

Intervjuene med behandlere i helsesektoren har hatt som hensikt å tegne et bilde av diagnosepraksis blant behandlere, samt deres perspektiver på hva som kan forklare endringer i bruk av psykiske diagnoser blant unge. Følgende tema ble tatt opp:

- Diagnosesystemene for psykiske lidelser
- Praksis for diagnostisering av psykiske lidelser
- Endringer i diagnosepraksis over tid
- Henvisninger til psykisk helsevern
- Hva kan forklare det økte omfanget av psykiske diagnoser?
- Kan økt diagnostisering ha bidratt til å øke psykiske plager blant unge?

Med skoleledere har vi drøftet hva som kan forklare den økte bruken av psykiske diagnoser blant barn og unge.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi overordnede temalister som ble tilpasset informantene ut fra deres rolle og kompetanse. Intervjuene er gjennomført i

perioden januar – september 2020. Intervjuene er gjennomført i forkant, parallelt med eller i etterkant av registerdatanalsen. De tidlige intervjuene ble i hovedsak benyttet til å få innblikk i diagnosesystem og diagnosepraksis, mens de senere intervjuene i større grad har fokusert på å forklare funn fra analyse av registerdata.

Intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte samtaler der de intervjuede ble invitert til å snakke fritt om problemstillingene som ble tatt opp. Intervjuene er gjennomført over telefon eller ansikt-til-ansikt der det har vært mulig. Innsikt fra intervjuene, samt annen relevant litteratur og dokumentasjon, ligger til grunn for drøftinger om diagnosepraksis og mulige årsakssammenhenger i kapittel 2.3 og kapittel 2.5-2.8.

2.3 Diagnostisering av psykiske lidelser

Teksten i dette avsnittet er basert på et fåtall intervjuer som er gjennomført i perioden januar – september 2020 (se beskrivelse av metoden i kapittel 2.2.3).

Diagnosekriterier i spesialisthelsetjenesten

Diagnostisering av psykiske lidelser skiller seg fra diagnostisering innen somatisk medisin ved at de psykiske tilstandene i større grad defineres ved pasientens opplevelse av egne symptomer. Det er slik

at psykiske lidelser kan opptre langs et bredt spekter. Forenklet kan vi si at alle mennesker til tider vil oppleve en viss grad av angst eller depresjon, som naturlige tilstander, men det er kun for enkelte at tilstandene blir så alvorlige at de kan klassifiseres ved en diagnose. Det er symptomtrykk og varigheten av tilstanden som avgjør om tilstanden oppfyller kriteriene for en diagnose. For eksempel skilles det i ICD10 mellom depressiv episode (mild, moderat eller alvorlig) og tilbakevendende depressiv tilstand (mild, moderat eller alvorlig).

I en del tilfeller vil det være gråsoner mellom hva som kan klassifiseres som en diagnose og hva som er tilnærmet en normaltilstand. Til tross for definerte retningslinjer vil diagnostiseringen til en viss grad avhenge av behandlerens subjektive vurdering og skjønn, som i noen tilfeller vil kunne variere mellom behandlere.

I fastsettelsen av psykiske diagnoser benyttes tre kriterier: 1) pasienten skal ha gitte symptomer, definert for hver enkelt diagnose, 2) symptomene skal gå ut over pasientens funksjon, og 3) symptomene skal for mange diagnoser ha en viss varighet. Varighetskriteriet varierer for ulike diagnoser, hvorav visse diagnoser kan settes ved kort varighet (for eksempel depressiv episode). Mange psykiske diagnoser krever imidlertid at symptomene skal ha en gitt varighet, for eksempel ved schizofreni som kun kan settes ved en varighet på minst seks måneder.

Behandlere i psykisk helsevern som vi har intervjuet opplever at kriteriet knyttet til funksjon kan være problematisk. Funksjonskriteriene er lite spesifisert, fordi det har vært vanskelig å finne en god definisjon som dekker alle aktuelle aktiviteter og funksjoner. Det medfører at ulike studier av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen kan komme til svært ulike resultater, fordi det benyttes ulike funksjonskriterier. Et funksjonstap kan for eksempel innebære at pasienten har utfordringer med å delta på skolen eller sosialt. Hva som i praksis skal til for å kategorisere noe som et funksjonstap og hvor omfattende funksjonstapet skal være vil imidlertid kunne vurderes ulikt mellom behandlere.

Ulike psykiske lidelser opptrer gjerne samtidig eller kan utløse hverandre. Pasienter har dermed ofte flere psykiske lidelser på samme tidspunkt og behandlere avdekker gjerne flere mulige diagnoser underveis i behandlingsforløpet. Behandlere vil forsøke å avdekke hva som er de mest grunnleggende utfordringene og starte behandlingen av disse før de eventuelt behandler de andre tilstandene. Diagnosen som registreres i den enkelte konsultasjon vil gjerne reflektere behandlingen som er iverksatt i samme konsultasjon, men det kan også settes flere diagnoser i samme konsultasjon.

Diagnostisering hos fastleger

Diagnostisering av psykiske symptomer og lidelser hos fastleger følger ikke samme praksis som i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har som regel kortere konsultasjoner, hvor det vanligvis ikke vil være tid til å gjøre en grunnleggende psykiatrisk utredning. For å få refusjon fra Helfo må det imidlertid settes en diagnose for enhver konsultasjon. Fastlegene setter trolig i større grad diagnoser ut fra symptombildet som pasienten beskriver enn det behandlere i spesialisthelsetjenesten gjør. I den grad flere pasienter forteller om psykiske plager er det altså grunn til å tro at dette vil medføre en ganske direkte økning i bruken av psykiske diagnoser hos fastleger.

En fastlege vi har intervjuet opplever at mange pasienter kommer inn grunnet slitenhet, utbrenthet og/eller lettere psykiske plager. I slike tilfeller kan legen enten sette en A-diagnose (allmenne og uspesifiserte tilstander) eller en P-diagnose (psykisk). Ved sykmeldinger opplever legen at NAV i mindre grad stiller spørsmål ved en P-diagnose enn en A-diagnose. Dette kan gjøre at legene opplever det som enklere å sette en P-diagnose dersom sykmelding er aktuelt. Mange av P-diagnosene vil imidlertid reflektere lettere psykiske plager og symptomer.

Henvisninger til psykisk helsevern/spesialisthelsetjenesten

Behandlere både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan sette psykiske diagnoser. For å få konsultasjon hos spesialisthelsetjenesten kreves det henvisning fra primærhelsetjenesten, enten fra fastlege eller andre aktører i kommunehelsetjenesten. Når det gjelder barn og unge er det ofte PP-tjenesten eller skolehelsetjenesten som henviser til spesialisthelsetjenesten.

I utgangspunktet skal moderate til alvorlige psykiske lidelser henvises til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, mens milde psykiske lidelser skal behandles i primærhelsetjenesten. Enkelte henvisninger til psykisk helsevern avvises på grunnlag av at tilstanden ikke er alvorlig nok. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere en pasients tilstand basert på en henvisning. Behandlere kan derfor, for sikkerhets skyld, innkalle pasienter som de i utgangspunktet tror ikke trenger spesialistbehandling. Dersom konsultasjonen viser at pasienten ikke har behov for utredning eller behandling i psykisk helsevern (tilstanden er ikke tilstrekkelig alvorlig), vil behandleren skrive ut pasienten så fort som mulig uten diagnose. En av de intervjuede oppgir at de i slike prosesser kan måtte bruke noe tid på å formidle til pasienten at det ikke er grunnlag for diagnose eller behandling.

Hva kan forklare det økte omfanget av psykiske diagnoser?

Det finnes en rekke hypoteser og ulike meninger om hva som er de drivende årsakene til økningen i bruk av psykiske diagnoser, og trolig er det et samspill mellom flere faktorer. Økt kapasitet i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) har gjort at flere har fått muligheten til å bli diagnostisert, samtidig som økt oppmerksomhet på psykisk helse i befolkningen har medvirket til at flere oppsøker helsetjenesten med sine psykiske plager. Det betyr ikke nødvendigvis at det reelle omfanget av psykiske lidelser blant unge er større i dag enn tidligere. Det kan ha vært en underdiagnostisering og -behandling tidligere ved at folk i mindre grad oppsøkte helsetjenesten for å få hjelp for sine psykiske plager.

En skoleleder vi har intervjuet mener at økt resultattrykk fra grunnskolealder og intensjonen om at alle elever skal opparbeide seg grunnleggende ferdigheter kan ha ført til et økt press på de aller svakeste elevene. Dette kan ha bidratt til å forsterke utfordringene for de svakeste. Tidligere ble kanskje en del av de svakeste elevene «latt være i fred». Når alle i større grad skal inkluderes, blir det ekstra vondt når man ikke behersker de forventede minimumsferdighetene. Dette kan påvirke livssituasjonen, men kan også medføre et økt press for utredning av psykiske lidelser, som dermed kan medvirke til økende diagnostisering av disse tilstandene.

Samtidig opplever behandlere vi har snakket med at det reelle omfanget av psykiske plager kan ha økt. Flere peker på at det kan ha blitt vanskeligere å være ung, særlig grunnet økt prestasjonspress og bruk av sosiale medier. Mange unge opplever at de psykiske plagene forsterkes i perioder med omfattende bruk av sosiale medier. Behandlere opplever at det har vært en økning i unge kvinner som kommer til psykisk helsevern med plager og stress knyttet til prestasjonspress. Mange har høyere forventninger til seg selv enn de klarer å innfri, og de er sterkt plaget av det. Dette gir symptomer som ligner på angst- og depresjonssymptomer, men som arter seg noe annerledes enn klassisk angst og depresjon slik det er beskrevet i diagnosemanualene. Disse unge får likevel angst- eller depresjonsdiagnoser, fordi det er disse diagnosene som passer best. Disse kvinnene har gjerne store plager og kan få det bedre med behandling.

Er diagnosepraksis endret over tid?

Det er lite som tyder på at økningen i psykiske diagnoser i perioden vi analyserer (2008-2018) i særlig stor grad kan forklares av endret diagnosepraksis i helsetjenesten. Behandlere vi har intervjuet opplever ikke at tilbøyeligheten til å sette psykiske diagnoser generelt har endret seg etter årtusenskiftet. De opplever imidlertid at det kan ha

vært en endring i diagnosepraksis over et noe lengre tidsperspektiv, med økt oppmerksomhet på viktigheten av å stille en diagnose før man iverksetter behandling. Tidligere kan klinikere i større grad ha iverksatt behandling uten nødvendigvis å ha stilt en konkret diagnose. Dette anses ikke lenger som god praksis, da behandlingen skal baseres på diagnosen. En slik endring kan ha bidratt til at flere får en psykisk diagnose.

To intervjuede behandlere i psykisk helsevern mener imidlertid at praksisen har vært lite endret i perioden vi analyserer, og at det siden årtusenskiftet stort sett alltid stilles diagnoser når det iverksettes behandling. En tredje behandler mener derimot at det fortsatt er en del pasienter i psykisk helsevern som mottar behandling uten å få stilt en diagnose og at fagfeltet derfor fortsatt har en jobb å gjøre ved å stille diagnoser oftere.

Til tross for at det siden årtusenskiftet ser ut til å ha vært lite endring i behandlernes tilbøyelighet til å sette psykiske diagnoser, opplever flere behandlere vi har intervjuet at det har vært endringer i hvilke diagnoser som stilles. Psykiske lidelser er gjerne sammensatte, og hvilke(n) psykisk(e) diagnose(r) pasienten får kan variere med hvilke typer diagnoser som er i fokus både hos klinikere og i samfunnet. For noen år siden var det økt oppmerksomhet på ADHD. Noe senere var oppmerksomheten på obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelser), mens det i dag synes å være oppmerksomhet på traumer og traumerelaterte diagnoser. Enkelt diagnoser som er i fokus i fagmiljøene og befolkningen, vil få økt oppmerksomhet både hos behandler og pasient.

Diagnosesetting har også sammenheng med det tilgjengelige behandlingstilbudet for ulike tilstander. Dette varierer over geografi og tid. Når et helseforetak øker kapasiteten i behandlingstilbudet for en type lidelse kan det til en viss grad medføre økt bruk av de aktuelle diagnosene. Dette både fordi flere tilfeller blir avdekket og fordi slike diagnoser kan bli prioritert fremfor andre diagnoser.

En fastlege vi har intervjuet, opplever at den største endringen over tid er økt oppmerksomhet på psykiske plager blant pasientene. Fordi diagnosen ofte settes ut fra pasientens beskrivelse av egne symptomer vil beskrivelse av psykiske symptomer i de fleste tilfeller resultere i en P-diagnose i regningen til Helfo. Tidligere ville disse pasientene kanskje ikke oppsøkt legen i det hele tatt, eller de ville ha vært oppmerksom på andre typer symptomer som ville resultert i andre diagnoser.

Takst 615 i fastlegenes såkalte Normaltariff er av en fastlege nevnt som en mulig medvirkende årsak til økt bruk av psykiske diagnoser hos fastleger. Denne

taksten gir fastleger mulighet for refusjon utover vanlig takst ved gjennomføring av samtalerapi for psykiske lidelser, forutsatt at pasienten har en psykisk diagnose. Både honoraret for denne taksten og bruken av den økte i perioden 2010-2014¹⁷.

Kan økt diagnostisering og behandlingsregime i seg selv ha forsterket de psykiske plagene i den unge befolkningen?

Dersom den psykiske helsen i befolkningen ikke har endret seg over tid, vil enkelte hevde at vi i dag «overdiagnostiserer» psykiske plager, mens andre vil hevde at vi tidligere («underdiagnostiserte») psykiske plager. Det er ikke gitt hva som er det «riktige» nivået på diagnostisering og behandling. Både fastleger og behandlere i psykisk helsevern tar valget om å iverksette behandling eller ikke, basert på hva de mener er det beste for pasienten. Behandlingen er ulikt innrettet for ulike diagnoser. Ofte består behandlingen i å få den enkelte til å gjenkjenne og forstå sine egne tanke- og reaksjonsmønstre, samt å finne strategier for å møte disse. Behandlingen blir eventuelt kombinert med legemidler.

På den ene siden opplever behandlere i psykisk helsevern at diagnosesetting og påfølgende behandling er til hjelp for de aller fleste pasientene. Muligheten for behandling avhenger selvfølgelig av diagnose, hvorav noen diagnoser er enklere å behandle enn andre. Noen behandlere i psykisk helsevern for voksne som vi har intervjuet anslår at behandlingen er til hjelp for omtrent 80 prosent av voksne pasienter. En del pasienter kommer imidlertid tilbake til psykisk helsevern en stund etter endt behandling fordi de opprinnelige plagene kommer tilbake. Det kan virke som om en del pasienter sliter med psykiske plager i lang tid, til tross for at behandlingen kan gjøre dem bedre i en periode.

På den annen side erkjenner behandlere i psykisk helsevern at det kan være problematiske sider ved diagnostiserings- og behandlingsforløpet for enkelte pasienter. Noen behandlere opplever at det blant unge kvinner er knyttet en viss status til å gå til samtalerapi. Behandlere erkjenner også at diagnosen kan oppleves som en viktig del av identiteten for den enkelte. Et for langt behandlingsforløp kan bidra til en pasientidentitet som kan ha uheldige virkninger med overdreven oppmerksomhet på problemer og det unormale ved en selv. Da er det behandlerens oppgave å formidle til pasienten at enkelte plager er helt normale tilstander, samt å sørge for at pasientene blir behandlet og utskrevet så raskt som mulig slik at de ikke forblir pasienter lenger enn nødvendig.

På direkte spørsmål om økningen i bruken av psykiske diagnoser kan ha bidratt til den økte innstrømningen til uførhet blant unge det siste tiåret, avviser våre helsefaglige informanter denne hypotesen. Enkelte peker på andre mulige forklaringer på økt uførhet blant unge: økte krav i arbeidslivet, færre tilgjengelige jobber for unge med problemer og at omsorg for personer som ikke kan delta i arbeidslivet er forskjøvet fra private husholdninger til det offentlige, med påfølgende økt behov for offentlige trygdeytelser.

Skoleledere understreket usikkerheten, men pekte på at elever med diagnoser som autisme, multifunksjonshemming og psykisk utviklingshemming utløser særlige rettigheter. De tror ikke oppmerksomhet utløser sykdom for denne gruppen, men at økt informasjon og behandlingsskapasitet kan ha medført at flere fanges opp og får diagnose. Økt forekomst av ulike lettere psykiske plager oppleves imidlertid å korrelere med økt oppmerksomhet om psykiske problemer. Skolelederne mener at ulikhet mellom skolekretser, ulikhet i sosioøkonomiske forhold, og ulikhet mellom behandlere kan bidra til å forklare ulikhet i bruk av diagnoser. De opplever at økt problematiserende oppmerksomhet i skolen om psykisk sykdom skaper skjørhet. Skolen begrenser nå sykdomsfokus og vektlegger livsmestring og et forebyggende perspektiv.

2.4 Psykiske diagnoser i den unge befolkningen

2.4.1 Samlede diagnoser i ungdomstid og ung voksen alder

Vi har beregnet antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år (for personer født 1993-1997) og i alderen 22-26 år (for personer født 1986-1992). Resultatene vises i Figur 2-1 for alderen 15-21 år (venstre panel) og for alderen 22-26 år (høyre panel).

Andelen med psykiske diagnoser har økt over tid, både blant ungdom og blant unge voksne. Blant personer født i 1997 (fylte 21 år i 2018), hadde 37 prosent minst en psykisk diagnose i alderen 15-21 år (43 prosent av kvinner og 32 prosent av menn). Denne andelen har økt jevnt fra fødselskull til fødselskull. Den tilsvarende andelen var 33 prosent for 1993-kullet.

I 1992-kullet (fylte 26 år i 2018), hadde 38 prosent minst én psykisk diagnose i alderen 22-26 år. Den tilsvarende andelen var 34 prosent for 1986-kullet. Psykiske diagnoser er vanligere blant kvinner enn

¹⁷ Helfo, Kontrollrapport 12- 2016 «Kontroller av takst 615»

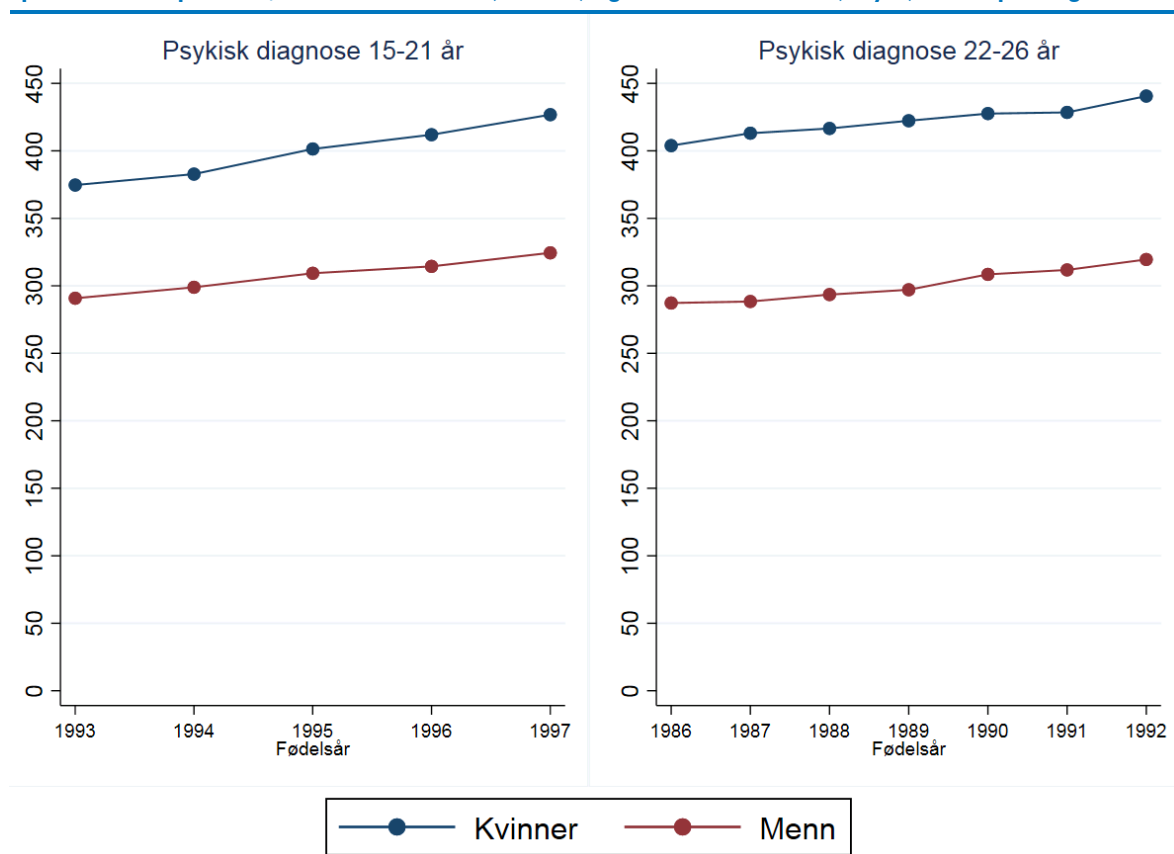
menn i begge aldersgrupper og over alle fødselskull vi ser på.

Det er viktig å være klar over at disse tallene ikke kan sammenlignes med epidemiologiske studier av forekomst av psykiske lidelser. Epidemiologiske studier viser generelt lavere tall fordi det stilles strengere krav til å sette diagnoser. Våre tall er såpass høye fordi vi inkluderer alle som har fått en eller annen

psykisk diagnose, herunder diagnoser for psykiske plager/symptomer fra fastlege. Mange av disse tilstandene ville trolig ikke tilfredsstilt kravene til en diagnose for psykiske lidelser i epidemiologiske studier.

I Tabell A-1 og Tabell A-2 i vedlegg A presenteres tallene bak Figur 2-1, etter fødselsår og kjønn.

Figur 2-1 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten, i alderen 15-21 år (venstre) og i alderen 22-26 år (høyre). Etter kjønn og fødselsår.



Merknad: Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. Kilde: KUHR og NPR.

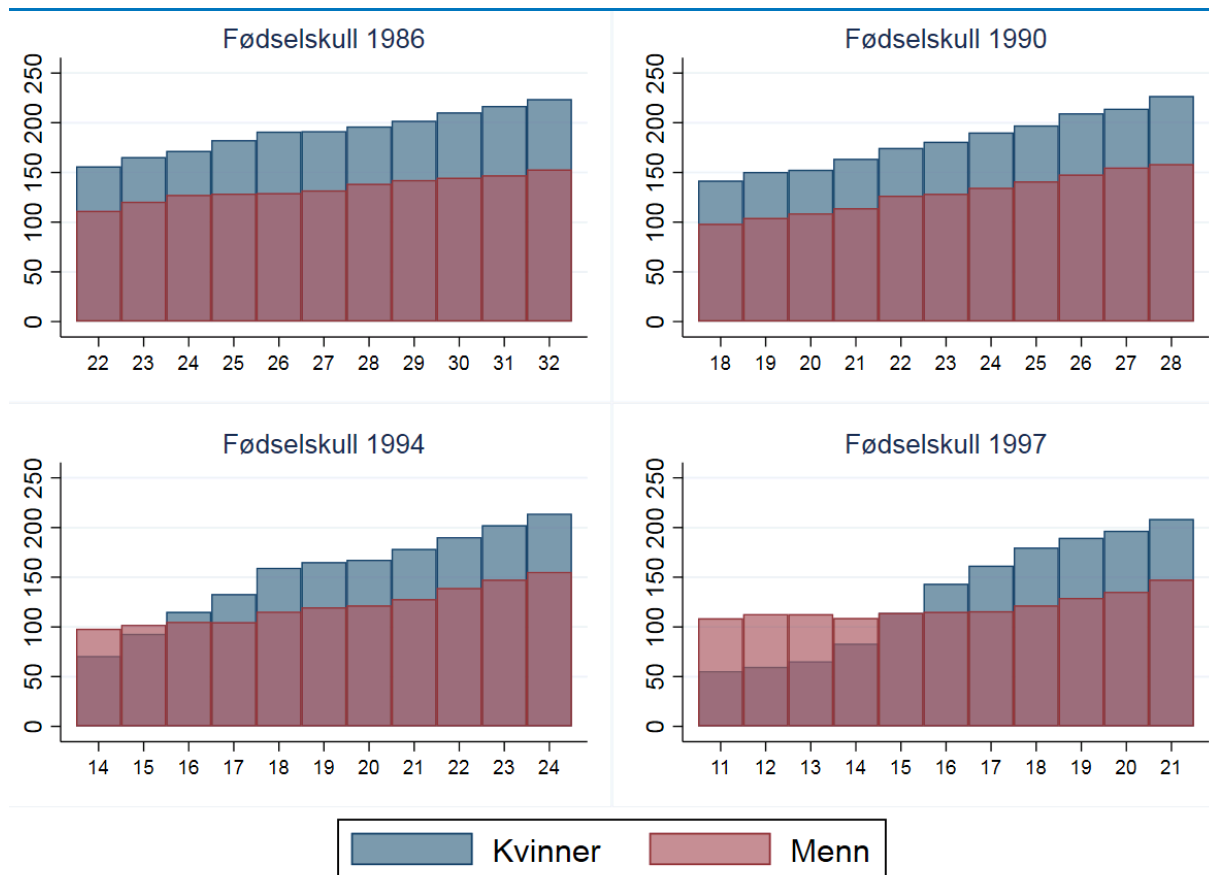
2.4.2 Psykiske diagnoser etter alder

Figur 2-2 viser antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten i utvalgte fødselskull, etter kjønn og alder. Blant kullene født 1986-1997 har andelen med psykiske diagnoser steget med alder, for alle aldre vi kan observere.

Andelen med psykiske diagnoser varierer i stor grad med kjønn. Menn får oftere psykiske diagnoser for

første gang i barnealder. Fra elleve års alder er andelen med psykiske diagnoser relativt stabil frem til slutten av tenårene blant menn, hvoretter andelen øker utover 20-årene. Blant kvinner er det mindre vanlig å ha psykiske diagnoser i barnealder, mens andelen med psykiske diagnoser øker fra og med starten av tenårene. Fra og med 16-årsalder er psykiske diagnoser vanligere blant kvinner enn menn, og denne kjønnsforskjellen øker frem til rundt 20-årsalder. Gjennom 20-årene er det omtrent dobbelt så mange kvinner som menn som har psykiske diagnoser.

Figur 2-2 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten i utvalgte fødselskull, etter kjønn og alder. Alder som fylt i løpet av kalenderåret.



Merknad: Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. NB: y-aksen er kuttet i bunnen. Kilde: KUHR og NPR.

2.4.3 Psykiske diagnoser hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten

Bruk av psykiske diagnoser hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten

Figur 2-3 viser antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege ved alder 12-28 år, etter kjønn og kalenderår. Figur 2-4 viser tilsvarende for diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten. Stadig flere unge har fått psykiske diagnoser i perioden 2008-2018, både fra fastlege og fra spesialisthelsetjenesten.

Hos fastlegene har bruken av psykiske diagnoser økt over tid i alle aldersgrupper vi har undersøkt, både blant ungdommer og unge voksne. Bruken av psykiske diagnoser fra fastlege øker med alder, helt fra barnealder og gjennom 20-årene.

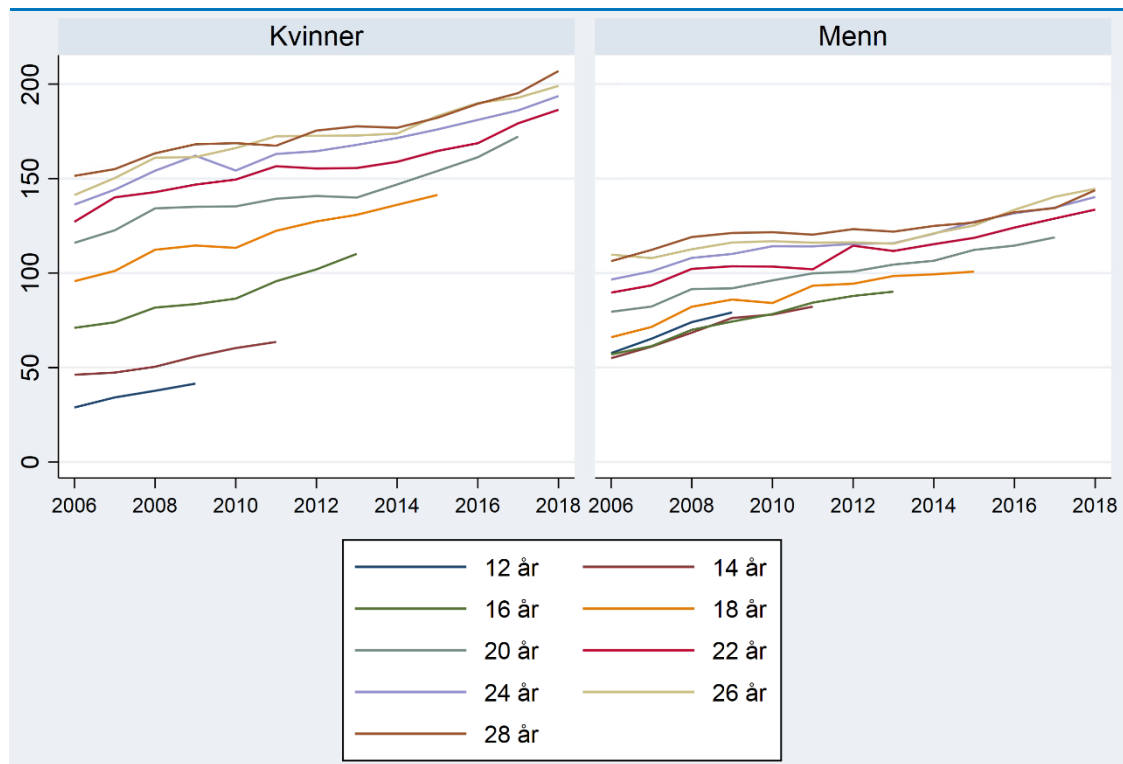
I spesialisthelsetjenesten ser vi ingen tegn til en økende diagnostisering av psykiske lidelser i aldersgruppene under 18 år i de årene vi kan observere. I aldersgruppene 18 år og over har imidlertid andelen

som har fått psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten økt over tid.

I spesialisthelsetjenesten følger bruken av psykiske diagnoser noe ulike mønstre over alder og kjønn enn hos fastleger. Samlet sett er det kvinner ved 18-årsalder som oftest får psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Blant menn var det i 2008 og 2009 mest vanlig å få en psykisk diagnose i barnealder (vi har ikke data for de yngste aldersgruppene de siste årene), og omfanget av psykiske diagnoser falt med alder frem til 18-årsalder.

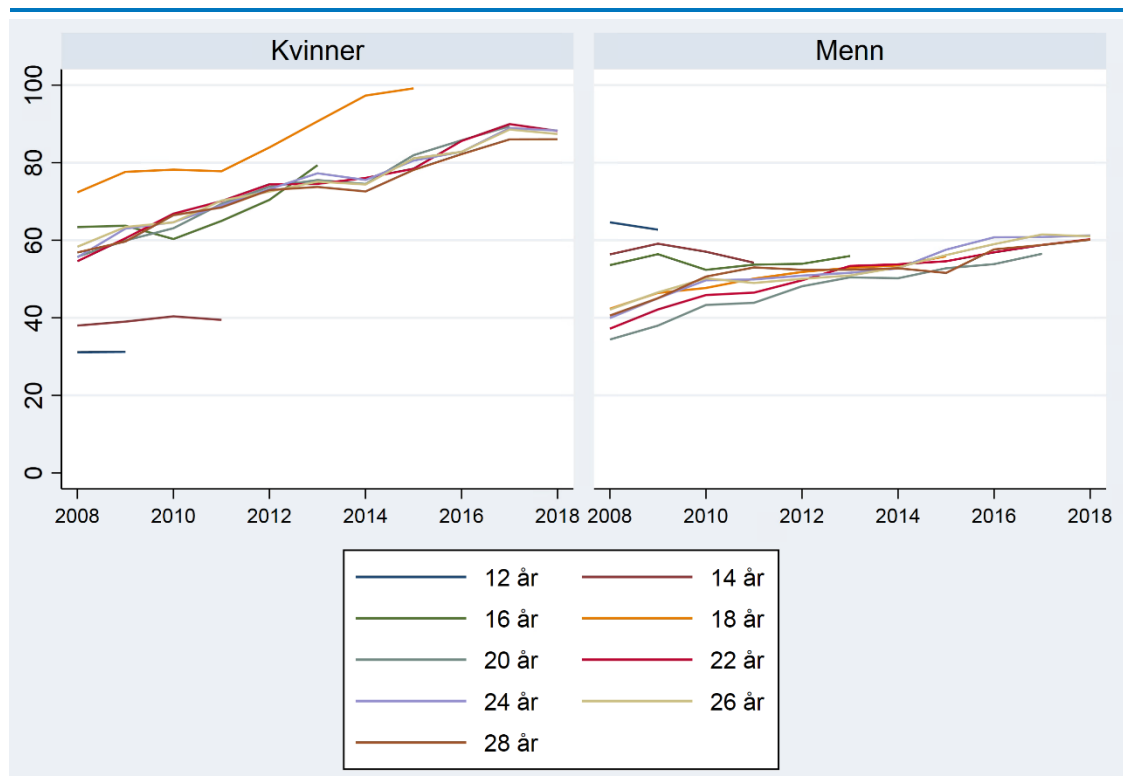
De aller fleste psykiske diagnoser som registreres i spesialisthelsetjenesten registreres i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det settes imidlertid også i noen tilfeller psykiske diagnoser i somatisk spesialisthelsetjeneste. Det har vært en økende diagnostisering av psykiske lidelser både i psykiatrisk og i somatisk spesialisthelsetjeneste (se Figur A-1 i vedlegg A som viser andel av befolkningen med minst én psykisk diagnose som registrert i henholdsvis psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste).

Figur 2-3 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege* i løpet av et gitt kalenderår. Etter kjønn og alder.



*Dette inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2. Kilde: KUHR.

Figur 2-4 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten* i løpet av et gitt kalenderår. Etter kjønn og alder.



*Dette inkluderer alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenesten diagnosesystem ICD10. Kilde: NPR.

«Diagnosetyngde»

Diagnoser fra fastleger og spesialisthelsetjenesten kan reflektere ulik alvorlighet. I fastlegenes kodesystem for diagnoser (ICPC2) skiller det mellom psykiske symptomer/plager (med diagnosekodene P01-P29) og psykiske sykdommer/ lidelser (med diagnosekodene P70-P99). Psykiske symptomer/plager er gjennomgående av en mindre alvorlig art enn psykiske sykdommer/lidelser. Videre går vi ut fra at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten for sine psykiske plager, gjennomgående har plager av en større alvorlighet enn pasienter som kun konsulterer fastlege.

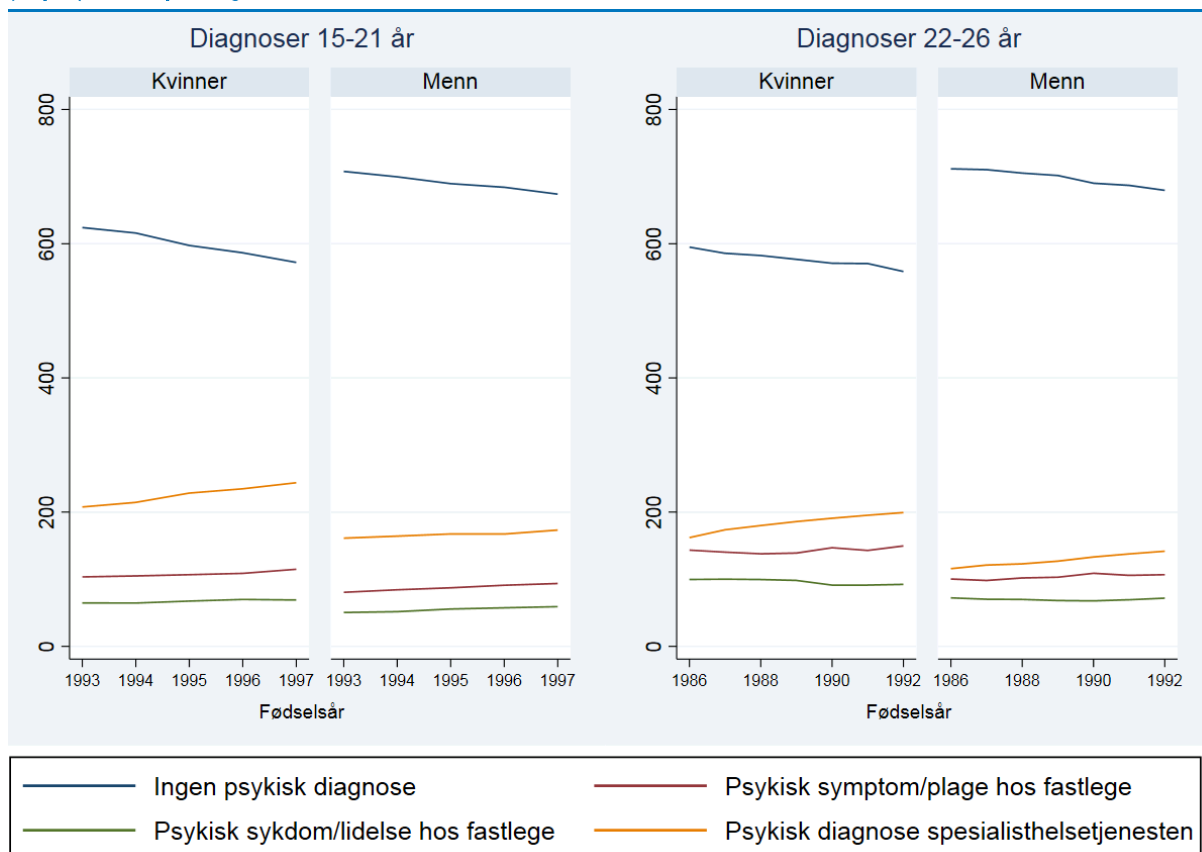
I dette delkapittelet ser vi på hvor mange av pasientene med psykiske diagnoser som kun har diagnoser fra fastlege og hvor mange av pasientene som har diagnoser hos spesialisthelsetjenesten. Med dette ønsker vi å studere i hvilken grad økningen i psykiske diagnoser drives av henholdsvis fastleger og spesialisthelsetjenesten, samt i hvilken grad økningen reflekterer en økning i diagnoser knyttet til alvorlige sykdommer/lidelser hos fastlege, sett i forhold til

diagnoser for psykiske symptomer/plager registrert hos fastlege.

Figur 2-5 viser andel av befolkningen etter «tyngste diagnose», etter kjønn og fødselsår. Alle personer i fødselskullene 1993-1997 er klassifisert etter diagnosetyngde, definert ved tyngste diagnose pasienten har fått i løpet av alderen 15-21 år. Personer født i perioden 1986-1992 har vi på tilsvarende måte kategorisert etter tyngste diagnose i løpet av alderen 22-26 år.

Tyngste diagnose er definert ved følgende hierarki: 1) minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 2) minst én diagnose for psykisk sykdom/lidelse hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) uten å ha fått noen psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 3) minst én diagnose for psykisk symptom/plage hos fastlege (P01-P29 i ICPC2) uten å ha fått andre psykiske diagnoser hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) eller i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, og 4) ingen psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i aldersperioden.

Figur 2-5 Antall per 1 000 innbyggere etter «tyngste diagnose» i alderen 15-21 år (venstre) og 22-26 år (høyre). Etter kjønn og fødselsår.



Merknad: Tyngste diagnose er definert ved følgende hierarki: 1) minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 2) minst én diagnose for psykisk sykdom/lidelse hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) uten å ha fått noen psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 3) minst én diagnose for psykisk symptom/plage hos fastlege (P01-P29 i ICPC2) uten å ha fått andre psykiske diagnoser hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) eller i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, og 4) ingen psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i aldersperioden. Psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten inkluderer alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. Kilde: KUHR og NPR.

Flertallet av unge kvinner som har fått psykiske diagnoser i alderen 15-21 år har fått minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i samme periode. Blant unge menn som har fått psykiske diagnoser i alderen 15-21 år er det omtrent halvparten som har fått minst én psykisk diagnose hos spesialisthelsetjenesten i samme periode. Det har ikke vært noen betydelig økning over tid i andelen som har fått en psykisk diagnose hos fastlege og som ikke også har fått en psykisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten. Økningen over tid i andelen med psykiske diagnoser fra fastlege, som vi har sett i kapittel 2.4.3, reflekterer dermed primært pasienter med tilstander som er tilstrekkelig alvorlige til også å kvalifisere for psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Det er altså ikke bare økt diagnostisering av psykiske plager eller lidelser hos fastleger som driver økningen i psykiske diagnoser

2.5 Underkategorier av psykiske diagnoser

I spesialisthelsetjenestens kodesystem deles psykiske diagnoser inn i ti undergrupper. Vi presenterer her utviklingen i hver av de ti undergruppene, etter fem overordnede kategorier som benyttet i Brage og Thune (2015): 1) organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser; 2) psykiske lidelser grunnet rusmisbruk; 3) angst, depresjon og andre affektive lidelser; 4) atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser; og 5) psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik.

2.5.1 Organiske psykiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Det har ikke vært betydelige endringer over tid i bruken av diagnoser for organiske psykiske lidelser eller schizofreni, verken hos fastleger eller i spesialisthelsetjenesten. Bruken av diagnoser for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (som inkluderer autisme) har imidlertid økt betydelig, både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten.

Figur 2-6 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én diagnose for organiske psykiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser fra fastlege (oppe til venstre) og for hver av de tre

underkategoriene av psykiske diagnoser enkeltvis fra spesialisthelsetjenesten (resten av figuren).

Hos fastleger har det vært en betydelig økning i bruken av diagnosekoden *uspesifisert psykisk lidelse* (P99), som inkluderer autisme (gjennomgripende utviklingsforstyrrelse). Økningen har vært særlig kraftig for unge menn, men også for kvinner i slutten av tenårene. Data fra fastleger tyder ikke på noen økning over tid i bruk av diagnoser for organiske psykiske lidelser eller schizofreni.

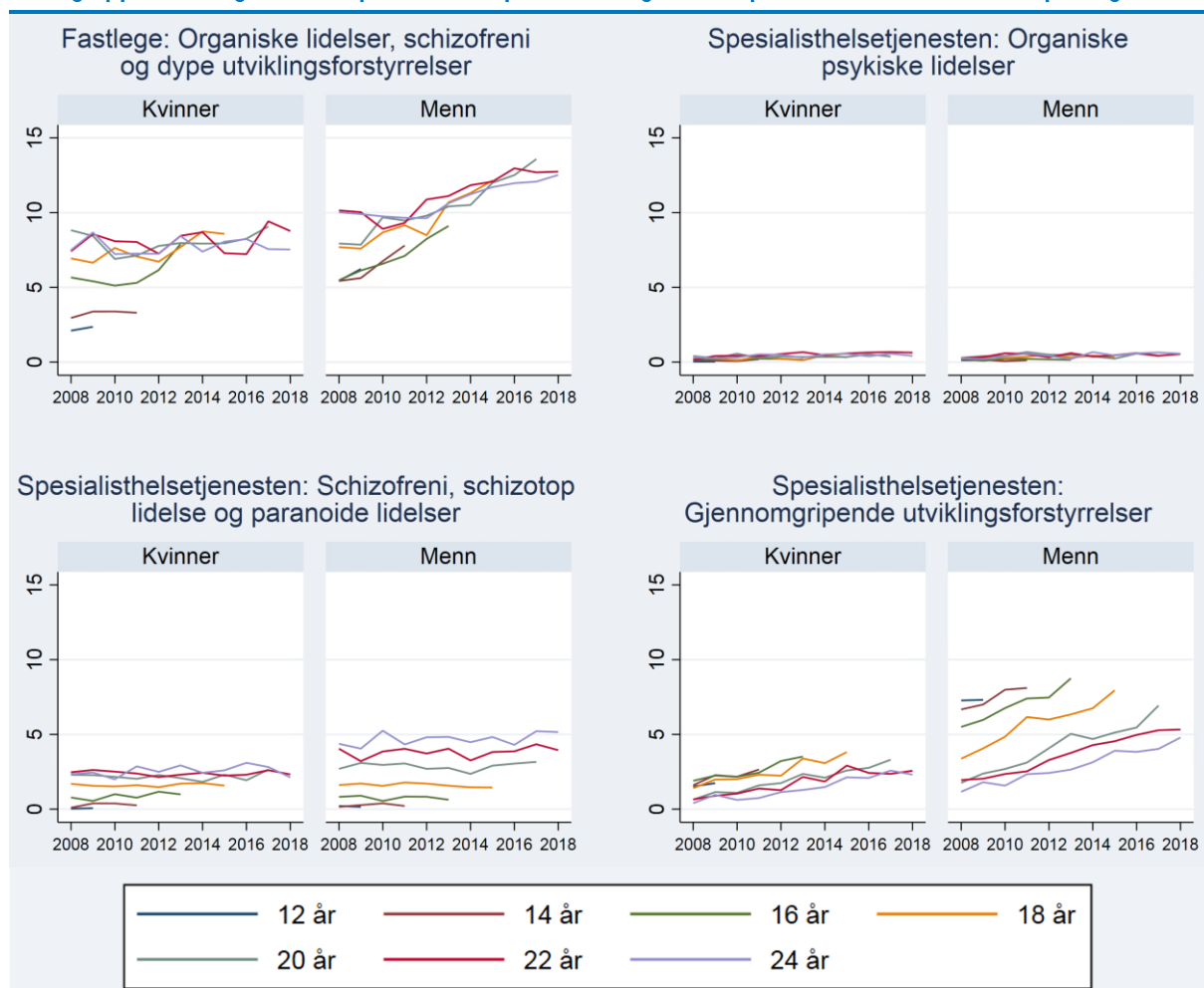
Bruken av diagnoser for **organiske psykiske lidelser** i spesialisthelsetjenesten er relativt lav (sammenlignet med andre undergrupper av psykiske lidelser) og relativt lik blant kvinner og menn, og diagnosebruken ser ikke ut til å ha økt siden 2008. Mindre enn 1 av 1 000 unge er registrert med slike diagnoser i spesialisthelsetjenesten, og det ser ikke ut til å ha vært noen klar endring i perioden (Figur 2-6, høyre panel oppe).

Diagnoser for **schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser** i spesialisthelsetjenesten er sjelden i ungdomsårene, men blir vanligere med økende alder fra 18 år. Fra og med 20-årsalder er disse diagnosene vanligere blant menn enn kvinner. Det har ikke vært noen endringer i omfanget av disse diagnosene i perioden (Figur 2-6, venstre panel nede).

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser inkluderer autisme. Bruken av disse diagnosene har økt betydelig i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008-2018, blant alle aldersgrupper vi observerer. Økningen er særlig sterk blant unge menn (se Figur 2-6, høyre panel nede). Andelen med slike diagnoser er omtrent tredoblet fra 2008 til 2018 i aldersgruppene 22 og 24 år. De yngre aldersgruppene kan vi ikke observere over like mange år, men i perioden vi observerer har veksten i bruken av disse diagnosene blant tenåringene vært enda større enn blant unge voksne.

ICD10s diagnosemanual definerer gjennomgripende utviklingsforstyrrelser slik: «Gruppe lidelser kjennetegnet ved kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster, og ved et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner.» Personer med autisme varierer over et bredt spekter, hvorav noen kan fungere godt i skole og jobb, mens andre fungerer dårlig.

Figur 2-6 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én diagnose i gruppen organiske psykiske lidelser, schizofreni eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Diagnoser fra fastlege* (oppe til venstre) og for gitte undergrupper av diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Diagnoser i løpet av kalenderåret. Etter kjønn og alder.

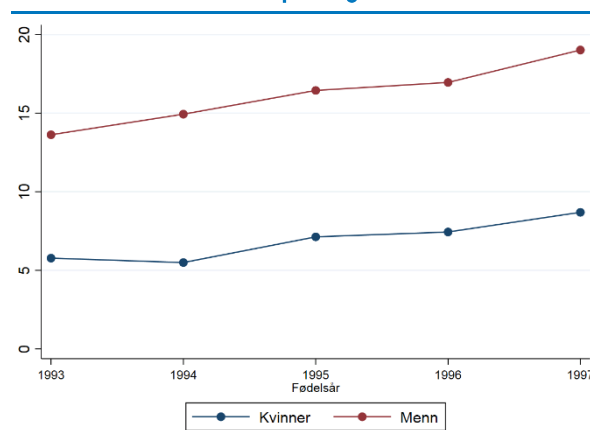


*Dette inkluderer diagnosekodene P70, P71, P72 og P99 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. Kilde: KUHR og NPR.

For di gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i utgangspunktet er en kronisk tilstand, vil det være særlig relevant å undersøke hvor mange unge som har blitt diagnostisert med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser en eller annen gang i løpet av oppveksten. Vi har derfor beregnet andel som har fått stilt denne diagnoser i denne gruppen i spesialisthelsetjenesten i løpet av alderen 15-21 år (Figur 2-7) og i løpet av alderen 22-26 år (Figur 2-8). Det har vært en økning i andelen, både i alderen 15-21 år og i alderen 22-26 år. Det er flere som har fått slike diagnoser i alderen 15-21 år enn i alderen 22-26 år.

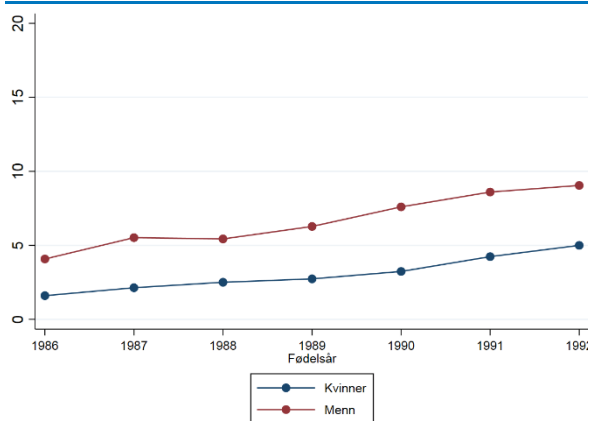
I 1997-kullet (personer som fylte 21 år i 2018) hadde 0,9 prosent av kvinner og 1,9 prosent av menn fått en diagnose i gruppen gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i løpet av alderen 15-21 år i spesialisthelsetjenesten.

Figur 2-7 Antall per 1000 innbyggere som har fått minst én diagnose i gruppen gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, i alderen 15-21 år. Etter kjønn og fødselsår.



Kilde: NPR

Figur 2-8 Antall per 1000 innbyggere som har fått minst én diagnose i gruppen gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, i alderen 22-26 år. Etter kjønn og fødselsår.



Kilde: NPR

Forklaringen på økt diagnostisering av autisme handler trolig om økt oppmerksomhet rundt disse diagnosene og et økt behov i befolkningen for å få stilt en diagnose for denne typen tilstander. Diagnosen gir ikke direkte grunnlag for behandling, men personer med autisme kan ofte ha tilleggsproblematikk som de kan få behandling for i psykisk helsevern.

En autismediagnose kan også gi grunnlag for økte personellressurser i barnehage eller skole. Barnehager og skoler har ofte en avgjørende rolle ved diagnostisering av barn ved at de tar initiativ til utredning. I den grad barnehager og skoler har blitt mer presset ressursmessig over tid, kan økt fokus på utredning være med å forklare den økte diagnostiseringen.

Enkelte kan oppleve at å få stilt en slik diagnose gir dem bedre innsikt i sin egen tilstand og økt forståelse for hvordan de selv fungerer. Slik kan en diagnose hjelpe dem med å fungere bedre i hverdagen, uten at

det nødvendigvis iverksettes behandling. Det kan tenkes at økt oppmerksomhet om autismediagnoser har ført til økt ønske i befolkningen generelt om å få utredet slike tilstander.

Autismediagnoser kan se ut til å være vanligere blant barn med innvandrerbakgrunn (NOU 2020:1). I en tidligere rapport fra Oslo Economics fremkommer det at flere bydeler i Oslo har registrert en økning i antall barn med autismediagnoser, med omfattende og sammensatte vansker (Oslo Economics, 2017). Bydelene opplever at dette øker det samlede behovet for ressurser i barnehagene, uten at de forstår bakgrunnen for økningen i antall barn med disse diagnosene.

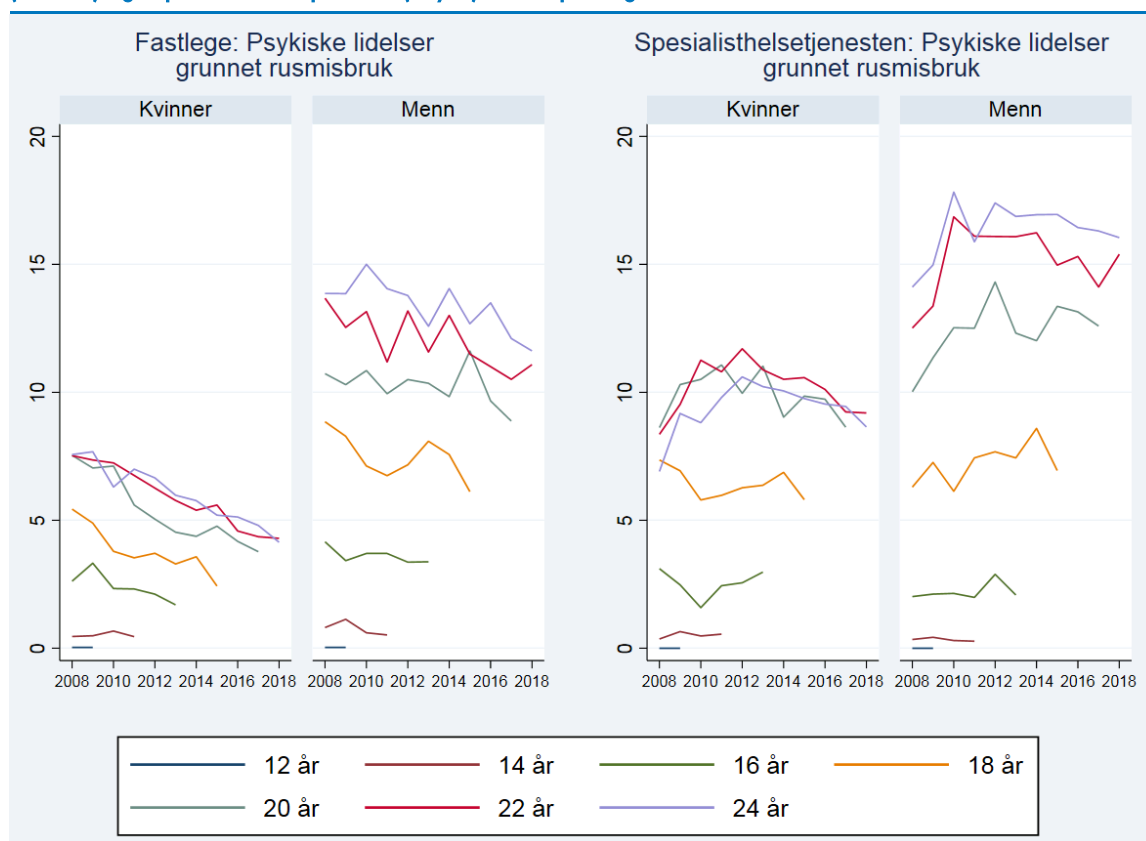
2.5.2 Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk

Figur 2-9 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én rusrelatert psykisk diagnose hos fastleger (venstre) og i spesialisthelsetjenesten (høyre).

Andelen av den unge befolkningen med diagnoser for psykiske lidelser grunnet rusmisbruk har falt, både som registrert hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Fastlegers bruk av rusrelaterte psykiske diagnoser blant unge falt i perioden 2006-2018. Også i spesialisthelsetjenesten har bruken av disse diagnosene falt i perioden 2012-2018.

Den tilsynelatende økningen i bruk av rusrelaterte psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008-2012 skyldes trolig mangelfulle data fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling i denne perioden. I 2008 har vi ikke data fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og data fra denne delen av spesialisthelsetjenesten er trolig ikke komplette før 2012.

Figur 2-9 Antall per 1 000 innbyggere som i enkeltår har fått minst én rusrelatert diagnose hos fastlege* (venstre) og i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn og alder.



*Dette inkluderer diagnosekodene P15-P19 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. Kilde: KUHR og NPR.

2.5.3 Angst, depresjon og andre affektive lidelser

Bruken av diagnoser for angstlidelser, depresjon og andre affektive lidelser har økt betydelig i perioden 2008-2018 både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Disse diagnosene er blitt mer vanlige over tid, både for kvinner og menn, men økningen er særlig sterk for unge kvinner i spesialisthelsetjenesten.

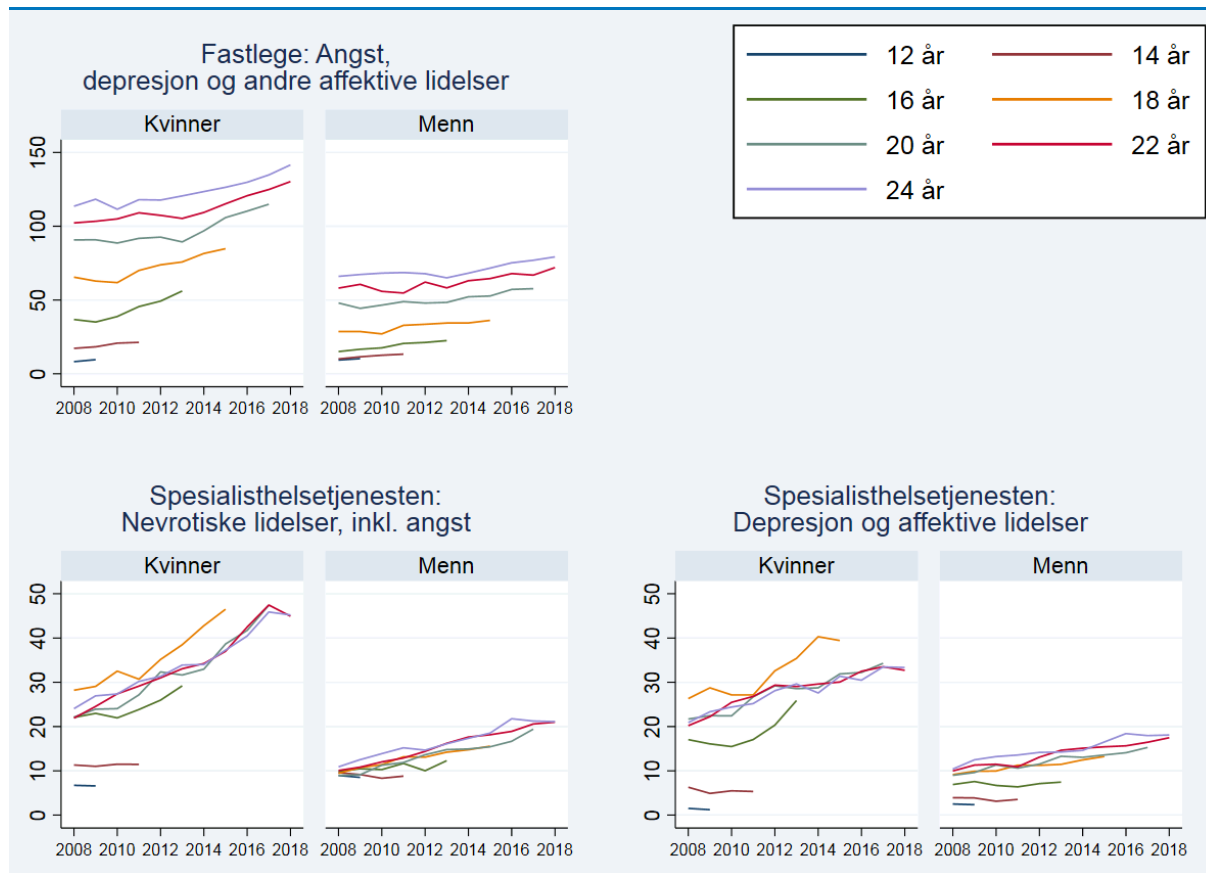
Figur 2-10 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én diagnose for angst, depresjon og andre affektive lidelser hos fastlege (oppe til venstre) og tilsvarende for diagnoser i spesialisthelsetjenesten for undergruppen nevrotiske lidelser, inkludert angst, (nede til venstre) og for depresjon og andre affektive lidelser (nede til høyre).

Angst, depresjon og andre affektive lidelser er den vanligste av de definerte kategoriene av psykiske lidelser i ung voksen alder. Disse diagnosene settes i liten grad i barnealder, men omfanget øker betydelig med alder gjennom tenårene og 20-årene.

Økningen i bruken av diagnoser for angst og depresjon blant unge sammenfaller med en økning i selvrapporterte psykiske plager blant unge og en økning i bruk av legemidler for disse lidelsene.

Ung-i-Oslo-undersøkelsen viser at det i perioden 1996-2018 var en relativt jevn økning i andelen jenter som rapporterer at de er mye plaget av depressive symptomer (undersøkelsen ble besvart av elever på 9. trinn i grunnskolen og 1. klasse i videregående skole). Fra 2015 til 2018 var det også for første gang en økning i andelen gutter som rapporterte det samme (siden 1996). Disse ungdommene oppgir blant annet at de bekymrer seg mye og opplever at alt er et slit. Det er en overvekt av ungdom fra lavere sosiale lag og med norskfødte foreldre som rapporterer at de er mye plaget av depressive symptomer, men forskjellene på tvers av sosiale lag og innvandrerbakgrunn er ikke spesielt store (Bakken, 2018).

Figur 2-10 Antall per 1000 innbyggere som i løpet av kalenderåret har fått minst én diagnose for angst, depresjon og andre affektive lidelser fra fastlege* (oppe til venstre), nevrotiske lidelser fra spesialisthelsetjenesten (nede til venstre) og depresjon og affektive lidelser fra spesialisthelsetjenesten (nede til høyre). Etter kjønn og alder.



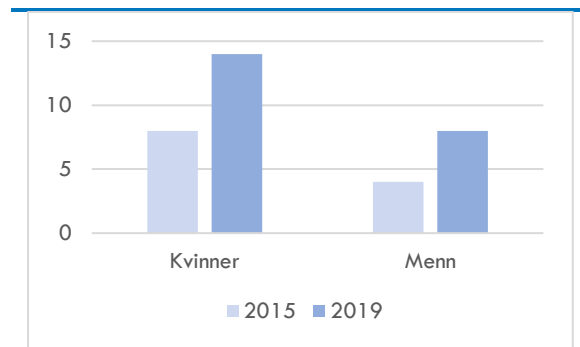
*Dette inkluderer diagnosekodene P01, P02, P03, P05, P25, P73-P76, P78, P79 og P82 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. NB: figurene i øvre og nedre rad har ulik skala på y-aksen. Kilde: KUHR og NPR.

Levekårsundersøkelsen er en annen indikator for selvrapporert psykisk helse. I kapittel 1.4.4 i denne rapporten har vi sett at det i perioden 1998-2012 var en økning i andelen kvinner i aldersgruppen 16-24 år som rapporterte om psykiske plager, mens det blant menn i samme aldersgruppe ikke har vært noen entydig trend. I de siste årene ser imidlertid økningen i psykiske plager også ut til å ha omfattet unge menn. Fra 2015 til 2019 viser resultater fra Levekårsundersøkelsen at det har vært en økning for begge kjønn i andelen unge som oppgir å ha vært deprimeret de siste 12 månedene (se Figur 2-11).

Også enkelte behandlere i psykisk helsevern som er intervjuet i sammenheng med utarbeidelsen av denne rapporten oppgir at de opplever en økende tilstrømning av unge som er plaget av depressive symptomer (se også en drøfting av dette i kapittel 1). Behandlere peker på en økende innstrømning av unge, særlig kvinner, som stiller høyere krav til seg selv enn de klarer å innfri, og som blir sterkt plaget av det. Kvinnene forteller om psykiske plager som tilskrives opplevelser av å ikke strekke til. Dette er ikke klassiske angst- eller depresjonssymptomer, men disse

diagnosene blir likevel stilt fordi plagene gir tilsvarende utslag som angst eller depresjon, i mangel av mer passende diagnosekategorier. Den økte bruken av angst- og depresjonsdiagnoser ser dermed ut til å være drevet, i hvert fall delvis, av denne økningen i plager knyttet til selvpålagt eller samfunnsskapt prestasjonspress blant unge.

Figur 2-11 Prosentandel av befolkningen i alderen 16-24 år som oppgir å ha vært deprimeret siste 12 måneder, i 2015 og 2019, etter kjønn.



Kilde: Levekårsundersøkelsen (SSB Tabell 11190)

Det er usikkert hva som har drevet denne utviklingen, men flere behandlere som vi har intervjuet peker på at bruk av sosiale medier ser ut til å forsterke disse plagene blant unge kvinner. Forskingen kan imidlertid ikke gi noen entydige svar på om økningen i rapporterte psykiske plager reflekterer en reell økning i psykiske plager blant unge og hva som eventuelt kan være årsakene til dette.

Bruk av legemidler mot psykiske plager har økt i takt med den økte diagnostiseringen. I perioden 2008-2017 har det vært en økning i bruk av antidepressiva, antipsykotika og sovemidler både blant tenåringer og personer i 20-årene (vist i denne rapporten i kapittel 1.4.4). Bruken av disse medikamentgruppene har økt for begge kjønn, men økningen er størst blant kvinner. Bruken av angstdependende er imidlertid redusert i samme periode blant personer i 20-årene, og den har vært relativt stabil blant tenåringer.

Én behandler i psykisk helsevern vi har intervjuet stiller seg undrende til den økte bruken av antidepressiva blant unge. Behandleren oppgir at effektene av antidepressiva er dårlig dokumentert, særlig for barn og unge, men også for voksne, og at kognitiv behandling generelt gir bedre effekter for pasientene. Behandlerne i psykisk helsevern stiller spørsmål om økningen i forskrivning av antidepressiva kan komme fra primærhelsetjenesten. Vi har ikke grunnlag for å vite i hvilken grad den økte forskrivningen av antidepressiva kommer fra primær- eller spesialisthelsetjenesten, men dette kan undersøkes med data fra Reseptregisteret.

2.5.4 Atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser

Hos fastleger har det vært en sterk økning i bruken av diagnoser for atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser, primært ADHD og søvnforstyrrelser, i perioden 2006-2018. Også i spesialisthelsetjenesten har det vært en økning over tid i bruken av diagnoser for atferdsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser blant unge voksne, inkludert ADHD, men økningen er mindre enn hos fastleger. I spesialisthelsetjenesten har det ikke vært noen økning over tid i bruken av ADHD-diagnoser blant tenåringer.

Figur 2-12 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én diagnose for atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser utenom gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, som er registrert hos henholdsvis fastleger (oppe til venstre) og i spesialisthelsetjenesten (resten av figuren). Den

samlede bruken av disse diagnosene er høy allerede i barnealder blant gutter, for deretter å øke gjennom tenårene og 20-årene. Blant jenter er bruken av disse diagnosene lavere i barnealder, men vokser raskere gjennom både tenårene og 20-årene.

Økningen i bruken av disse diagnosene har vært sterkest hos fastleger, med en nær dobling i perioden 2006-2018. Hos fastleger er søvnforstyrrelser og ADHD de vanligste av disse diagnosene. Bruken av disse diagnosene har økt over tid, for alle aldersgrupper vi analyserer. Bruken har økt også for andre mindre vanlige diagnoser som hemmet seksuell tilfredsstillelse (kun vekst blant menn, forekommer svært sjeldent blant kvinner), bekymring for seksuell legning og kjønnsidentitet, spiseforstyrrelser hos barn (kun vekst over tid blant kvinner i slutten av tenårene, forekommer svært sjeldent blant menn), hukommelsesforstyrrelse, spesifikke utviklingsforstyrrelser, selvmordsforsøk (særlig en sterk økning blant kvinner fra 16-årsalder, men også blant menn) og personlighetsforstyrrelse (økning blant kvinner fra 20-årsalder). Omfanget av diagnoser for spiseforstyrrelser og uspesifisert psykose har vært relativt stabilt hos fastleger i perioden vi observerer.

Registerdata fra spesialisthelsetjenesten viser at utviklingen over tid er svært ulik i hver av disse underkategoriene. I spesialisthelsetjenestens codesystem for diagnoser registreres denne gruppen av diagnoser i fire diagnosekategorier som er relativt ulike. Figur 2-12 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én diagnose for hver av de fire kategoriene.

I kategorien **atferdsforstyrrelser forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer** er spiseforstyrrelser den vanligste diagnosen. Det er en sterk overvekt av kvinner som har disse diagnosene. Bruken av disse diagnosene i spesialisthelsetjenesten har økt noe over tid blant kvinner fra og med 16-årsalder. I spesialisthelsetjenesten er omfanget høyest blant kvinner ved 18 år.

I kategorien **utviklingsforstyrrelser** viser Figur 2-12 kun utviklingsforstyrrelser utenom gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (utenom autisme)¹⁸. Det har vært noe økning i omfanget av disse diagnosene blant unge voksne i perioden 2008-2018, mens det har vært nedgang eller stabilt nivå blant barn og tenåringer i de årene vi kan studere.

Kategorien **personlighets- og atferdsforstyrrelser blant voksne** settes, som navnet tilsier, svært sjeldent på barn og unge under 18 år. Blant unge voksne (fra 20 år og eldre) har det vært en økning i bruken av

¹⁸ Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme) er i denne rapporten kategorisert sammen med organiske lidelser og schizofreni, etter samme kategorisering som

benyttet i Bragstad og Thune (2015). Diagnoser for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser omtales derfor i kapittel 2.5.1.

disse diagnosene i perioden 2014-2018, mens bruken i årene 2008-2014 har vært relativt stabil.

I kategorien **atferds- og følelsesmessige forstyrrelser blant barn og unge** utgjør ADHD om lag to tredjedeler av tilfellene. I spesialisthelsetjenesten har bruken av diagnoser for ADHD falt blant menn i tenårene i perioden vi kan observere, mens den har vært relativt stabilt blant kvinner i tenårene. Det ser altså ut som at den tidligere sterke veksten i bruken av ADHD-diagnoser blant barn i spesialisthelsetjenesten har flatet ut eller til dels er reversert i perioden vi undersøker.

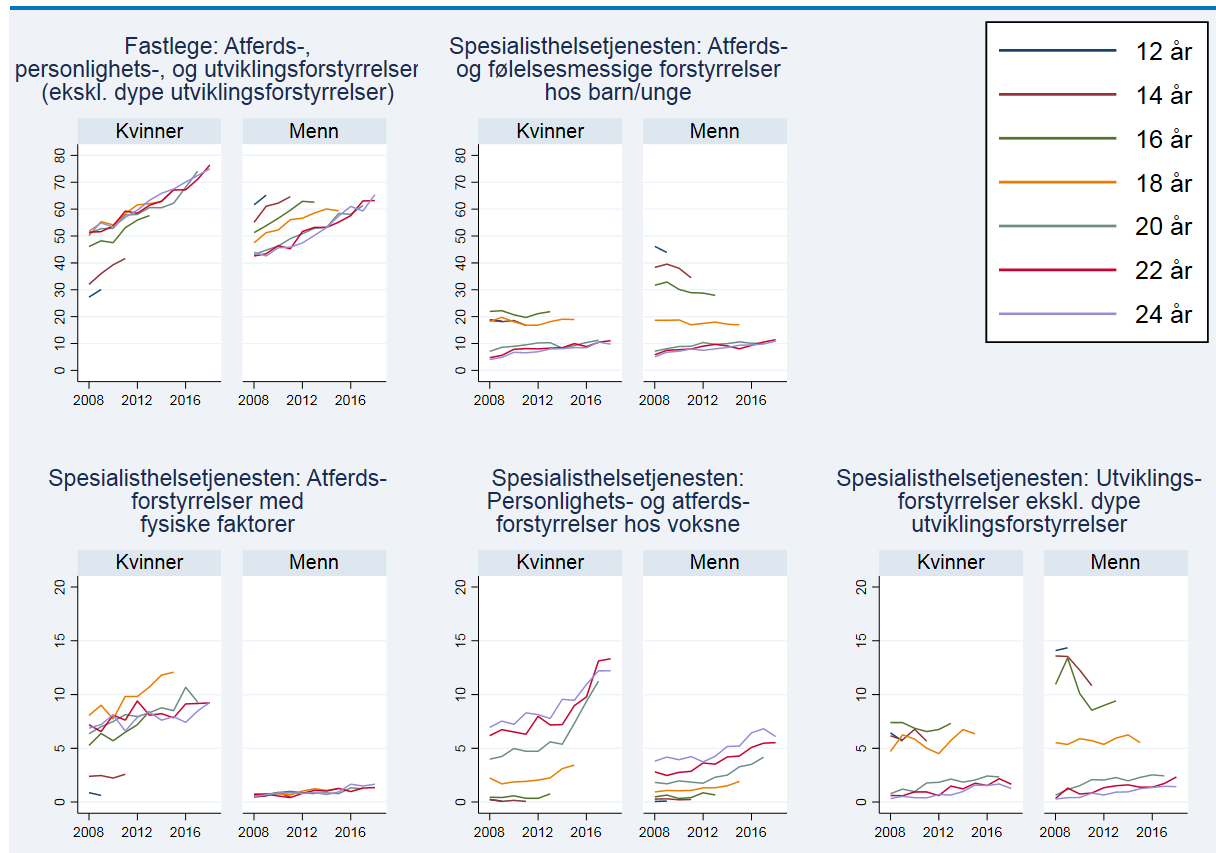
Utviklingen i ADHD kan trolig ses i sammenheng med endring over tid med hensyn til hvilke diagnosegrupper som er i fokus blant behandlere. Behandlere vi har intervjuet mener at det for noen år siden var et høyt fokus på ADHD hos barn som nå ser ut til å ha blitt erstattet av fokus på andre diagnose typer.

Samtidig som bruken av ADHD-diagnoser blant tenåringer har falt i spesialisthelsetjenesten, har den

økt hos fastleger. I samme periode har også forskrivning av ADHD-medisiner til både barn og tenåringer økt (se kapittel 1). Mens data fra fastleger tyder på at stadig flere ungdommer blir behandlet for ADHD, tyder altså data fra spesialisthelsetjenesten på at stadig færre ungdommer blir diagnostisert med ADHD. En mulig forklaring er at ungdommene i økende grad blir diagnostisert i spesialisthelsetjenesten allerede som barn, noe vi ikke har data for å undersøke. På den annen side kan det ikke utelukkes at flere ungdommer får medikamentell behandling for ADHD, etter forskrivning fra fastlege, uten å ha blitt diagnostisert i spesialisthelsetjenesten.

Blant unge voksne har bruken av ADHD-diagnoser økt, både i spesialisthelsetjenesten og hos fastleger. Forskrivning av ADHD-medisiner har økt betydelig blant voksne i perioden 2004-2017 (se kapittel 1.4.4), også blant 20-åringer. Veksten i ADHD-diagnoser blant unge voksne reflekterer trolig en økt oppmerksomhet på at ADHD også forekommer hos voksne og at også voksne kan ha fordel av medikamentell behandling.

Figur 2-12 Antall per 1 000 innbyggere som i et kalenderår har fått minst én diagnose for atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser (ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser). Diagnoser fra fastlege* (oppe til venstre) og for gitte undergrupper av diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Etter kjønn og alder.



*Dette inkluderer diagnosekodene P04, P06-P13, P20, P22-P24, P28, P29, P77, P80, P81, P86 og P98 fra fastlegenes diagnosesystem ICP2. NB: figurene i øvre og nedre rad har ulik skala på y-aksen. Kilde: KUHR og NPR.

2.5.5 Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik

Bruken av diagnoser for psykisk utviklingshemming har økt i hele perioden 2008-2018, både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Andelen som får minst én diagnose for psykisk utviklingshemming i løpet av ungdomsårene, har imidlertid vært relativt stabil i perioden. Det kan derfor se ut som at den økte bruken av diagnoser for psykisk utviklingshemming kan forklares av at personer med psykisk utviklingshemming oppsøker helsetjenesten oftere enn før, uten at det nødvendigvis har blitt flere med slike diagnoser.

Figur 2-13 viser andel av befolkningen med minst én diagnose for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik i et gitt år, hos fastleger (oppe til venstre) og i spesialisthelsetjenesten (nede til venstre), for utvalgte aldersgrupper i perioden 2008-2018. Til høyre i figuren vises andel av befolkningen med minst én diagnose for psykisk utviklingshemming alene. Figuren viser at bruken av diagnoser for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik har økt i perioden, også når vi ser på diagnoser for psykisk utviklingshemming alene.

Fordi psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik i utgangspunktet er kroniske tilstander, som vil diagnostiseres på ulike tidspunkter i livet, er det relevant å se på andelen av befolkningen som har fått en slik diagnose i løpet av en lengre aldersperiode. I mangel av helsedata tilstrekkelig langt bak i tid, vet vi ikke hvor mange som har fått slike diagnoser i løpet av oppveksten. Vi har beregnet andel av befolkningen som er registrert med slike diagnoser i spesialisthelsetjenesten (enten i psykiatrisk eller somatisk spesialisthelsetjeneste) i alderen 15-21 år og 22-26 år. Figur 2-14 viser andel av befolkningen som har fått minst én diagnose i gruppen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik i alderen 15-21 år, etter fødselsår.

Andelen av ungdomsbefolkningen som har blitt diagnostisert med psykisk utviklingshemming, har vært stabil de aller siste årene, mens andelen som har blitt

diagnostisert med medfødte misdannelser og kromosomavvik har økt. I 1997-kullet hadde 5,4 prosent av kvinner og 5,2 prosent av menn fått stilt en diagnose i gruppen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik i alderen 15-21 år. De aller fleste av disse har diagnoser i gruppen medfødte misdannelser og kromosomavvik, og andelen med slike diagnoser har økt de siste årene. I 1997-kullet hadde 0,8 prosent av kvinner og 1,1 prosent av menn fått stilt en diagnose innen psykisk utviklingshemming i spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år.

Det kan tenkes at den reelle andelen som har fått slike diagnoser innen fylte 21 år er noe høyere, dersom diagnosen er stilt før året de fyller 15 år og den ikke er registrert i spesialisthelsetjenesten i perioden 15-21 år. Vi tror imidlertid at dette gjelder få, da de fleste av disse pasientene trolig vil ha hatt konsultasjoner i helsetjenesten i løpet av en syvårsperiode med medfølgende registrering av den grunnleggende diagnosen. Når vi inkluderer personer som har fått de samme diagnosene hos fastleger i alderen 15-21 år, er omfanget ikke betydelig høyere.

Figur 2-15 viser at andelen med diagnoser for psykisk utviklingshemming har økt noe over tid for unge i alderen 22-26 år. Det samme gjelder medfødte misdannelser og kromosomavvik.

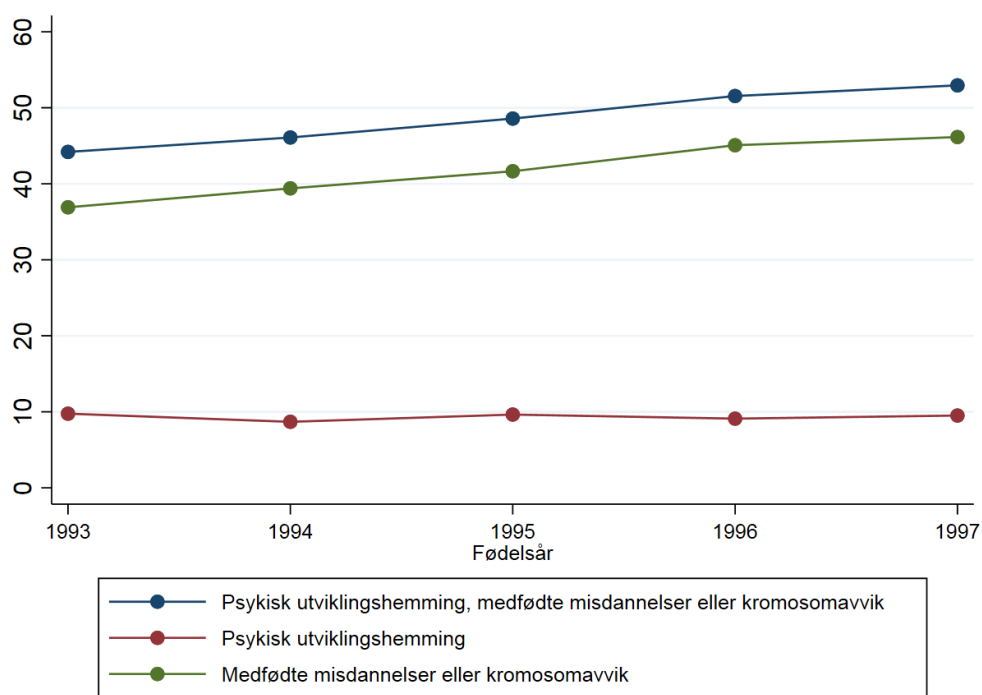
Vi har også undersøkt bruken av diagnoser for psykisk utviklingshemming i psykisk helsevern alene (ikke vist i figur). Denne analysen viser at det ikke har vært noen store endringer over tid blant tenåringer og 20-åringene, men det har vært en økende bruk av diagnoser for psykisk utviklingshemming i aldersgruppene 22-28 år. Det ser derfor ut til at andelen av ungdommer som har blitt diagnostisert med psykisk utviklingshemming har vært uendret i perioden vi ser på. Økningen i bruk av diagnoser innen psykisk utviklingshemming blant personer i 20-årene kan enten være forårsaket av en reell økning i diagnostisering av psykisk utviklingshemming blant unge voksne (personer som diagnostiseres første gang i 20-årene) eller av en økt bruk av psykisk helsevern blant unge voksne som tidligere er diagnostisert med psykisk utviklingshemming.

Figur 2-13 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én diagnose for psykiske utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik (venstre) og minst én diagnose for psykisk utviklingshemming (høyre). Diagnoser hos fastlege* (oppe) og diagnoser hos spesialisthelsetjenesten (nede). Etter kjønn og alder.



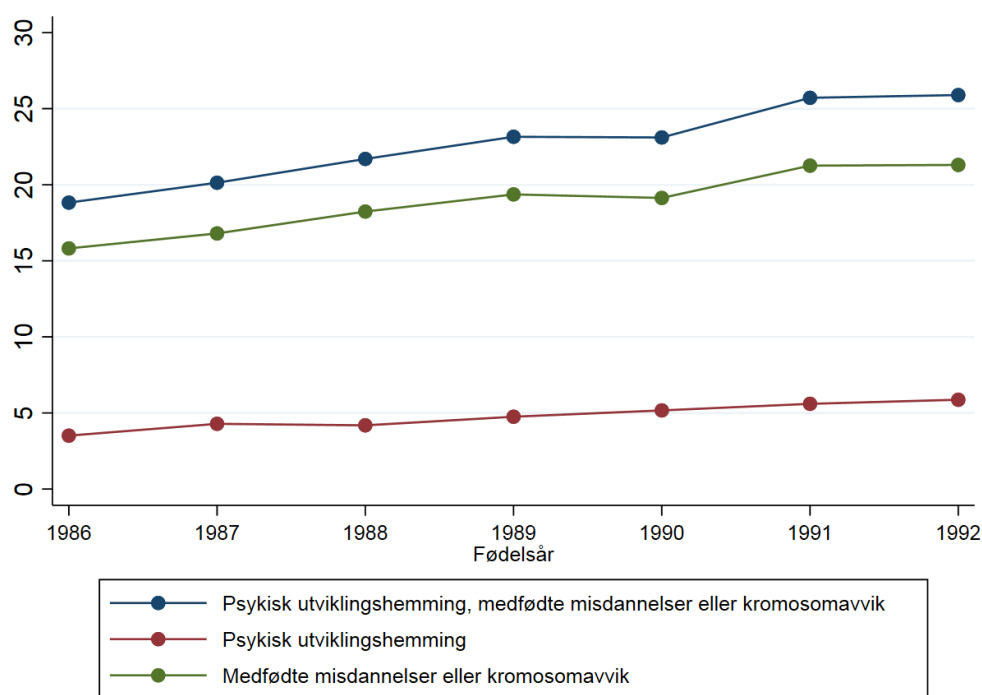
*Dette inkluderer diagnosekodene P85 og A90 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. NB: figurene i øvre og nedre rad har ulik skala på y-aksen. Kilde: KUHR og NPR.

Figur 2-14 Antall per 1000 innbyggere som har fått minst én diagnose for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik i spesialisthelsetjenesten, i alderen 15-21 år. Etter kjønn og fødselsår.



Kilde: NPR

Figur 2-15 Antall per 1000 innbyggere som har fått minst én diagnose for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik hos spesialisthelsetjenesten, i alderen 22-26 år. Etter kjønn og fødselsår.



Kilde: NPR

2.6 Antall pasienter i helsetjenesten

Tilgangen til helsetjenester i befolkningen styres først og fremst av ressurstilgangen i helsevesenet. Siden 2008 har det vært en betydelig utvidelse av kapasiteten både hos fastleger og i psykisk helsevern.

2.6.1 Kapasitet hos fastleger

Antall fastleger i Norge har økt de senere årene og antall pasienter på den enkelte fastleges liste har falt. I 2005 var det 3 757 fastleger i Norge, med gjennomsnittlig 1 212 pasienter på sin liste. I 2018 var det til sammenligning 4 787 fastleger i Norge, med gjennomsnittlig 1 103 pasienter på sin liste¹⁹. I den grad dette tilsier at fastlegene har fått mer tid å bruke på den enkelte pasient på listen, kan det tenkes å være en medvirkende årsak til den økte bruken av psykiske diagnoser hos fastleger. Dersom antall konsultasjoner hos fastlege øker, vil også bruken av diagnoser øke fordi fastlegene må sette en diagnose på enhver konsultasjon for å få refusjon fra Helfo. Økningen i bruken av psykiske diagnoser hos fastleger kan dermed ha blitt utløst av en økning i fastlegenes kapasitet.

2.6.2 Kapasitet i psykisk helsevern

Antall behandlere i psykisk helsevern er nesten doblet i perioden 2008-2019²⁰ (Statistisk sentralbyrå, 2020) og antall konsultasjoner er nesten tredoblet i perioden 2002-2019²¹ (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Figur 2-16 viser andel av befolkningen med minst én konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (heltrukket linje) og andel av befolkningen med minst én psykisk diagnose ved konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (stiplet linje) i gitt kalenderår, etter kjønn for aldersgruppene 12, 14, 16, 18, 24 og 28 år. Tabell 2-3 oppgir antall pasienter som har vært i konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i 2008, 2013, 2015 og 2017, for gitte aldersgrupper, på tvers av kjønn.

I 2013 hadde 9 prosent av 16-åringene minst én konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Bruken av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste har vært noe lavere blant 18-åringene og enda noe lavere blant unge i 20-årene, men antall pasienter har økt betydelig i alle disse aldersgruppene i perioden vi ser på. Fra 2008 til 2017 økte andelen av befolkningen i alderen 20-29 år med konsultasjoner i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste fra 5,2 prosent til 7,1 prosent. Dette er en økning på 37 prosent. Antall pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i aldersgruppen 20-29 år har økt med 66 prosent i perioden.

Figur 2-16 viser at antall pasienter som får en psykisk diagnose henger tett sammen med antall pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Andelen av pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som får en psykisk diagnose har vært relativt stabil i perioden 2008-2018.

Tabell 2-3 Antall pasienter med minst én konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, etter alder og kalenderår (absolutt antall og som prosent av befolkningen i samme aldersgruppe)

	2008	2013	2015	2017
Ved 16 år*				
Antall	4 895	5 670	-	-
Andel	7,7 %	8,8 %	-	-
Ved 18 år				
Antall	4 460	5 280	5 644	-
Andel	7,0 %	8,1 %	8,6 %	-
Ved 20-29 år				
Antall	30 264	41 444	45 909	50 087
Andel	5,2 %	6,2 %	6,6 %	7,1 %

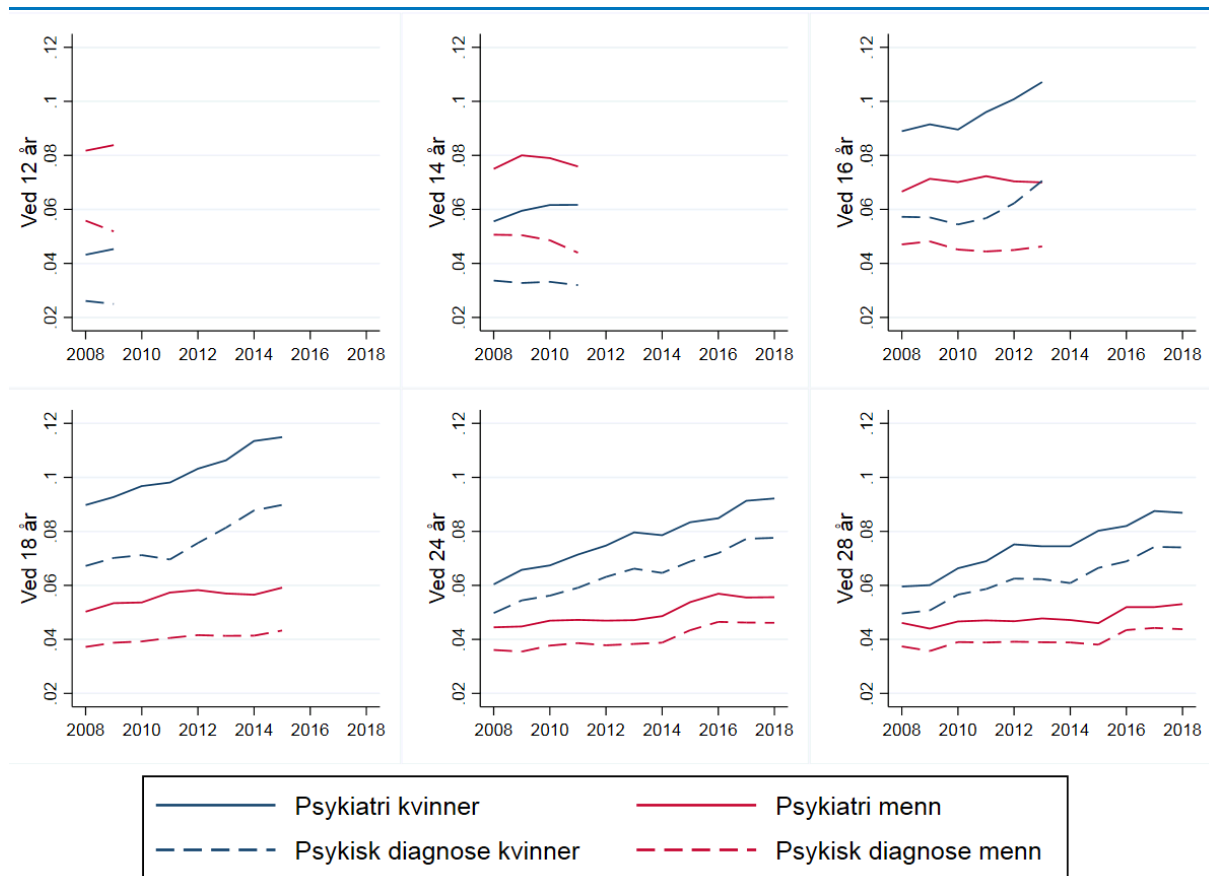
Merknad: Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste inkluderer psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og avtalespesialister innen psykiatri. *For 16-åringene har vi kun tall til og med 2013 og for 18-åringene har vi kun tall til og med 2015. Kilde: NPR.

¹⁹ Kilde: Styringsdata for fastlegeordningen per 4. kvartal 2019, Helsedirektoratet.

²⁰ Antall årsverk (inklusive lange fravær) av psykologer i psykisk helsevern har økt fra 2036 i 2008 til 3437 i 2019.

²¹ Antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern har økt fra 837 743 i 2002 til 3 194 405 i 2019.

Figur 2-16 Andel av befolkningen med minst én konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (heltrukken linje) og andel av befolkningen med minst én psykisk diagnose ved konsultasjon i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (stiplet linje) i løpet av kalenderåret, etter kjønn og alder.



Merknad: Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste inkluderer psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og avtalespesialister innen psykiatri. Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. Kilde: NPR.

Den økte kapasiteten til behandling av psykiske lidelser har trolig vært avgjørende for økningen i bruken av psykiske diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har den økte satsingen på psykisk helse i helsetjenesten kommet som et svar på lange ventetider og opplevd underkapasitet i tilbudet. Økt kapasitet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kan dermed enten tolkes som et resultat av tidligere «underkapasitet» eller som et resultat av en faktisk økt forekomst av psykiske lidelser i befolkningen som har medført et økt behov for helsetjenester.

I den grad folk oppsøker fastlegen med psykiske plager med hensikt å bli henvist til spesialisthelsetjenesten, kan økt kapasitet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste ha medvirket til økende bruk av psykiske diagnoser også hos fastlege.

2.6.3 Andel av pasienter som får psykisk diagnose i psykiatrisk spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har benyttet samme kodeverk for diagnostisering siden 1999 (siden 1997 i

psykiatrien), ICD10, og dette kodeverket er ikke endret i perioden 2008-2018. Det har heller ikke vært formelle endringer i diagnosekriteriene som skulle tilsi økt diagnostisering. Likevel kan det tenkes at klinikere har fått en økt tilbøyelighet til å sette diagnoser over tid. I et lengre tidsperspektiv har det vært et økt fokus på viktigheten av å stille en diagnose som et ledd i behandlingen. Pasienter skal i utgangspunktet ikke behandles uten at det er stilt en diagnose, og diagnosen skal journalføres. Praksis er tilsynelatende strammet inn over tid på dette området over en 30-års periode, noe som kan tenkes å forklare deler av den økte bruken av psykiske diagnoser. Det er imidlertid usikkert om det har vært noen endring i praksis på dette i perioden vi undersøker (se også en drøfting av dette i kapittel 2.3).

For å undersøke hvorvidt det har vært en endring over tid i andelen pasienter som blir diagnostisert i psykisk helsevern, har vi beregnet andelen av pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som har fått en psykisk diagnose i løpet av de første 12 månedene i behandling og i løpet av de 48 første månedene (fire år) i behandling. I denne analysen utelater vi alle som

har hatt konsultasjoner i psykiatrien i 2008 eller 2009, og antar for de resterende pasientene at de har sin første konsultasjon i psykiatrien den første datoen vi observerer dem i data fra og med 2010.²²

Figur 2-17 viser andel som har fått minst én psykisk diagnose i løpet av de tolv første månedene i psykiatrien (venstre panel) og andel som ikke har fått noen psykisk diagnose i løpet av de 48 første månedene (fire år) i psykiatrien (høyre panel), etter alder ved første konsultasjon. De aller fleste får en diagnose i løpet av de tolv første månedene i psykiatrien. Blant unge voksne får om lag 80 prosent en diagnose innen tolv måneder og noe under 20 prosent har ikke fått noen diagnose i løpet av de første fire årene. Det er en noe lavere andel som diagnostiseres blant barn og unge, sett i forhold til voksne. Det kan bety at det er noe lavere terskel for å få konsultasjon i psykiatrien for barn og unge, og at det dermed vil være færre som kvalifiserer til å få en diagnose, eller det kan være lavere tilbøyeligheten til å sette en diagnose for barn og unge.

Blant voksne har det vært lite endring over tid i andelen pasienter som får en psykisk diagnose. Blant barn og unge ser det imidlertid ut til å ha vært en viss økning i denne andelen. Vi kan ikke observere aldersgruppene under 20 år i hele perioden, men i den tiden vi kan observere dem, har andelen av pasienter som blir diagnostisert økt noe. Økningen er imidlertid ikke så sterk at den forklarer den samlede økningen i psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Det økte omfanget av diagnoser ser derfor først og fremst ut til å måtte tilskrives at flere tas inn til konsultasjoner i psykiatrien. Blant barn og unge har en

økning i andelen pasienter som får en psykisk diagnose i tillegg bidratt til en liten del av økningen.

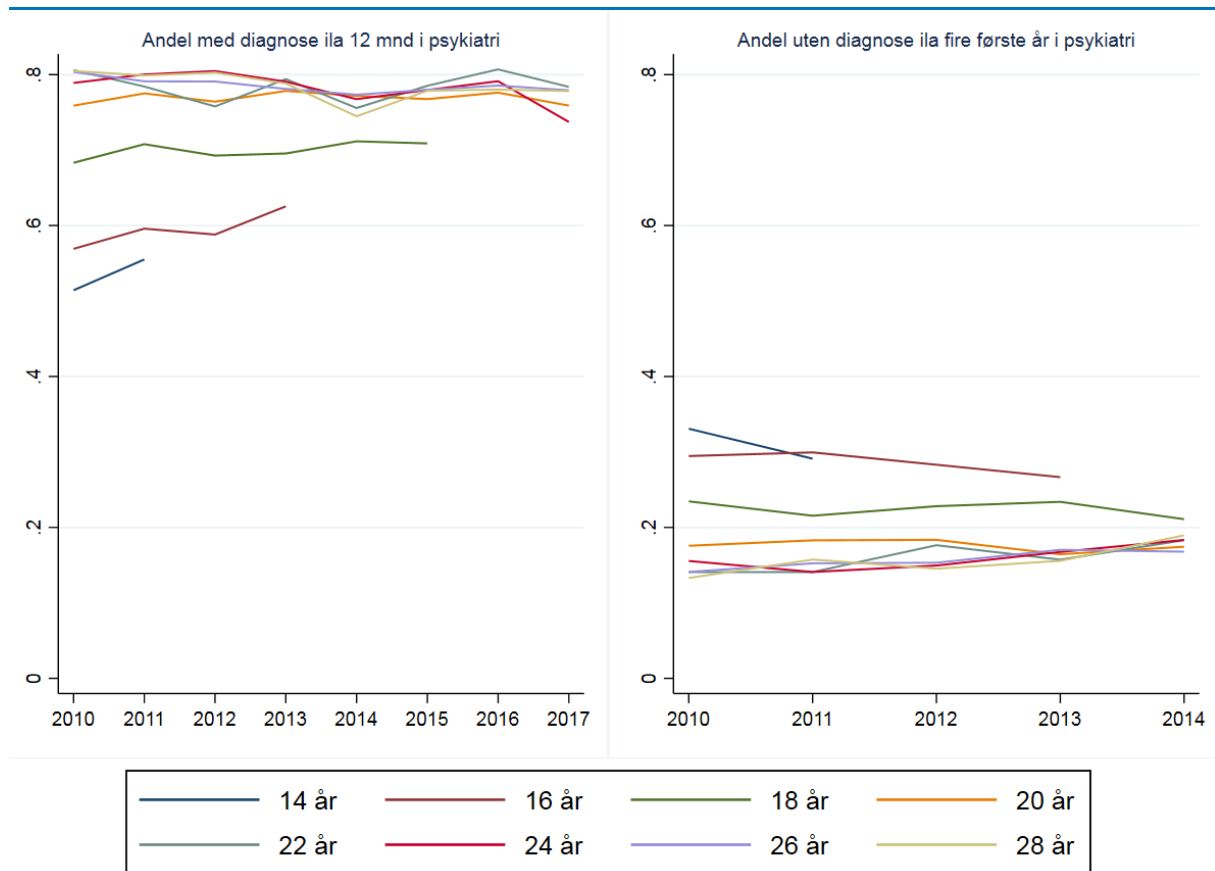
Det kan være ulike årsaker til at det ikke stilles diagnoser i psykisk helsevern. Det kan være at tilstanden ikke kvalifiserer for en psykisk diagnose eller at pasienten trekker seg fra behandling før det er stilt en diagnose. Det kan også være tilfeller hvor foreldre ikke ønsker at det skal settes en diagnose på barn (dette gjelder trolig først og fremst kroniske tilstander som psykisk utviklingshemming og/eller autisme). Det kan også være enkelte (tilsynelatende svært sjeldne) tilfeller hvor behandleren ikke setter en diagnose til tross for at det er en kjent tilstand som kvalifiserer til en diagnose, fordi behandlere i visse tilfeller erfarer at en diagnose vil kunne påvirke pasientens fremtidige muligheter negativt (for eksempel kan alvorlige diagnoser medføre at barnevernet eller andre i hjelpeapparatet iverksetter mer alvorlige tiltak enn de ellers ville ha gjort).

Når andelen av pasienter som diagnostiseres har vært relativt stabil over tid, indikerer det at det ikke har vært store endringer i tilbøyeligheten til å skrive en diagnose blant behandlere. Dersom økningen i pasientmassen reflekterer en økning av pasienter med lettere psykiske plager, som ikke kvalifiserer til psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten, ville vi forventet å se en nedgang i andelen pasienter med psykiske diagnoser. Når vi ikke ser noen nedgang i andel pasienter med diagnoser, tyder det på at den økte pasientinnstrømningen utgjøres av pasienter med samme alvorlighet av psykiske plager som den opprinnelige pasientmassen.

²² Psykiske lidelser er ofte tilbakevendende. En del av de pasientene vi antar som førstegangspasienter i et gitt år vil dermed ha vært i psykiatrien flere år tidligere. Vi antar

likevel at det iverksettes et nytt behandlingsforløp og en ny vurdering av diagnose når det har gått mer enn to år siden forrige forløp.

Figur 2-17: Andel av pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som får en psykisk diagnose i løpet av de første 12 månedene (venstre) og som ikke har fått noen psykisk diagnose ila de første 48 månedene (høyre), etter første kalenderår med konsultasjon i psykiatrien og alder ved første konsultasjon.



Merknad: Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste inkluderer psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og avtalespesialister innen psykiatri. Kilde: NPR.

2.7 Fylkesvis variasjon

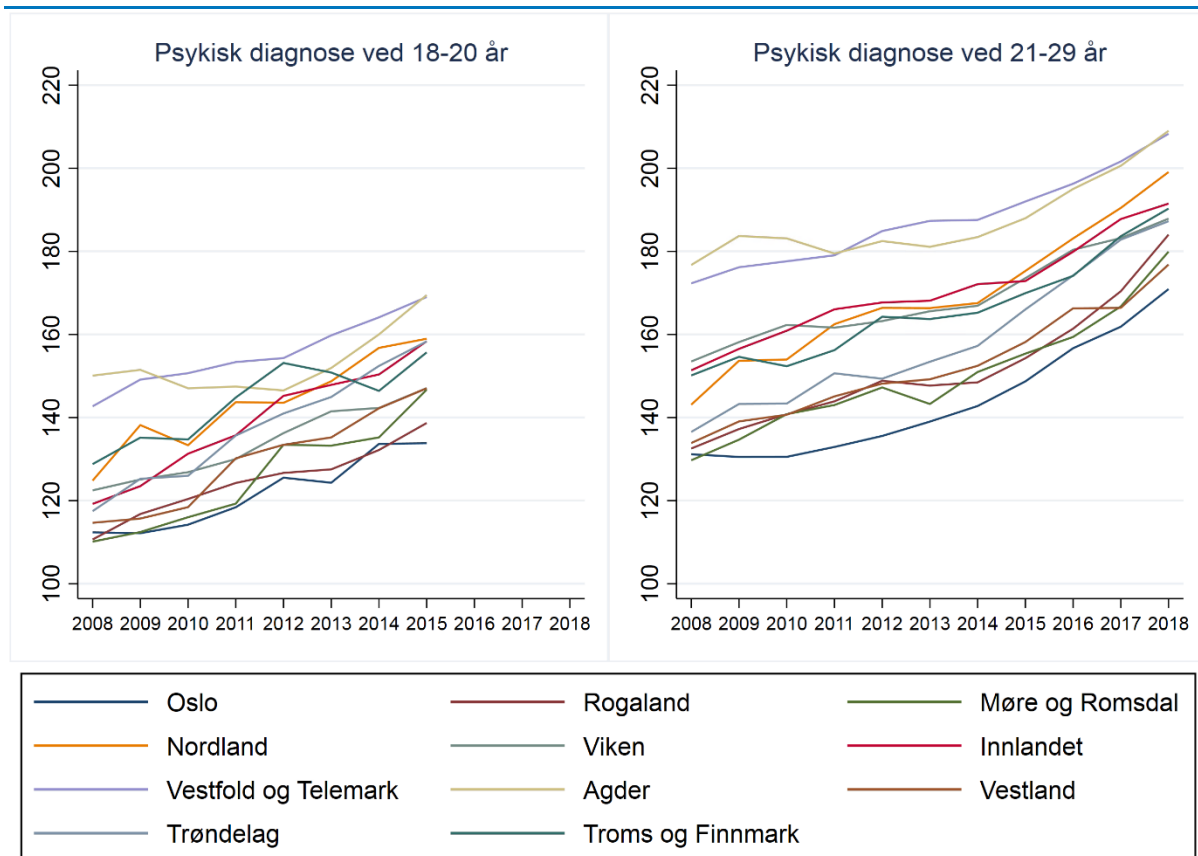
I dette kapittelet kartlegger vi bruken av psykiske diagnoser fylkesvis for å studere i hvilken grad den økte bruken av psykiske diagnoser i landet som helhet også gjenspeiles fylkesvis. Figur 2-18 viser antall per 1 000 innbyggere med minst én psykisk diagnose i løpet av et gitt kalenderår, som er registrert enten i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege, ved henholdsvis 18-20-årsalder (venstre panel) og 21-29-årsalder (høyre panel), etter fylke.

Agder og Vestfold/Telemark skiller seg ut som de to fylkene med høyest andel unge med psykiske diagnoser (i disse fylkene hadde 21 prosent av 21-

29-åringer minst én psykisk diagnose i 2018). Fylkene med lavest andel unge med psykiske diagnoser i 2018 var Oslo (17 prosent av 21-29-åringer hadde minst én psykisk diagnose), Vestland, Møre og Romsdal og Rogaland (i disse tre fylkene hadde 18 prosent av 21-29-åringer minst én psykisk diagnose).

Figur 2-18 illustrerer at den fylkesvise variasjonen har vært relativt stabil i perioden 2008-2018. Veksten har fordelt seg relativt likt på tvers av fylkene, slik at de fylkene som hadde en forholdsvis høy andel unge med psykiske diagnoser blant unge i 2008 fortsatt hadde en forholdsvis høy andel med psykiske diagnoser blant unge i 2018, og tilsvarende for fylkene med lav andel unge med psykiske diagnoser.

Figur 2-18 Antall per 1 000 innbyggere som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten ved 18-20 år (venstre) og ved 21-29 år (høyre), etter. NB: y-aksen er kuttet i bunnen.



Merknad: Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes kodesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens kodesystem ICD10. Kilde: KUHR og NPR.

Figur 2-19 viser antall i alderen 21-29 år per 1 000 innbyggere i samme aldersgruppe med minst én psykisk diagnose hos fastlege i løpet av gitt kalenderår, etter fylke. Figur 2-20 viser tilsvarende antall med minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i løpet av gitt kalenderår.

Vi forventer mindre variasjon i bruk av psykiske diagnoser hos spesialisthelsetjenesten enn hos fastleger, både fordi konsultasjon i spesialisthelsetjenesten krever en henvisning fra primærhelsetjenesten og fordi det er færre enheter i spesialisthelsetjenesten som i prinsippet derfor kan forventes å ha en mer enhetlig praksis. I 2018 var imidlertid den fylkesvise variasjonen, målt ved prosentvis forskjell mellom fylket med høyest og lavest andel unge med psykiske diagnoser, omtrent lik hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. I 2008 var de fylkesvise forskjellene, målt ved denne enkle metoden, noe større hos fastleger og en god del større i spesialisthelsetjenesten. De fylkesvise forskjellene, særlig i

spesialisthelsetjenesten, har altså blitt noe redusert over tid.²³

Det kan være mange grunner til at befolkningens underliggende psykiske helse varierer med geografi. Ulik befolkningssammensetning, inntektsnivå, kulturforskjeller og forskjeller i det kommunale tjenestetilbudet tilsier at den underliggende forekomsten av psykiske lidelser kan variere geografisk. Dersom det først og fremst er ulikheter i befolkningens underliggende psykiske helse som driver de fylkesvise forskjellene, og ikke ulik kapasitet, ville vi vente at bruken av diagnoser hos fastleger og spesialisthelsetjenesten samvarierte. Det ser vi bare noen tegn til, for eksempel ved at Vestfold/Telemark og Agder har hatt en høy andel unge med psykiske diagnoser både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. I Agder har imidlertid andelen unge med psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten falt noe i perioden 2015-2018, samtidig som andelen har økt i alle de andre fylkene. I Troms og Finnmark hadde fastlegene i 2018 en relativt høy bruk av psykiske diagnoser for

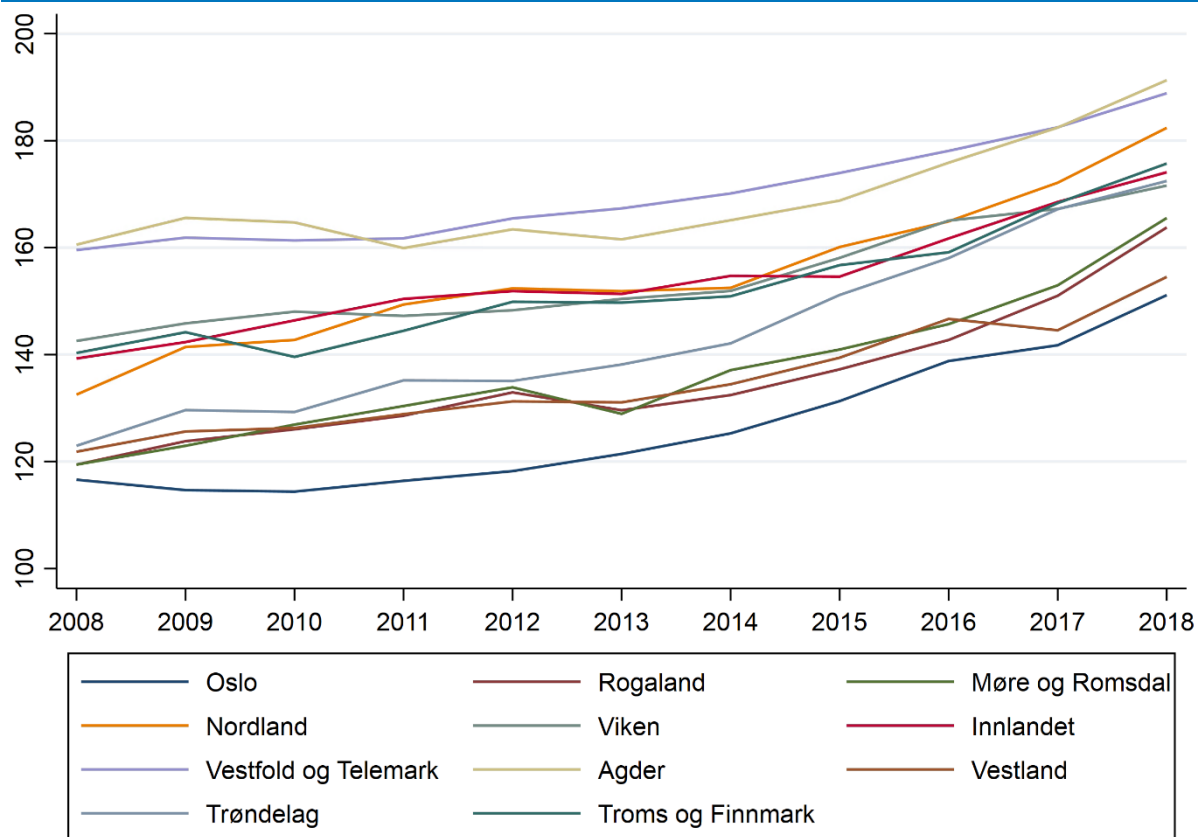
²³ I 2018 hadde fylket med lavest andel unge med psykiske diagnoser hos fastleger (Oslo) 79 prosent av bruken i fylket med høyest andel (Agder), mens fylket med lavest andel unge med psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten

(Troms og Finnmark) hadde 75 prosent av bruken i fylket med høyest andel (Vestfold og Telemark). I 2008 var den tilsvarende andelen 73 prosent hos fastleger og 57 prosent i spesialisthelsetjenesten.

unge, mens spesialisthelsetjenesten hadde aller lavest bruk av psykiske diagnoser for unge i samme år. Til sammenligning hadde Oslo det samme året lavest bruk av psykiske diagnoser hos fastleger, men høyere bruk av psykiske diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten enn både Troms og Finnmark og Møre og Romsdal. Bruken av psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten er lavest i Rogaland, men der er bruken av psykiske diagnoser hos fastleger langt høyere enn i Oslo.

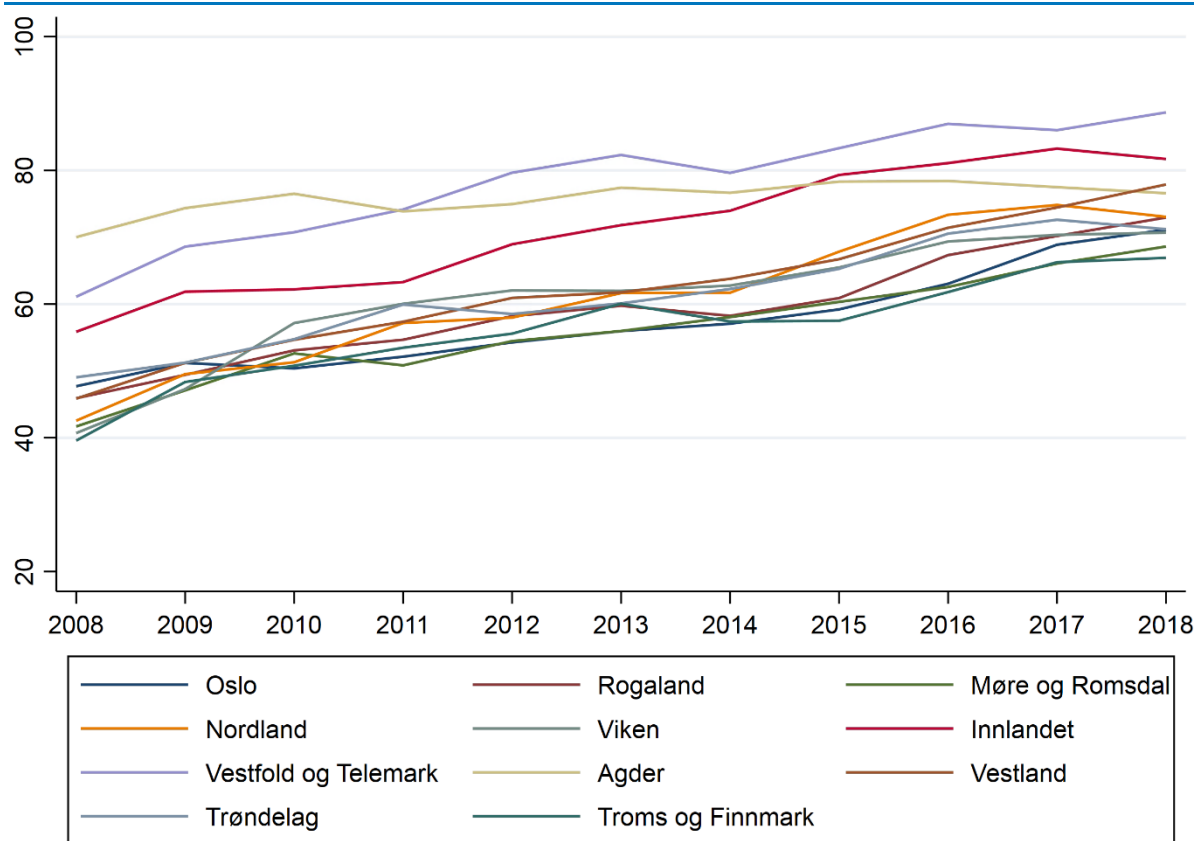
Disse ulikhetene indikerer at også ulik kapasitet har betydning for omfanget av psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Det kan imidlertid også tenkes at bruk av fastleger og psykisk helsevern til en viss grad er substitutter. I fylker med dårlig kapasitet i psykisk helsevern kan folk i større grad tenkes å benytte seg av fastleger for å få hjelp med sine psykiske plager.

Figur 2-19 Antall per 1 000 innbyggere i alderen 21-29 år med minst én psykisk diagnose hos fastlege i løpet av gitt kalenderår, etter fylke. NB: y-aksen er kuttet i bunnen.



Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes kodesystem ICPC2. Kilde: KUHR.

Figur 2-20 Antall per 1000 innbyggere i alderen 21-29 år med minst én psykisk diagnose hos spesialisthelsetjeneste i løpet av gitt kalenderår, etter fylke. NB: y-aksen er kuttet i bunnen.



Psykiske diagnoser inkluderer alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens kodesystem ICD10. Kilde: NPR.

2.8 Sosioøkonomiske faktorer

I dette avsnittet ser vi på sammenhengen mellom å ha fått en psykisk diagnose i ungdomsårene og enkelte sosioøkonomiske faktorer. For personer født i perioden 1993-1997 ser vi på andel som har fått minst én psykisk diagnose fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i perioden 15-21 år og andel som ikke har fått noen psykisk diagnose i perioden 15-21 år. For personer født 1986-1992 ser vi på andel som har fått minst én psykisk diagnose fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 22-26 år og andel som ikke har fått noen psykisk diagnose i samme periode.

Vi har analysert sammenhengen mellom psykiske diagnoser og ulike sosioøkonomiske faktorer, samt hvordan disse sammenhengene har utviklet seg over tid. Dersom den økte bruken av psykiske diagnoser skal kunne tilskrives en lavere terskel for å bli diagnostisert, vil vi vente at den samlede gruppen med psykiske diagnoser skal ha blitt likere den øvrige befolkningen over tid og dermed at sammenhengene mellom diagnose og sosioøkonomiske faktorer skal ha blitt redusert over tid. Vi finner enkelte tegn til dette.

2.8.1 Utdanning

Personer som har fått psykiske diagnoser i ung alder har gjennomgående dårligere karakterer fra ungdomsskolen og færre har fullført videregående skole, sammenlignet med unge uten psykiske diagnoser. Dette gjelder også for personer som får sin første psykiske diagnose etter ungdomsskole- eller videregående alder.

Det kan forstås som at psykiske lidelser gjør hverdagen under utdanning mer utfordrende, at utfordringer i skolen øker sannsynligheten for å utløse psykiske plager eller at utfordringer i skolen øker tilbøyeligheten til å oppsøke helsetjenesten med slike plager. Det kan også være bakenforliggende årsaker som påvirker både skolegang og psykisk helse.

Karakterer fra ungdomsskole

Grunnskolepoeng reflekterer samlede karakterer fra ungdomsskolen (denne variabelen er beskrevet nærmere i kapittel 4.3.3). Vi har beregnet medianverdi for grunnskolepoeng i hvert fødselskull etter kjønn. Deretter har vi gruppert alle i tre grupper; personer med grunnskolepoeng på eller over medianen, personer med grunnskolepoeng under

medianen og personer uten registrerte grunnskolepoeng.

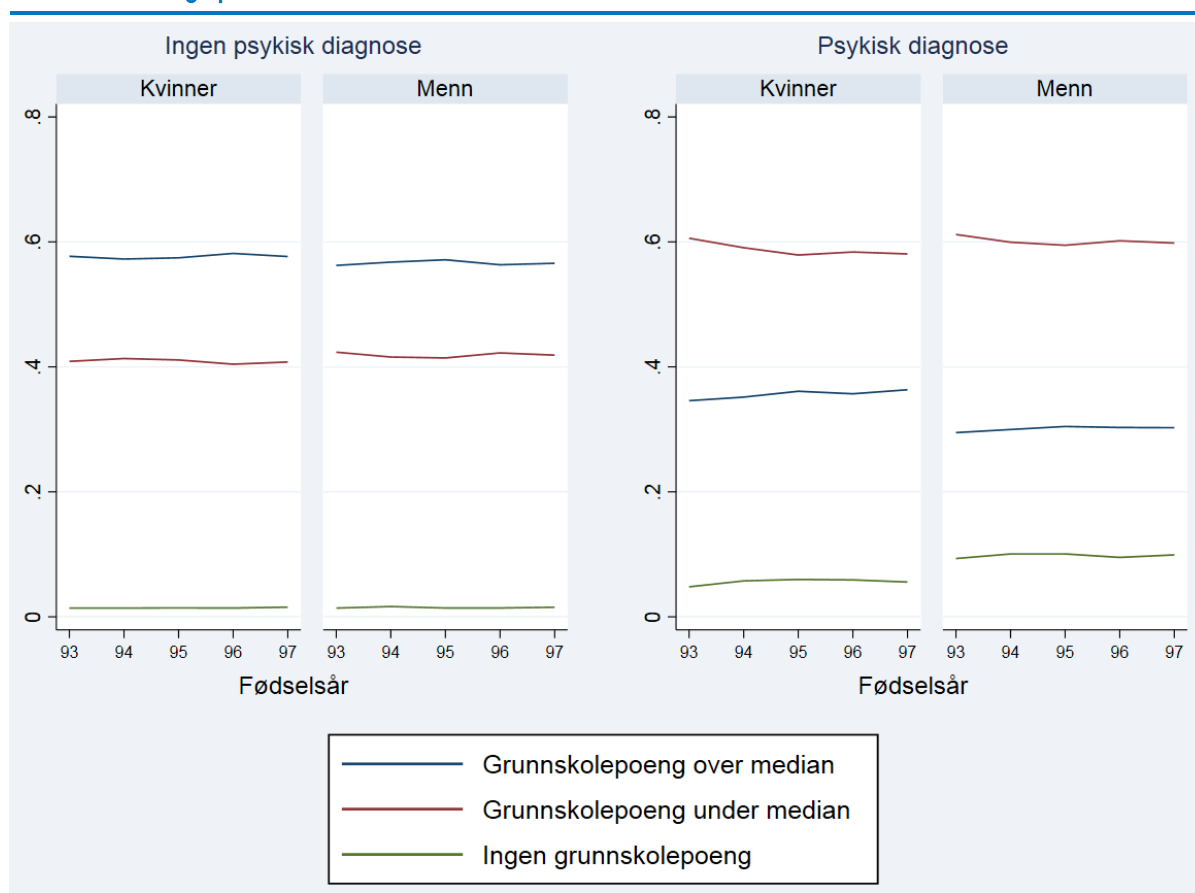
Figur 2-21 viser andel av befolkningen med grunnskolepoeng over og under medianen i sitt fødselskull, samt andel med null grunnskolepoeng, for personer som ikke har fått og personer som har fått minst én psykisk diagnose i alderen 15-21 år, enten hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten. Figur 2-21 viser tilsvarende figur for personer med diagnoser registrert i alderen 22-26 år (tidligere fødselskull).

Blant unge med psykiske diagnoser er det en del som er registrert med null grunnskolepoeng. Dette reflekterer at de enten har fullført grunnskolen uten å ha fått karakter i minst halvparten av fagene, eller at

de ikke har gjennomført ungdomsskolen i Norge. Det er kun et fåtall av personer uten grunnskolepoeng som ikke har vært registrert som bosatt i Norge i ungdomsskolealder, og vi antar derfor at de fleste med null grunnskolepoeng har gjennomført ungdomsskolen uten å ha fått karakter i minst halvparten av fagene.

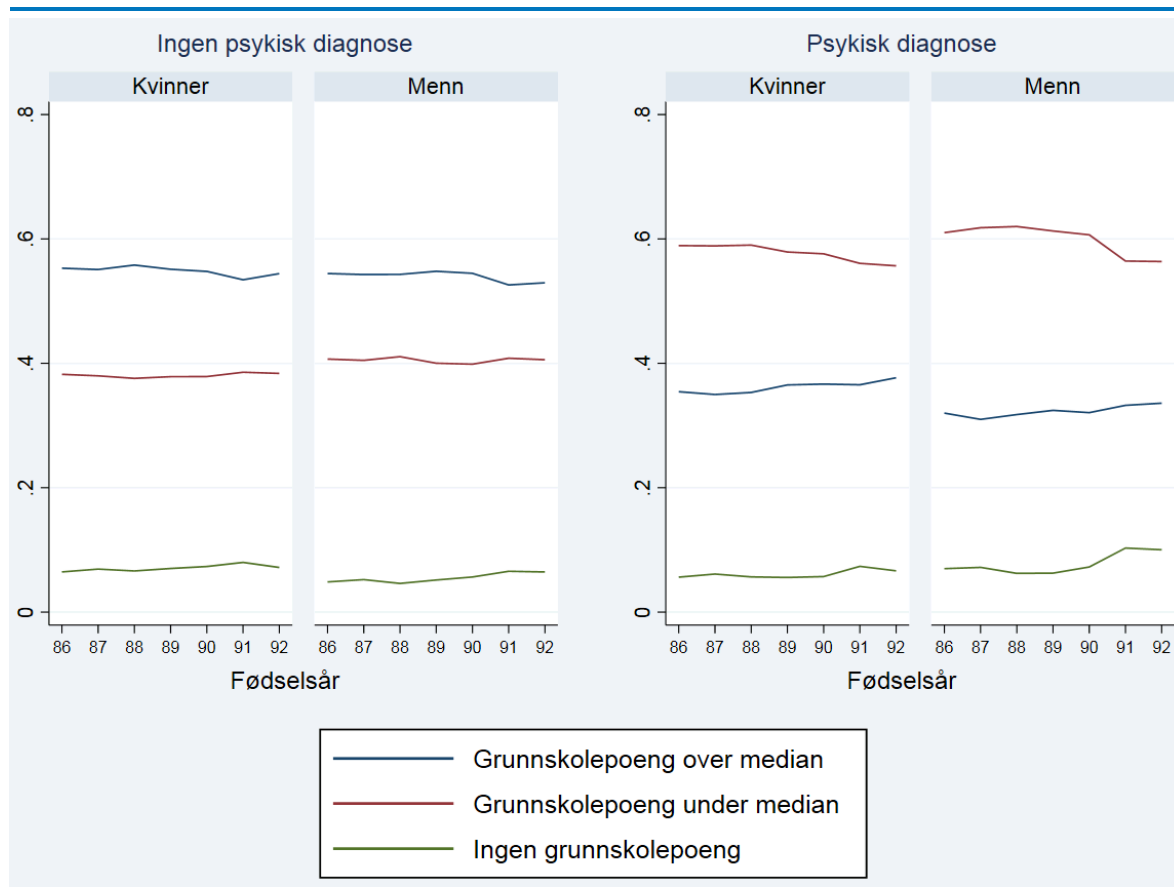
I kullene født 1993-1997 har det vært liten utvikling over tid i sammenhengen mellom grunnskolepoeng og psykisk diagnose. I kullene født 1991-1992 er andelen uten grunnskolepoeng blant personer med psykiske diagnoser noe høyere enn i tidligere fødselskull. Det er uvisst hva som kan forklare denne endringen (dette drøftes nærmere senere i kapittelet).

Figur 2-21 Andel av befolkningen med henholdsvis høye, lave og ingen grunnskolepoeng, blant personer som ikke har fått noen psykisk diagnose i alderen 15-21 år hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten (venstre) og blant personer som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år. Etter fødselsår og kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

Figur 2-22 Andel av befolkningen med henholdsvis høy, lav og ingen grunnskolepoeng, blant personer som ikke har fått noen psykisk diagnose i alderen 22-26 år hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten (venstre) og blant personer som har fått minst én psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 22-26 år. Etter fødselsår og kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

Videregående utdanning

Blant unge med psykiske diagnoser er det færre som fullfører videregående utdanning enn blant dem uten.

Figur 2-23 viser andel som har fullført videregående utdanning innen året de fyller 21 år, etter «tyngste diagnose» i alderen 15-21 år (venstre panel)²⁴ og alderen 22-26 år (høyre panel). *Tyngste diagnose* er definert på samme måte som i kapittel 2.4.3.

Blant personer uten psykiske lidelser er det i overkant av 80 prosent som har fullført videregående i fødselskullene 1993-1996, og noe færre i fødselskullene 1986-1992. Fra 1993-kullet til 1996-kullet har det vært en økning i andelen som har fullført videregående utdanning blant personer både uten og med psykiske diagnoser. I fødselskullene 1986-1992 har

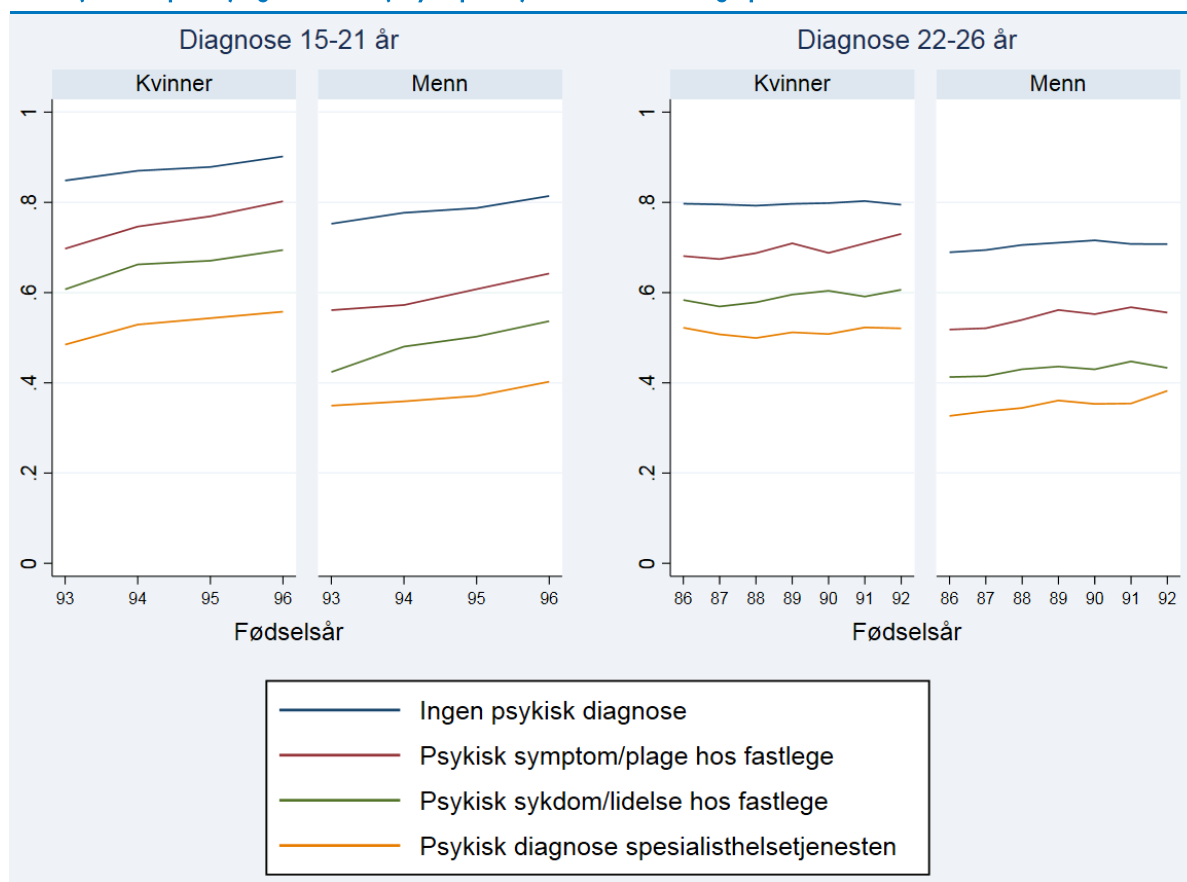
andelen som har fullført videregående skole vært relativt stabil blant personer uten psykiske diagnoser i 22-26-årsalder, mens den har økt noe blant personer med psykiske diagnoser i 22-26-årsalder. I disse fødselskullene ser vi altså noen små tegn til økt relativ fullføringsgrad blant personer som får psykiske diagnoser i etterkant av videregående alder.

Det er lavest fullføringsgrad for videregående utdanning blant personer med psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten og noe høyere fullføringsgrad blant personer som kun har psykiske diagnoser fra fastlege. Blant personer som kun har lettere psykiske diagnoser fra fastlege (psykisk symptom/plage) har flere fullført videregående skole enn blant personer med tyngre psykiske diagnoser fra fastlege (psykisk sykdom/lidelse).

²⁴ 1997-kullet er utelatt fra figurene som viser fullføringsgrad av videregående skole grunnet manglende data. Vi kan ikke observere dette kullet etter 19 år i

utdanningsdata og andelen som har fullført videregående skole ville derfor fremstå som kunstig lav.

Figur 2-23 Andel som har fullført videregående skole ved 21 år, etter «tyngste psykiske diagnose» i alderen 15-21 år (venstre panel) og 22-26 år (høyre panel). Etter fødselsår og kjønn.



Merknad: Tyngste diagnose er definert ved følgende hierarki: 1) minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 2) minst én diagnose for psykisk sykdom/lidelse hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) uten å ha fått noen psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, 3) minst én diagnose for psykisk symptom/plage hos fastlege (P01-P29 i ICPC2) uten å ha fått andre psykiske diagnoser hos fastlege (P70-P99 i ICPC2) eller i spesialisthelsetjenesten i aldersperioden, og 4) ingen psykisk diagnose hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i aldersperioden. Psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten inkluderer alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10. Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

Utdanningsprestasjoner etter underkategorier av diagnoser

Videre ser vi på hvordan utdanningsprestasjoner varierer for personer i ulike diagnosegrupper. Figur 2-24 og Figur 2-25 viser andel i gitte diagnosegrupper som har fullført videregående utdanning og som har henholdsvis høye, lave eller ingen grunnskolepoeng. Figur 2-24 viser diagnoser som er registrert i alderen 15-21 år (for fødselskullene 1993-1997). Figur 2-25 viser diagnoser som er registrert i alderen 22-26 år (for fødselskullene 1986-1992). En person kan ha hatt diagnoser i flere diagnosegrupper i løpet av aldersperioden og enkeltindivider kan derfor inngå i flere av diagnosegruppene.

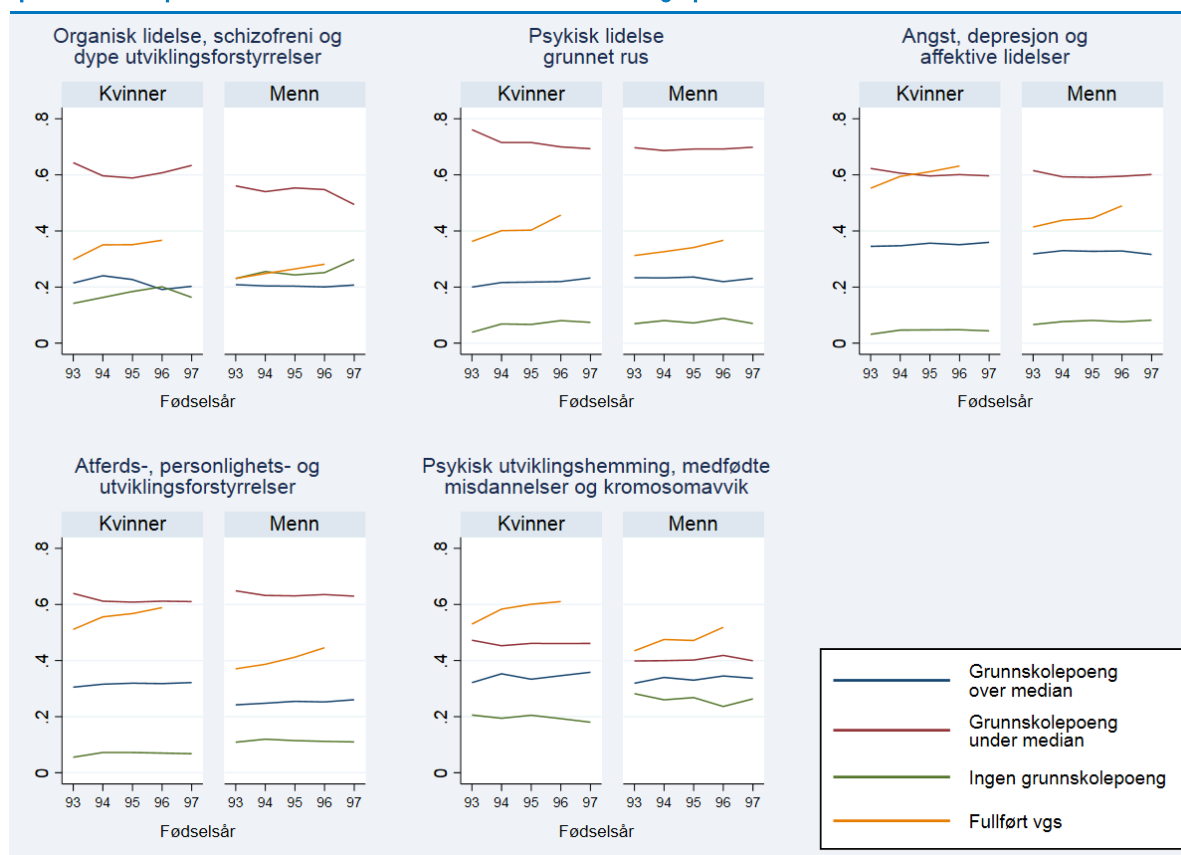
Personer med psykiske diagnoser i ungdomsårene eller ung voksen alder har generelt prestert dårligere både i ungdomsskolen og i videregående skole, sammenlignet med personer uten psykiske diagnoser. Dette gjelder for alle de gitte undergruppene av diagnoser vi ser på i Figur 2-24 og Figur 2-25.

Personer med diagnoser innen angst og affektive lidelser eller atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser har gjennomgående bedre prestasjoner fra ungdomsskolen enn personer i de andre diagnosegruppene. En høyere andel av disse har grunnskolepoeng over medianen og færre er uten grunnskolepoeng. Personer i disse diagnosegruppene har også høyere fullføringsgrad fra videregående utdanning i forhold til personer i de andre diagnosegruppene²⁵.

²⁵ Her ser vi bort fra personer med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik, som har en relativt høy fullføringsgrad av videregående utdanning sammenlignet med de andre

diagnosegruppene. Det er grunn til å tro at denne gruppen ikke blir stilt overfor de samme kravene til fullføring av videregående skole som befolkningen generelt.

Figur 2-24 Andel av befolkningen med gitte diagnoser som har fullført videregående utdanning, og med henholdsvis høye, lave og ingen grunnskolepoeng. Minst én diagnose i gitt diagnosegruppe fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år*. Etter fødselsår og kjønn.



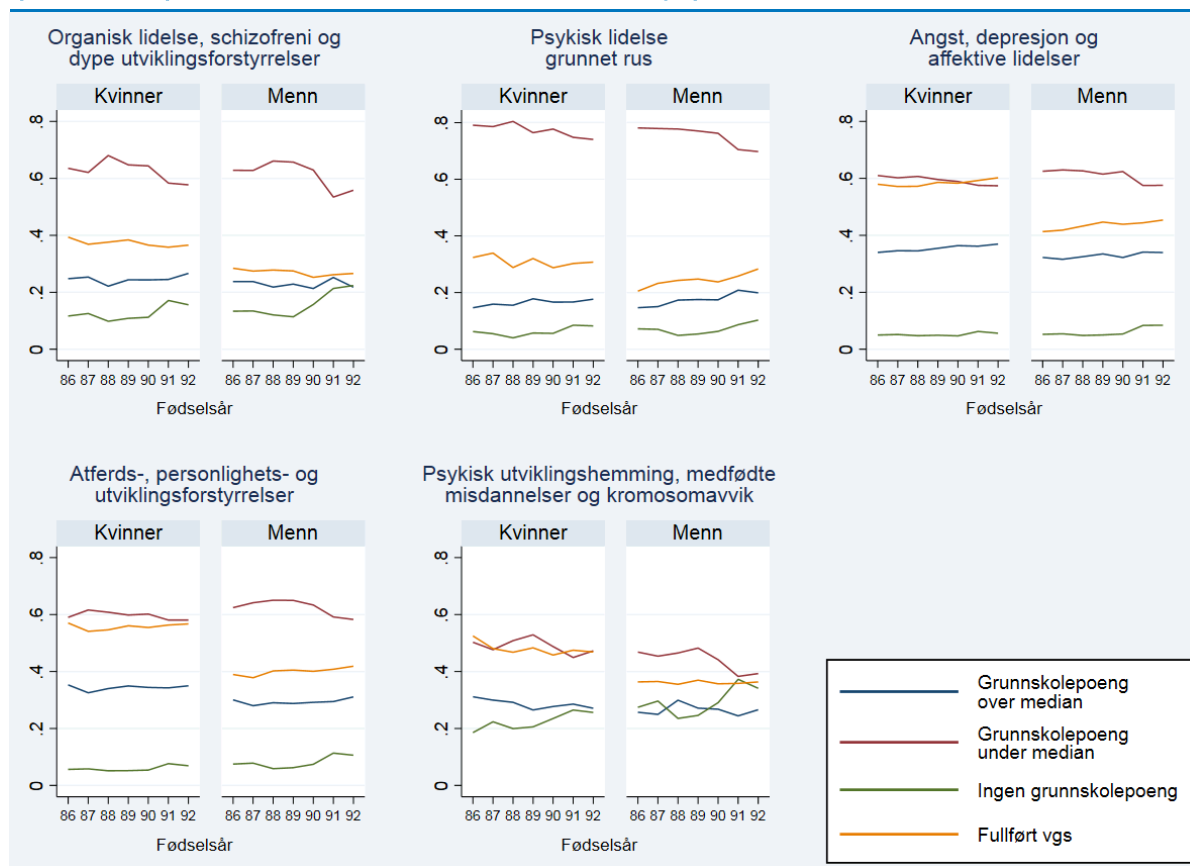
*En person kan ha hatt flere diagnoser i løpet av perioden og vil da inngå i flere av diagnosegruppene. Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

Andelen som fullfører videregående utdanning, er høyere blant kvinner enn menn i alle diagnosegruppene vi ser på. Kjønnforskjellen i fullføringsgrad er særlig sterk blant personer med angst- og depresjonsdiagnoser og blant personer med atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser.

Den største endringen over tid i utdanningsprestasjoner blant personer med psykiske diagnoser er den økte andelen som ikke har oppnådd grunnskolepoeng fra kullene født i siste halvdel av 1980-tallet til kullene født på starten av 1990-tallet. Denne økningen i andel uten grunnskolepoeng har i liten grad truffet personer uten psykiske diagnoser i samme fødselskull. Fra 1986-1992-kullet har andelen uten grunnskolepoeng økt i alle diagnosegrupper, men omfanget er størst blant personer med diagnoser innen organiske lidelser, schizofreni eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og blant personer med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik.

Samtidig har vi tidligere i dette kapittelet vist at det har vært en økende andel av befolkningen som får disse diagnosene. Dersom økningen i omfanget av slike diagnoser var et resultat av at flere «lettere» tilfeller ble diagnostisert, ville vi ikke vente en økende andel uten grunnskolepoeng. Når vi likevel ser en økende andel uten grunnskolepoeng, indikerer det at det i stedet har vært et økende omfang av reelle problemer i disse gruppene. Dette kan være utfordringer som er utløst av økende helseproblematikk i disse årskullene eller det kan være at den økte helseproblematikken egentlig er utløst av endringer i utdanningssystemet eller andre samfunnsområder som kan ha gjort det mer utfordrende å gjennomføre grunnskolen på en god måte for sårbare elever. Når en økende andel med psykiske diagnoser ikke har grunnskolepoeng, tyder dette på at det er en økende gruppe med elever som siden starten av 2000-tallet (fødselskullene født på starten av 1990-tallet) har fått betydelige utfordringer i grunnskolealder.

Figur 2-25 Andel av befolkningen med gitte diagnoser som har fullført videregående utdanning, og med henholdsvis høye, lave og ingen grunnskolepoeng. Minst én diagnose i gitt diagnosegruppe fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 22-26 år*. Etter fødselsår og kjønn



*En person kan ha hatt flere diagnoser i løpet av perioden og vil da inngå i flere av diagnosegruppene. Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

2.8.2 Foreldres inntektsrang

For å undersøke sammenhengen mellom diagnoser og sosioøkonomisk bakgrunn har vi sett på foreldrenes rang i sin generasjons inntektsfordeling (foreldrenes inntektsrang).²⁶ Vi har rangert alle barn i hvert fødselskull etter kjønn og foreldreinntekt, og deretter gruppert barna i kvartiler. Barn som ikke hadde begge foreldre bosatt i Norge på det tidspunkt foreldrene var i alderen 34-37 år har ikke blitt registrert med noen verdi på foreldreinntekt og behandles som en egen kategori. Denne andelen har vært synkende over årene vi ser på, fra 22 prosent for barn født i 1991 til 15 prosent for barn født i 1997.

Unge med psykiske diagnoser har oftere foreldre med lavere inntektsrang enn unge uten psykiske diagnoser. Dette kan forklares av at utvikling av psykiske lidelser henger sammen med sosiale faktorer og oppvekstvilkår, og også genetiske betingelser hos foreldre. Disse sammenhengene bidrar trolig også til den

negative sammenhengen mellom psykiske diagnoser og utdanningsresultater.

Figur 2-26 og Figur 2-27 viser andel av befolkningen etter foreldrenes inntektsrang, for ulike diagnosegrupper. Figur 2-26 viser personer med diagnoser som registrert i alderen 15-21 år for fødselskullene 1993-1997. Figur 2-27 viser personer med diagnoser som registrert i alderen 22-26 år for fødselskullene 1986-1992. Dersom diagnosene ikke hadde hatt sammenheng med foreldrenes inntektsrang, ville alle linjene i figurene vært på 0.25 (hver av de fire inntektsklassene ville utgjort en like stor andel av befolkningen med en gitt diagnosestype). Det er imidlertid en sterk overvekt av personer med foreldre i laveste inntektsrang blant alle diagnosegruppene som vises i figuren. Personer med inntektsrang i tredje og fjerde kvartil er underrepresentert i alle diagnosegrupper (det er færre enn 25 prosent av befolkningen med diagnoser som er i disse øvre inntektsklassene). Jo større avstand det er mellom linjene for inntektsrang i den enkelte figur, dess

²⁶ Foreldrenes inntektsrang er målt ved å summere foreldrenes inntekter (målt i faste kroner) da de var 34-37 år gamle.

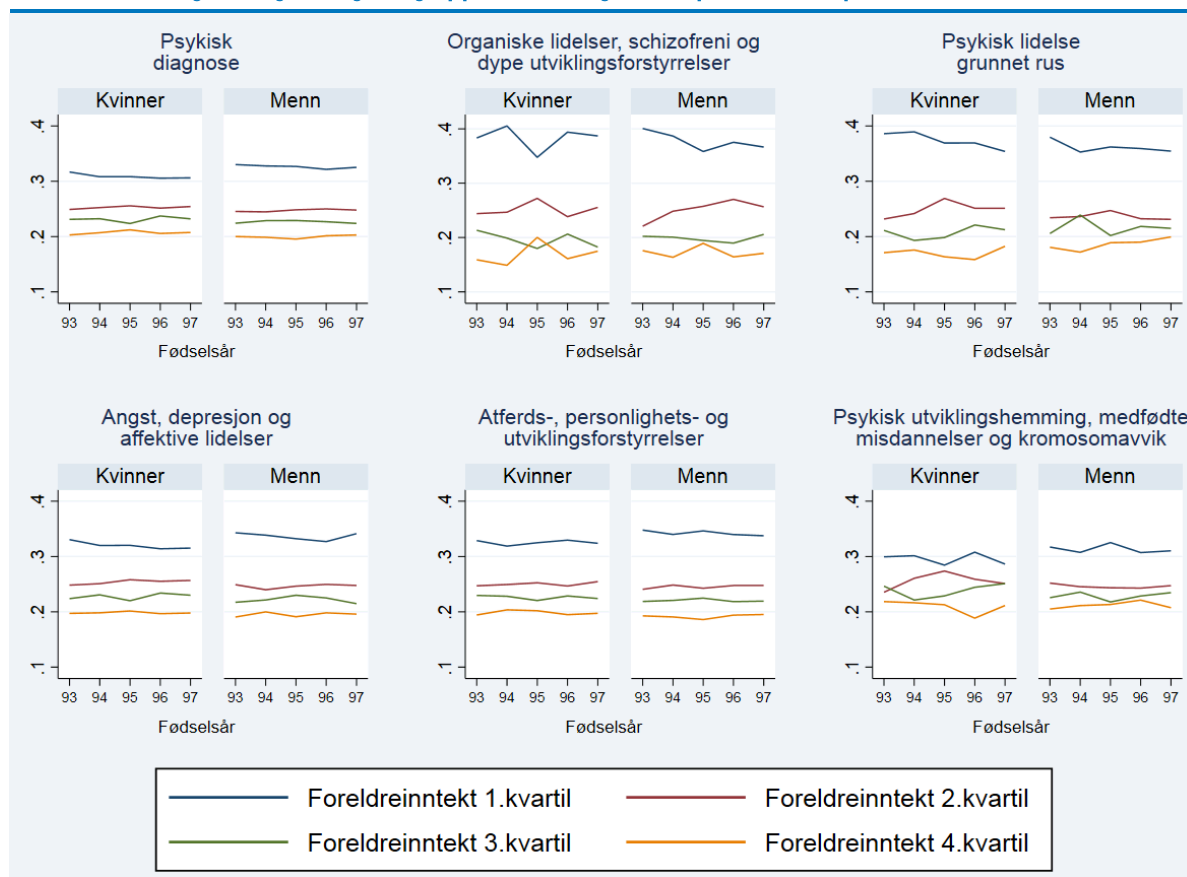
sterkere er den sosiale gradienten i den gitte diagnosegruppen (dess større overvekt av barn av lavinntektsforeldre og undervekt av barn av høyinntektsforeldre).

Blant de ulike diagnosegruppene er den sosiale gradienten størst i diagnosekategorien organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme), samt psykiske lidelser grunnet rus. Blant personer med diagnoser for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik er den sosiale gradienten lavest av de utvalgte diagnosegruppene. Dette er som forventet, fordi disse diagnosene er knyttet til medfødte tilstander, mens de andre diagnosegruppene i større grad kan sosialt betinget. Det kan imidlertid fremstå som noe overraskende at det er en sosial gradient også blant personer med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Dette kan tenkes å ha sammenheng med genetikk, i den grad genetiske betingelser for disse tilstandene også har påvirket foreldres inntektsmuligheter, og det kan tenkes å ha sammenheng med at foreldre som får barn med store omsorgsbehov må prioritere omsorgsoppgaver fremfor inntektsinnbringende arbeid.

Det er liten utvikling over tid i sammenhengen mellom psykiske diagnoser samlet sett og foreldres inntektsrang. Til tross for at det i samme periode har vært en sterk økning i omfanget av psykiske diagnoser i den unge befolkningen, ser det altså ikke ut til at den sosiale gradienten i psykiske diagnoser er endret over tid. Økningen i omfanget av samlede psykiske diagnoser blant unge i disse årene har truffet befolkningen med samme fordeling over sosiale lag som før, med den samme overvekten av personer fra lavere sosiale lag.

I enkelte av underkategoriene av psykiske diagnose ser vi imidlertid noen tegn til endringer over tid. Blant personer som har fått diagnoser innen organiske psykiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, og psykiske lidelser grunnet rusmisbruk har den sosiale gradienten blitt noe redusert fra 1993-kullet til 1997-kullet. I samme periode har også andelen med diagnoser innen gjennomgripende utviklingsforstyrrelser økt for denne gruppen, og denne økningen har altså i mindre grad enn tidligere truffet personer fra laveste inntektskvartil og i større grad truffet personer fra andre inntektskvartil.

Figur 2-26 Andel av befolkningen med gitte diagnoser etter foreldrenes inntektsrang. Inkluderer alle personer med minst én diagnose i gitt diagnosegruppe hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten ved alder 15-21 år*.



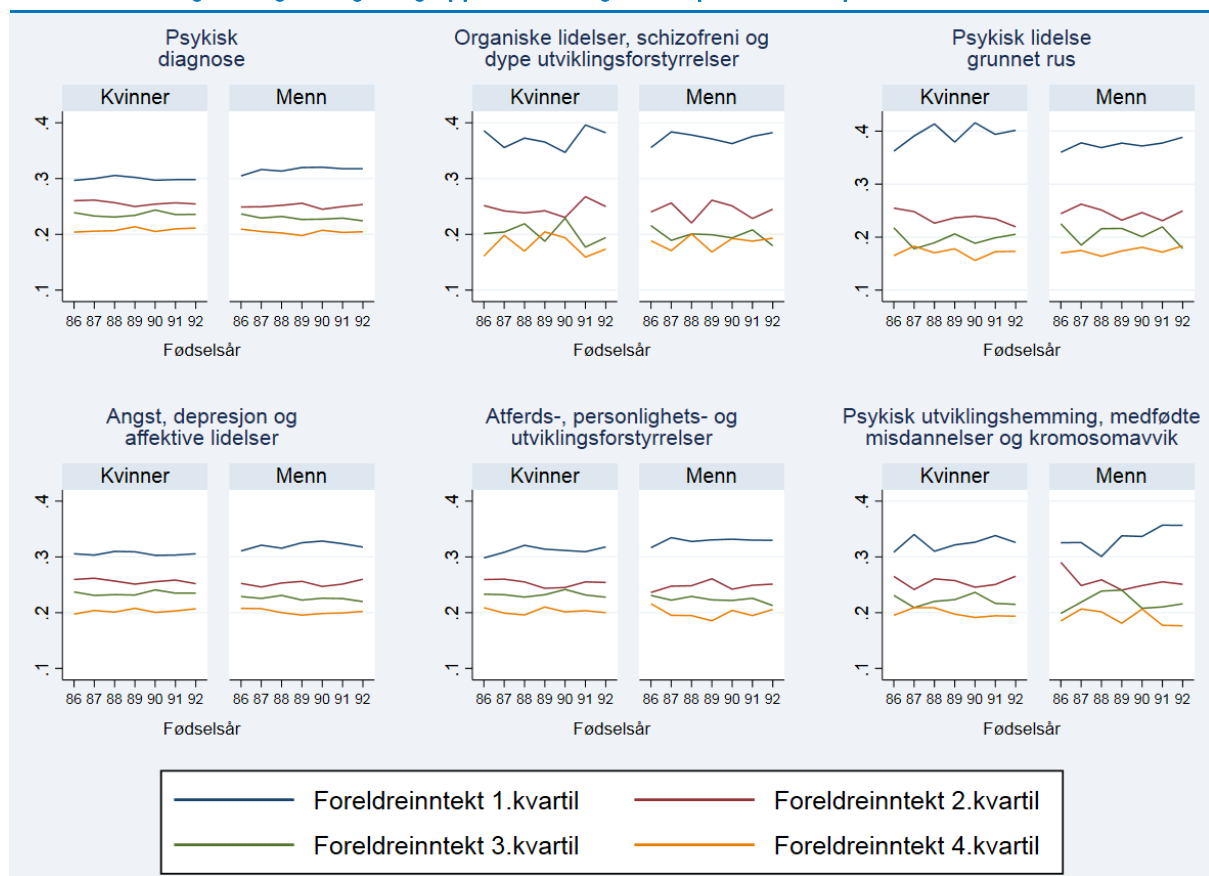
*En person kan ha hatt flere diagnoser i løpet av perioden og vil da inngå i flere av diagnosegruppene. Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

I Figur 2-27 kan vi se utviklingen over fødselskullene 1986-1992, for personer med gitte diagnoser registrert i alderen 22-26 år. I disse fødselskullene ser det ikke ut til å ha vært en reduksjon over tid i den sosiale gradienten blant personer med organiske lidelser, schizofreni og dype utviklingsforstyrrelser, til tross for at omfanget av disse diagnosene har økt også i denne gruppen. Blant personer som har fått diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik i alderen 22-26 år, har den sosiale gradienten blant menn økt over tid, ved at det har blitt en høyere andel fra laveste inntektskvartil som har disse diagnosene. I denne

gruppen har det samtidig vært en økning i andelen av befolkningen som har disse diagnosene, og denne økningen blant menn har altså særlig truffet den laveste inntektskvartilen.

Blant personer med diagnoser innen angst, depresjon og andre affektive lidelser og blant personer med diagnoser innen atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser ser det ikke ut til å ha vært noen endring over tid i den sosiale gradienten. Det økte omfanget av disse diagnosene i befolkningen har altså truffet de ulike sosiale lagene på lik måte som før, med en overvekt av personer fra den laveste inntektskvartilen.

Figur 2-27 Andel av befolkningen med gitte diagnoser etter foreldrenes inntektsrang. Inkluderer alle personer med minst én diagnose i gitt diagnosegruppe hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten ved alder 22-26 år*.



*En person kan ha hatt flere diagnoser i løpet av perioden og vil da inngå i flere av diagnosegruppene. Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

2.9 Drøfting og konklusjon

Omfanget av psykiske diagnoser har økt, både blant unge kvinner og unge menn

Vi finner i dette kapitlet at det har vært en betydelig økning i bruken av psykiske diagnoser blant tenåringer og unge voksne i perioden 2008-2018. Det har vært en økning i alle aldre i aldersgruppen 16-24 år, for begge kjønn. Økningen blant kvinner i slutten av tenårene er særlig sterk. Vi observerer den økte

bruken av psykiske diagnoser både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten.

Våre analyser tyder ikke på at det økte omfanget i psykiske diagnoser blant unge er et avtakende fenomen eller utslag av tidligere diagnostisering av lidelser som uansett vil oppstå på sikt. For hvert fødselskull ser vi et økende omfang av psykiske diagnoser ved enhver alder, og det er ingen tegn på at økningen i psykiske diagnoser blant ungdom avtar når disse når ung voksen alder. Tvert imot ser vi for

ethvert fødselskull at omfanget av psykiske diagnoser øker med alder frem til slutten av 20-årene. Blant kullene født i perioden 1986-1997 har ethvert fødselskull hatt en høyere andel med psykiske diagnoser som unge enn foregående kull. Blant personer født i 1997 (som fylte 21 år i 2018), hadde 37 prosent minst en psykisk diagnose i alderen 15-21 år (43 prosent av kvinner og 32 prosent av menn). Denne andelen har økt jevnt fra årene før (den tilsvarende andelen var 33 prosent for 1993-kullet).

Flertallet av unge som har fått psykiske diagnoser i alderen 15-21 år har fått minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten i samme periode, og denne andelen har vært økende fra 1993-kullet til 1997-kullet. Økningen over tid i andelen med psykiske diagnoser fra fastlege, reflekterer dermed primært pasienter med tilstander som er tilstrekkelig alvorlige til også å kvalifisere for psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten.

Økningen i psykiske diagnoser blant unge kvinner er særlig knyttet til en kraftig økning i angst- og depresjonsdiagnoser. Det har også vært en økende andel unge menn som har fått disse diagnosene, selv om økningen ikke er like kraftig. For begge kjønn ser vi også en jevn økning over tid i diagnoser innen atferds- og personlighetsforstyrrelser (inkludert ADHD) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme), som bidrar sterkt til den samlede økningen i psykiske diagnoser. Angst- og depresjonsdiagnoser og atferds- og personlighetsforstyrrelser var to av de vanligste diagnosekategoriene i starten av perioden vi ser på (2006), og har økt betydelig frem til 2018 for alle fødselskull. Omfanget av diagnoser innen organiske lidelser og schizofreni er relativt uendret over tid, mens omfanget av rusrelaterte psykiske diagnoser ser ut til å ha falt.

Intervjuer med behandlere i helsetjenesten tyder ikke på at det har vært noen betydelige endringer i behandleres tilbøyelighet til å sette en psykisk diagnose i perioden 2008-2018. Diagnosesystemet har vært uendret i perioden og det har ikke tilkommet formelle føringer som skulle tilsi endret diagnosepraksis. Samtidig kan endringer i diagnosepraksis ha skjedd uten at behandlere har opplevd det som en endring. Fastsettelse av psykiske diagnoser er til en viss grad basert på subjektive vurderinger av funksjon og pasientens symptombeskrivelser. Diagnosepraksis vil derfor påvirkes av strømninger i tiden og hvilke symptomer som er i fokus både hos behandler og pasient, uten at dette nødvendigvis er bevisst hos behandlere i helsetjenesten.

Økt kapasitet i helsetjenesten har muliggjort økt diagnostisering

Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern har økt betydelig de siste årene, og dette har vært avgjørende for å muliggjøre økningen i spesialisthelsetjenesten. Fra 2008 til 2017 økte andelen av befolkningen i alderen 20-29 år som hadde minst en konsultasjon i psykisk helsevern fra 5,2 prosent til 7,1 prosent. Dette er en vekst på 37 prosent. Andelen av disse pasientene som blir diagnostisert med en psykisk diagnose har vært stabil på omtrent 80 prosent i samme periode. Den økte bruken av psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten må derfor først og fremst ses i sammenheng med høyere innstrømming av pasienter. Økt kapasitet i psykisk helsevern kan imidlertid også tolkes som et resultat av tidligere «underkapasitet» eller et resultat av økt underliggende forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, som kan ha utløst et økt behov for disse helsetjenestene. Årsaksmekanismene kan altså tenkes å gå begge veier. Den økte kapasiteten i psykisk helsevern kan også tenkes å ha bidratt indirekte til den økte bruken av psykiske diagnoser hos fastleger.

Mye tyder på en økt forekomst av enkelte psykiske plager blant unge

Undersøkelser av selvrapporterte psykiske plager tyder på at andelen ungdommer som sliter med depressive symptomer har økt, også de siste ti årene. Vi har sett denne økningen blant unge kvinner over flere år, mens det først er de siste årene at vi også ser denne økningen blant unge menn. Våre intervjuer med behandlere i psykisk helsevern indikerer samtidig at det har tilkommet en ny gruppe unge pasienter, med symptomer på angst og depresjon som grunner i at ungdommene stiller høyere krav til seg selv enn de klarer å innfri. Disse blir diagnostisert med angst- eller depresjonslidelser, til tross for at tilstandene ser ut til å arte seg noe ulikt fra den klassiske definisjonen av disse diagnosene. Ungdommene kan være sterkt plaget, men kan ofte få hjelp gjennom behandling.

Økt fokus på psykisk helse har trolig økt innstrømmingen av pasienter

Behandlere i helsetjenesten som vi har intervjuet peker på det økte fokuset på psykisk helse i befolkningen generelt som en viktig årsak til den økende innstrømmingen av pasienter med symptomer som kvalifiserer til psykiske diagnoser. Økt oppmerksomhet om psykisk helse og enkeltdiagnoser har trolig bidratt til at flere oppsøker helsetjenesten med slike plager og at flere forteller legen om psykiske symptomer. Når flere oppsøker fastlegene, vil også flere få diagnoser fordi fastlegene må sette en diagnose på enhver konsultasjon for å få refusjon fra Helfo. Økt fokus på psykiske plager kan også ha bidratt til at fastleger i større grad enn før fokuserer på pasientenes psykiske symptomer.

Både økt behandlingstilbud og økt oppmerksomhet om psykisk helse ser derfor ut til å ha bidratt til at flere får behandling for psykiske plager, uten at det nødvendigvis betyr at den psykiske helsen i befolkningen er dårligere enn før. For noen grupper forventer vi at den psykiske helsen er bedret, nettopp fordi flere har fått et behandlingstilbud som har dokumentert positive effekter. Dette gjelder særlig pasienter med angst- og depresjonslidelser, men også pasienter med atferds- og personlighetsforstyrrelser.

Vi tolker den økte bruken av enkelte psykiske diagnoser, som autismediagnoser, som et økt behov for diagnostisering av denne typen tilstander. Berg og Thorbjørnsrud (2009) rapporterer at intervjuede behandlere i helsetjenesten har opplevd økt «etterspørsel» etter diagnoser. En diagnose kan gi rettigheter til hjelpemidler og økte lærerressurser i skolen eller for eldre personer muligheten til en stabil inntekt. En diagnose kan også hjelpe den enkelte og omgivelsene med kunnskap om tilstanden. Vi har ikke grunnlag for å tro at det har vært en reell økning i forekomsten av tilstander som autisme i befolkningen, men vi kan heller ikke konkludere med at det ikke har vært det.

Det er stor geografisk variasjon i omfanget av psykiske diagnoser

Det er betydelig variasjon mellom fylkene i bruken av psykiske diagnoser, både hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten. Kapittel 5 i denne rapporten viser også at det er stor variasjon i andelen med psykiske diagnoser i ungdomsbefolkningen på tvers av kommuner, selv etter at det er kontrollert for demografiske forhold og foreldreinntekt. Det kan være mange grunner til at befolkningens psykiske helse varierer med geografi. Ulik befolkningssammensetning, kulturforskjeller og forskjeller i det kommunale tjenestetilbudet, for eksempel knyttet til kvalitet på barnehager, skoler og barnevern, tilsier at også omfanget av psykiske lidelser varierer geografisk. Vi har ikke kunnet kontrollere for disse faktorene.

Det er imidlertid også grunn til å tro at ulik tilbøyelighet til å oppsøke helsetjenesten, ulik kapasitet eller ulik praksis i helsetjenesten kan ha hatt betydning for de geografiske forskjellene. Mer detaljerte studier av sammenhengen mellom diagnostisering og andre faktorer som kultur, arbeidsmarked, kommunalt tjenestetilbud og ressurser i helsevesenet vil kunne bidra til å belyse mulige årsaker til geografiske forskjeller. Det har ikke vært mulig å gå nærmere inn på disse faktorene i dette prosjektet.

Unge med psykiske diagnoser har mindre utdanning og lavere foreldreinntekt enn andre

Unge med psykiske diagnoser har gjennomgående dårligere karakterer fra ungdomsskole og lavere fullføringsgrad av videregående skole enn sine

jevnaldrende. Dette kan forstås som at psykiske lidelser gjør hverdagen under utdanning mer utfordrende, at utfordringer i skolen øker sannsynligheten for å utløse psykiske plager eller for å oppsøke helsetjenesten med slike plager, eller at bakenforliggende årsaker påvirker både skolegang og psykisk helse.

Omfanget av psykiske diagnoser varierer også i stor grad med foreldrenes inntekt. Det er en høyere andel med psykiske diagnoser blant barn av foreldre med lav inntektsrang. Jo høyere foreldreinntekt, desto lavere er andelen som får psykiske diagnoser som ung. Dette kan forklares av at psykiske lidelser har en sterk sammenheng med sosiale faktorer og oppvekstvilkår. Disse sammenhengene bidrar trolig også til å drive den negative sammenhengen mellom psykiske diagnoser og utdanningsresultater.

Vi har analysert hvordan disse sammenhengene mellom psykiske diagnoser og sosioøkonomiske faktorer har utviklet seg over tid. Dersom det økte omfanget av psykiske diagnoser skal kunne tilskrives at terskelen for å få en diagnose er redusert over tid, kunne man forventet at den samlede gruppen med psykiske diagnoser har blitt likere den øvrige befolkningen i form av skoleprestasjoner og sosial klasse over tid. Vi finner imidlertid få indikasjoner på dette. Den sterke negative sammenhengen mellom foreldreinntekt og psykiske diagnoser har vært relativt uendret over tid. Også den sterke sammenhengen mellom dårlige skoleprestasjoner og psykiske diagnoser har vært relativt stabil over tid.

Det ser altså ikke ut til at den samlede gruppen unge med psykiske diagnoser har det lettere i skolesystemet enn før. Det kreves imidlertid mer forskning på disse trendene dersom man skal kunne trekke konklusjoner om betydningen av en redusert terskel for diagnostisering i forhold til betydningen av økt underliggende sykdomsbyrde.

Vi har imidlertid sett at det i kullene født på starten av 1990-tallet er en noe høyere andel av personer med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som ikke har oppnådd grunnskolepoeng (som har fullført grunnskolen uten karakter i halvparten av fagene). Det er ikke tilsvarende økning i andel uten oppnådd grunnskolepoeng blant personer uten psykiske diagnoser i samme fødselskull, og det er derfor ikke grunn til å tro at det har blitt vanskeligere å gjennomføre skolen for alle. Dette indikerer at økningen i antall med disse diagnosene ikke bare er utslag av at «(lettere tilfeller)» blir diagnostisert, men at det fra starten av 2000-tallet har vært en økende gruppe elever som har store utfordringer i grunnskolen og som blir diagnostisert med disse tilstandene (personer født på starten av 1990-tallet). Dette kan være utfordringer som er utløst

av at flere har slik helseproblematikk i disse årskullene, eller det kan være at den økte helseproblematikken egentlig er utløst av endringer i utdanningssystemet eller på andre samfunnsområder. Slike endringer kan ha gjort det mer utfordrende å

gjennomføre grunnskolen på en god måte for sårbare elever, og dette kan igjen ha utløst et økt behov for diagnostisering av tilstandene. Dette er uvisst og bør være grunnlag for videre forskning.

Referanser

Bakken, A., 2018. *Ung i Oslo 2018. NOVA-rapport 6/18.*, Oslo: NOVA.

Berg, H. & Thorbjørnsrud, T., 2009. Hvorfor blir det flere unge uføre?. *Søkelys på arbeidslivet*, Volum 26, p. 389–399.

Brage, S. & Thune, O., 2015. Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd*.

Folkehelseinstituttet, 2018. *Psykisk helse i Norge*, s.l.: Folkehelseinstituttet.

NOU 2020:1, u.d. *Tjenester til personer med autismspekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom*. s.l.:s.n.

Oslo Economics, 2017. *Kartlegging av tilbudet til barn i barnehagealder med særlige behov i Oslo kommune*, Oslo: OE-rapport 2017-36.

Statistisk sentralbyrå, 2020. 06922:
Spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser. Helseregion og helseforetak, etter region, tjenesteområde, statistikkvariabel og år. [Internett]
Available at:
<https://www.ssb.no/statbank/table/06922>

Statistisk sentralbyrå, 2020. 09547:
Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter region, tjenesteområde, helseutdanning, statistikkvariabel og år. [Internett]
Available at:
<https://www.ssb.no/statbank/table/09547>

3. Psykiske diagnoser blant unge uføre

Ragnhild Haugli Bråten og Susanna Sten-Gahmberg, Oslo Economics

Sammendrag

I dette kapitlet dokumenterer vi diagnosehistorikken blant unge uføre i årene før innvilgelse av uføretrygd. Vi viser at de fleste unge uføre har hatt hyppig kontakt med helsetjenesten i mange år før uføretrygd innvilges og at de fleste har fått psykiske diagnoser på et tidlig tidspunkt. Blant personer som uføretrygdes i 18-19-årsalder, har de fleste diagnoser innen kategoriene psykiske utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme). Blant personer som får innvilget uføretrygd i starten av 20-årene, har en høyere andel diagnoser innen kategoriene atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, mens angst- og depresjonslidelser er vanligst blant personer som får innvilget uføretrygd i slutten av 20-årene.

Det har vært en sterk økning i antall nye, unge uføre i perioden 2010-2017 og vi har derfor studert endringer i diagnosesammensetningen blant nye, unge uføre over tid. I perioden 2010-2015 har det vært en sterk økning i antall som uføretrygdes ved 18-19-årsalder og denne økningen utgjøres hovedsakelig av personer med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Økningen i antall unge uføre med disse diagnosene må forstås i lys av en økende diagnostisering av disse tilstandene i befolkningen. Det er usikkert hvorvidt det økte antallet med disse diagnosene er et utslag av en reell økning av disse tilstandene i befolkningen, for eksempel grunnet økt overlevelse blant premature eller personer med alvorlige medfødte tilstander, eller hvorvidt det kun er utslag av en økt diagnostisering av disse tilstandene. Det at diagnoser utløser tilgang til offentlige tjenester, samt at det har blitt vanligere med offentlig forsørgelse av personer med store omsorgsbehov, kan samlet tenkes å ha drevet økt diagnostisering og økt innstrømning til uføretrygd i denne gruppen, uten at den underliggende sykdomsbyrden nødvendigvis har økt.

I perioden 2013-2017 har det vært et økende antall som uføretrygdes i 20-årene. Det har særlig vært en økning i antall som uføretrygdes i alderen 25-29 år med diagnoser innen angst- og depresjonslidelser eller atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, uten at de også har mer grunnleggende psykiske diagnoser som psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, schizofreni eller organiske psykiske lidelser. Veksten i unge uføre med disse diagnosene må sees i sammenheng med den økte diagnostiseringen av disse tilstandene i den unge befolkningen generelt i perioden 2006-2017.

De fleste som innvilges uføretrygd i ung alder med diagnoser innen angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser har hatt mange konsultasjoner i psykisk helsevern i årene forut for uføretrygd. Det er imidlertid også en del med disse diagnosene som nesten ikke har vært i psykisk helsevern de siste ti årene før uføretrygd. Det kan tenkes at dette er pasienter med andre ikke-psykiske sykdommer som har utløst behovet for uføretrygd. Økningen av unge som innvilges uføretrygd med diagnoser innen angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, og hvilken behandling disse har mottatt i helsetjenesten og NAV i forkant av uføretrygd, bør være et viktig tema for videre forskning.

3.1 Innledning

I aldersgruppen 18-29 år er andelen av befolkningen med innvilget uføretrygd doblet i perioden 2010 til 2019. Mens det i 2010 var 1,2 prosent uføretrygdede i denne aldersgruppen var den tilsvarende andelen 2,4 prosent i 2019 (NAV, 2020). Menn har lenge vært overrepresentert blant unge uføre (Bragstad 2018). I 2019 var det imidlertid så vidt flere kvinner enn menn blant de nye, unge uføre. De senere årene har det vært en overvekt av kvinner blant personer som innvilges uføretrygd i alderen 25-29 år. Se kapittel 4-1 for en nærmere beskrivelse av utviklingen i antall unge uføre.

Deler av veksten i antall uføre de siste årene kan forklares av endret regelverk (Bragstad, 2018). Muligheten til tidsbegrenset uførestønning, som mange unge hadde, ble fjernet i 2010 og erstattet av arbeidsavklaringspenger (AAP). Dette førte til et fall i antall nye unge på uføretrygd i de påfølgende årene, og en tilsvarende økning omkring 2014 da denne gruppen hadde gått ut sin fireårige AAP-periode. Veksten fra 2014 til 2019 i antall nye unge uføre må imidlertid i hovedsak tilskrives andre forhold. I løpet av disse fem årene har andelen uføretrygdede av befolkningen i alderen 18-29 år økt fra 1,5 prosent til 2,4 prosent. Dette er en vekst på 60 prosent.

Flertallet av unge uføretrygdede har en psykisk lidelse som årsak til uførheten. Ved utgangen av 2015, de sist oppdaterte tallene for uførediagnoser hos NAV, hadde 64 prosent av nye uføre i aldersgruppen 18-29 år psykisk lidelse som uførediagnose. Andelen med psykisk lidelse som uførediagnose var noe høyere blant unge menn (66 prosent) enn blant unge kvinner (61 prosent). Siden 90-tallet har det vært en sterk økning i psykiske lidelser som årsak til uførhet blant uføre i alderen 20-29 år (Brage & Thune, 2015). Av psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming utgjør veksten i hovedsak organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme ligger her), atferds og personlighetsforstyrrelser (inkludert ADHD), og for gruppen 25-29 også i stor grad depresjon og angst.

Rapporten Psykisk Helse i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018) har gjennomgått diagnoser og behandling av psykiske lidelser fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Man finner ikke holdepunkter for et økende omfang av psykiske lidelser i den voksne befolkningen, men man finner en økning av psykiske plager blant unge jenter. Dette sees både gjennom selvrapporing og i form av at de i økende grad oppsøker helsetjenesten for disse plagene.

Brage og Thune (2015) stiller spørsmål om hvorvidt endret praksis for diagnostisering av psykiske lidelser

kan ha bidratt til økningen i unge uføre i perioden 1977-2012. De viser til at det i denne perioden har kommet flere og mer spesialiserte diagnoser for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. For de med alvorlige kromosomfeil mener de at det ikke er grunn til å tro at dette gir økt sannsynlighet for uførhet, men det kan ha bidratt til at disse diagnostiseres og uføretrygdes tidligere (før 20 år). For gruppene med autisme eller Asperger syndrom og ADHD eller personlighetsforstyrrelser mener forfatterne derimot at bedret og hyppigere diagnostisering kan ha bidratt til at flere kvalifiserer for uføretrygd (Brage & Thune, 2015).

Berg og Thorbjørnsrud (2009) drøfter mulige årsaker til den økte innstrømmingen til uføretrygd i perioden 1996-2008. De har studert hvorvidt økt overlevelse av for-tidlig fødte fra og med starten av 1980-tallet kan ha bidratt til å forklare økningen i perioden, men konkluderer med at denne effekten kun kan forklare en svært liten andel av den samlede økningen. De peker i stedet på at økt diagnostisering ser ut til å ha bidratt til at flere uføretrygdes i ung alder. Økt diagnostisering er trolig drevet av medisinsk utvikling innen diagnostisering og behandling av flere sykdommer, økt fokus i helsetjenesten på tidlig diagnostisering i et behandlingsforløp, økt tilbud til behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, samt økt etterspørsel etter diagnostisering av barn og unge fra skolen fordi en diagnose utløser økte ressurser. I tillegg kan endret regelverk knyttet til ytelser og økte krav i arbeidslivet ha bidratt til å øke innstrømmingen til uføretrygd, men det er vanskelig å identifisere slike årsakssammenhenger.

I dette kapittelet studerer vi diagnoser og behandlinger i primær- og spesialisthelsetjenesten blant unge som er innvilget uføretrygd i årene 2007-2017, med hovedfokus på individer som er innvilget uføretrygd i slutten av perioden. Vi observerer helseutfall i årene 2006-2017, opptil elleve år forut for innvilgelse av uføretrygd.

3.2 Data og metode

Vi benytter koblede individdata fra SSB, NPR (Norsk pasientregister) og KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). For alle individer født i perioden 1978-1997 benytter vi data for konsultasjoner i helsevesenet i perioden 2006-2017.

3.2.1 Datakilder

Data fra SSB

Vi har fått utlevert SSB-data for alle individer født i perioden 1973-1997, for hvert år de er bosatt i Norge til og med 2017. Vi har benyttet følgende variabler: Fødselsår, kjønn, bostedskommune,

trygdeytelser, starttidspunkt for mottak av trygdeytelser, grunnskolepoeng og fullføring av videregående skole.

Nye uføre hvert år er definert ved nye mottakere av uføretrygd og nye mottakere av tidsbegrenset uførestønning, da individer som mottok tidsbegrenset uførestønning som regel har fått innvilget uføretrygd på et senere tidspunkt. Vi har ikke brukt opplysninger om gradering av uføretrygd i analysene. Definisjonen av nye mottakere av uføretrygd er tilsvarende som i kapittel 4 i denne rapporten.

Data fra KUHR

KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) inneholder data for alle konsultasjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten i perioden 2004-2018 der tjenesteyteren har refusjonsavtale med Helfo. Dette gjelder både aktører i primærhelsetjenesten, som fastleger, legevakt, fysioterapeuter m.m., men også privatpraktiserende legespesialister, herunder psykiatere og psykologer, med driftsavtale med det regionale helseforetak. I årene 2004-2005 er KUHR-registeret ikke fullstendig, og vi benytter derfor kun data fra perioden 2006-2018.

KUHR-databasen inneholder ikke data om psykisk helsehjelp som ytes i skolehelsetjenesten og av visse kommunalt ansatte sykepleiere eller psykologer. Disse tjenesteytere kan henvise til spesialisthelsetjenesten direkte. KUHR-data vil altså ikke fange opp alle kontakter med primærhelsetjenesten. Alle pasientkontakter med fastlege må antas å være registrert i KUHR fordi registeret danner basis for en viktig inntektskilde for legene. I analysen av diagnoser satt i primærhelsetjenesten har vi valgt å kun benytte konsultasjoner hos fastleger.

Det benyttes ulike diagnosekoder i KUHR-databasen i den perioden vi undersøker ICPC1, ICPC2, ICD9 og ICD10. For å kunne analysere data samlet har vi «oversatt» alle ICD9 og ICD10-koder til ICPC2-koder ved bruk av et oversettelsesverktøy fra Direktoratet for e-helse. ICPC1-koder er antatt å være de samme som ICPC2-koder. Diagnoser er deretter analysert som ICPC2-koder. Enkelte konsultasjoner i KUHR er også registrert med BUP aksesystem. Disse har vi ikke inkludert i analysen av diagnoser fra fastleger.

Data fra NPR

NPR (Norsk Pasientregister) inneholder data for alle konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, inkludert private avtalespesialister, fra og med 2008. Data inkluderer konsultasjoner ved somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne, private rehabiliteringsinstitusjoner, rusbehandling, avtalespesialister innen somatikk og avtalespesialister innen psykiatrisk helsevern. Konsultasjoner ved somatiske sykehus, psykisk

helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne utgjør hoveddelen av datamaterialet.

I NPR-data er diagnoser definert ved ICD10-systemet. I både KUHR og NPR er det enkelte feilregistreringer av diagnoser (ikke-gjeldende koder). Disse er utelatt i sin helhet. Dette gjelder imidlertid en svært liten andel.

3.2.2 Metode

Vi har beregnet omfanget av diagnoser som andelen av befolkningen som har minst én diagnose i et gitt kalenderår. Alder ved et gitt kalenderår er definert som alderen som oppnås i løpet av kalenderåret. Alder ved uførhet er beregnet som alderen som oppnås i løpet av kalenderåret uføretrygd innvilges.

Andel med gitte diagnoser i et enkeltår er beregnet som andel av befolkningen som har blitt registrert med den gjeldende diagnosen samme år. Diagnoser telles kun i det samme året som de ble registrert i en konsultasjon i helsetjenesten. En person som for eksempel har blitt registrert med en diagnose som 12-åring, vil ikke inkluderes i andelen som har fått diagnose som 14-åring dersom diagnosen ikke også er registrert i minst én konsultasjon i løpet av kalenderåret personen fylte 14 år. Det innebærer at den faktiske forekomsten (basert på diagnosesetting) av enkelte psykiske lidelser i befolkningen vil være høyere enn det våre beregninger av diagnoseomfang tilsier. Dette gjelder særlig diagnoser som vanligvis er livslange (for eksempel psykisk utviklingshemming og autisme). De fleste psykiske sykdommer er imidlertid forbigående, og man kan derfor ikke anta at en diagnose som stilles i ett år nødvendigvis gjelder i de påfølgende årene.

Befolkningen i et gitt kalenderår inkluderer alle som er bosatte i en norsk kommune i løpet av året.

Vi benytter diagnoseinndelingen som definert i Brage og Thune (2015), ut fra de vanligste diagnoser som forårsaker uførhet blant unge. Denne inndelingen skiller overordnede diagnosegrupper inn i fire grupper, som definert i Tabell 3-1, og undergrupper av psykiske diagnoser (som definert i Tabell 3-2). Brage og Thune (2015) har definert diagnoseklassene ved diagnosekoder i ICD10-systemet (som benyttes i spesialisthelsetjenesten). For å definere diagnosegrupper i KUHR-data har vi oversatt ICD10-kodene i hver av diagnosekategoriene til ICPC2-koder ved hjelp av en diagnosetransformator fra Direktoratet for e-helse. ICPC2 er gjennomgående mindre detaljert enn ICD10. I ICPC2 er det enkelte «sekkeposter» av diagnoser som kan innebære diagnoser innenfor flere av undergruppene i ICD10. Dette gjelder for eksempel P99, psykiske lidelse ikke spesifisert annet sted, som ofte benyttes av fastleger, men som kan innebære et nokså bredt spekter av ulike diagnoser i ICD10. Disse diagnosene har vi sortert til

undergruppen som vi mener er mest dekkende, etter beste skjønn. Tabell 3-2 gir en oversikt over hvordan hver av undergruppene er definert i henholdsvis ICD10 og ICPC2.

Tabell 3-1 Definisjon av overordnede diagnosegrupper benyttet i kapittelet

	ICD10	ICPC2
Diagnoser innen muskel- og skjelettsystemet	Alle M-diagnoser	Alle L-diagnoser
Diagnoser innen nervesystemet	Alle G-diagnoser	Alle N-diagnoser
Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	F70-F79, Q00-Q99	P85, A90
Psykiske diagnoser ekskl. psykisk utviklingshemming	Alle F-diagnoser, ekskl. F70-F79	Alle P-diagnoser, ekskl. P85

Tabell 3-2 Definisjon av underordnede psykiske diagnosegrupper benyttet i kapittelet

	ICD10	ICPC2
Organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme)	F00-F09, F20-F29, F84	P70, P71, P72, P99
Atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser (inkl. ADHD og spiseforstyrrelser, ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser)	F50-F69, F80-F83, F88-F98	P04, P06-P13, P20, P22-P24, P28, P29, P77, P80, P81, P86, P98
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	F30-F48	P01, P02, P03, P05, P25, P73-P76, P78, P79, P82
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk	F10-F19	P15-P19

²⁷ Fordi vi ikke har data for kullene født etter 1997 må vi ta utgangspunkt i kullene født i 1996 og 1997 som de siste kullene som ble uføre ved 18-19 år. Disse ble uføre i 2015.

Datastruktur

Vi har data fra NPR og KUHR fra perioden 2008-2018. Siste tilgjengelige data for uførhet er i 2017 (SSB-data). Dette begrenser muligheten til å sammenligne helseutfall for de uføre langt bakover i tid.

Vi gjør to typer analyser der vi følger ulike grupper av uføre. I kapittel 3.3 og 3.4 ser vi på helsehistorikken forut for uførhet hos personer som har blitt uføre som unge de seneste årene. Vi ser da på personer som ble uføre i alderen 18-19 år i 2015²⁷ (fødselskullene 1996-1997), personer som ble uføre i alderen 20-24 år i 2017 (fødselskullene 1993-1997) og personer som ble uføre i alderen 25-29 år i 2017 (fødselskullene 1988-1992). De uføre i 2015 kan følges i data fra primærhelsetjenesten i 10 år forut for uførhet, inkludert året for innvilgelse av uføretrygd (8 år i data fra spesialisthelsetjenesten). De uføre i 2017 kan følges i data fra primærhelsetjenesten i 12 år forut for uførhet, inkludert året for innvilgelse av uføretrygd (10 år i data fra spesialisthelsetjenesten).

I kapittel 3.5 studerer vi diagnoseutvikling blant unge uføre over tid. Da sammenligner vi personer som har blitt uføre ved en gitt alder i ulike år. Vi undersøker personer som fikk innvilget uføretrygd i tidsrommet 2007-2017.

For personer som ble uføre i 20-årene har vi data for uføretidspunkt til og med 2017.

3.3 Diagnoseutvikling frem til uførhet blant nye uføre

I dette kapittelet ser vi på diagnoseutviklingen forut for uføretidspunktet blant personer som ble uføre i alderen 18-29 år. Vi ser på følgende tre grupper; personer som ble uføre ved alder 18-19 år, 20-24 år og 25-29 år. For personer som ble uføre (dvs. fikk innvilget uførepensjon) ved alder 18-19 år ser vi på kullene som er født i 1996 og 1997, som er de yngste kullene vi har data på. For denne gruppen ser vi på alle i disse kohortene som ble uføre i 2015, som er det siste året vi har uførediagnose på. Det utgjør 730 personer. For personer som ble uføre i alderen 20-24 år og 25-29 år ser vi på nye uføre i 2017, som er det siste året vi har uføredata for disse. Det er 1 005 personer i gruppen 20-24 år og 1 418 personer i gruppen 25-29 år.

Tabell 3-3 viser antall nye uføre per aldersgruppe som er inkludert i analysen etter kjønn. Det er en overvekt av menn blant dem som innvilges uføretrygd før fylte 25 år, mens det er overvekt av kvinner i alderen 25-29 år.

Tabell 3-3 Antall nye uføre som er inkludert i analysen etter alder ved uførhet og kjønn

	Ufør i 2015, 18-19 år	Ufør i 2017, 20-24 år	Ufør i 2017, 25-29 år
Begge kjønn	730	1 005	1 418
Kvinner	288	435	759
Menn	442	570	659

Kilde: Data på utlån fra SSB

3.3.1 Alle diagnoser forut for uføretrygd

Vi ser her på hvilke diagnoser de unge uføre har hatt samlet for alle årene forut for innvilgelse av uføretrygd. For personer som ble uføre i 2015 ser vi på diagnoser over 8 år, inkludert året for innvilgelse av uføretrygd. For personer som ble uføre i 2017 ser vi på diagnoser over 10 år, inkludert året for innvilgelse av uføretrygd. Vi ser på alle som er bosatt i Norge i året når uføretrygd ble innvilget, uavhengig av om de har vært bosatt i de enkelte år forut for året de ble innvilget uføretrygd.

Vi har kategorisert alle nye uføre etter en variabel vi kaller *grunnleggende psykisk diagnose*. Denne er hierarkisk ordnet (se tekstboks).

Definisjon av *grunnleggende psykisk diagnose*

Nye uføre er kategorisert etter antatt grunnleggende psykisk diagnose, basert på diagnoser fra spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd (inkl. uføreåret). Grunnleggende psykisk diagnose er definert etter følgende hierarki (et lavt tall trumfer et høyt tall dersom en person har diagnoser i flere grupper):

1. Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik
2. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme)
3. Schizofreni eller organiske psykiske lidelser
4. Rusrelaterte psykiske lidelser
5. Angst- eller depresjonslidelser, i kombinasjon med atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser (ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser)
6. Atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser (ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser)
7. Angst- eller depresjonsdiagnoser
8. Ingen psykisk diagnose

Vi antar for eksempel at schizofreni kan gi angst, men at angst ikke gir schizofreni. Schizofreni er derfor en mer grunnleggende tilstand. Hver enkelt ufør blir tilordnet én grunnleggende diagnose som er definert som den mest «grunnleggende» diagnosen personen har hatt i årene før uføretrygd. Dersom en person har hatt diagnoser på flere nivåer er det den mest grunnleggende som blir brukt. Hensikten med diagnosehierarkiet er for eksempel å kunne tallfeste andelen av nye uføre med diagnoser i kategoriene angst og depresjon eller atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser, uten å ha andre mer grunnleggende diagnoser som kan ha utløst disse lidelsene. Hva som er den faktiske grunnleggende diagnose hos den enkelte pasient kan vi selvsagt ikke vite alene ved bruk av registerdata, og antall pasienter i de ulike diagnosekategoriene vil være avhengig av den valgte rekkefølgen i diagnosehierarkiet. Vi har heller ikke hensyntatt andre diagnoser utenom psykiske diagnoser. Selv om en person for eksempel har angst eller depresjon som grunnleggende psykiske diagnose kan det være andre somatiske diagnoser som har vært utløsende årsak til uføretrygd.

Figur 3-4 viser hvordan de nye uføre fordeler seg etter den mest grunnleggende diagnosen som er registrert i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd. Rundt 85 prosent av nye uføre har hatt

minst én psykisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd innvilges. Dette inkluderer trolig også en del personer som har andre diagnoser utenom psykiske diagnoser som utløsende årsak til uføretrygd. Til sammenligning viser NAVs statistikk (Lindbol & Ellingsen, 2018) at 63 prosent av uføretrygdde i alderen 18-29 år i 2015 har en psykisk diagnose som hoveddiagnose (antatt utløsende årsak til uføretrygd). Andelen med psykisk hoveddiagnose blant uføretrygdde har imidlertid økt de siste årene, og det er derfor grunn til å tro at andelen blant nye uføretrygdde de siste årene med psykisk diagnose som hoveddiagnose er høyere enn 63 prosent.

Figur 3-1 og Figur 3-2 viser andel av nye uføre etter alle diagnosekategorier hvor alle diagnoser fra fastlege og spesialisthelsetjenesten fra 2008 til året for innvilgelse av uføretrygd er inkludert. I disse figurene vises alle diagnosekategorier en person har hatt i løpet av perioden, slik at en person kan inkluderes i flere kategorier. Andelen summerer seg derfor ikke til 1.

Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik

Blant de som uføretrygdes ved 18-19-årsalder har nesten 70 prosent fått en diagnose innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik de siste seks årene før innvilgelse av uføretrygd. 82 prosent av kvinner og 75 prosent av menn har fått en slik diagnose enten hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd (andelen som har fått disse diagnosene hos spesialisthelsetjenesten i samme periode er noe lavere, trolig fordi diagnoser hos fastlege reflekterer diagnoser som er stilt i spesialisthelsetjenesten på et tidligere tidspunkt). Til sammenligning viser NAVs statistikk for uførediagnoser at blant uføretrygdde i alderen 18-19 år har kun 64 prosent av kvinner og 43 prosent av menn registrert psykisk utviklingshemming, medfødt misdannelse eller kromosomavvik som hovedårsak til uførhet (Lindbol & Ellingsen, 2018)²⁸. Forskjellene indikerer at en del av de som uføretrygdes som 18-19-åringer har diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik, selv om de registreres med andre utløsende årsaker til uføretrygden.

Disse diagnosene avtar med alder ved innvilgelse av uføretrygd. Blant uføre ved 20-24 år har 27 prosent hatt en diagnose innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik fra spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før

uførepensjonering, mens andelen blant uføre ved 25-29 år er enda lavere (13 prosent).

Andre diagnoser utenom psykiske lidelser

Mange har fått diagnoser relatert til muskel- og skjelettsystemet eller nervesystemet i tillegg til psykiske diagnoser. Vi vet da ikke om det er slike sykdommer eller tilstander som kan ha forårsaket de psykiske lidelsene, eller om det er de psykiske lidelsene som har gitt sekundære tilstander. Blant uføre ved 18-19 år har omtrent halvparten hatt en diagnose innen muskel- og skjelettsystemet og omtrent en like stor andel har hatt en diagnose innen nervesystemet. Andelen med diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsystemet stiger med alder ved uførhet og er høyere for kvinner enn menn i alle uføregupper. Blant uføre i 20-årene har et stort flertall hatt slike diagnoser.

Psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming

De i gruppen uføre ved 18-19 år som har en psykisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten uten å ha blitt diagnostisert med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik, har oftest gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme). Til sammen er 80 prosent av uføre ved 18-19 år blitt diagnostisert i spesialisthelsetjenesten med enten psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i løpet av de siste seks årene forut for innvilgelse av uføretrygd (se Tabell 3-4).

Mange i gruppen uføre i 18-19-årsalder har også hatt atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser (ADHD er i denne gruppen) i tillegg til andre psykiske diagnoser (Figur 3-2).

Dess høyere alder ved uførhet, jo høyere er andelen med psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming. Ved uførhet i 20-årene har over 90 prosent hatt en psykisk diagnose utenom psykisk utviklingshemming.

Blant personer som innvilges uføretrygd i alderen 20-24 år har omtrent halvparten enten psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik (27 prosent) eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (20 prosent), som diagnostisert i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd. 22 prosent har ulike kombinasjoner av angst, depresjonslidelser, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser uten å ha hatt mer grunnleggende psykiske diagnoser (se Tabell 3-4).

Blant personer som innvilges uføretrygd i alderen 25-29 år har 21 prosent fått diagnoser innen psykisk

diagnosesammensetningen skulle være annerledes enn blant nye uføre i samme aldersgruppe samme år.

²⁸ Gruppen som inngår i disse tallene fra NAV er alle eksisterende mottakere av uføretrygd i alderen 18-19 år i desember 2015, men det skulle ikke tilsi at

utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd. 37 prosent av uføre ved alderen 25-29 år har blitt diagnostisert i

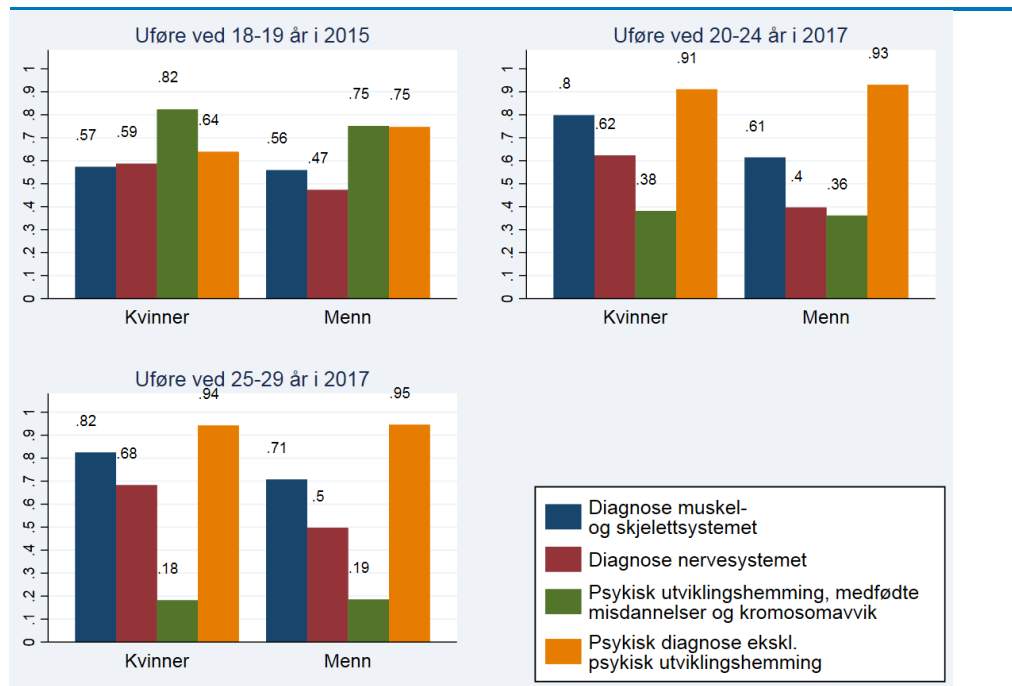
spesialisthelsetjenesten med ulike kombinasjoner av angst, depresjonslidelser, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser de siste ti årene før uføretrygd, uten å ha fått mer grunnleggende psykiske diagnoser i samme periode.

Tabell 3-4 Prosentvis fordeling av nye uføre etter antatt grunnleggende psykisk diagnose (hierarki av diagnosegrupper hvor hver person telles kun i én diagnosekategori), etter alder ved uførhet og kjønn.

	Uføre, 18-19 år i 2015	Uføre, 20-24 år i 2017	Uføre, 25-29 år i 2017
Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik	68 %	27 %	13 %
Kvinner	74 %	31 %	12 %
Menn	63 %	25 %	13 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, ekskl. de over	12 %	20 %	8 %
Kvinner	7 %	15 %	6 %
Menn	16 %	24 %	10 %
Schizofreni eller organiske lidelser, ekskl. de over	2 %	8 %	12 %
Kvinner	-	7 %	7 %
Menn	-	9 %	18 %
Rusrelaterte psykiske lidelser, ekskl. de over	-	5 %	14 %
Kvinner	-	4 %	12 %
Menn	-	5 %	17 %
Kombinasjon av angst eller affektive lidelser og atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, ekskl. de over	1 %	10 %	17 %
Kvinner	-	14 %	21 %
Menn	-	7 %	11 %
Atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, ekskl. de over	2 %	8 %	6 %
Kvinner	-	6 %	5 %
Menn	-	9 %	6 %
Angst eller affektive lidelser, ekskl. de over	1 %	6 %	14 %
Kvinner	-	8 %	18 %
Menn	-	4 %	9 %
Ingen psykisk diagnose, medfødte misdannelser eller kromosomavvik	14 %	16 %	17 %
Kvinner	13 %	14 %	19 %
Menn	14 %	18 %	15 %

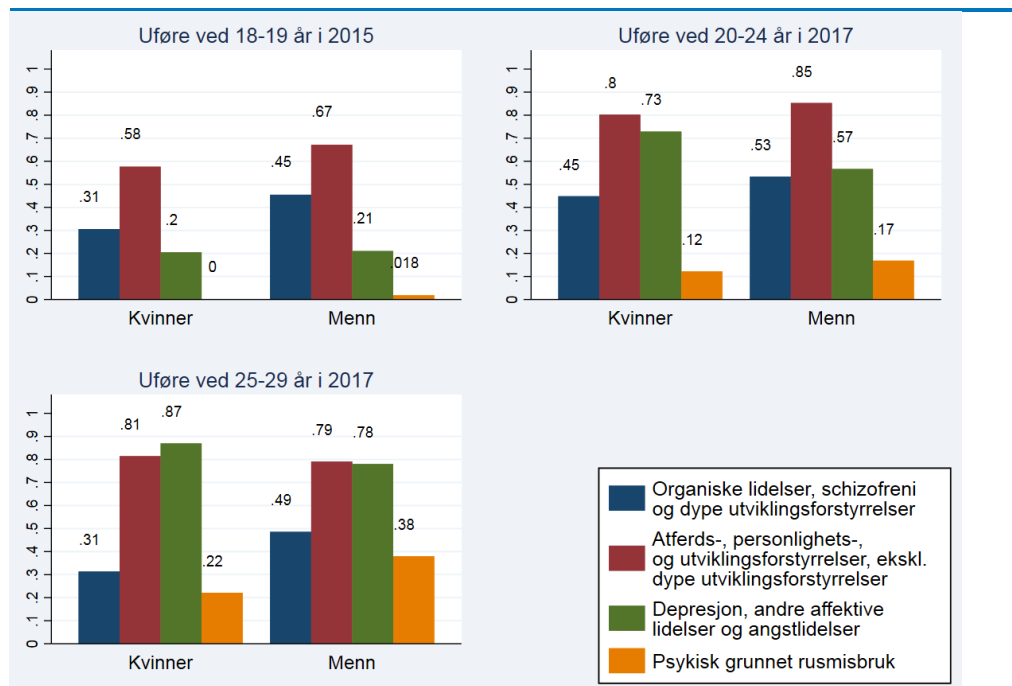
Diagnoser som satt i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før innvilgelse av uføretrygd. Celler basert på 5 eller færre enkeltpersoner er satt til -. Kilde: Data på utlån fra NPR og SSB.

Figur 3-1 Andel av ny uføre med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper. Diagnoser som registrert hos fastlege eller spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2008 og til året uføretrygd innvilges. Én person kan telle i flere diagnosegrupper. Andeler etter kjønn og alder ved innvilget uføretrygd.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

Figur 3-2 Andel av ny uføre med minst én diagnose fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i utvalgte undergrupper av psykiske diagnoser i løpet av perioden fra 2008 og til året uføretrygd innvilges. Andeler etter kjønn og alder ved innvilget uføretrygd.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Barer basert på 5 eller færre enkeltpersoner er satt til 0.

3.3.2 Årlig utvikling i diagnoser forut for uførhet

I dette delkapittelet studerer vi den årlige utviklingen i diagnoser i tiden forut for uførhet for nye uføre i 2015 og 2017. Vi presenterer andel med gitte diagnoser ved enhver alder, hvor andelen er beregnet som andel av gruppen som ved en gitt alder var bosatt i Norge med den gitte diagnosen. De aller fleste i gruppen har vært bosatte i Norge i alle årene vi ser på, men andelen bosatte reduseres noe desto flere år bakover i tid vi går.

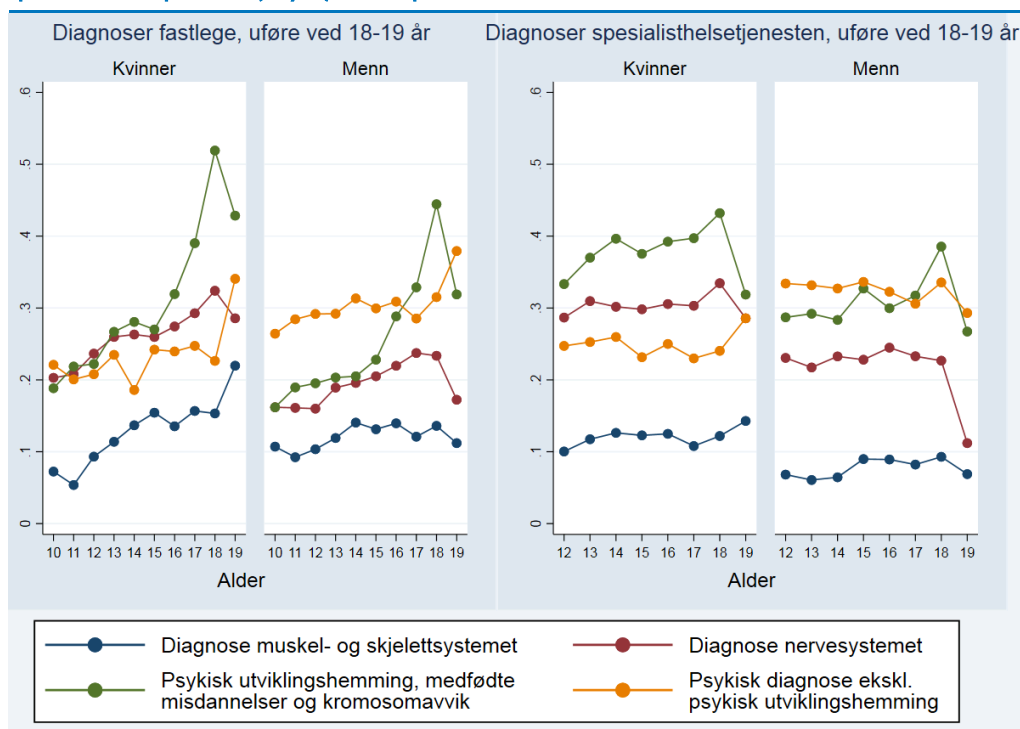
Uføre ved 18-19-årsalder

Vi ser her på diagnoseutviklingen blant nye uføre i 2015 i alderen 18-19 år. Analysene er basert på personer født i 1996 og 1997. I de to kullene ble 730 personer uføre ved 18-19-årsalder i 2015, hvorav 288 var kvinner og 442 var menn (Tabell 3-3). Vi følger diagnoseutviklingen i disse ti årene forut for uføretidspunktet for de av denne gruppen som var bosatt i Norge hvert enkelt år.

Figur 3-3 og Figur 3-4 viser andel av nye uføre i alderen 18-19 år i 2015 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges, etter alder. Figurene presenterer diagnoser hos fastleger til venstre og diagnoser i spesialisthelsetjenesten til høyre.

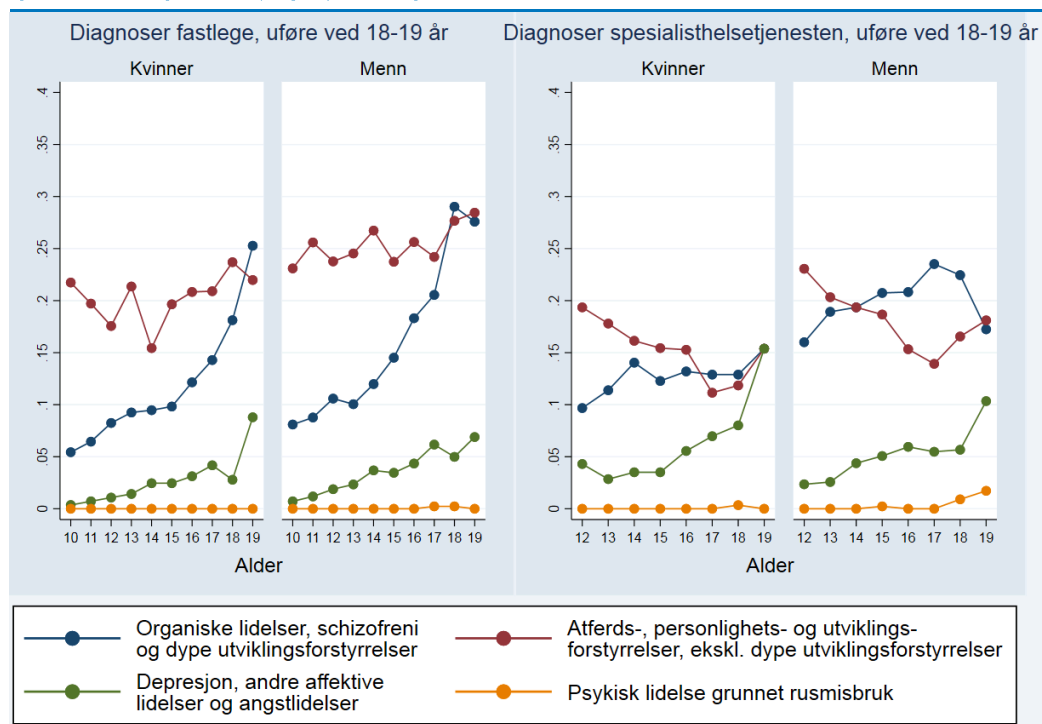
Gruppen som innvilges uføretrygd ved 18-19 år skiller seg fra andre unge uføre ved at en høy andel har psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik, og at de har hatt en hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten fra barnealder. Gruppen har også et høyt omfang av diagnoser for atferds-, personlighets-, og utviklingsforstyrrelser fra barnealder. Gitt at vi tidligere har sett at 84 prosent av denne gruppen har diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme), så er det grunn til å tro at dette først og fremst er følgediagnoser av disse mer grunnleggende tilstandene.

Figur 3-3 Andel av nye uføre i alderen 18-19 år i 2015 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnose hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføredret.

Figur 3-4 Andel av nye uføre i alderen 18-19 år i 2015 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnoser hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføret.

Uføre ved 20-24-årsalder

Vi ser her på årlig diagnoseutvikling blant personer som ble uføre i alderen 20-24 år i 2017. Disse er født i perioden 1993-1997 og består av 435 kvinner og 570 menn (Tabell 3-3).

Figur 3-5 og Figur 3-6 viser andel av nye uføre i alderen 18-19 år i 2015 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges etter alder. Figurene presenterer diagnoser hos fastleger til venstre og diagnoser i spesialisthelsetjenesten til høyre.

Allerede tidlig i tenårene ser vi en sterk økning i omfanget av psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming i denne gruppen, både blant kvinner og menn. Ved 20-årsalder, når denne gruppen nærmer seg uførhet, har omtrent 65 prosent fått en psykisk lidelse utenom psykisk utviklingshemming, som registrert hos fastlege samme år.

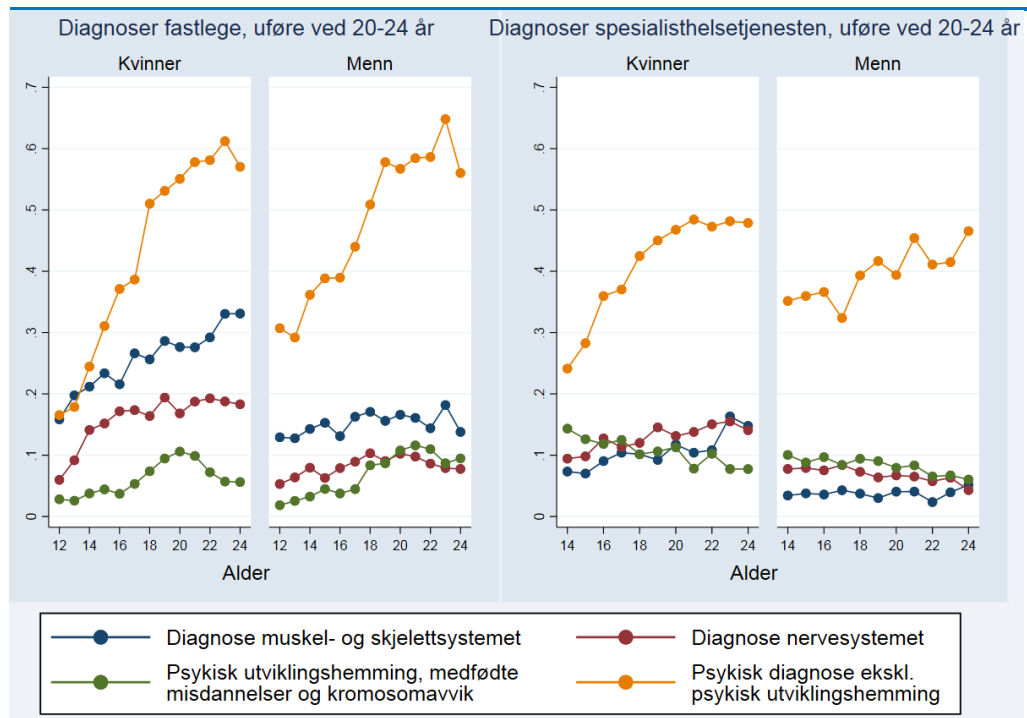
I starten av tenårene er atferds-, personlighets-, og utviklingsforstyrrelser (inkludert ADHD) den vanligste undergruppen av psykiske lidelser i ung alder for begge kjønn. Fra og med 17-årsalder er diagnoser for angst, depresjon og andre affektive lidelser den vanligste undergruppen av psykiske diagnoser i

spesialisthelsetjenesten blant kvinner. Også blant menn er det en vekst gjennom tenårene i diagnoser for angst, depresjon og andre affektive lidelser, men veksten er ikke like sterk som for kvinner.

Disse trendene tyder på en kjønnsforskjell i behandlingen av angst, depresjon og affektive lidelser i spesialisthelsetjenesten. Mens andelen i spesialisthelsetjenesten blant kvinner med disse diagnosene ligger ganske tett opp til andelen med slike diagnoser hos fastlegen, ser andelen av menn med disse diagnosene som behandles i spesialisthelsetjenesten ut til å være noe lavere. Det kan være fordi det er ulike diagnoser, ulik sammensetning av diagnoser eller ulik alvorlighet. Generelt har menn oftere hatt konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten med psykiske diagnoser i barnealder og tidlige tenår, mens kvinner oftere har vært i spesialisthelsetjenesten med psykiske diagnoser fra og med slutten av tenårene og utover i 20-årene.

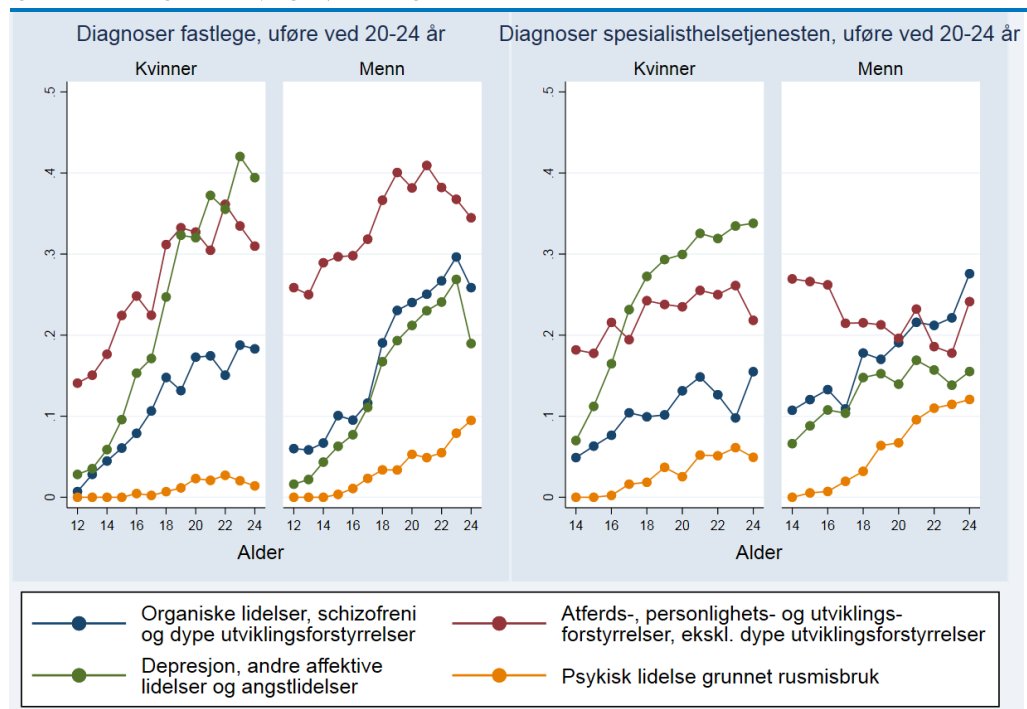
Fra slutten av tenårene er det en økende andel som får diagnoser for organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme), samt psykiske lidelser grunnet rusmisbruk. Disse diagnosene er mer vanlig blant menn enn kvinner.

Figur 3-5 Andel av nye uføre i alderen 20-24 år i 2017 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnoser hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføreåret.

Figur 3-6 Andel av nye uføre i alderen 20-24 år i 2017 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnoser hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføreåret.

Uføre ved 25-29-årsalder

Vi ser her på diagnoseutviklingen blant personer som ble uføre i alderen 25-29 år i 2017. Disse er født i perioden 1988-1992 og består av 759 kvinner og 659 menn (Tabell 3-3).

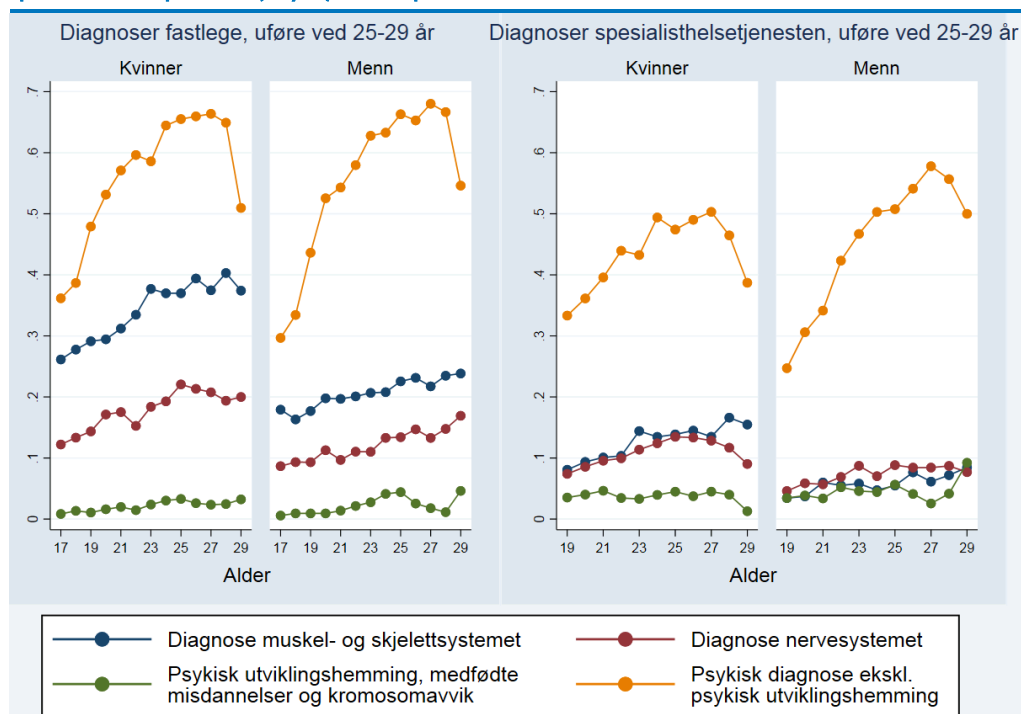
Figur 3-7 og Figur 3-8 viser andel av nye uføre i alderen 18-19 år i 2015 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges, etter alder. Figurene presenterer diagnoser hos fastleger til venstre og diagnoser i spesialisthelsetjenesten til høyre.

Denne gruppen har på samme måte som uføre ved 20-24 år en sterk økning i psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming som starter 5-9 år forut for året når uføretrygd ble innvilget. Utviklingen av psykiske diagnoser før uføreåret er relativt lik for de to gruppene, hvor de som innvilges uføretrygd i slutten av 20-årene opplever en lignende økning bare noen år senere i livet. Det ser imidlertid ut til å være mindre forskjell mellom kjønnene i denne gruppen når det gjelder tilgangen til spesialisthelsetjenesten. Både kvinner og menn har en sterk økning i psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten gjennom 20-årene.

Til forskjell fra uføre ved alderen 20-24 år har de uføre ved alderen 25-29 år noe sjeldnere diagnoser for atferds- og personlighetsforstyrrelser og noe oftere diagnoser for angst, depresjon og andre affektive lidelser i ung voksen alder, når vi ser på diagnoser fra spesialisthelsetjenesten. Selv om omfanget av diagnoser for atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser stiger noe utover 20-årene for begge kjønn i denne gruppen er den lavere ved enhver alder enn for gruppen som ble uføre i starten av 20-årene.

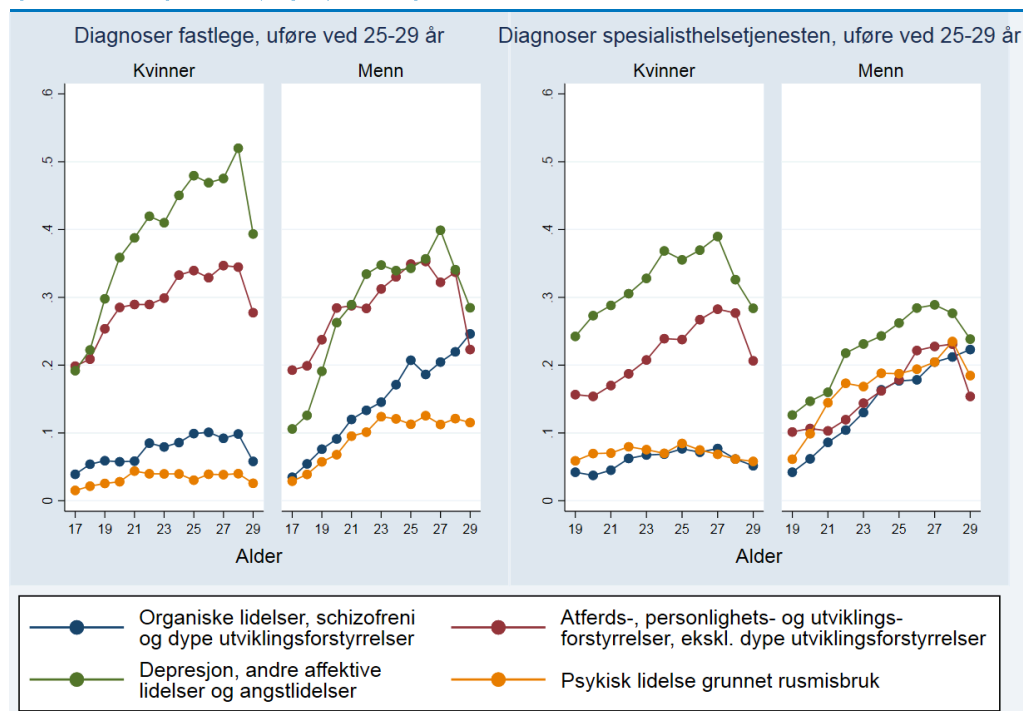
Blant menn som uføretrygdes i slutten av 20-årene har det vært en økende andel med diagnoser for organiske psykiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme) fra slutten av tenårene og gjennom 20-årene, men omfanget av disse diagnosene er lavere enn for menn som ble uføre ved alderen 20-24 år. Derimot er det flere menn i denne gruppen med diagnoser for psykiske lidelser grunnet rusmisbruk.

Figur 3-7 Andel av nye uføre i alderen 25-29 år i 2017 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnose hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføreåret.

Figur 3-8 Andel av nye uføre i alderen 25-29 år i 2017 med minst én diagnose i utvalgte diagnosegrupper i et gitt kalenderår før uføretrygd innvilges. Minst én diagnose hos fastlege (venstre) og minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten (høyre). Etter kjønn.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB. Vi har data fra fastlegjetjenesten f.o.m. 2006 og fra spesialisthelsetjenesten f.o.m. 2008. Dette forklarer at tidsserien for spesialisthelsetjenesten er kortere. Figurene inkluderer ikke diagnoser fra årene etter uføretidspunktet.

3.4 Konsultasjoner i helsetjenesten forut for uføretidspunktet

Moderate til alvorlige psykiske lidelser kan kvalifisere til konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, mens milde psykiske lidelser i utgangspunktet skal ivaretas av primærhelsetjenesten. I dette kapittelet ser vi på hvilke aktører i helsetjenester de unge uføre har vært hos i årene forut for uførhet, for å undersøke i hvilken alder helseproblemene har startet og hvilken oppfølging de unge har fått fra helsetjenesten underveis. Vi ser på personer som ble ufør ved henholdsvis alderen 18-19 år (ufør i 2015), 20-24 år (ufør i 2017) og 25-29 år (ufør i 2017).

Figur 3-9 viser andel som har hatt minst én konsultasjon hos ulike aktører i helsetjenesten ved et gitt kalenderår, i årene forut for uførhet, etter alder ved uførhet.

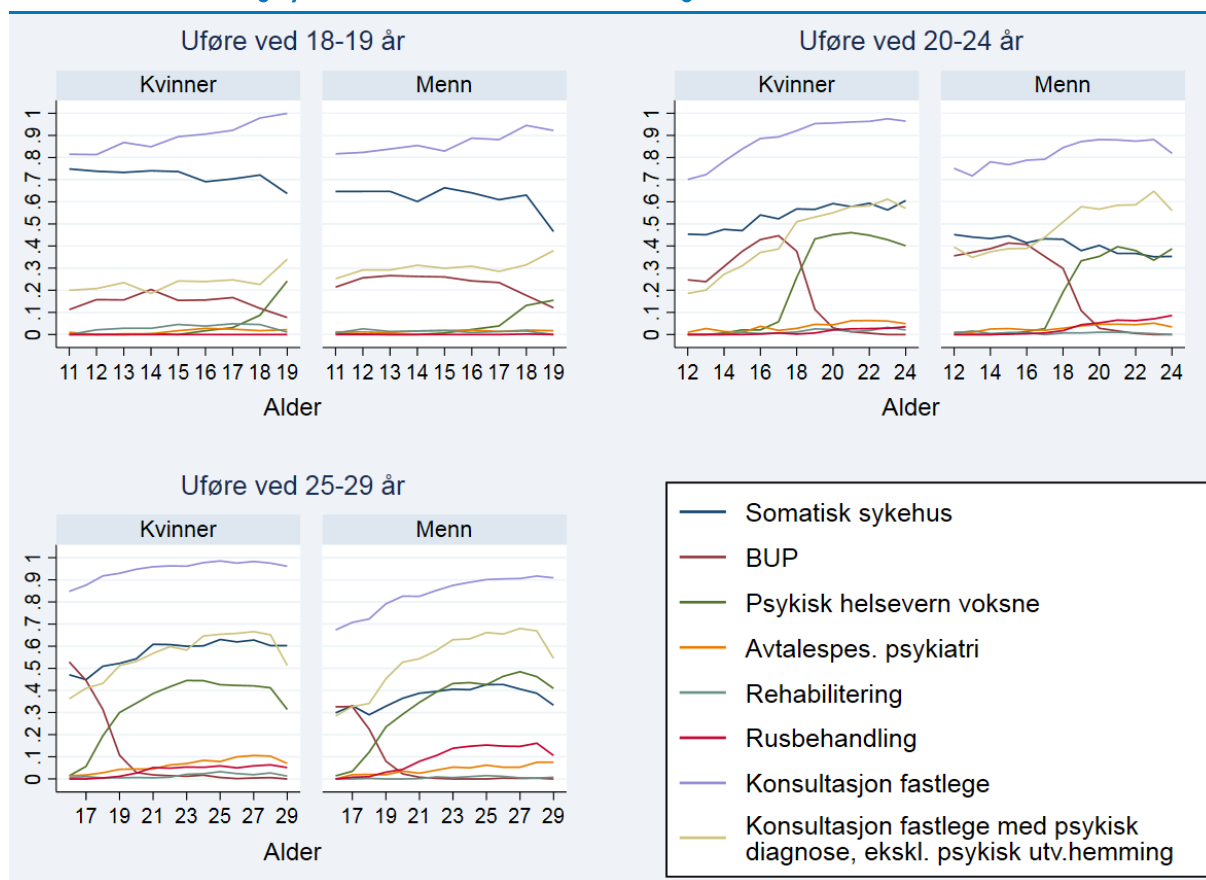
Blant personer som innvilges uføretrygd ved 18-19 år har vi tidligere sett at majoriteten i denne gruppen er diagnostisert med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik fra spesialisthelsetjenesten. Dette er diagnoser som medfører en del tilleggspromblematikk, både knyttet til somatisk og psykisk helse. Blant uføre ved 18-19 år har en høy andel vært i konsultasjoner i somatiske

sykehus fra 11-årsalderen, mens det er færre som har vært i psykisk helsevern. Bare i året de fyller 11 år har omtrent 70 prosent vært i konsultasjon ved somatiske sykehus. 95 prosent av gruppen har vært i konsultasjon ved somatiske sykehus i løpet av de siste åtte årene før uførhet, mens kun 45 prosent har vært hos psykisk helsevern.

Personer som innvilges uføretrygd ved alderen 20-29 år har i mindre grad vært i somatiske sykehus, men i større grad vært i psykisk helsevern. De aller fleste har imidlertid vært i somatiske sykehus de siste ti årene forut for uførhet (94 prosent), og 80 prosent har vært i psykisk helsevern i perioden. Konsultasjoner hos fastlege øker gjennom tenårene og tidlig i 20-årene for begge kjønn, og særlig øker konsultasjoner hos fastlege med psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming. I de siste årene forut for uførhet har omtrent 2/3 av de som årlig er hos fastlegen fått en psykisk diagnose utenom psykisk utviklingshemming.

Kjønnforskjellene i kontakt med helsetjenesten ser ut til å øke med alder ved uførhet. I alle aldersgrupper har kvinner i større grad vært både hos fastlege og somatiske sykehus enn menn. For personer som innvilges uføretrygd i 20-årene har kvinner i større grad vært i psykisk helsevern, fra og med slutten av tenårene. For personer som innvilges uføretrygd ved alderen 18-19 år har menn i noe større grad enn kvinner vært i psykisk helsevern gjennom tenårene.

Figur 3-9 Andel som har hatt minst én konsultasjon hos aktører i helsetjenesten i årene forut for uførhet. Nye uføre ved 18-19 år i 2015 og nye uføre ved henholdsvis 20-24 år og 25-29 år i 2017.



Kilde: Data på utlån fra KUHR, NPR og SSB.

For å se nærmere på omfang av behandling for psykiske lidelser de unge uføre med psykiske diagnoser har fått i forkant av uføretidspunktet har vi talt opp det samlede antall konsultasjoner hver enkelt har fått i psykisk helsevern i perioden 2008-2017. Konsultasjon er her definert ved en egen kontakt i NPR-data, enten i psykisk helsevern for barn og unge eller psykisk helsevern for voksne. Flere kontakter registrert på samme dato er antatt å utgjøre samme konsultasjon. Vi har ikke skilt mellom konsultasjoner i poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling (hver kontakt er talt som én konsultasjon), men det er i hovedsak polikliniske konsultasjoner.

Figur 3-10 viser fordelingen av nye unge uføre i 2017, etter samlet antall konsultasjoner i psykisk helsevern i tiårsperioden forut for uføretrygd. Vi presenterer egne figurer for hver av de syv kategoriene for antatt grunnleggende psykiske diagnose (som definert i kapittel 3.3.1), for å kunne se på omfang av behandling etter antatt diagnosekategori.

De aller fleste som blir uføre i 20-årene og har eller har hatt schizofreni, organiske lidelser eller rusrelaterte psykiske lidelser har også hatt et høyt antall konsultasjoner i psykisk helsevern eller

rusbehandling. Figuren viser kun konsultasjoner i psykisk helsevern, men når vi ser på konsultasjoner i tverrfaglig rusbehandling ser vi at unge uføre med disse diagnosene i stor grad har vært i rusbehandling. Mange som har schizofreni eller organiske psykiske lidelser som antatt grunnleggende psykiske diagnose har hatt mange konsultasjoner i rusbehandling, noe som tyder på at sykdommen for mange av disse har sammenheng med rus.

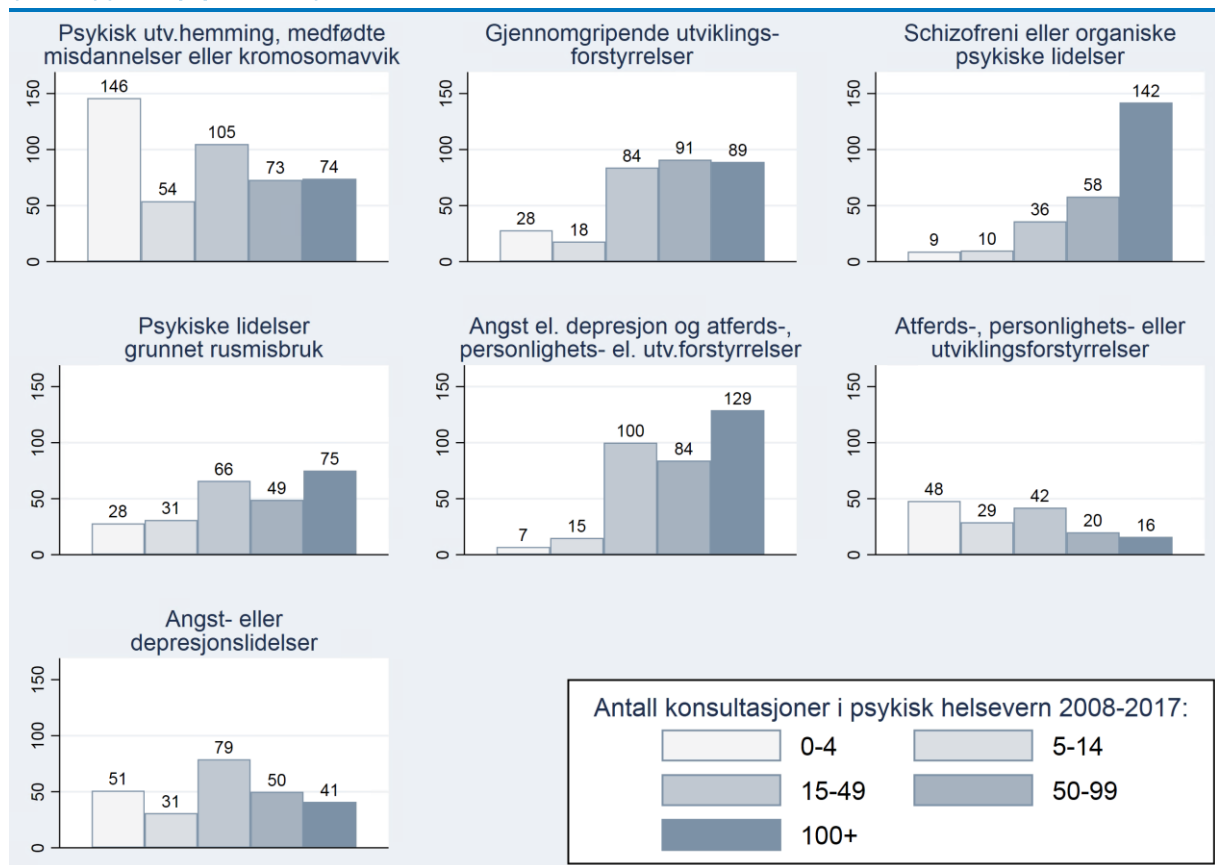
Også blant unge uføre som har hatt diagnoser innen angst eller depresjon, i kombinasjon med atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, uten å ha hatt andre mer grunnleggende psykiske diagnoser, så har de aller fleste hatt et høyt antall konsultasjoner i psykisk helsevern. Denne pasientgruppen ser altså ut til å ha mottatt ett stort omfang av behandling for sine psykiske lidelser.

Blant de som kun har hatt angst- eller depresjonsdiagnoser, uten andre mer grunnleggende psykiske diagnoser, er det imidlertid mange som har hatt svært få konsultasjoner i psykisk helsevern de siste ti årene forut for uføretrygd. Det samme gjelder unge uføre som kun har hatt diagnoser innen atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, uten å ha hatt andre mer grunnleggende psykiske diagnoser.

Det kan tenkes at disse har andre ikke-psykiske sykdommer som har vært utløsende årsaker til uføretrygd, og at de psykiske diagnosene ikke har vært tilstrekkelig alvorlige til å kvalifisere til behandling i psykisk helsevern (de psykiske diagnosene kan være stilt i psykisk helsevern, men de kan også være stilt i andre deler av spesialisthelsetjenesten). Disse antallene bør sees i

sammenheng med NAV sine tall for antall nye uføretrygdede med psykiske diagnoser som hoveddiagnose (vi har ikke hatt tilgang til denne statistikken i dette prosjektet). Dersom det for disse personene er psykisk lidelse som har vært utløsende årsak til uføretrygd, er det grunn til å undersøke nærmere hva slags behandling denne pasientgruppen har fått for sine psykiske lidelser.

Figur 3-10 Antall nye uføre ved alder 20-29 år i 2017 som har fått psykisk diagnose i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd, etter antall konsultasjoner i psykisk helsevern i perioden 2008-2017. Etter grunnleggende psykiske diagnose*. N=2 008.



*Diagnosegruppe etter antatt grunnleggende psykiske diagnose definert ved diagnosehierarki i kap. 3.3.1. Psykisk helsevern inkluderer kun psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og psykisk helsevern for voksne. Rusbehandling, rehabilitering, private avtalespesialister innen psykiatri og somatisk spesialisthelsetjeneste er ikke inkludert. Kilde: Data på utlån fra NPR og SSB.

3.5 Utvikling over tid

3.5.1 Sammensetning av diagnoser blant unge uføre

I dette kapitlet studerer vi hvorvidt diagnoseutvikling i årene forut for uførhet har endret seg over tid.

Utviklingen i sammensetningen av gruppen unge uføre over tid må sees i sammenheng med endret innstrømning over tid grunnet regelverksendringer. Det har vært store endringer i antall nye uføre i perioden 2007-2017, både i absolutt antall og i andel av befolkningen. Det har vært en underliggende økende trend i perioden, men med et trolig kunstig lavt antall i

perioden 2010-2013 grunnet endringer i regelverket for trygdeytelser (se kapittel 4 for en mer detaljert drøfting av hvordan disse endringene har påvirket innstrømningen til uførhet). Dette midlertidige fallet i antall nye uføre i perioden 2010-2013 har truffet alle de tre aldersgruppene vi ser på, men i minst grad de som innvilges uføretrygd som 18-19-åringer. Det er derfor mest relevant å studere sammensetningen av nye unge uføre i perioden 2013-2017.

Fordi vi først kan observere helsedata fra og med 2006, har vi heller ikke mulighet til å følge helsehistorikk langt bakover i tid for tidligere kull av nye uføre. Vi ser derfor kun på nye uføre i perioden 2013-2017, slik at vi kan følge diagnosehistorikk syv år bakover i tid for alle og sammenligne

diagnosesammensetning blant nye uføre over disse årene (personer som ble uføre ved alderen 18-19 år kan vi kun følge til og med 2015).

Vi har kategorisert alle nye uføre etter en variabel vi kaller *grunnleggende psykisk diagnose*. Denne diagnosen er definert som den antatt mest grunnleggende psykiske diagnosen personen har hatt i spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste seks årene før uføretrygd, etter et definert hierarki av diagnosekategorier (se definisjon av grunnleggende diagnose i kapittel 3.3.1.).

Vi benytter psykiske diagnoser som registrert i spesialisthelsetjenesten fordi disse diagnosene gir en mer presis definisjon av pasientens grunnleggende psykiske helseproblematikk enn psykiske diagnoser satt hos fastleger. I kapittel 3.4 har vi sett at nær alle nye uføre har vært i spesialisthelsetjenesten de siste årene før uføretrygd innvilges, og vi forventer derfor at psykiske diagnoser fra spesialisthelsetjenesten skal plukke opp de aller fleste grunnleggende psykiske diagnoser på uføretidspunktet.

Resultater og tolkning

Figur 3-11 viser andel av nye uføre i hvert enkelt kalenderår 2013-2017 etter antatt grunnleggende psykisk diagnose, for henholdsvis nye uføre ved alder 20-24 år og nye uføre ved alder 25-29 år.

For gruppen samlet sett (nye uføre i alderen 18-29 år) var psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik den vanligste grunnleggende diagnosen blant både kvinner og menn i perioden 2013-2015.

Det absolutte antallet av nye unge uføre med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik har imidlertid økt både for kvinner og menn i perioden 2010-2015, både i antall og som andel av den unge befolkningen (Figur 3-12). Vårt datagrunnlag for nye uføre etter 2015 er begrenset²⁹, men når vi ser på nye uføre ved 20-29 år har antall med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik økt i hele perioden 2013-2017.

Figur 3-13 viser at antall nye unge uføre med psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming har økt i perioden 2010-2015, både i absolutt antall og som andel av den unge befolkningen.³⁰

²⁹ Vi har ikke data for nye uføre 18- og 19-åringer senere enn 2015. Fordi de fleste med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik uføretrygdes i slutten av tenårene, har vi kun begrenset informasjon om utvikling i uførhet over tid blant personer med disse diagnosene.

Uføre ved 18-19-årsalder

Andelen av befolkningen som ble uføre ved alder 18-19 år har økt betydelig i perioden 2010-2015, særlig blant unge menn. Økningen i perioden 2013-2015 består hovedsakelig av en økning i antall uføre i denne aldersgruppen som er diagnostisert med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik. Dette er den vanligste diagnosegruppen blant personer som innvilges uføretrygd i slutten av tenårene og antallet med diagnoser i denne kategorien har økt. I perioden 2013-2015 har det vært lite endring i antall uføre ved 18-19 år med andre diagnosegrupper.

Det er grunn til å tro at den økte tilstrømningen til uføretrygd blant 18-19-åringer har sammenheng med at flere diagnostiseres med alvorlige medfødte tilstander. Det er stilt spørsmål om økningen delvis kan forklares av en tidligere avklaring til uføretrygd blant personer med disse tilstandene. I perioden 2013-2017 har det imidlertid vært et økende antall med disse diagnosene som uføretrygdes ved alderen 20-29 år. Det samlede antall nye unge uføre (som innvilges uføretrygd i alderen 18-29 år) med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik har økt i perioden 2010-2015, både i absolutt antall og som andel av den unge befolkningen (Figur 3-12).

Økningen i uføretrygd blant 18-19-åringer kan derfor ikke forklares av en fremskyndelse av uføretidspunktet fra 20-årene til slutten av tenårene for personer med disse diagnosene. Økningen i antall unge uføre med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik må derfor hovedsakelig forklares i lys av en økende diagnostisering av disse tilstandene i befolkningen. Det er usikkert hvorvidt det er utslag av en reell økning av disse tilstandene i befolkningen, eller hvorvidt det kun er utslag av en økt diagnostisering av disse tilstandene.

En mulig forklaring kan være at det offentlige har overtatt ansvaret for å forsørge mennesker med disse tilstandene, både i form av bolig og økonomiske ytelser. Dersom denne gruppen mennesker i mindre grad blir boende hjemme hos foreldre når de når voksen alder kan det ha utløst et økt behov for diagnoser for å kvalifisere til offentlig bolig og/eller trygdeytelser. Det kan imidlertid også tenkes at det har vært en reell økning i forekomsten av disse tilstandene i befolkningen, for eksempel ved økt

³⁰ I Figur 3-12 og Figur 3-13 er diagnosene definert ved registrering hos fastlege de siste fem årene før året for innvilgelse av uføretrygd, fordi vi forventer at de aller fleste nye uføre som har fått en slik diagnose i ung alder har fått denne registrert hos fastlege de siste årene før uføretrygd innvilges.

overlevelse blant for-tidlig fødte og personer med alvorlige medfødte misdannelser. Dette drøftes av Brage og Thune (2015) som en sannsynlig medvirkende årsak til økningen i unge uføre med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik siden 1970-tallet. Dersom vi kun ser på økningen over de aller siste årene virker det imidlertid mindre trolig at økt overlevelse utgjør en stor del av forklaringen. Økningen i antall nye uføre med alvorlige medfødte tilstander har vært såpass sterk over få år (i 2010 ble 469 personer uføre ved alder 18-29 år med disse diagnosene, i 2015 var tilsvarende antall 754) at en rent medisinsk forklaring virker mindre trolig.

Uføre ved 20-24-årsalder

Andelen av befolkningen som uføretrygdes i alderen 20-24 år har økt noe i perioden 2007-2017, dersom vi ser bort fra et «kunstig» fall i perioden 2010-2013 som kan forklares av endringer i regelverket som regulerer innstrømming til uføretrygd. Siden 2014 har antall uføre i denne aldersgruppen økt blant begge kjønn, men mest blant kvinner. Økningen i denne aldersgruppen består i hovedsak av en økning i antall med psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik og en økning i antall med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (denne gruppen er særlig stor blant menn og utgjør en økende andel blant begge kjønn). Det har også vært en økning over tid, særlig blant menn, i antall uføretrygdede i denne aldersgruppen som ikke har hatt noen psykisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten de siste seks årene forut for innvilgelse av uføretrygd. Dette kan være personer som blir innvilget uføretrygd

av andre årsaker enn psykiske lidelser, men det kan tenkes å være personer med grunnleggende psykiske tilstander uten at de har vært i konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten for disse tilstandene de siste seks årene før uføretrygd.

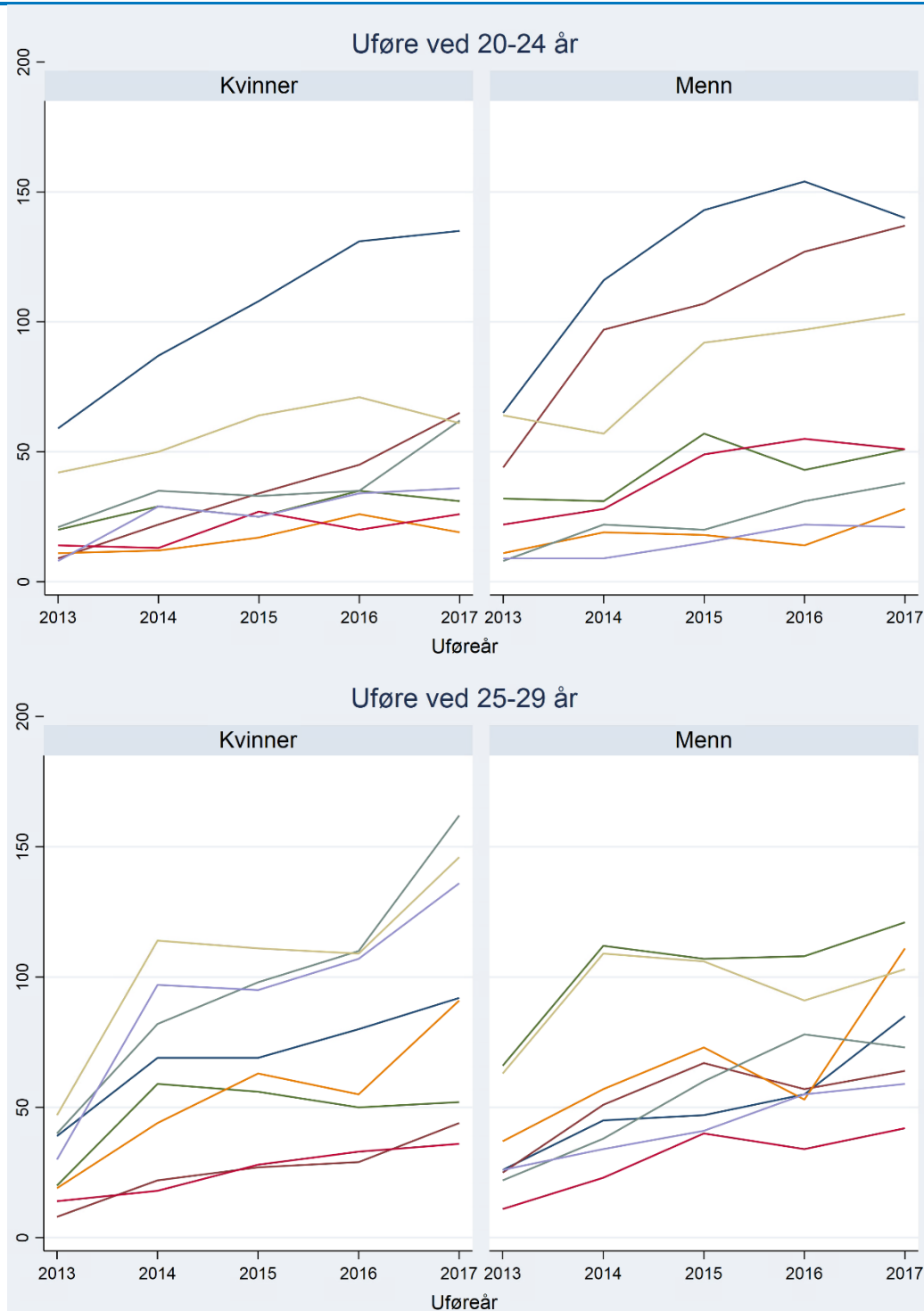
Uføre ved 25-29-årsalder

I aldersgruppen 25-29 år har det siden 2009 vært en generell økning i andelen av befolkningen som får innvilget uføretrygd, når vi ser bort fra et «kunstig» fall i innstrømmingen i perioden 2010-2013 grunnet regelverksendringer. I perioden 2014-2017 har økningen vært betydelig blant begge kjønn.

For kvinner består økningen primært av personer med diagnoser innen angst- og depresjonslidelser, eventuelt i kombinasjon med atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser (ekskl. gjennomgripende utviklingsforstyrrelser). Andelen med disse diagnosene har økt i perioden 2014-2017 både for kvinner og menn, men utslaget er blitt større blant kvinner fordi disse diagnosegruppene i utgangspunktet har utgjort en større andel. Det har også vært en økende andel med rusrelaterte diagnoser blant begge kjønn.

Det absolutte antallet nye uføre i denne aldersgruppen med schizofreni og organiske psykiske lidelser har vært relativt stabilt i perioden 2014-2017. Flertallet av nye uføre i alderen 25-29 år har hatt diagnoser innen angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før innvilgelse av uføretrygd.

Figur 3-11 Antall nye uføre etter kalenderår uføretrygd ble innvilget, og etter antatt grunnleggende psykiske diagnose som registrert i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene før uføretrygd. Figurer etter alder ved innvilget uføretrygd og kjønn.



— Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik	— Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (ekskl. de over)
— Schizofreni eller organiske psykiske lidelser (ekskl. de over)	— Psykisk lidelser grunnet rusmisbruk (ekskl. de over)
— Angst- el. depresjon og atferds-, personlighets- el. utv.forstyrrelser (ekskl. de over)	— Atferds, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser (ekskl. de over)
— Angst- eller depresjonslidelser (ekskl. de over)	— Ingen psykisk diagnose

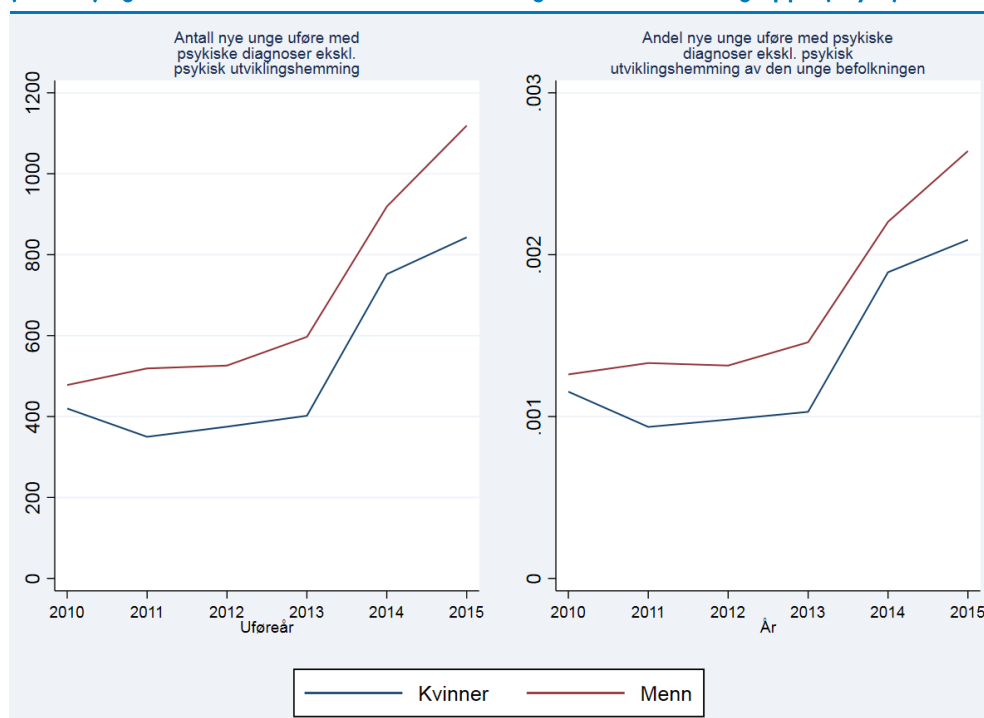
Kilde: Data på utlån fra NPR og SSB.

Figur 3-12 Antall nye, unge uføre med minst én diagnose for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik fra fastlege* de siste fem årene før innvilgelse av uføretrygd. Nye uføre i alderen 18-29 år etter kjønn. Absolutt antall (venstre) og som andel av den samlede befolkningen i samme aldersgruppe (høyre).



*Dette inkluderer diagnosekodene P85 og A90 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. Kilde: Data på utlån fra KUHR og SSB.

Figur 3-13 Antall nye, unge uføre med minst én psykisk diagnose, utenom psykisk utviklingshemming, fra fastlege* de siste fem årene før innvilgelse av uføretrygd. Nye uføre i alderen 18-29 år etter kjønn. Absolutt antall (venstre) og som andel av den samlede befolkningen i samme aldersgruppe (høyre).



*Dette inkluderer alle P-diagnoser utenom P85 fra fastlegenes diagnosesystem ICPC2. Kilde: Data på utlån fra KUHR og SSB.

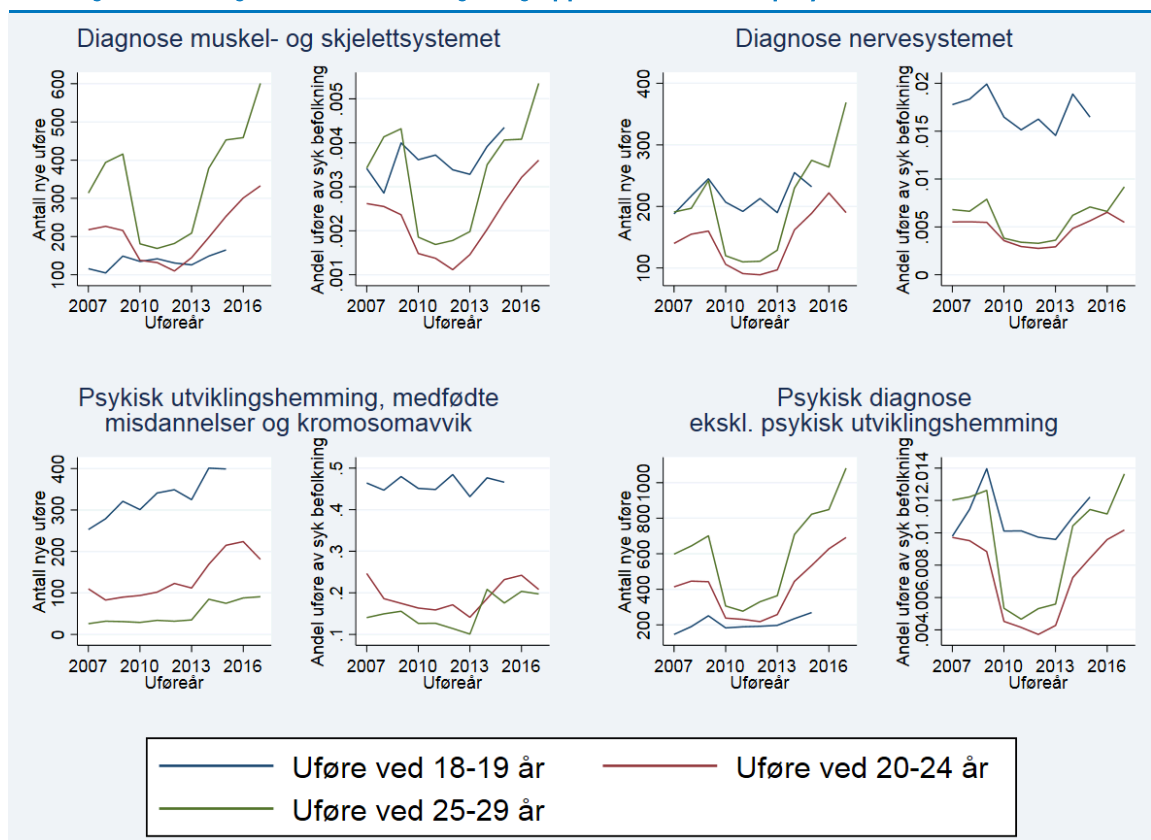
3.5.2 Andelen uføre av befolkningen med psykiske lidelser

Omfanget av psykiske diagnoser blant unge har økt betydelig over tid (se kapittel 2 i denne rapporten). Økningen kan være drevet av en økning i faktisk underliggende sykdomsbyrde, men økningen kan også tenkes å kunne tilskrives redusert terskel for å oppsøke helsetjenesten med psykiske plager som tilsier redusert terskel for å få registrert en psykisk diagnose.

Dersom det er redusert terskel for å få en diagnose som først og fremst har drevet økningen i psykiske diagnoser vil vi forvente at den gjennomsnittlige person med diagnose er mindre syk enn før. Det skulle

kunne tilsi at andelen som kvalifiserer til å få uføretrygd blant gruppen med psykiske diagnoser har sunket over tid, forutsatt at terskelen for å få innvilget uføretrygd ikke er endret i samme periode. Vi har derfor beregnet andel nye uføre av den samlede gruppen med gitte diagnoser for å se hvorvidt denne andelen har endret seg over tid. Resultatene vises i Figur 3-14 for befolkningen med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik (nede til venstre), alle psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming (nede til høyre) og til sammenligning for diagnoser innen muskel- og skjelettsystemet (oppe til venstre) og nervesystemet (oppe til høyre).

Figur 3-14 Andel nye uføre av befolkningen med diagnoser etter kalenderår og alder. Befolkningen med diagnoser definert ved alle som i et gitt år har hatt minst én diagnose hos fastlege i inneværende år eller året før. Diagnoser i utvalgte overordnede diagnosegrupper. NB: Ulik skala på y-aksene.



NB: Antall nye unge uføre hvert år i hver diagnosegruppe er lavere i denne figuren enn i Figur 3-12 og Figur 3-13. Årsaken er at denne figuren kun inkluderer diagnoser som er registrert hos fastlege i to kalenderår (året for innvilgelse av uføretrygd og året før), mens Figur 3-12 og Figur 3-13 inkluderer diagnoser som registrert hos fastlege i fem kalenderår (året for innvilgelse av uføretrygd og de fire foregående kalenderår). Dette gir spesielt store forskjeller for antall nye unge uføre med diagnoser for psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik (Figur 3-12). Kilde: Data på utlån fra KUHR og SSB.

Blant den unge befolkningen med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik har andelen nye uføre i alderen 18-19 år vært relativt uendret siden 2007. Innstrømningen til uføretrygd i denne gruppen ser altså ikke ut til å ha blitt påvirket av regelverksendringene for trygdeytelser som har redusert antall nye unge uføre i perioden 2010-2013

i andre diagnosegrupper. Rundt halvparten av de som har diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik ved 18-19 år får innvilget uføretrygd. Til tross for en økende diagnostisering av disse tilstandene i befolkningen i samme periode har altså andelen med disse diagnosene som innvilges uføretrygd i ung alder vært relativt stabil.

I den unge befolkningen med psykiske diagnoser utenom psykisk utviklingshemming ser det ikke ut til å ha vært noen reduksjon i andelen nye uføre over tid, når vi ser bort fra det «kunstige» fallet i antall uføre i perioden 2010-2013 grunnet regelverksendringer. Det kan virke bemerkelsesverdig at uføreandelen ikke har falt i denne gruppen, som samtidig har vokst betydelig med økende diagnostisering. Vi finner altså ikke holdepunkter for en synkende andel uføre blant de som diagnostiseres med psykiske lidelser, som ville kunne støttet hypotesen om at den økte diagnostiseringen er utslag av en redusert terskel for å få diagnose.

3.6 Drøfting og konklusjon

I dette kapittelet har vi studert diagnosedata opptil elleve år før uføretidspunktet for personer som ble uføretrygdet i alderen 18-29 år.

Mange unge uføre har hatt psykiske diagnoser i lang tid før uføretidspunktet

En stor andel av unge uføre har hatt psykiske diagnoser i mange år før uføretrygd innvilges. Blant personer som innvilges uføretrygd i starten av 20-årene har omtrent 20 prosent av kvinnene og 30 prosent av mennene fått minst én psykisk diagnose hos fastlege ved 13-årsalderen. Ved 19-årsalder har denne andelen økt til over 60 prosent for begge kjønn. Gruppen som uføretrygdes i slutten av 20-årene har en lignende utvikling, kun forskjøvet senere i tid. De har noe mindre omfang av psykiske diagnoser i tenårene, men i midten av 20-årene har rundt 70 prosent hatt en psykisk diagnose registrert hos fastlege.

Blant personer som uføretrygdes i alderen 18-19 år har de fleste diagnoser innen psykiske utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme).

De vanligste psykiske diagnosegruppene blant personer som uføretrygdes i 20-årene er atferds-, personlighets- og utviklingsforstyrrelser, samt angst, depresjon og andre affektive lidelser. Ved 12-13-årsalderen var atferds-, personlighets, og utviklingsforstyrrelser den vanligste undergruppen av psykiske diagnoser for de som innvilges uføretrygd i 20-årene. Særlig mange av guttene hadde slike diagnoser i denne alderen. Bruken av disse diagnosene hos fastlege øker gjennom tenårene og 20-årene for begge kjønn, men for gutter er det gjennom tenårene en nedgang i konsultasjoner med slike diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Vi tolker dette til at det reflekterer lidelser man ikke nødvendigvis kureres for, men som man lever videre med også etter avsluttet behandling i

spesialisthelsetjenesten; kanskje med medisiner og oppfølging hos fastlege.

Angst, depresjon og andre affektive lidelser er lite vanlig i tidlige ungdomsår, men omfanget av slike diagnoser øker betydelig gjennom tenårene og 20-årene for unge som uføretrygdes i 20-årene for begge kjønn. Veksten er særlig sterk blant kvinner i tenårene. Disse lidelsene ser ut til å behandles i spesialisthelsetjenesten i noe større grad enn de andre undergruppene av psykiske lidelser. Fra og med 17-årsalder er angst, depresjon og andre affektive lidelser den hyppigst forekommende undergruppen av psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten blant personer som uføretrygdes i 20-årene.

Omtrent en tredjedel av personer som uføretrygdes i 20-årene, har i årene forut for uførhet hatt minst én diagnose innen organiske psykiske lidelser, schizofreni eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkludert autisme). Disse lidelsene diagnostiseres i stor grad i slutten av tenårene eller i 20-årene. Det er relativt få som har slike diagnoser i tidlige ungdomsår, men for personer som uføretrygdes i starten av 20-årene øker andelen med slike diagnoser betydelig gjennom tenårene. Disse diagnosene er vanligere blant menn enn kvinner.

Stadig flere unge uføretrygdes med alvorlig medfødte tilstander og med diagnoser innen angst-, depresjons- eller atferdsforstyrrelser

Det har vært en betydelig økning i antall nye unge uføre i perioden 2010-2017. Endringer i regelverket for mottak av trygdeytelser i samme periode gjør det noe vanskelig å tolke endringer i diagnose-sammensetning over tid i gruppen, men økningen i antall nye unge uføre i perioden 2014-2017 kan i mindre grad tilskrives regelverksendringer.

I perioden 2010-2015 har det vært en økning i antall som uføretrygdes ved alder 18-19 år, og denne økningen utgjøres hovedsakelig av personer med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik. Denne økningen ser ikke ut til å kunne forklare av at personer med disse tilstandene innvilget uføretrygd på et tidligere tidspunkt enn før, fordi det i samme periode har vært en økning i antall nye uføre i 20-årene med disse diagnosene. Økningen i antall unge uføre med diagnoser innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik ser derfor hovedsakelig ut til å måtte forstås i lys av en økende diagnostisering av disse tilstandene i befolkningen. Samtidig som det har vært en økende andel som har blitt diagnostisert med disse tilstandene i befolkningen generelt har andelen av 18-19-åringene med slike diagnoser som får innvilget uføretrygd vært relativt stabil i perioden 2017-2015.

Det er usikkert hvorvidt det økte antallet med disse diagnosene er et utslag av en reell økning av disse tilstandene i befolkningen, for eksempel grunnet økt overlevelse blant premature eller personer med alvorlige medfødte tilstander, eller hvorvidt det kun er utslag av en økt diagnostisering av disse tilstandene. Det at diagnoser utløser tilgang til offentlige tjenester, samt at det har blitt vanligere med offentlig forsørgelse av personer med store omsorgsbehov, kan samlet tenkes å ha drevet økt diagnostisering og økt innstrømming til uføretrygd i denne gruppen, uten at den underliggende sykdomsbyrden nødvendigvis har økt. Videre forskning er nødvendig for å forstå mer av disse sammenhengene.

I perioden 2013-2017 har det vært et økende antall som uføretrygdes i 20-årene. Det har særlig vært en økning i antall som uføretrygdes i alderen 25-29 år med diagnoser for angst- og depresjonslidelser eller atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser, uten at de også har mer grunnleggende psykiske diagnoser som psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, schizofreni, organiske psykiske lidelser eller rusrelaterte psykiske lidelser.

I kapittel 2 i denne rapporten har vi sett at det samtidig har vært en sterk økning i både angst- og depresjonsdiagnoser og atferds- og personlighetsforstyrrelser i den unge befolkningen generelt. Den økte innstrømmingen til uførhet blant unge i slutten av 20-årene må sees i sammenheng med denne utviklingen. Det er usikkert i hvilken grad den økte diagnostiseringen av disse tilstandene er utslag av en reell forverring av den psykiske helsen på disse områdene, eller om det først og fremst er utslag av økt diagnostisering.

Samtidig rapporterer flere unge om angst- og depresjonslignende tilstander som ser ut til å være knyttet til at de stiller høyere forventninger til seg selv enn de klarer å innfri. Disse unge diagnostiseres med angst- eller depresjonslidelser til tross for at tilstandene skiller seg noe fra klassisk angst eller depresjon. Det er grunn til å stille spørsmål ved om denne gruppen kan ha bidratt til økt innstrømming til uføretrygd noen år senere med diagnosene angst- og depresjonslidelse.

De fleste som innvilges uføretrygd i ung alder med diagnoser innen angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser har hatt mange konsultasjoner i psykisk helsevern i årene forut for uføretrygd. Det bør være et spørsmål for videre forskning å undersøke i hvilken grad behandlingen denne gruppen har mottatt, både fra helsetjenesten og fra NAV, har fungert. Det er imidlertid også en del personer med disse diagnosene som nesten ikke har vært i psykisk helsevern de siste ti årene før uføretrygd. Det kan tenkes at dette er pasienter med andre ikke-psykiske sykdommer som har utløst behovet for uføretrygd, og dette bør undersøkes nærmere med bruk av NAVs statistikk for uføredagnoser. Dersom denne pasientgruppen har psykiske lidelser som utløsende årsak til uføretrygd bør det undersøkes nærmere hvorvidt disse har fått tilstrekkelig mulighet til å få behandling for disse plagene i forkant av uføretrygd.

Økningen av unge som innvilges uføretrygd med diagnoser innen angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser bør være et tema for videre forskning. En viktig problemstilling vil være å undersøke nærmere hvilken behandling disse har mottatt i helsetjenesten og NAV, og hvordan denne har fungert.

Referanser

Berg, H. & Thorbjørnsrud, T., 2009. Hvorfor blir det flere unge uføre?. *Søkelys på arbeidslivet*, Volum 26, p. 389–399.

Brage, S. & Thune, O., 2015. Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd*.

Bragstad, T., 2018. Vekst i uføretrygding blant unge. *Arbeid og velferd*.

Folkehelseinstituttet, 2018. *Psykisk helse i Norge, s.l.:* Folkehelseinstituttet.

Lindbol, M. & Ellingsen, J., 2018. *Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2015*, Oslo: Arbeids- og velferdsderktoratet/Statistikkseksjonen.

NAV, 2020. *Mottakere av uføretrygd, etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2010-2019*. [Internett]
Available at: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/tabeller/mottakere-av-uforetrygd-etter-kjonn-og-alder.pr.31.12.2010-2019-antall>
[Funnet 22 03 2020].

4. Unge uføre og veien til uføretrygd

Susanna Sten-Gahmberg og Ragnhild Haugli Bråten, Oslo Economics

Sammendrag

I dette kapittelet analyserer vi utviklingen i demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved unge som fikk innvilget uføretrygd i alderen 18-29 år i perioden 2000-2017. Vi analyserer også deres utdannings- og arbeidsmarkedsforløp, samt mottak av trygdeytelser i årene før de ble uføretrygdet. Vi sammenligner også utviklingen med jevnaldrende som ikke ble uføretrygdet.

Antall mottakere av uføretrygd har økt i alle aldersgrupper, men økningen sett i forhold til befolkningen har vært sterkest blant 18-19-åringene. Blant 18-25-åringene som ble uføretrygdet i perioden var drøyt halvparten menn, mens kvinner var i knapp majoritet i aldersgruppen 25-29 år. Personer som er født i Norge og personer som kommer fra familier med lav inntekt er overrepresentert i gruppen.

Når vi sammenligner unge som får innvilget uføretrygd med jevnaldrende som ikke får det, kan vi allerede fra 16-18-årsalder observere forskjeller mellom gruppene i arbeidsdeltakelse, utdanning og mottak av offentlige trygdeytelser. Dette gjelder selv for de som får innvilget uføretrygd som 29-åringer.

Blant de unge uføre er det en betydelig andel som har fullført grunnskolen uten grunnskolepoeng, hvilket innebærer at de har karakter i mindre enn halvparten av fagene. Denne andelen har økt noe over tid. De som har fullført med grunnskolepoeng, har karakterer som ligger under gjennomsnittet i sine respektive fødselskull. Dette indikerer at en betydelig (og økende) andel av de unge uføre har en eller annen form for utfordringer som kommer til uttrykk allerede i grunnskolealder.

De som ble uføretrygdet i en alder av 25-29 år har stort sett fullført ungdomsskolen med grunnskolepoeng, men karakterene deres ligger under gjennomsnittet i deres respektive fødselskull. I denne gruppen ser vi samtidig at en økende andel ikke fullfører videregående utdanning. Disse problemene sammenfaller med en periode i livet hvor psykiske plager ofte inntreffer. Dette tyder på at utfordringene til denne gruppen akselererer i videregående alder, som gjerne er før de i betydelig grad eksponeres for arbeidslivet.

De fleste som ble uføretrygdet i alderen 18-29 år hadde begynt på videregående utdanning, men få hadde fullført mer enn grunnskoleutdanning ved uføretidspunktet. Blant de som ble uføretrygdet som 25-29-åringer har det dessuten vært en reduksjon i andelen med fullført videregående utdanning fra 40 til 20 prosent i perioden mellom 2000 og 2017. Blant de som ble uføretrygdet som 18-24-åringer minket også andelen som hadde grunnskolepoeng ved utgangen av grunnskolen. Mange unge uføre har vært i arbeid, men arbeidsmarkeds-tilknytningen er svak, og over tid er arbeidsdeltakelsen blant nye unge uføre i årene forut før uføretrygd svekket.

Unge uføre mottok i betydelig større grad enn sine jevnaldrende trygdeytelser i årene før de ble uføretrygdet. Rundt 90 prosent av 20-29-åringene som fikk innvilget uføretrygd deltok i minst et arbeidsrettet tiltak på et tidspunkt før de fikk innvilget uføretrygd, og samlet varighet av deltagelse i tiltak var rundt to år.

4.1 Innledning

Det har vært en sterk økning i antall unge som mottar uføretrygd over tid. Det er blitt lagt frem flere mulige forklaringer på den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge. Bragstad (2018) mener at økningen mellom 2006 og 2016 særlig kan tilskrives tre forhold; helse, ved at flere barn og unge har alvorlige psykiske lidelser som fører til økt innstrømming til uføretrygd blant 18-åringene; demografi, ved at befolkningen i alderen 18-29 år har økt; og endringer i regelverk knyttet til helserelaterte ytelser. Brage og Thune (2015) har på sin side stilt spørsmål ved om endret diagnosepraksis har bidratt til økningen.

I kapittel 2 og 3 har vi analysert utvikling i omfanget av psykiske diagnoser i den unge befolkningen generelt, og blant de unge uføre spesielt. Vi fant at omfanget av psykiske lidelser blant de unge uføre både målt ved uføretidspunktet og i årene før de ble uføretrygd har økt kraftig over tid.

I denne analysen setter vi søkelys på hvem de unge uføre er, og om sammensetningen av gruppen har endret seg over tid. Vi analyserer sammensetning av demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn, prestasjoner i utdanningssystemet og deltakelse i arbeidslivet. Vi kartlegger også de unges uføres vei gjennom utdanning, arbeidsmarked og trygdesystemet i årene før de får innvilget uføretrygd.

I analysen fokuserer vi på personer som fikk innvilget uføretrygd senest året de fylte 29 år i perioden 2000-2017. I perioden 1. januar 2004 til 1. mars 2010 var uføretrygd delt i to deler: uføretrygd og tidsbegrenset uførestønad. Unge fikk i hovedsak innvilget tidsbegrenset uførestønad i første omgang, men mange endte likevel opp med uføretrygd på et senere tidspunkt. Av den grunn har vi slått sammen

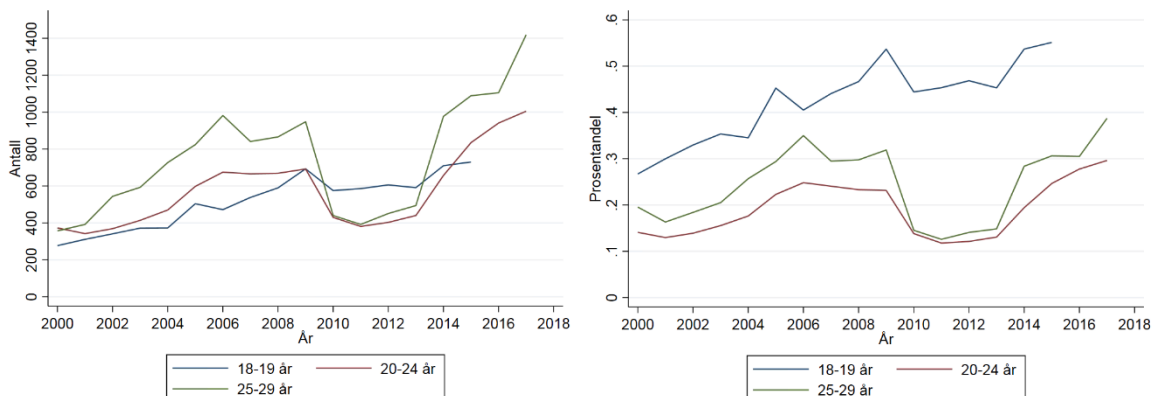
disse to ytelsene i analysen, og omtaler dem samlet som uføretrygd.

Figur 4-1 viser utviklingen i innstrømmingen til uføretrygd blant 18-29-åringene i årene 2000-2017. I venstre panel vises antall nye mottakere i aldersgruppene 18-19, 20-24 og 25-29 år, mens høyre panel viser nye mottakere som andel av befolkningen i samme alder.

Frem til 2009 ser vi en økning både i antall og andel nye unge uføretrygd i alle aldersgrupper. Dette kan delvis forklares av tilgangen til tidsbegrenset uførestønad i perioden fra 1. januar 2004 til 1. mars 2010. I 2010 sank antall nye unge mottakere av uføretrygd, særlig i alderen 20-29 år. En sterkt bidragende forklaring til dette er innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, som erstattet en rekke midlertidige helserelaterte ytelser, blant annet tidsbegrenset uførestønad. De følgende årene var innstrømmingen til uføretrygd blant unge på et stabilt nivå, men fra 2014 har antallet igjen økt kraftig. Dette kan henge sammen med at arbeidsavklaringspenger hadde en varighet som var begrenset til fire år, og at de første som fikk tildelt arbeidsavklaringspenger i 2010 hadde brukt opp sine rettigheter til denne ytelsen i 2014. Regelverksendringer kan derimot ikke forklare at innstrømmingen har vedvart i årene etter 2014.

Mellom 2000 og 2017 økte antall nye unge mottakere av uføretrygd i alle aldersgrupper. Prosentvis var økningen sterkest i aldersgruppen 25-29 år (300 prosent), men også i de yngre aldersgruppene lå økningen i perioden på mellom 160 og 170 prosent. Av Figur 4-1 fremkommer det at økningen i unge uføre som andel av befolkningen har vært sterkest blant 18-19-åringene.

Figur 4-1 Antall nye mottakere av tidsbegrenset uførestønnad og uføretrygd i årene 2000-2017 (til venstre) og nye mottakere av uføretrygd og tidsbegrenset uførestønnad som prosentandel av befolkningen i samme alder (til høyre), fordelt på alder



Merknad: Mellom 1. januar 2004 og 1. mars 2010 kunne tidsbegrenset uførestønnad tildeles personer som oppfylte vilkårene for uføretrygd, men hvis arbeidsevne var forventet å kunne bli bedre på sikt. Mottakere av tidsbegrenset uførestønnad (TU) og uføretrygd er slått sammen i analysen. Hvert individ har i analysen fått tildelt en dato for tilgang til uføretrygd, som tilsvarer første gang individet mottok enten TU eller uføretrygd. Som følge av at 1997-kullet er det siste kullet vi har data for, følger vi ikke 18-19-åringene lengre enn til 2015. Kilde: Data på utlån fra Statistisk sentralbyrå.

4.2 Datagrunnlag og metode

Analysen baserer seg på registerdata på individnivå fra flere administrative registre. Målgruppen for analysen er nye mottakere av uføretrygd som fikk innvilget uføretrygd senest året de fylte 29 år. Vi har imidlertid innhentet opplysninger om alle individer født i perioden 1977-1997 for å sammenligne unge som ender opp med uføretrygd, med unge som ikke gjør det. Datamaterialet er avgrenset til personer som er bosatte i Norge i året uføretrygd ble innvilget.

Fra Statistisk sentralbyrå har vi mottatt opplysninger om individenes demografiske kjennetegn, herunder kjønn, fødselsår, fødeland, innvandringskategori, bostedskommune, samt opplysninger om foreldrenes inntekt for å kunne beregne et mål på sosioøkonomisk status (inntektsrang). Videre har vi innhentet opplysninger om høyeste fullførte utdanning hvert år, opplysninger om pågående utdanning i hvert år, samt opplysninger om grunnskolepoeng (for kohorter født 1985 eller senere).

For å kartlegge de unges sysselsettingsforløp har vi innhentet opplysninger fra FD-trygd, lønns- og trekkoppgavene og fra a-ordningen. Herfra har vi opplysninger om alle arbeidsforhold og inntektsopplysninger til hele utvalget. Fra FD-trygd har vi også innhentet opplysninger om mottak av trygdeytelser, samt deltagelse i arbeidsrettede tiltak.

Innstrømming til uføretrygd er fokus for analysen. I analysen er uføretrygd og tidsbegrenset uførestønnad slått sammen, da individer som mottok tidsbegrenset uførestønnad ofte ble innvilget uføretrygd på et senere tidspunkt. Hvert individ har fått tildelt én dato for

tilgang til uføretrygd som tilsvarer første gang individet mottok enten tidsbegrenset uførestønnad eller uføretrygd. Dette sikrer at ingen individer telles to ganger i analysen. Vi har ikke brukt opplysninger om gradering av uføretrygd i analysene. Det har ikke

Helserelaterte ytelser fra NAV

Uføretrygd er en ytelse som skal sikre inntekten til personer som har fått sin inntektsevne varig nedsatt grunnet sykdom eller skade. Uføretrygd kan innvilges personer i alderen 18-67 år.

Mellom 1. januar 2004 og 1. mars 2010 kunne personer som oppfylte vilkårene for varig uføretrygd, men hvis arbeidsevne var forventet å kunne bli bedre på sikt, bli innvilget tidsbegrenset uførestønnad (TU). Den øvre grensen for TU var fire år, men det var mulig å forlenge perioden.

Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en midlertidig helserelatert ytelse som kan innvilges personer som har fått arbeidsevnen nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom. Et vilkår for å få AAP er at man deltar aktivt i prosessen med å komme i arbeid. Det innebærer at man skal være i behandling eller delta i arbeidsrettede tiltak, og det skal foreligge en aktivitetsplan.

AAP erstattet de tidligere ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønnad 1. mars 2010.

vært endringer i gjennomsnittlig uføregrad blant nye unge mottakere av uføretrygd over tid.

Fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) har vi innhentet opplysninger om behandling i primærhelsetjenesten. For hver kontakt en pasient har med en behandler, lagres det informasjon om blant annet pasient, behandler, dato og takst. Vi har brukt opplysninger om diagnose på regningskortet for å kartlegge omfanget av ulike diagnoser, særlig psykiske diagnoser, i populasjonen.

Vi gjør i hovedsak to analyser. I den første analysen (kapittel 4.3) undersøker vi kjennetegn ved nye mottakere av uføretrygd som ble innvilget uføretrygd i årene 2000-2017. Formålet er todelt: å kartlegge kjennetegn ved gruppen, og å undersøke om sammensetningen av gruppen er endret over tid. Vi deler inn utvalget i tre grupper etter alder: de som fikk innvilget uføretrygd som 18-19-åringer, 20-24-åringer og 25-29-åringer.

I den andre analysen (kapittel 4.4) analyserer vi veien inn til uføretrygd for utvalgte kull som ble innvilget uføretrygd i alderen 19, 24 og 29 år. For å kartlegge aktivitet i utdanningssystemet og på arbeidsmarkedet i tiden frem mot innvilget uføretrygd, følger vi disse kullene fra året de fylte 16 år til året for innvilgelse av uføretrygd. Vi analyserer også mottak av trygdeytelser i gruppen og deltakelse i arbeidsrettede tiltak fra fylte 16 år. For å få en oppfatning av i hvilken grad gruppen som senere får innvilget uføretrygd skiller seg fra jevnaldrende som ikke mottar uføretrygd, sammenligner vi disse to gruppene.

4.3 Utvikling i kjennetegn ved nye unge mottakere av uføretrygd

Den sterke økningen i antall unge uføretrygdede reiser spørsmål om hvem de unge uføre er, og om sammensetningen i gruppen har endret seg over tid. Kan økningen forklares av at flere med enkelte kjennetegn innvilges uføretrygd, eller kan endringer i sammensetningen av gruppen bidra til å kaste lys over

årsakene til økningen av unge uføre? I denne analysen ser vi på demografiske kjennetegn og sosial bakgrunn, utdanningsbakgrunn og tidligere arbeidsdeltakelse. Vi undersøker også om sammensetningen av nye mottakere av uføretrygd har endret seg over tid.

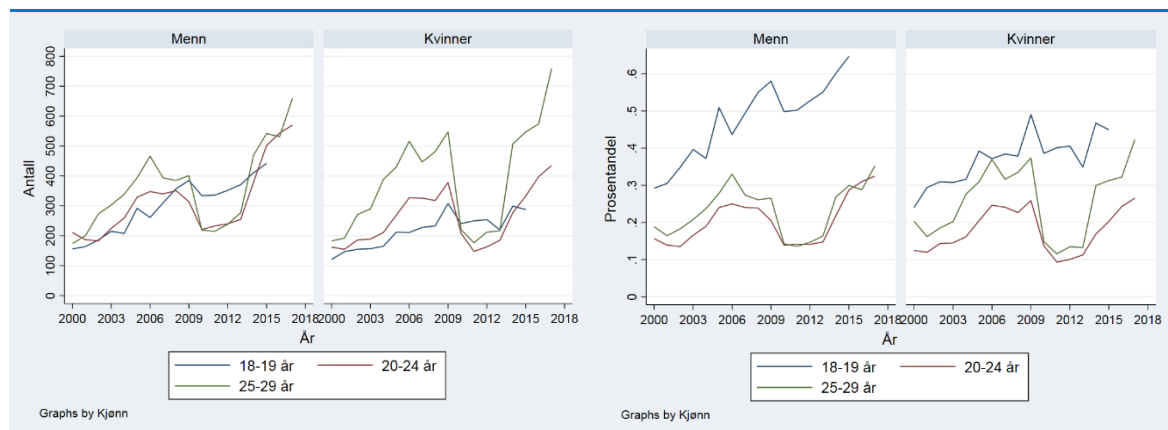
4.3.1 Demografi og sosial bakgrunn

Generelt er det en overvekt av kvinner blant mottakerne av uføretrygd, men blant de yngste mottakerne har det vært omvendt. Når vi studerer antall nye mottakere av uføretrygd fordelt på kjønn (Figur 4-2), ser vi at det har vært noen interessante utviklingstrekk mellom kjønnene. Vi ser særlig at det har vært store svingninger over tid i antall kvinner i alderen 25-29 år som har fått innvilget uføretrygd. Antall kvinner i alderen 25-29 som ble innvilget uføretrygd (tidsbegrenset uførestønad) økte kraftig i årene 2004-2010. En analyse av de som fikk innvilget tidsbegrenset uførestønad bekrefter også at kvinner var overrepresentert i denne gruppen (ikke vist i figur). Antall kvinner i alderen 25-29 som innvilges uføretrygd har også økt kraftig siden 2013.

Når vi ser på andelen menn og kvinner som fikk innvilget uføretrygd som andel av befolkningen (høyre panel), ser vi at menn i alderen 18-19 år skiller seg ut, ved at andelen unge uføre menn har økt gjennom hele perioden. Dette er også tidligere vist av Bragstad (2018). Økningen blant kvinner i alderen 25-29 år fremstår ikke som like markant når den ses opp mot befolkningen som helhet, men det er likevel en kraftig økning, og mye sterkere enn blant menn i samme alder.

Figur 4-2 (og analyser av innstrømming til uføretrygd som ikke er presentert) indikerer at kvinner var i majoritet blant mottakerne av tidsbegrenset uførestønad (særlig i aldersgruppen 25-29 år). Det var en sterkere vekst i antall uføretrygdede kvinner i perioden 2004-2009, og deretter en større nedgang enn blant menn. Det er også størst økning i innstrømming til uføretrygd blant kvinner i alderen 25-29 år etter 2014. Noe av dette kan trolig forklares av høy tilgang til arbeidsavklaringspenger i 2010 i denne gruppen, men det kan ikke forklare hele økningen.

Figur 4-2 Antall nye mottakere av tidsbegrenset uførestønnad og uføretrygd i årene 2000-2017 (til venstre) og nye mottakere av uføretrygd som prosentandel av befolkningen i samme alder (til høyre), fordelt på kjønn og alder



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

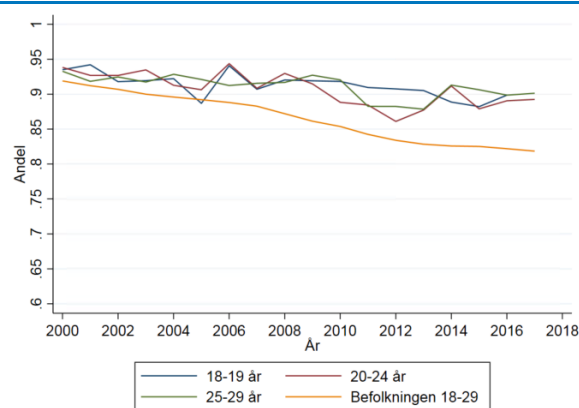
Andelen nye mottakere av uføretrygd som er født i Norge er høy, men noe redusert over tid (Figur 4-3). Omtrent 90 prosent av de nye mottakerne er født i Norge. Til sammenligning har andelen av den bosatte befolkningen som er født i Norge sunket fra 91 til 82 prosent mellom 2000 og 2017. Dette indikerer at personer som er født i Norge har høyere sannsynlighet for å bli uføretrygdet i alderen 18-29 år enn personer som er født i utlandet, og at denne relative sannsynligheten har økt over tid.

At uføretrygdede som andel av befolkningen er høyere blant personer født i Norge enn blant personer født i utlandet, er i tråd med tilgjengelig statistikk fra Statistisk sentralbyrå (2020), som viser lavere uføreandel blant personer med innvandrerbakgrunn. En mulig forklaring på at en lavere andel unge utenlandsfødte mottar uføretrygd er arbeidsinnvandring. Unge som kommer til Norge for å arbeide er trolig positivt selektert, slik at de som reiser til Norge for å finne arbeid har bedre helse enn de som blir igjen i sine respektive hjemland.

Det er tidligere vist at det er en sterk sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og sannsynligheten for å stå utenfor arbeidslivet og for å motta uføretrygd, og at denne sammenhengen er styrket over tid (Markussen & Røed, 2020; Fevang, 2019).

For å undersøke denne sammenhengen blant de unge uføre, har vi studert deres foreldres inntektsrang. Foreldrenes inntektsrang er beregnet for alle individer i utvalget ved at mors og fars brutto årsinntekt i alderen 34-37 år summeres for alle individer. Deretter rangeres barna i hvert fødselskull i henhold til dette målet, og deles inn i 100 like store grupper. Alle i utvalget vil dermed få tildelt et tall mellom 1 og 100, som inneholder informasjon om inntektsrangen i sin fødselskohort.

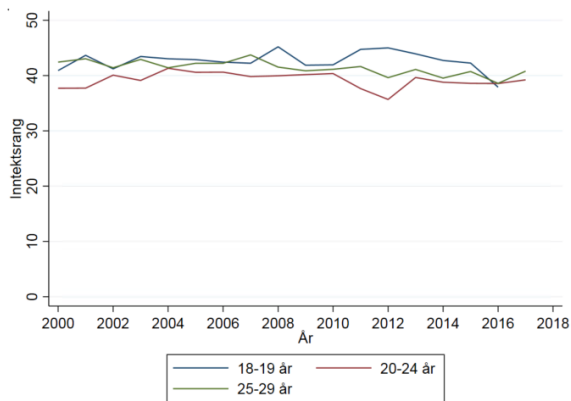
Figur 4-3 Andel nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 som er født i Norge, fordelt på alder



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Gjennomsnittlig inntektsrang blant de nye mottakerne av uføretrygd har ligget mellom 35 og 45 i hele perioden, hvilket innebærer at personer fra familier med lav inntekt er overrepresentert blant de som får innvilget uføretrygd (Figur 4-4). Det er ikke store forskjeller mellom aldersgruppene.

Figur 4-4 Gjennomsnittlig inntektsrang blant nye mottakere av uføretrygd

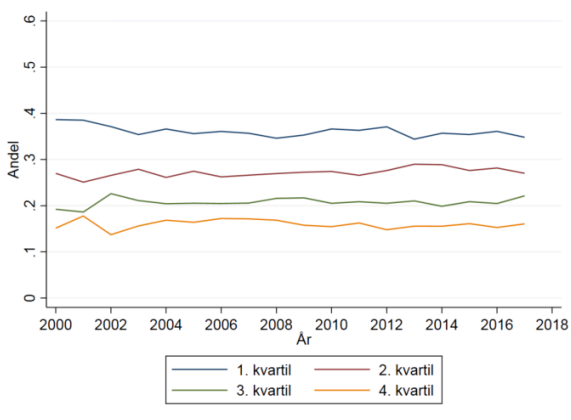


Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Når vi deler de unge inn i fire like store grupper (kvartiler) basert på foreldrenes inntektsrang, ser vi at nesten 40 prosent blant de som får innvilget uføretrygd kommer fra de 25 prosent fattigste familiene, mens 15 prosent kommer fra gruppen med de 25 prosent rikeste familiene (Figur 4-5). Dette impliserer at en forholdsvis stor andel av de unge uføre kommer fra familier med lav inntekt. Det er ikke nevneverdige forskjeller mellom aldersgruppene (ikke vist i figur).

Til forskjell fra Markussen og Røed (2020), finner vi ingen endring i sammenhengen mellom familiebakgrunn og sannsynligheten for å motta uføretrygd over tid. En mulig forklaring på at vi ikke gjenfinder de samme utviklingstrekkene er at vi undersøker yngre kohorter enn Markussen og Røed, eller at Markussen og Røed fokuserer på sannsynligheten for å motta uføretrygd ved 40-årsalder.

Figur 4-5 Nye mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år i årene 2000-2017, fordelt på inntektsrang-kvartil



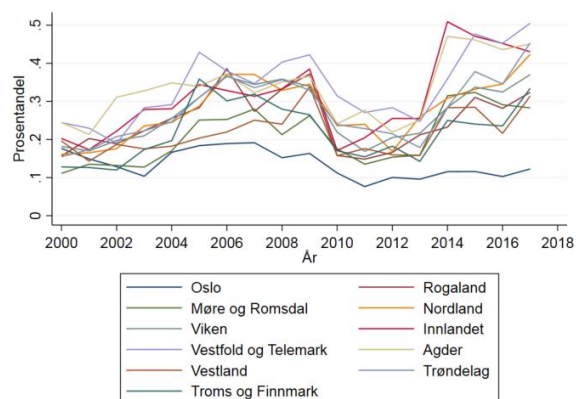
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Det er tidligere vist at det er geografisk variasjon i gruppen som mottar uføretrygd i befolkningen

(Ellingsen, 2019; Anderson, et al., 2006; Andersson, et al., 2007). For å få oversikt over den geografiske spredningen av nye unge mottakere av uføretrygd, analyserer vi i Figur 4-6 nye mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år som andel av den jevnaldrende bosatte befolkningen på fylkesnivå (2020-fylker). Analysen kan også vise om enkelte fylker peker seg ut med spesielt stor eller liten økning i antall nye unge uføretrygdde. I 2000 utgjorde nye mottakerne av uføretrygd mellom 0,10 og 0,25 prosent av de unge i alle fylker. Frem til 2009 var det en økning i andelen uføre i alle fylker unntatt Oslo. I årene 2010-2013 var det så en nedgang i andelen unge som fikk innvilget uføretrygd, hvilket forklares av lavere tilgang til uføretrygd grunnet innføringen av arbeidsavklaringspenger. Fra 2014 har andelen unge uføre igjen økt i alle fylker unntatt Oslo.

Oslo har gjennomgående hatt færrest nye uføretrygdde, beregnet som andel av befolkningen (rundt 0,1 prosent), og det har ikke vært noen økning etter 2010. Fylkene Vestfold og Telemark, Innlandet og Agder har flest nye mottakere som andel av befolkningen i 2017 (0,45-0,5 prosent). Vestfold og Telemark, Trøndelag og Nordland hadde raskest økning etter 2010. Den lavere andelen unge uføre i Oslo skyldes sannsynligvis at det stadig er innflytting av unge mennesker som ønsker å jobbe i Oslo, mens personer som sliter i større grad blir igjen i sine hjemfylker. Ulik utvikling i lokale arbeidsmarkeder eller i helsen til unge i de ulike fylkene kan bidra til utviklingen vi ser i figuren.

Figur 4-6 Nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 som prosentandel av den bosatte befolkningen i alderen 18-29



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.3.3 Utdanning

Grunnskolepoeng

Grunnskolepoeng er et gjennomsnitt av alle standpunkt- og eksamenskarakterene på vitnemålet fra 10. trinn i grunnskolen. Grunnskolepoeng danner grunnlaget for opptak til videregående skole. Grunnskolepoeng er registrert for alle elever født i 1985 eller senere, unntatt for elever som mangler karakter i mer enn halvparten av fagene. Elever som mangler grunnskolepoeng kan være fritatt fra vurdering, mangle vurderingsgrunnlag eller ha spesielle utfordringer, knyttet for eksempel til sykdom eller til at eleven er nyankommet til Norge.

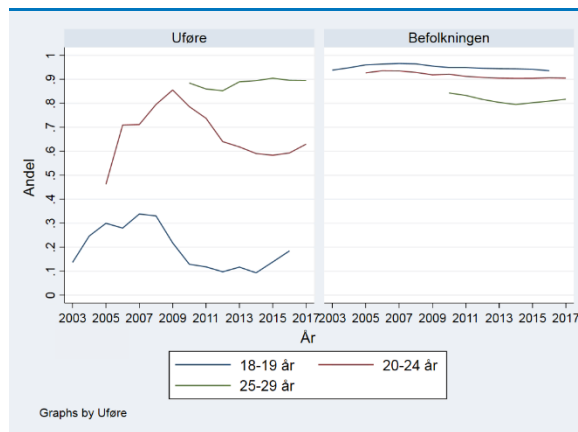
I Figur 4-7 viser vi andelen av nye mottakere av uføretrygd og andelen av den jevnaldrende befolkningen som har registrert grunnskolepoeng, fordelt på aldersgrupper. I den yngste aldersgruppen har de færreste av de uføre grunnskolepoeng. Dette henger trolig sammen med at mange som innvilges uføretrygd som 18- og 19-åring har sykdommer og lidelser av en alvorlighetsgrad som kan gjøre skolegang vanskelig. Fram til 2008 hadde 20-30 prosent av de i denne gruppen som senere ble uføretrygdet grunnskolepoeng, men andelen gikk deretter ned til drøyt 10 prosent.

For de eldre kohortene er andelen med grunnskolepoeng høyere. Blant de som ble tildelt uføretrygd i alderen 20-24 har det vært stor variasjon i andelen som har grunnskolepoeng over tid, men i snitt hadde mellom 60 og 80 prosent grunnskolepoeng. Andelen med grunnskolepoeng er lavere blant uføre enn i befolkningen som helhet, hvilket indikerer at en betydelig andel av de som ble uføre ved 20-24-årsalder allerede hadde utfordringer i grunnskolealder. I den eldste aldersgruppen hadde 85-90 prosent av de uføre grunnskolepoeng, og andelen har vært forholdsvis stabil over tid. I motsetning til den yngste aldersgruppen, hadde de som ble uføretrygdet i alderen 25-29 større sannsynlighet enn befolkningen som helhet for å ha fullført grunnskolen med grunnskolepoeng.

Blant 18-24-åringene, observerer vi store variasjoner i andelen nye uføretrygdede som hadde grunnskolepoeng i årene 2003-2012. Noe av svingningene på 2000-tallet skyldes at nye mottakere av tidsbegrenset uførestønning i større grad enn nye mottakere av uføretrygd hadde fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, og dermed trakk andelen opp i årene 2004-2009. Separate analyser av mottakere av uføretrygd viser imidlertid at det også i denne gruppen har vært en nedgang i andelen som har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng etter 2010. Vi kjenner ikke til at det har vært endringer i måten grunnskolepoeng beregnes på som kan forklare svingningene.

Det er verdt å merke seg at andelen elever i befolkningen som går ut av grunnskolen uten grunnskolepoeng har økt de siste årene. Statistisk sentralbyrå oppgir at andelen av avgangselevne fra ungdomsskolen som mangler grunnskolepoeng har økt fra 2,2 prosent i 2009 til 6,0 prosent i 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2016; Statistisk sentralbyrå, 2020). Innvandrerbakgrunn, botid i Norge, foreldrenes utdanningsnivå og fravær grunnet sykdom er ifølge Statistisk sentralbyrå faktorer som kan bidra til å forklare manglende grunnskolepoeng, men disse variablene forklarer ikke variasjonen over tid i andelen som mangler grunnskolepoeng blant de unge uføre.

Figur 4-7 Andelen av nye mottakere av uføretrygd i årene 2003-2017 som har grunnskolepoeng, fordelt på alder, samt andelen av befolkningen som helhet i alderen 18-29 som har grunnskolepoeng



Merknad: Utvalget er begrenset til personer født i 1985 eller senere. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

I Figur 4-8 har vi rangert menn og kvinner i hvert fødselskull etter grunnskolepoeng og delt dem inn i 100 like store grupper. Deretter har vi beregnet gjennomsnittlig rangering for nye mottakere av uføretrygd i de tre aldersgruppene. I panel A har vi inkludert personer uten grunnskolepoeng og tildelt dem grunnskolepoeng 0. I panel B er bare personer med grunnskolepoeng inkludert.

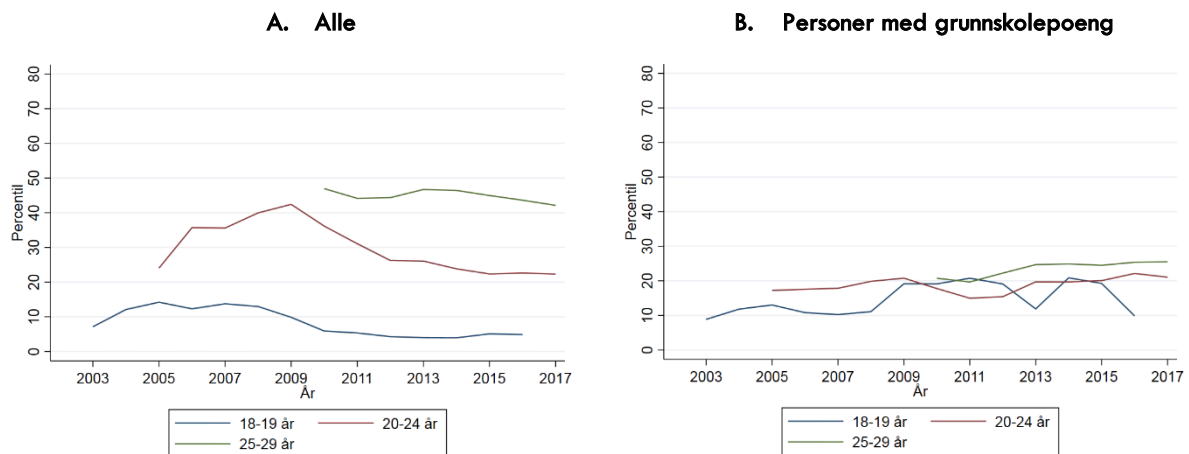
Når vi inkluderer individer som mangler grunnskolepoeng (Panel A), er det store forskjeller mellom aldersgruppene. Dette skyldes at det er stor forskjell mellom gruppene i andelen som mangler grunnskolepoeng og som dermed er tildelt grunnskolepoeng lik null. De yngste ligger langt under gjennomsnittet i sine fødselskull, hvilket ikke er overraskende, gitt at de fleste mangler grunnskolepoeng. 20-24-åringene ligger i snitt rett over den 40. persentil, altså også under gjennomsnittet for årskullet. Interessant nok ligger 25-29-åringene i snitt rundt den 45. persentilen, hvilket betyr at de ligger nære gjennomsnittet i sine respektive kull.

Når vi bare inkluderer personer som har grunnskolepoeng i rangeringen, er forskjellene mellom aldersgruppene mindre. Det er kun et lite antall observasjoner i den yngste aldersgruppen, og dermed mye variasjon fra år til år. Gjennomsnittlig grunnskolepoeng er økende med alder ved innvilgelse av uføretrygd, men forskjellene er små. De som ble uføretrygdet i alderen 20-24 år lå i snitt rett under den 20. persentilen, mens de som ble uføretrygdet i alderen 25-29 år lå rundt den 25. persentilen. De unge uføre som fullførte ungdomsskolen med grunnskolepoeng var altså i gjennomsnitt i den fjerdedelen med lavest karakterer, hvilket indikerer at mange hadde noen form for utfordringer allerede på ungdomsskolen. Dette gjelder i stor grad også de som ble uføretrygdet i en alder av 25-29 år, altså rundt ti til femten år etter fullført ungdomsskole.

Blant de som ble innvilget uføretrygd som 18-24-åring i senere år, var sannsynligheten for å ha fullført grunnskolen med grunnskolepoeng noe lavere enn blant de som ble innvilget uføretrygd i tidligere år. Det indikerer at denne gruppen i økende grad har utfordringer allerede i grunnskolealder.

Ser vi derimot på unge som ble uføretrygdet i alderen 25-29 år, er det ingen endring i andelen som har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, og heller ingen negativ utvikling i gjennomsnittlig grunnskolepoeng. Dermed ser det ikke ut som at denne gruppens situasjon i grunnskolealder har forverret seg de siste ti årene. De fullfører grunnskolen med grunnskolepoeng oftere enn sine jevnaldrende, men deres karakterer ligger under gjennomsnittet i deres fødselskull.

Figur 4-8 Gjennomsnittlig rangering etter grunnskolepoeng av nye mottakere av uføretrygd i årene 2003-2017, fordelt på alder



Merknad: I det venstre panelet er individer med manglende grunnskolepoeng tildelt grunnskolepoeng 0. I det høyre panelet er kun personer med grunnskolepoeng inkludert. Utvalget er begrenset til personer født i 1985 eller senere. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå.

Utdanningsnivå

Tilgjengelig statistikk viser at det er en sammenheng mellom mottak av uføretrygd og fullført utdanningsnivå i befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2020). For å undersøke i hvilken grad dette gjelder også de unge uføre, belyser vi i dette avsnittet høyeste fullførte utdanningsnivå blant unge mottakere av uføretrygd og undersøker om denne har endret seg over tid. Til venstre i Figur 4-9 viser vi høyeste fullførte utdanningsnivå blant unge uføre ved føretidspunktet, og til høyre viser vi høyeste fullførte utdanningsnivå i den jevnaldrende befolkningen. Det er tydelig at de unge uføre har et betydelig lavere utdanningsnivå enn sine jevnaldrende. I den yngste aldersgruppen er det så å si ingen uføre som har fullført mer utdanning enn grunnskole (ikke vist i figur). Grunnskole er også høyeste fullførte utdanningsnivå for de fleste uføre i de eldre aldersgruppene: 80-90 prosent av 20-24-åringene og rundt 60 prosent av 25-29-åringene har

ikke fullført mer enn grunnskole ved føretidspunktet. Blant 20-24-åringene, har mellom 10 og 20 prosent fullført videregående utdanning, mens rundt 30 prosent av 25-29-åringene hadde fullført videregående. I den eldste gruppen hadde rundt 7 prosent fullført høyere utdanning.

Det er en kraftig nedgang over tid i andelen som ble uføretrygdet som 25-29-åring som har fullført videregående utdanning. Andelen har siden tidlig 2000-tall sunket fra 40 prosent til 20 prosent i 2017. Samtidig ser vi også en mindre nedgang i andelen som hadde fullført videregående utdanning i aldersgruppen 20-24 år rundt år 2010.

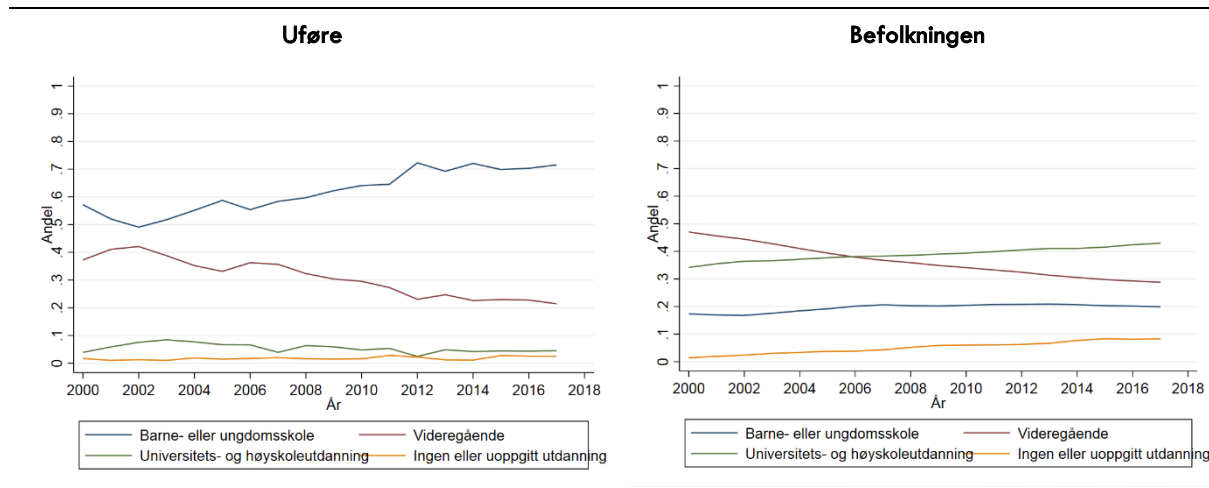
Tallene som er presentert i Figur 4-9 omfatter både mottakere av tidsbegrenset uførestønning og uføretrygd. Separate analyser av disse to gruppene viser at mottakere av tidsbegrenset uførestønning i større grad hadde fullført videregående utdanning

enn mottakere av uføretrygd. Nedgangen i andelen som har fullført videregående utdanning er også observert blant nye mottakere av varig uførestønning, men for denne gruppen fant nedgangen i hovedsak sted tidlig på 2000-tallet. Eksakt hva denne nedgangen skyldes vet vi ikke.

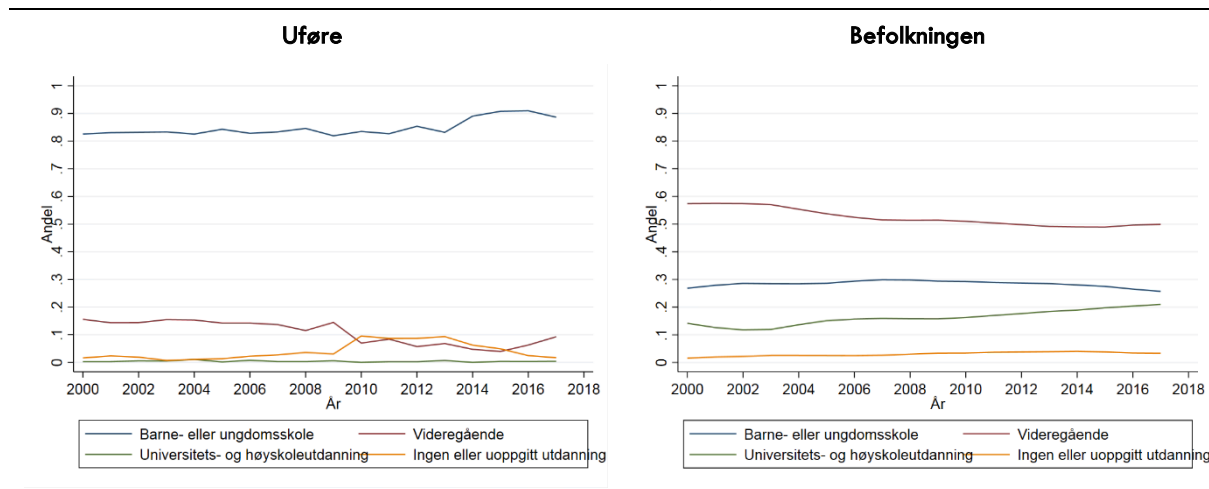
Vi har også analysert andelen nye mottakere av uføretrygd som har påbegynt videregående

Figur 4-9 Høyeste fullførte utdanningsnivå blant nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 (til venstre) og blant befolkningen som helhet i samme alder (til høyre), fordelt på alder

A. 25-29-åringer



B. 20-24-åringer



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.3.4 Arbeidsmarkedserfaring

Det er stor variasjon i hvor mye arbeidserfaring 18-29-åringer kan ha opparbeidet seg før de får innvilget uføretrygd. De yngste forventes å ha svært begrenset arbeidserfaring både grunnet sin lave alder, sin deltakelse i utdanning og sine helseplager. De eldste årskullene kan derimot ha flere år med arbeidslivserfaring bak seg.

Det er mange måter man kan beskrive arbeidsdeltakelse på. I Figur 4-10, Figur 4-11 og Figur 4-12

utdanning før de fikk innvilget uføretrygd. Rundt 96 prosent av 20-29-åringene og 98 prosent av 18-19-åringene har påbegynt videregående utdanning på et tidspunkt. Det er ikke vesentlige forskjeller mellom aldersgruppene, eller over tid. I kapittel 4.4.2 ser vi også på årlig deltakelse i utdanning fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd for utvalgte kull.

viser vi seks typer figurer, som til sammen gir et bilde av arbeidsdeltakelsen til de unge uføre i årene før de fikk innvilget uføretrygd (til venstre). Til sammenligning viser vi også tilsvarende figur for den jevnaldrende befolkningen (til høyre). Vi har valgt å ta utgangspunkt i arbeidsinntekt og arbeidsgivers organisasjonsnummer for å belyse arbeidsdeltakelse. Opplysninger om arbeidsinntekt er hentet fra lønns- og trekkoppgavene og a-meldingen, og er inflasjonsjustert til prisnivået i 2019. Endringer mellom 2014 og 2015 skyldes delvis endret registrering som førte til at flere

korte arbeidsforhold ble registrert. Dette førte til en økning i antall registrerte arbeidsgivere og en nedgang i gjennomsnittlig lønn per arbeidsgiver.

I Panel A i Figur 4-10 viser vi andelen av de unge uføre som har hatt positiv arbeidsinntekt i minst ett kalenderår innen de fikk innvilget uføretrygd (til venstre). Denne andelen er, naturligvis, økende med alder. Likevel er det i alle aldersgruppene en betydelig andel som aldri har hatt arbeidsinntekt – drøyt 80 prosent av 18-19-åringene, knapt 40 prosent av 20-24-åringene og rundt 10 prosent av 25-29-åringene. Dessuten er andelen som har hatt arbeidsinntekt i minst ett år synkende over tid. Blant de som fikk innvilget uføretrygd som 20-24-åring har andelen med positiv arbeidsinntekt minst ett kalenderår sunket fra 80 til 52 prosent i perioden. Nedgangen blant 25-29-åringene er noe mindre, men det dreier likevel om en nedgang fra drøyt 90 prosent på midten av 2000-tallet til 83 prosent i 2017. Til sammenligning viser vi i figuren til høyre at i befolkningen som helhet har over 80 prosent av 18-19-åringene og over 90 prosent av 20-29-åringene hatt arbeidsinntekt i minst et kalenderår.

For hvert kalenderår har vi også brukt Folketrygdens grunnbeløp³¹ (G) for å konstruere indikatorer som viser om en person har hatt arbeidsinntekt over gitte terskelverdier. I Panel B i Figur 4-10 viser vi hvor stor andel som har hatt inntekt som overstiger to ganger grunnbeløpet i Folketrygden i minst ett år før innvilget

uføretrygd (2 G). 2 G er valgt for å vise hvor mange som har hatt forholdsvis varig eller omfattende arbeidsdeltakelse på et tidspunkt forut for innvilget uføretrygd. Naturlig nok øker andelen som har hatt arbeidsinntekt over 2 G med alder, men andelen er lav i alle aldersgrupper. Ingen av de som ble innvilget uføretrygd som 18-19-åring har hatt en arbeidsinntekt over 2 G. Blant de som ble innvilget uføretrygd som 20-24-åring på midten av 2000-tallet hadde rundt 13 prosent hatt en inntekt over 2 G, og blant de eldste hadde snaut 50 prosent på det meste hatt en arbeidsinntekt over 2 G i minst ett kalenderår.

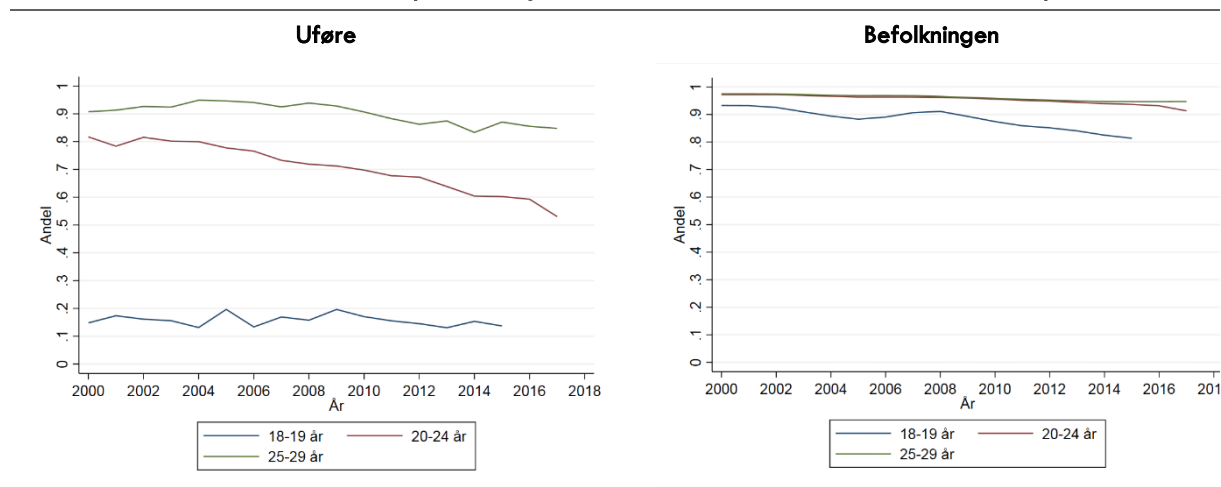
Etter 2010 har andelen som har hatt en inntekt over 2 G ved uføretidspunktet sunket betraktelig i begge aldersgruppene, til 4 prosent av 20-24-åringene og 28 prosent av 25-29-åringene. Til høyre i figuren viser vi utviklingen i befolkningen som helhet, og vi kan igjen konstatere at de unge uføre i betydelig mindre grad enn sine jevnaldrende har hatt en arbeidsinntekt over 2 G.

Separate analyser av mottakere av tidsbegrenset uførestønning og uføretrygd viser at den førstnevnte gruppen i større grad hadde hatt arbeidsinntekt før de fikk innvilget ytelsen og at deres inntekter i gjennomsnitt var høyere. For gruppen som mottok uføretrygd, startet nedgangen i andel med arbeidsinntekt allerede rundt 2004, og varte helt frem til 2017.

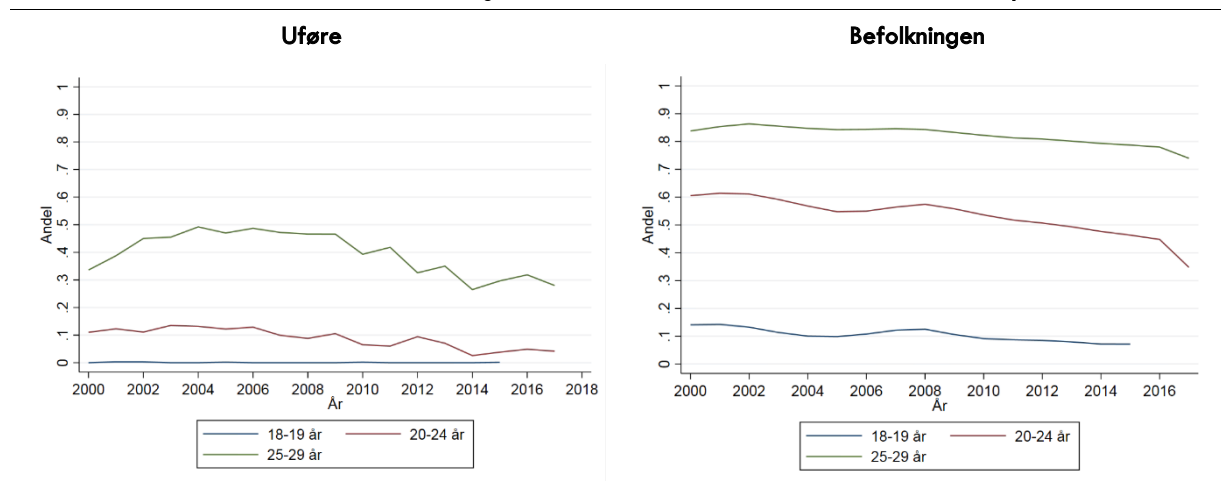
³¹ Fra 1. mai 2019 er grunnbeløpet i Folketrygden 99 858 kr (<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/utbetalinger/grunnbeløpet-i-folketrygden>).

Figur 4-10 Andel med positiv årlig inntekt og årlig inntekt over 2 G minst ett kalenderår fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd blant nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 fordelt på alder ved innvilget uføretrygd (til venstre). Andel med positiv årlig inntekt og årlig inntekt over 2 G minst ett kalenderår fra 16-årsalder i befolkningen i årene 2000-2017 fordelt på alder (til høyre)

A. Andel som har hatt positiv årlig inntekt i minst ett kalenderår forut for uføretidspunktet



B. Andel som har hatt årlig inntekt over 2 G i minst ett år forut for uføretidspunktet



Merknad: Med årlig inntekt menes yrkesinntekt som meldt på lønns- og trekkoppgaven. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå.

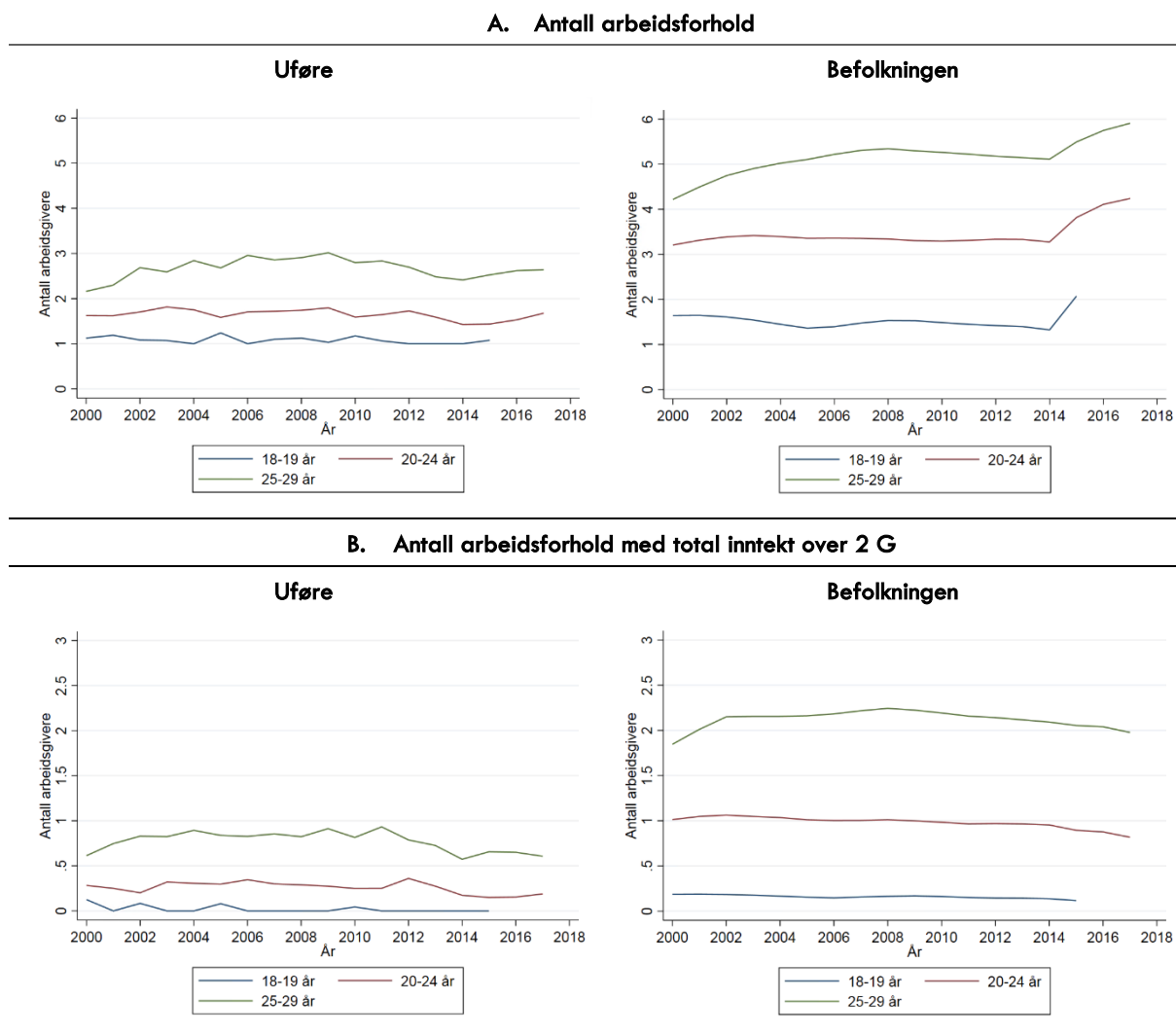
I Figur 4-11 har vi telt antall arbeidsforhold fra året de unge fylte 16 år og frem til året for innvilgelse av uføretrygd ved å identifisere antall arbeidsgivere som har utbetalt lønn. Metoden er ikke nøyaktig og kan både over- og underestimere antall arbeidsforhold. Overestimering er mulig dersom arbeidsgivere har endret organisasjonsnummer i forbindelse med omstrukturering, fusjon eller lignende. Underestimering kan skje dersom en person har hatt flere separate arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver. Dette er en mindre nøyaktig måte å telle arbeidsforhold på enn å bruke start- og stoppdatoer ved enkelte arbeidsforhold siden vi ikke fanger opp eventuelle opphold mellom arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver. Fordelen med metoden er at vi ikke trenger å forholde oss til manglende stoppdatoer, som er et forholdsvis omfattende problem i dataene for denne gruppen. I Panel A viser vi gjennomsnittlig antall

arbeidsforhold fra året man fylte 16 år og frem til året for innvilgelse av uføretrygd. Gjennomsnittet for de tre gruppene varierer mellom ett arbeidsforhold for de yngste og to til tre arbeidsforhold for de eldste. Det kan se ut som at gjennomsnittlig antall arbeidsforhold har gått ned etter 2009, særlig blant 25-29-åringene. De unge uføere har i snitt hatt omtrent halvparten så mange arbeidsforhold som sine jevnaldrende.

I Panel B i Figur 4-11 avgrensner vi fokuset til arbeidsforhold med total utbetalt lønn på over totalt 2 G fra året individene fylte 16 år til året for innvilgelse av uføretrygd. Unge i alle aldersgruppene har i gjennomsnitt hatt mindre enn ett arbeidsforhold med lønn over to G, hvilket tyder på at de fleste arbeidsforholdene har vært forholdsvis korte, eller med lav stillingsprosent. Når vi sammenligner med

befolkningen som helhet (til høyre), ser vi igjen at de uføre har betydelig færre arbeidsforhold med inntekt over 2 G enn sine jevnaldrende.

Figur 4-11 Antall arbeidsforhold fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd blant nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 fordelt på alder ved innvilget uføretrygd (til venstre) og fra 16-årsalder i befolkningen fordelt på alder (til høyre)



Merknad: Med arbeidsforhold menes antall arbeidsgivere, identifisert ved hjelp av organisasjonsnummer. Dersom en bedrift bytter organisasjonsnummer, f.eks. i forbindelse med fusjonering, vil vi telle det som to arbeidsforhold, selv om arbeidsgiver i praksis ikke endres. Analysen tar ikke høyde for at en person kan ha hatt flere arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå.

I panel A i Figur 4-12 analyserer vi gjennomsnittlig utbetalt total inntekt per arbeidsgiver for hele perioden fra fylte 16 år til uføretidspunktet. Blant de som fikk innvilget uføretrygd som 25-29-åring er gjennomsnittlig total arbeidsinntekt per arbeidsgiver på rundt 200 000 kroner, hvilket tilsvarer fem månedslønn for personer i aldersgruppen.³² For de som fikk innvilget uføretrygd som 20-24-åring er gjennomsnittet rundt 100 000 kroner, og for de yngste

rundt 30 000 kroner. Gjennomsnittlig inntekt per arbeidsgiver har sunket i perioden, særlig etter 2012.

Tilsvarende viser vi i Panel B total arbeidsinntekt i hele perioden fra fylte 16 år til året for innvilgelse av uføretrygd for de unge uføre (til venstre) og for den jevnaldrende befolkningen som helhet (til høyre). Figur 4-12 viser tydelig at arbeidsinntekten til de unge uføre ligger langt under arbeidsinntekten til deres jevnaldrende, og at forskjellen øker med alderen. For

³² 11421: Månedslønn, etter statistikk mål, sektor, næring (SN2007), alder, kjønn, avtalt arbeidstid, statistikkvariabel og år. <https://www.ssb.no/statbank/table/11421/>

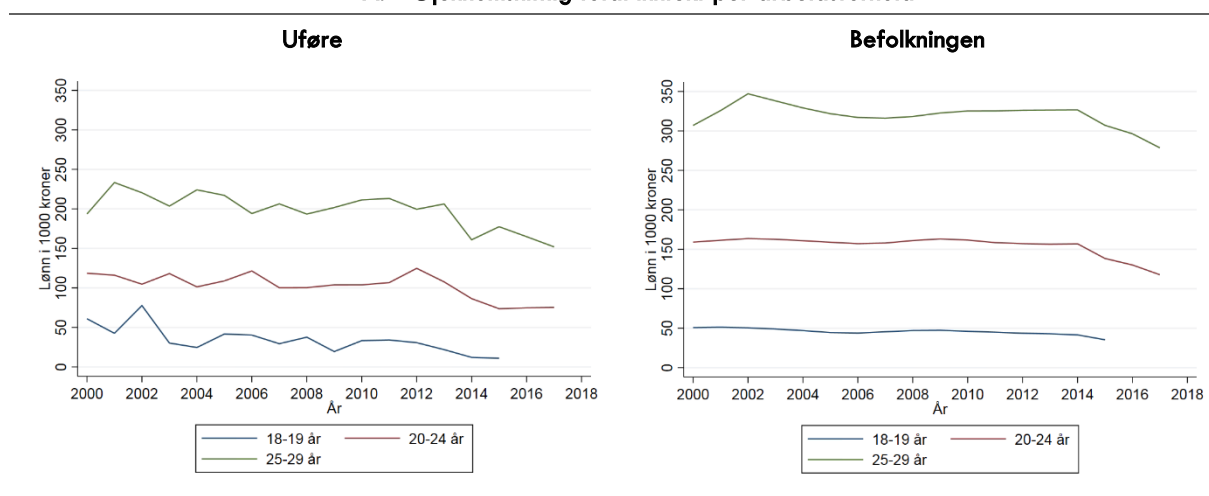
eksempel hadde en gjennomsnittlig 25-29-åring som ble innvilget uføretrygd i 2017 tjent rundt 400 000 kroner frem til uføretidspunktet, mens gjennomsnittet i befolkningen i samme aldersspenn var på ca. 1,6 millioner kroner. De unge uføre hadde altså tjent rundt en fjerdedel av hva deres jevnaldrende hadde tjent ved uføretidspunktet. Dette indikerer at

arbeidsdeltakelsen til de unge uføre har vært betraktelig svekket i mange år før uføretidspunktet.

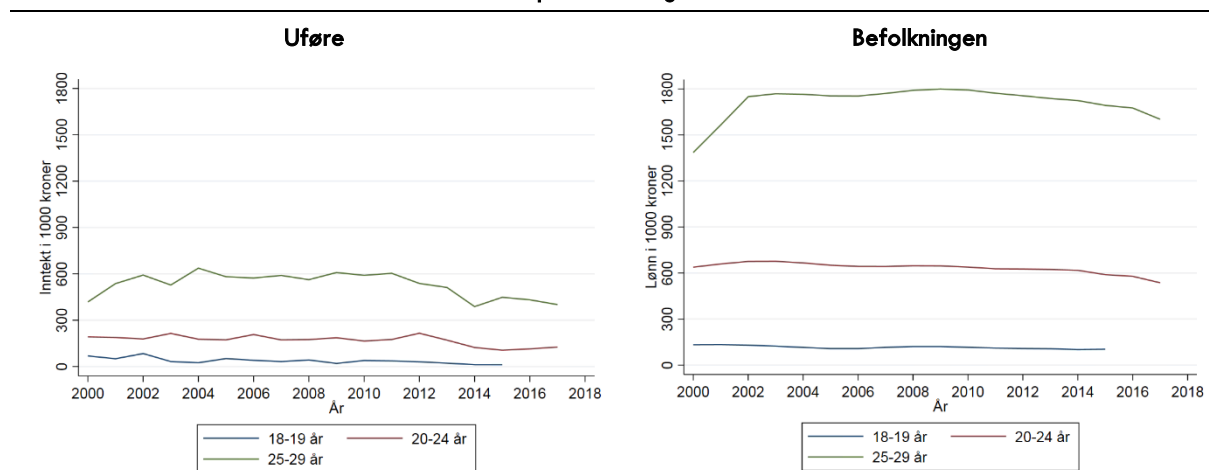
Analysene over sier ikke noe om hvordan arbeidsdeltakelsen fordeler seg på ulike perioder i årene før uføretrygd ble innvilget. I kapittel 4.4.1 ser vi derfor på omfanget av arbeidsdeltakelse i hvert år fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd.

Figur 4-12 Gjennomsnittlig inntekt fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd blant nye mottakere av uføretrygd i årene 2000-2017 fordelt på alder ved innvilget uføretrygd (til venstre) og andel med positiv årlig inntekt og årlig inntekt over 2 G minst et kalenderår fra 16-årsalder i befolkningen i årene 2000-2017 fordelt på alder (til høyre)

A. Gjennomsnittlig total inntekt per arbeidsforhold



B. Gjennomsnittlig total inntekt



Merknad: Med inntekt menes yrkesinntekt som meldt på lønns- og trekkoppgaven. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.3.5 Sammenheng mellom diagnoser og status i året for innvilget uføretrygd

I kapittel 2 viser vi at det er sammenheng mellom psykiske diagnoser og kjennetegn som utdanning, innvandrerbakgrunn og foreldrenes inntekt. Så langt har vi ikke tatt høyde for diagnosene til de unge uføre

i dette kapitlet, men i denne delen ser vi på sammenhengen mellom diagnoser og personkjenntegn ved uføretidspunktet. Vi tildeler de unge diagnoser basert på besøk hos fastlegen i året for innvilgelse av uføretrygd og året før uføretrygd ble innvilget, og ser nærmere på fire diagnosegrupper i tråd med Brage og Thune (2015): 1) sykdommer i nervesystemet, 2) sykdommer i muskel- og

skjelettsystemet 3) psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik, samt 4) psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming. Videre deler vi inn psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming i fire undergrupper: 1) organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser; 2) atferds- og personlighetsforstyrrelser; 3) depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser; samt 4) psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inklusive legemiddel- misbruk. Siden diagnosene fordeler seg ulikt på tvers av kjønn, deler vi også de unge uføre etter kjønn. Vi slår sammen unge som fikk innvilget uføretrygd i årene 2014-2017, for å unngå at resultatene drives av tilfeldig variasjon mellom år.

I Tabell 4-1 viser vi status i året for innvilgelse av uføretrygd blant 25-29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i årene 2014-2017, fordelt etter hvilke diagnoser de ble registrert med hos fastlegen i året for innvilgelse av uføretrygd eller i året før dette. Enkelte personer kan ha vært registrert med flere diagnoser og kan dermed forekomme i flere av kategoriene, mens andre ikke inngår i noen av kategoriene, unntatt kategorien «Alle», som omfatter alle i aldersgruppen som ble innvilget uføretrygd i perioden. I Tabell og Tabell i Vedlegg B viser vi på tilsvarende måte status for 20-24-åringer og 18-19-åringer.

Det mest gjennomgående trekket, som gjelder alle aldersgruppene, er at personer som har vært registrert med en diagnose innen psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser eller kromosomavvik,

i mindre grad enn andre er født i Norge, og oftere har foreldre med lav inntekt enn unge uføre med andre typer av psykiske diagnoser. De har også dårligere resultater i utdanningssystemet, og lavere arbeidsdeltakelse. Dette er i seg selv lite overraskende, gitt at disse lidelsene ofte gjør deltakelse i utdanning og arbeid vanskelig.

Personer med sykdommer i nervesystemet, eller i muskel- og skjelettsystemet har i snitt bedre resultater i utdanningssystemet og sterkere arbeidsdeltakelse enn personer med psykisk utviklingshemming eller enkelte typer av psykiske lidelser, selv om dette mønsteret ikke er like tydelig for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Det er noe variasjon mellom de ulike typene av psykiske lidelser, uten at det er noen tydelig systematikk i variasjonen. Et unntak er personer med psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, som gjennomgående kommer fra familier med lavere inntekt, og som i liten grad har fullført videregående utdanning. En stor andel i denne gruppen har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, men deres grunnskolepoeng er i snitt lavere enn for andre diagnosegrupper. Samtidig har få fullført videregående utdanning, hvilket indikerer at mange i denne gruppen har problemer allerede i tenårene.

Tabellene viser også at en høyere andel av de som har vært registrert med en psykisk lidelse er født i Norge enn hva som er tilfelle blant personer med sykdommer i nervesystemet og i muskel- og skjelettsystemet.

Tabell 4-1 Status i året for innvilgelse av uføretrygd blant personer som ble uføre som 25-29-åringer i 2014-2017

	Alle	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming	Organiske lidelser, schizofreni og glønnomgripende utviklingsforstyrrelser	Atferds- og personlighetsforstyrrelser	Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel- og misbruk
A. Menn									
Antall	2 199	402	703	175	1 685	703	995	922	261
Født i Norge (%)	88,3	87,6	86,9	78,9	89,1	85,9	89,4	91,6	91,6
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	39,3	40,0	38,6	37,8	39,0	40,8	38,6	38,1	36,6
Har grunnskolepoeng (%)	87,4	87,6	87,6	68,6	89,0	88,9	87,1	90,1	90,4
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	31,3	32,1	30,7	24,4	31,1	31,9	29,8	31,0	27,5
Fullført videregående skole (%)	20,4	26,9	20,9	8,6	18,6	21,5	15,0	18,9	10,3
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	83,7	85,8	88,5	80,6	83,6	82,6	83,5	85,9	85,8
Antall arbeidsgivere	2,4	2,7	2,6	2,1	2,4	2,2	2,4	2,4	2,3
Total arbeidsinntekt (kr)	450 090	614 869	564 222	315 864	411 310	351 819	408 917	448 772	372 981
B. Kvinner									
Antall	2 384	736	1 189	164	1 778	391	1 033	1 386	135
Født i Norge (%)	92,6	92,5	93,5	77,4	93,6	91,6	93,4	93,9	97,0
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	40,6	41,8	39,7	34,8	40,0	43,9	40,6	39,2	33,6
Har grunnskolepoeng (%)	92,0	92,9	93,2	72,0	92,8	90,3	91,6	93,0	88,9
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	36,4	36,7	36,3	28,8	36,0	36,4	35,1	36,0	31,7
Fullført videregående skole (%)	32,6	37,0	34,1	12,8	30,1	32,7	28,0	29,7	11,9
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	86,6	88,9	90,2	75,0	86,0	83,9	85,8	86,5	85,2
Antall arbeidsgivere	2,7	2,8	2,9	2,1	2,7	2,4	2,7	2,7	2,4
Total arbeidsinntekt (kr)	389 793	400 793	401 856	277 886	347 034	290 544	326 593	355 928	235 882

Merknad: Tabellen viser status i året for innvilgelse av uføretrygd for personer som i året før var registrert med en gitt diagnose hos fastlegen. Enkelte personer kan ha flere diagnoser, mens andre kun inngår i «Alle». Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår, antall arbeidsgivere og total arbeidsinntekt viser til hele perioden fra året personen fylte 16 til og med året for innvilgelse av uføretrygd. Kilde: Data på utlån fra Statistisk sentralbyrå og KUHR.

4.4 Unge uføres aktivitet forut for uføretrygd

I denne analysen følger vi unge mottakere av uføretrygd bakover i tid for å kartlegge deres bevegelser i utdanningssystemet og på arbeidsmarkedet før de ble uføretrygdet. Vi presenterer resultater for 19-åringer, 24-åringer og 29-åringer som ble uføretrygdet i perioden 2015-2017.³³ Vi sammenligner disse med jevnaldrende som ikke var uføretrygdet per 2017 (sammenligningsgruppen) for å analysere i hvilken grad de to gruppene skiller seg fra hverandre i årene før uføretrygd ble innvilget.

For å danne et overordnet bilde av aktiviteten til de unge i hvert år forut for innvilgning av uføretrygd, identifiserer og rangerer vi en rekke tilstander, som i stor grad sammenfaller med de unges kilde til livsopphold:

1. Ikke bosatt i Norge
2. Arbeidsavklaringspenger (AAP)
3. Sysselsatt med lønn over 2 G³⁴
4. Sysselsatt med lønn over 1 G
5. Utdanning
6. Arbeidsledig med dagpenger³⁵
7. Økonomisk sosialhjelp
8. Ingen/annen aktivitet

For hvert år er hvert individ tildelt en av tilstandene over, hvor et lavt tall trumfer et høyt tall dersom flere av tilstandene stemmer for individet. Dette vil gi et forenklet bilde av hovedaktiviteten i hvert år, og det sier også noe om individets kilde til livsopphold. For eksempel vil en person som har vært sysselsatt med en inntekt over to ganger grunnbeløpet i Folketrygden og samtidig har vært i utdanning bli registrert som sysselsatt. Senere analyserer vi arbeidsdeltakelse, deltakelse i utdanning, mottak av trygdeytelser og deltakelse i arbeidsrettede tiltak hver for seg. Resultatene presenteres visuelt i grafer, men for å støtte tolkingen av figurene presenterer vi også resultatene i tabeller i Vedlegg B.

Figur 4-13 viser at det er store forskjeller mellom de som blir uføretrygdet og de som ikke blir det, og at

disse forskjellene er til stede flere år forut for uføretidspunktet. I Panel A sammenligner vi 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i perioden 2015-2017 med jevnaldrende som ikke hadde blitt uføretrygdet per 2016. Vi følger dem tretten år tilbake i tid til året de fylte 16 år. Før fylte 18 år, var den største forskjellen mellom gruppene at en større andel av sammenligningsgruppen ikke var bosatt i Norge. Av de som var bosatt i Norge, var de aller fleste registrert i utdanning. Men allerede året de fylte 18 år, kan man se at de to gruppene skiller seg fra hverandre. Andelen som mottok arbeidsavklaringspenger, begynte å øke blant de som senere mottok uføretrygd. Andelen som var registrert i utdanning begynte å synke i begge gruppene, men i sammenligningsgruppen skyldes dette i hovedsak overgang til arbeid. Etter fylte 20 år, økte andelen mottakere av arbeidsavklaringspenger blant de unge uføre jevnt frem til uføretidspunktet. Blant de som mottok uføretrygd var også andelen som mottok dagpenger eller økonomisk sosialhjelp høyere.

24-åringer studeres nærmere i Panel B, og deres utvikling følger stort sett samme mønster som 29-åringenes. Også her kan man observere forskjeller mellom de som senere mottar uføretrygd og de som ikke gjør det, og forskjellene er observerbare allerede ved 18-årsalder. 24-åringene kom i mindre grad enn 29-åringene i arbeid før de fikk innvilget uføretrygd. Også i denne gruppen er mottak av arbeidsavklaringspenger den dominerende «aktiviteten» til de unge mottakerne som senere mottar uføretrygd.

Vi kan bare følge 19-åringene tre år før de får innvilget uføretrygd, men også i denne aldersgruppen ser vi forskjeller mellom de som senere mottar uføretrygd, og de som ikke gjør det (Panel C). Noen begynte å motta arbeidsavklaringspenger da de fylte 18, men de fleste var registrert i utdanning frem til de ble innvilget uføretrygd. Ytterst få deltok i arbeidslivet. Dette henger sannsynligvis sammen med at mange som blir innvilget uføretrygd i ung alder har medfødte sykdommer og tilstander som gjør det utfordrende å delta i arbeidslivet.

³³ 19-åringene fikk innvilget uføretrygd i 2015-2016. Data for 2017 var ikke tilgjengelige i analysen.

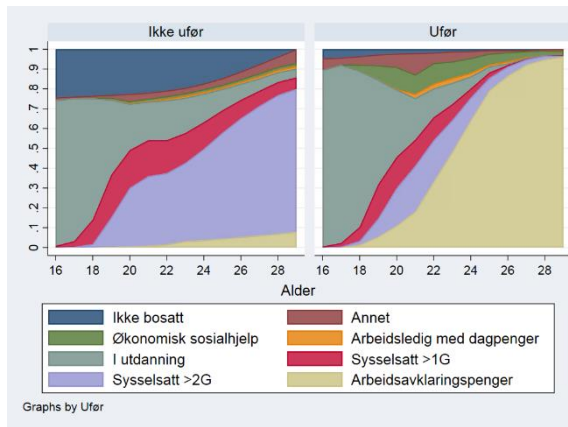
³⁴ En person er registrert som sysselsatt i et gitt år dersom yrkesinntekten overstiger 2G. Sykepenger er ikke tatt med.

³⁵ Arbeidsledige som ikke mottar dagpenger er ikke tatt med her siden vi ønsker å belyse individenes kilde til

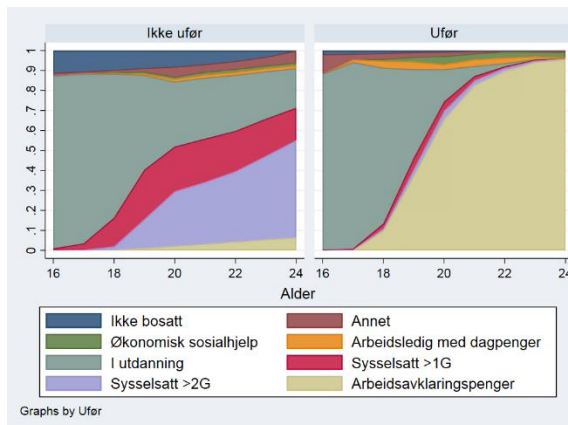
livsopphold. Dersom arbeidsledige som ikke mottar dagpenger inkluderes, øker andelen arbeidsledige, mens andelen som er registrert med økonomisk sosialhjelp eller «annen» status minker.

Figur 4-13 Årlig aktivitet blant 19-, 24- og 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, samt blant jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd

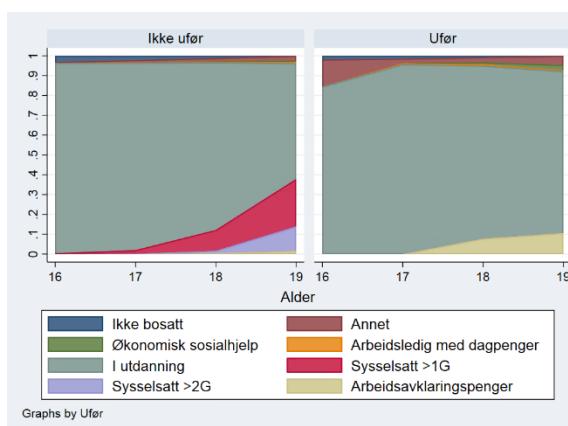
A. 29-åringer



B. 24-åringer



C. 19-åringer



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.4.2 Arbeidsdeltakelse

Analysen av nye mottakere av uføretrygd i avsnitt 4.3.4 antydte at arbeidsdeltakelsen i forkant av innvilget uføretrygd var lav. I dette avsnittet analyserer vi arbeidsdeltakelsen i årene før uføretrygd ble innvilget. Vi kartlegger inntektsnivået i årene før innvilget uføretrygd som et mål på deltakelse i arbeidsmarkedet og sammenligner med jevnaldrende som var uføretrygdet.

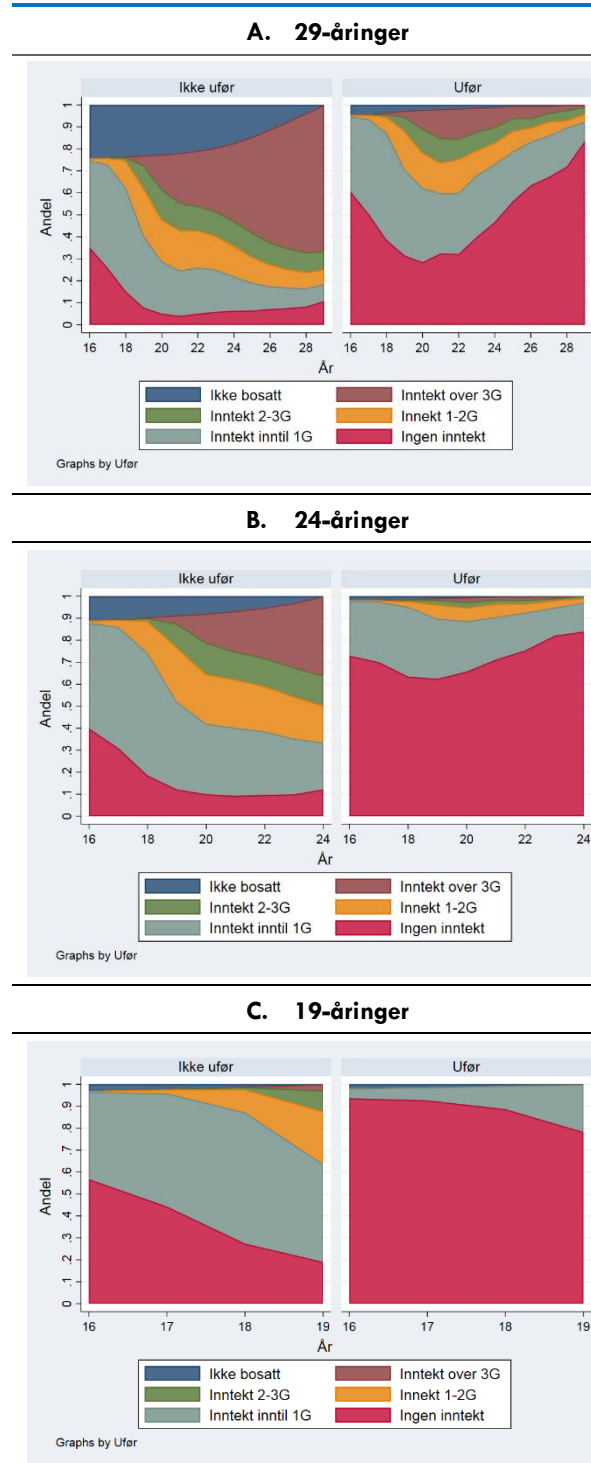
Vi bruker igjen folketrygdens grunnbeløp (G) og opplysninger om bostedskommune til å gruppere utvalget i fem grupper (i tillegg til ikke bosatt):

1. Ingen inntekt
2. Inntekt inntil 1 G
3. Inntekt 1-2 G
4. Inntekt 2-3 G
5. Inntekt over 3 G

Inntektsutviklingen til 29-åringene vises i Panel A i Figur 4-14. Allerede i 16-årsalderen var andelen som hadde arbeidsinntekt lavere blant de som senere mottok uføretrygd enn blant deres jevnaldrende. Dette gjelder for alle aldersgrupper. Arbeidsdeltakelsen, målt ved hvor mange som hadde arbeidsinntekt, økte så frem til året de fylte 20 år, da så mange som 70 prosent hadde positiv arbeidsinntekt. Deretter falt andelen med positiv inntekt jevnt frem mot året for innvilgelse av uføretrygd. De fleste som hadde arbeidsinntekt, tjente mindre enn grunnbeløpet, som i 2019 var 99 858 kroner. Samtidig er det verdt å notere at 35 prosent av 29-åringene hadde positiv inntekt i året for innvilgelse av uføretrygd, hvilket kan gjenspeile at noen mottar gradert uføretrygd.

Blant 24-åringene som ble innvilget uføretrygd i 2015-2017 lå andelen som ikke hadde arbeidsinntekt rundt 70 prosent året de fylte 16 år, sammenlignet med drøyt 70 prosent av de som ikke var uføre (Panel B). Blant de uføre som hadde en inntekt, var inntekten lav (under 1 G). Blant 19-åringene hadde bare rundt 10 prosent av utvalget arbeidsinntekt i årene før uføretrygd ble innvilget, og inntektene var små (Panel C).

Figur 4-14 Arbeidsinntekt i intervaller blant 19-, 24- og 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, samt blant jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd

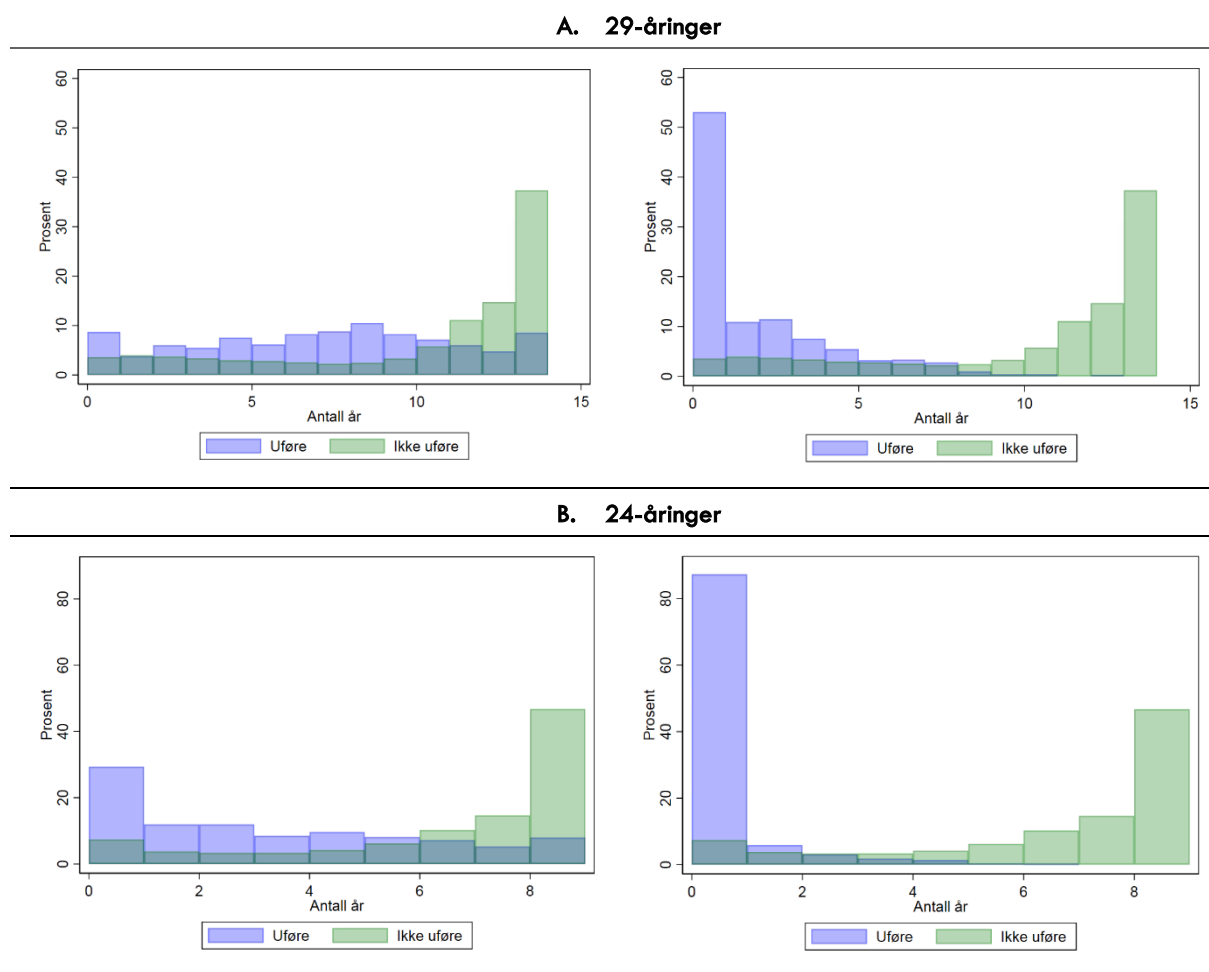


Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Analysen sier ikke noe om varigheten i arbeidsdeltakelsen til de unge, og derfor viser vi i Figur 4-15 fordelingen av antall år med positiv arbeidsinntekt (til venstre) og antall år med arbeidsinntekt over 2 G (til høyre). Blant 29-åringene var det i underkant av 10 prosent som ikke hadde positiv arbeidsinntekt ett eneste år innen utgangen av året de ble innvilget uføretrygd (Panel A). I gjennomsnitt hadde gruppen positiv inntekt i 6,6 kalenderår, og de fleste hadde positiv arbeidsinntekt i 6-10 år. Knappt

halvparten av de unge som ble uføretrygdet som 29-åringene hadde ikke arbeidsinntekt over 2 G et eneste år i perioden, og bare rundt 10 prosent hadde inntekt over 2 G i med enn fem kalenderår. Blant 24-åringene hadde 65 prosent positiv inntekt minst et år før de fikk innvilget uføretrygd, men bare 15 prosent hadde inntekt over 2 G i minste et kalenderår. Blant de som hadde positiv inntekt, var gjennomsnittet 2,5 kalenderår. Drøyt 70 prosent av 19-åringene hadde ikke positiv inntekt ett eneste år (ikke vist i figur).

Figur 4-15 Antall kalenderår med positiv arbeidsinntekt (til venstre) og arbeidsinntekt over 2 G (til høyre) blant 24- og 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, samt blant jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd per 2016



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Så langt har vi utelukkende fokusert på unge som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017. I Figur 4-16 sammenligner vi unge i ulike fødselskull som fikk innvilget uføretrygd ved 24 og 29 år mellom 2002 og 2017, for å avdekke om det har vært endringer i arbeidsdeltakelse og inntekt over tid. Figuren viser andelen som hadde arbeidsinntekt i årene før innvilget uføretrygd til venstre, og gjennomsnittlig årlig arbeidsinntekt til høyre. Inntektene er inflasjonsjusterte til prisenivået i 2019.

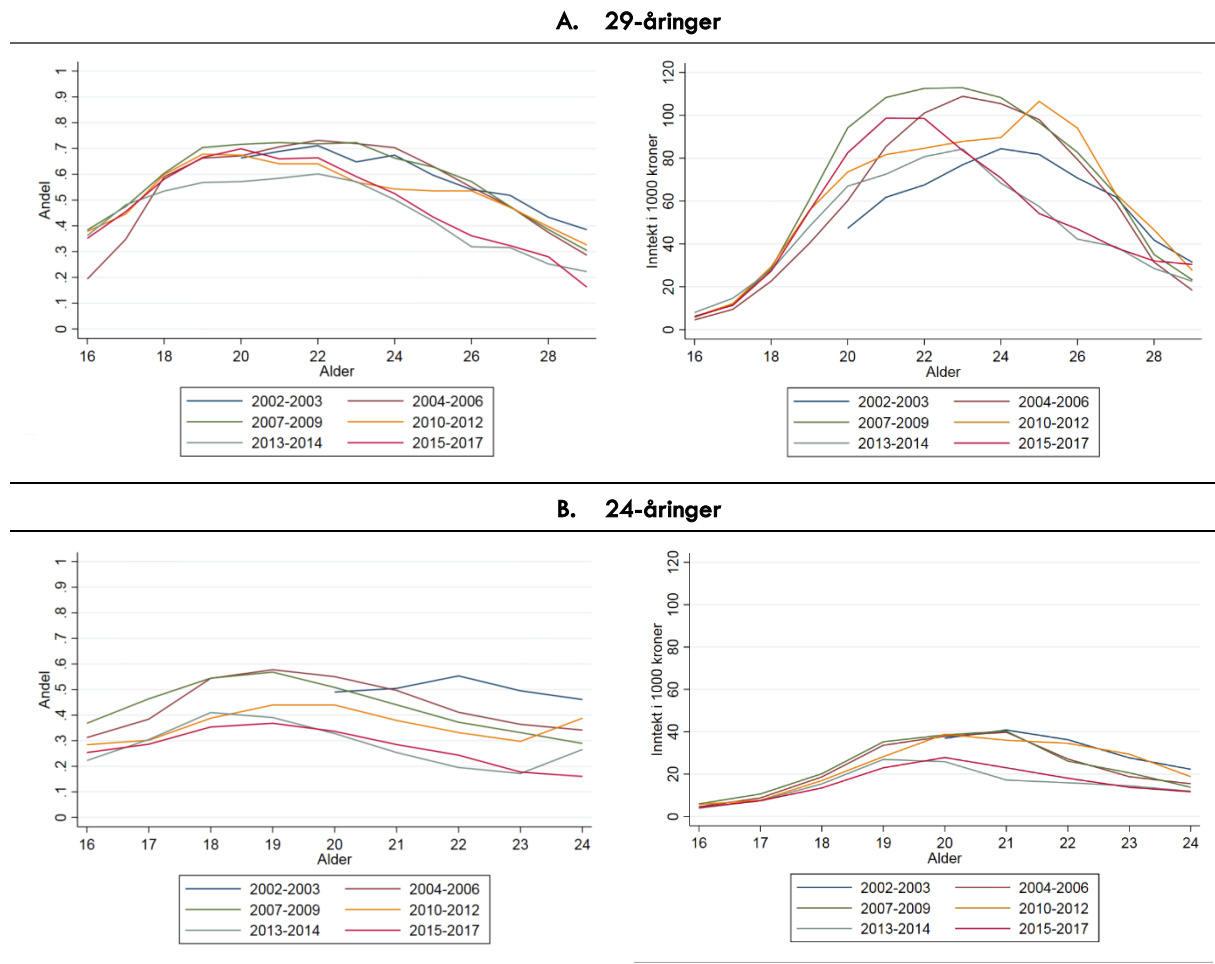
Andelen med arbeidsinntekt de fem til seks siste årene før innvilget uføretrygd var lavere i de senere kohortene, både for 24- og 29-åringene. Forskjellen mellom 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2003 og i 2015-2017 ligger mellom 15 og 20 prosentpoeng i alderen 24 til 29 år. Forskjellen var enda større blant 24-åringene.

Når vi analyserer gjennomsnittsinntekt skiller de yngste kohortene seg også ut ved at de hadde lavere gjennomsnittlig inntekt de siste årene før de fikk

innvilget uføretrygd enn eldre kohorter (både blant 24- og 29-åringene). Samlet sett underbygger dette

tidligere funn som indikerer at de som har fått innvilget uføretrygd i senere år har hatt svakere arbeidsmarkedstilknytning enn eldre årskull.

Figur 4-16 Andel med positiv årlig arbeidsinntekt (til venstre) og gjennomsnittlig årlig arbeidsinntekt (til høyre) blant 24- og 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.4.2 Deltakelse i utdanning

I dette avsnittet ser vi nærmere på de unges deltakelse i utdanning i årene forut for uføretrygd. Vi observerer hvor stor andel av utvalgte kull som er registrert i utdanning i løpet av hvert kalenderår. Vi skiller her mellom sju utdanningsnivåer, i tillegg til to kategorier som ikke er knyttet til utdanning:

1. Ikke bosatt
2. Ikke i utdanning
3. Universitet, høyere nivå
4. Universitet, lavere nivå
5. Påbygging til videregående utdanning
6. Videregående, avsluttende utdanning
7. Videregående, grunnutdanning
8. Grunnskole
9. Uoppgitt utdanning

Dersom en person er registrert på ulike utdanningsnivåer i løpet av samme år, registreres utdanningen som er på høyest nivå. I Figur 4-17 sammenligner vi 19-, 24- og 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017 (til høyre) og jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd (til venstre).

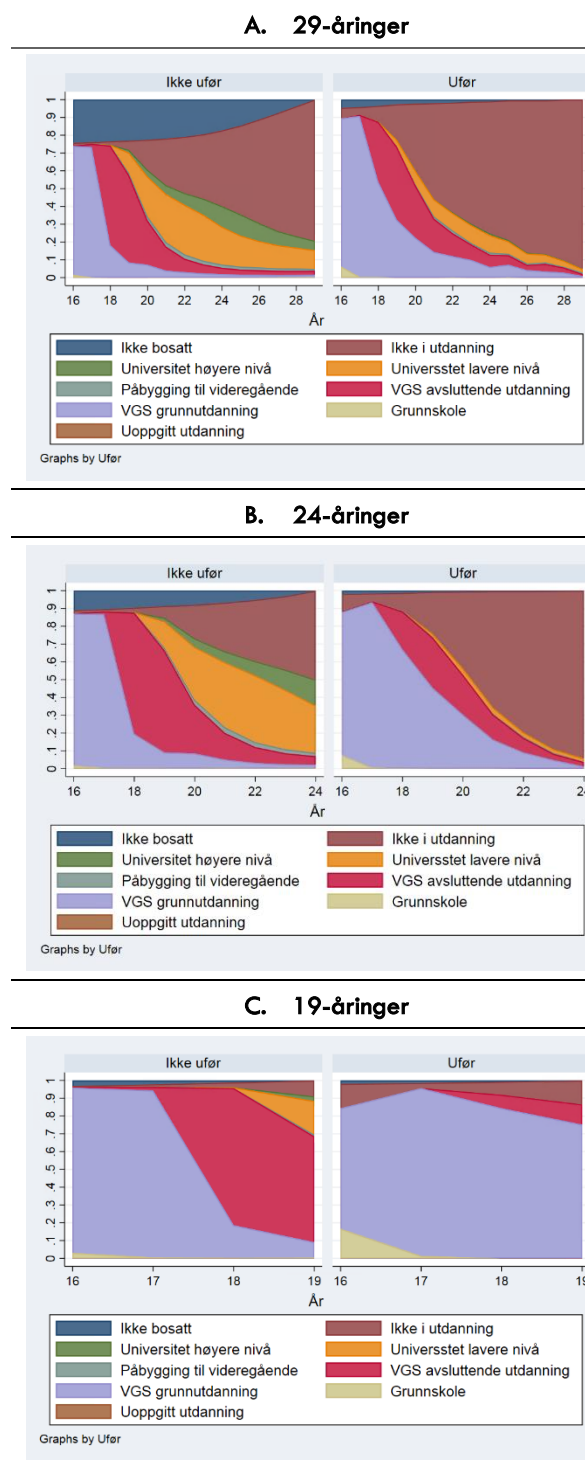
Ved 16-årsalder var de aller fleste 29-åringene registrert i videregående grunnutdanning (Panel A). Det som er interessant, er at en betydelig del av de som ved 29-årsalder ble uføretrygdet forble registrert på videregående grunnutdanning når deres jevnaldrende gikk videre til avsluttende videregående utdanning og til høyere utdanning. Frem til året de fylte 19, var andelen som var registrert i utdanning omtrent like høy i de to gruppene, men deretter avtar deltakelse i utdanning blant de uføre. Blant de uføre var inntil 10 prosent registrert i høyere utdanning på bachelornivå tidlig i 20-årene. Det var nærmest ingen

som begynte på masterutdanning, selv om gruppen ikke mottok uføretrygd før året de fylte 29 år.

24- og 19-åringene følger samme mønster som 29-åringene, ved at de fleste begynte på videregående utdanning, men uten å fullføre. Det var også ytterst få av 19- og 24-åringene som i det hele tatt var registrert i høyere utdanning før de ble uføretrygdet. Dataene som er brukt i analysen sier ikke noe om hvor aktivt de unge uføre deltok i undervisning i løpet av året, kun om man per 1. oktober var registrert i utdanning. Dermed er det vanskelig å lese noe mer ut av dataene om deltakelse i utdanning enn det som er beskrevet over.

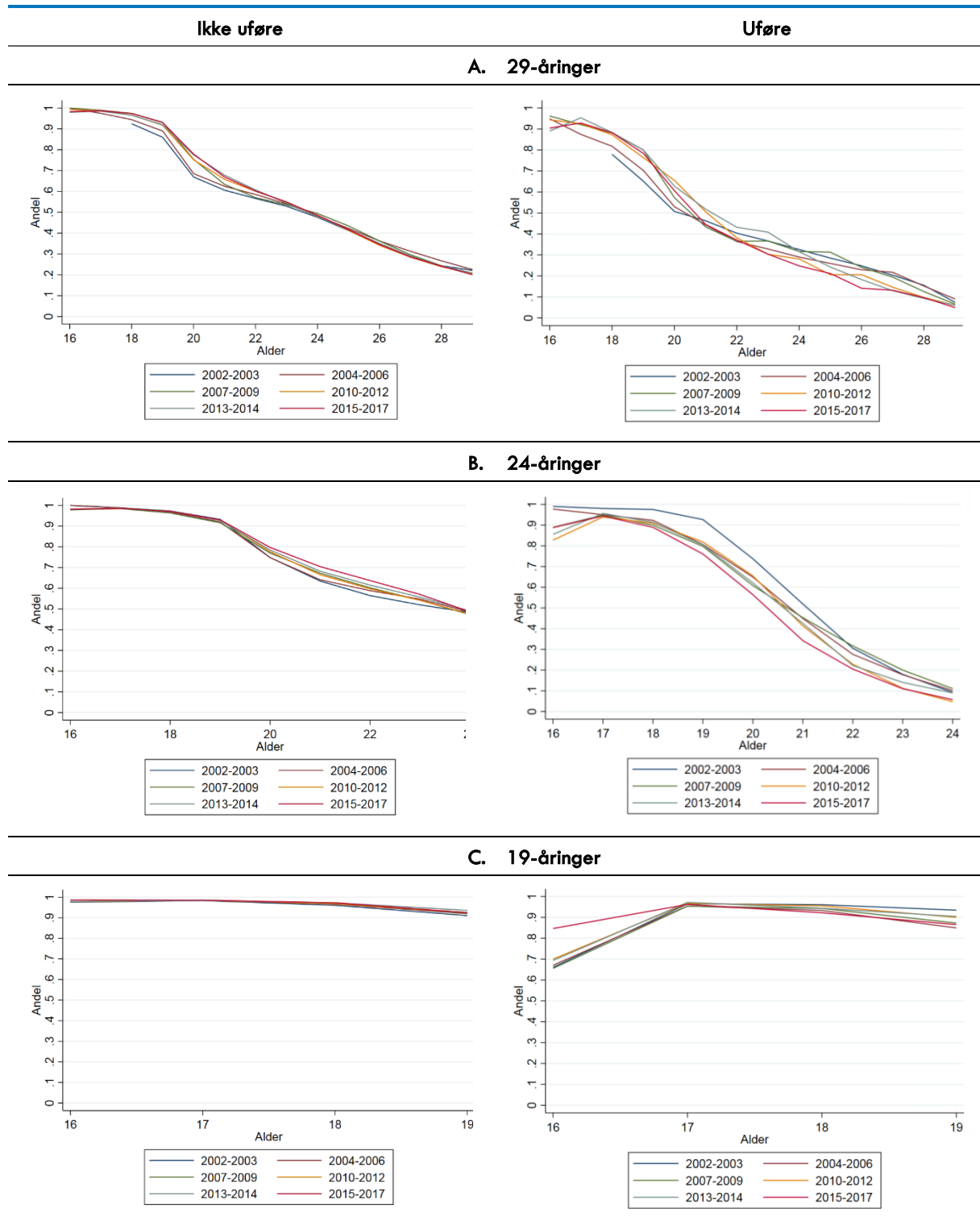
I Figur 4-18 viser vi andelen av de unge uføre som ble innvilget uføretrygd mellom 2002 og 2017, som var registrert i utdanning (uavhengig av utdanningsnivå) hvert år fra 16-årsalder (til høyre) og tilsvarende for den delen av befolkningen som ikke hadde fått innvilget uføretrygd ved samme alder (til venstre). Analysen gir ikke noe sterkt grunnlag for å konkludere om endringer i utviklingen i deltakelse i utdanning over tid, men det kan se ut som at noe flere av 24-åringene i de tidligere kohortene var registrert i utdanning ved høyere alder enn yngre kohorter. Når vi sammenligner de unge uføre med den jevnaldrende befolkningen som ikke mottok uføretrygd i årene før uføretrygd ble innvilget, ser vi at deltakelsen i utdanning generelt er lavere blant de unge uføre, enn i sammenligningsgruppen. Dette gjelder alle aldersgrupper, helt fra 16-årsalder og frem til året for innvilgelse av uføretrygd.

Figur 4-17 Deltakelse i utdanning blant 19-, 24- og 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, samt blant jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-18 Deltakelse i utdanning blant 19-, 24- og 29-åringer som ble uføretrygdet i 2002-2017 (til høyre), samt jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd i samme periode (til venstre)



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.4.3 Mottak av trygdeytelser

I denne delen av analysen ser vi nærmere på de unges mottak av trygdeytelser i årene før de fikk innvilget uføretrygd. Analysen følger samme mønster som ovenfor, ved at vi følger 19-, 24- og 29-åringer

som fikk innvilget uføretrygd i årene 2015-2017 fra året de fylte 16 år. Vi sammenligner med jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd (sammenligningsgruppen). Ytelsene vi analyserer er:

1. Arbeidsavklaringspenger (AAP), inkludert forgjengere
 - Attføringspenger
 - Rehabiliteringspenger
2. Sykepenger
3. Dagpenger
4. Økonomisk sosialhjelp
5. Tiltakspenger
6. Kvalifiseringsstønad

I tillegg analyserer vi andelen som ved hver alder mottok minst en av disse ytelsene.

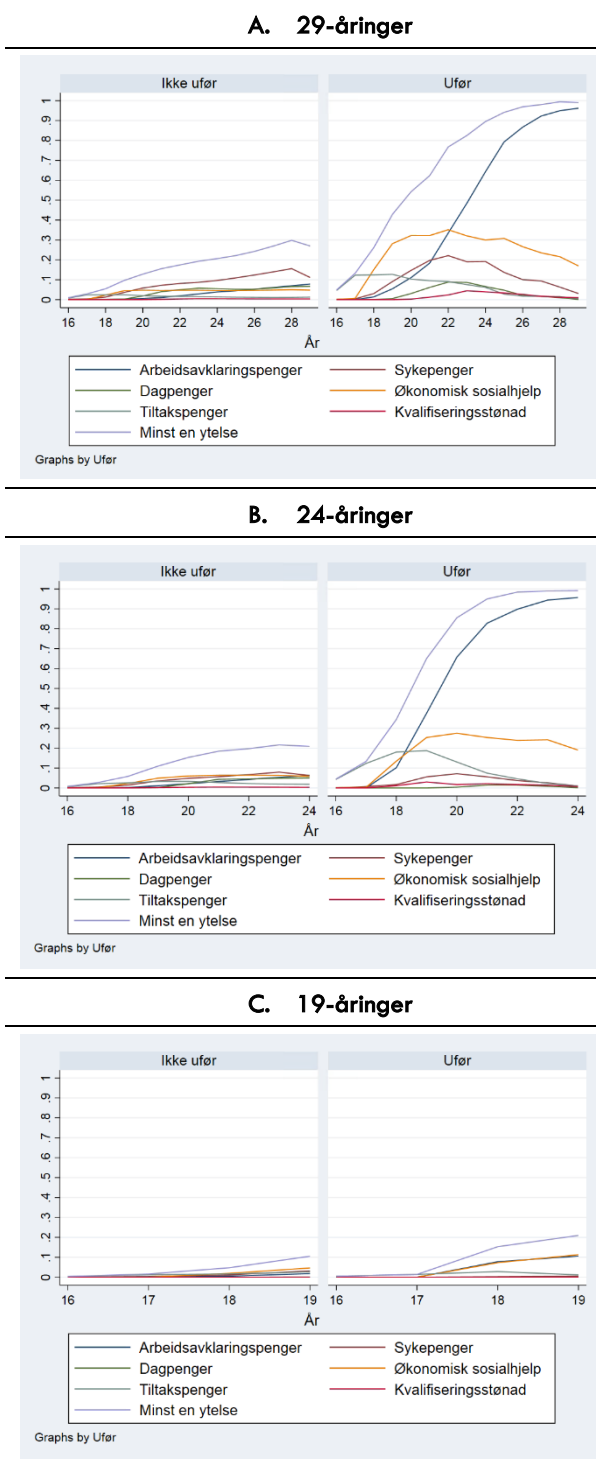
I Panel A i Figur 4-19 fokuserer vi på personer som fikk innvilget uføretrygd ved 29-årsalder. Det første som blir tydelig er at mottakelse av trygdeytelser er mye mer omfattende blant de unge uføre enn de som ikke ble uføretrygdet, og at mottakelse av ytelser øker allerede året de fyller 17 år. Allerede ved 20-årsalder mottok drøyt halvparten av de som senere fikk innvilget uføretrygd en trygdeytelse, sammenlignet med 12 prosent i sammenligningsgruppen. Andelen som mottok ytelser fortsatte å øke jevnt med alderen, og ved 24-årsalder mottok hele 90 prosent minst en stønad.

Mottaket av tiltakspenger og økonomisk sosialhjelp økte raskest i tenårene, hvilket kan forklares av at målgruppen ikke hadde opparbeidet seg rettigheter til syke- eller dagpenger. Ved 19-årsalder mottok 29 prosent økonomisk sosialhjelp og 13 prosent tiltakspenger, mens rundt 9 prosent mottok sykepenger. Ved 23-årsalder begynte andelen som mottok økonomisk sosialhjelp og sykepenger å synke, mens andelen som mottok arbeidsavklaringspenger økte.

Mottaket av stønader blant de som fikk innvilget uføretrygd som 24-åring følger stort sett samme mønster som blant 29-åringene (Panel B). Mottaket av trygdeytelser begynte for noen allerede før fylte 18 år (først og fremst tiltakspenger). En forskjell sammenlignet med 29-åringene, er at 24-åringene i mindre grad mottok sykepenger og dagpenger, hvilket henger sammen med lavere arbeidsdeltakelse.

19-åringene mottok i mindre grad trygdeytelser i forkant av at de ble innvilget uføretrygd (Panel C). Arbeidsavklaringspenger og økonomisk sosialhjelp var de mest brukte ytelsene, men ikke mer enn 10 prosent av utvalget mottok arbeidsavklaringspenger da de var 19 år gamle.

Figur 4-19 Mottak av trygdeytelser blant 19-, 24- og 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, samt blant jevnaldrende som ikke mottok uføretrygd



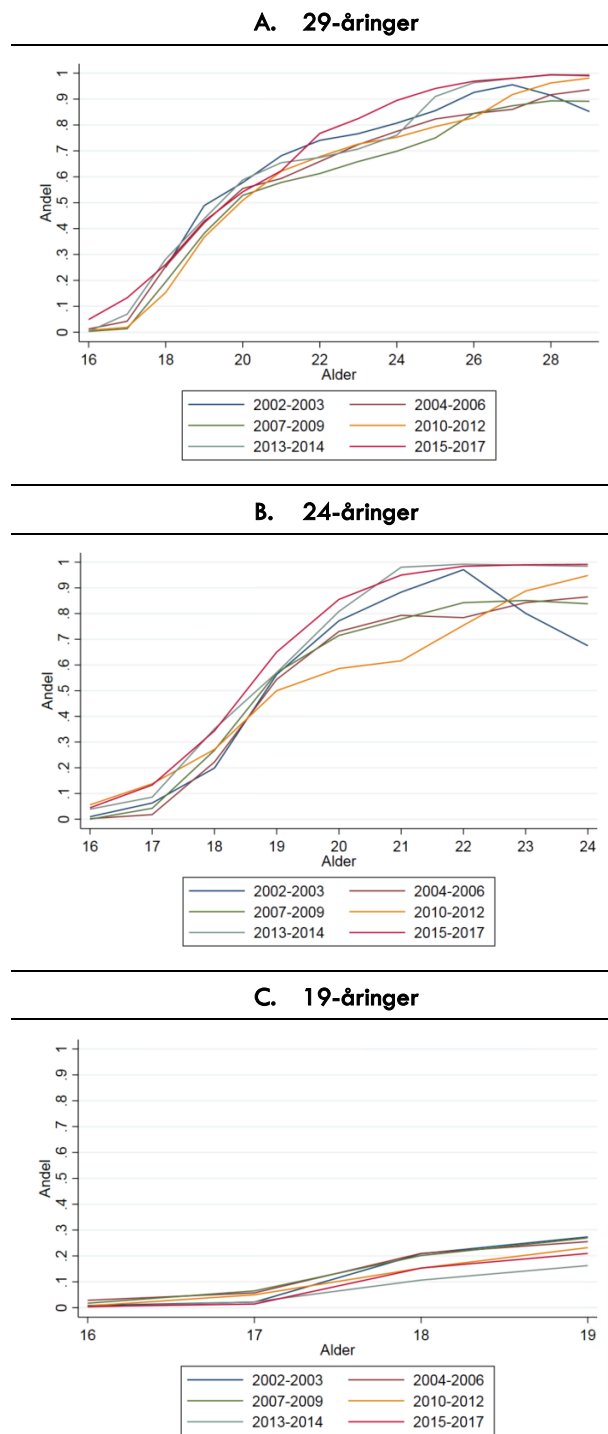
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

I Figur 4-20 viser vi andelen 19-, 24- og 29-åringer som mottok minst en ytelse i årene før de fikk innvilget uføretrygd i årene 2002-2017. Allerede ved 18-årsalder mottok 20 prosent av 29-åringene minst en trygdeytelse, og andelen fortsatte å stige jevnt i årene frem mot uføretrygd. Ved 24-årsalder mottok 70-90 prosent minst en ytelse, avhengig av kohort. I kohortene som fikk innvilget uføretrygd i 2004-2010 var det en lavere andel som mottok trygdeytelser de siste årene før uføretrygd enn i de øvrige kohortene. I det yngste kullet, som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, er andelen som mottok minst en ytelse i årene før uføretrygd ble innvilget høyere enn i alle tidligere kull. Vi ser et lignende mønster også blant 24-åringene.

I Figur 4-21 ser vi nærmere på mottaket av de ulike ytelsene for 29-åringer som ble innvilget uføretrygd mellom 2002 og 2017. 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd etter 2012 har i høyere grad mottatt arbeidsavklaringspenger (eller en av forgjengerne) enn tidligere kull. Samtidig ser vi at disse yngste kullene i mindre grad enn tidligere kull har mottatt økonomisk sosialhjelp og sykepenger de siste årene før uføretrygd ble innvilget. Dette henger trolig sammen med innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010. Arbeidsavklaringspenger favner noe bredere enn ytelsene de erstattet og kan også delvis ha erstattet behovet for økonomisk sosialhjelp for personer som ikke hadde tilgang til andre ytelser, f.eks. på grunn av manglende arbeidsmarkeds-tilknytning (Mandal, et al., 2015). At mange i de yngste kullene har mottatt arbeidsavklaringspenger i mer enn fire år, kan også delvis forklares av at personer som ved innføringen av arbeidsavklaringspenger mottok attførings- eller rehabiliteringspenger, fikk sin stønad konvertert til arbeidsavklaringspenger, som kunne mottas i inntil fire år (Bragstad, 2018).

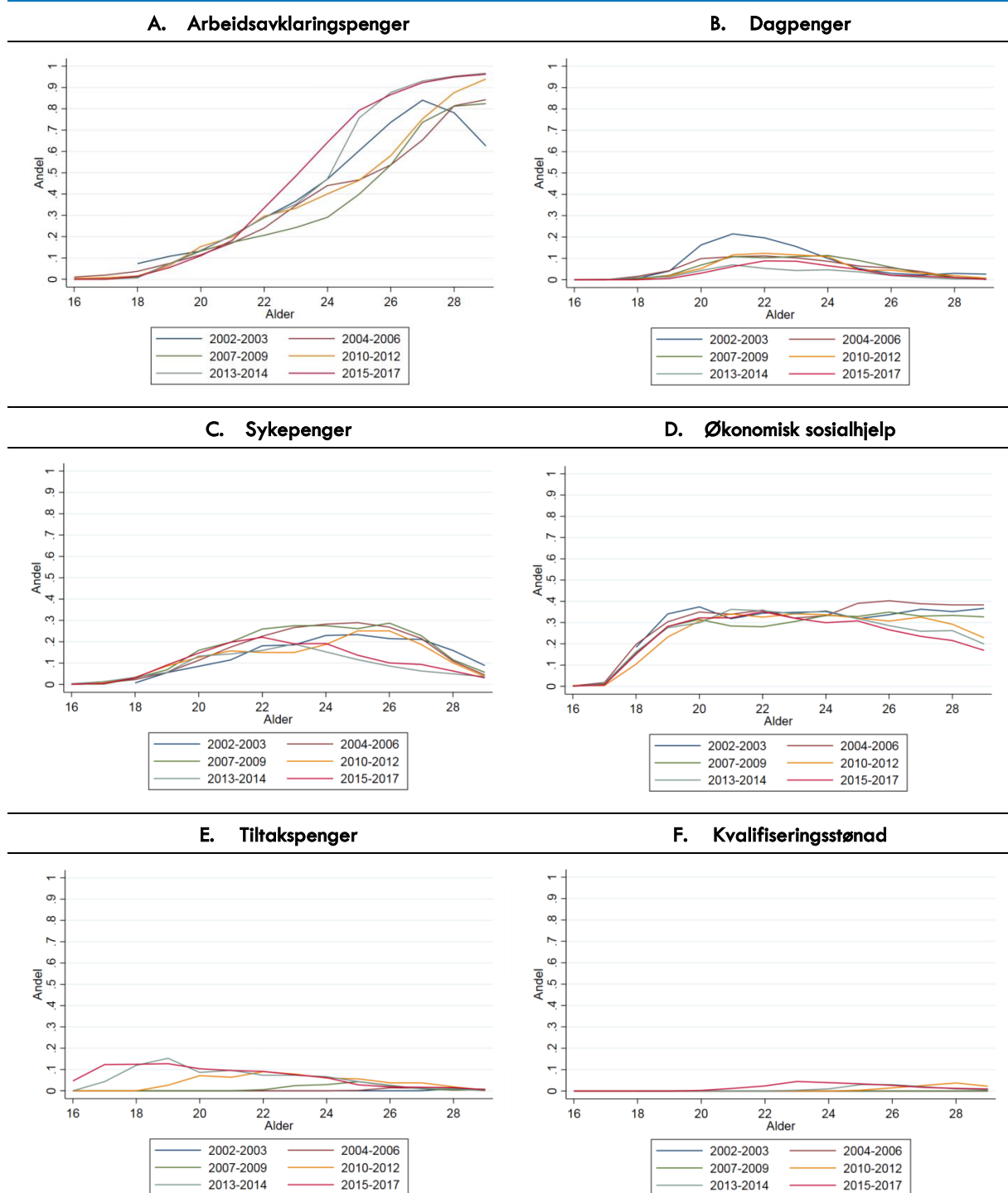
Tiltakspenger er også en ytelse som har blitt mer vanlig blant de yngste kullene, og da særlig tidlig i 20-årene. For 24-åringene ser vi stort sett samme utvikling som blant 29-åringene (Figur 4-22). Selv om mottaket av stønader samlet sett var lavt blant de som fikk innvilget uføretrygd som 19-åringer, har mottaket av arbeidsavklaringspenger økt noe over tid, mens mottaket av økonomisk sosialhjelp har minket (ikke vist i figur).

Figur 4-20 Andel som mottok minst en trygdeytelse i årene før de fikk innvilget trygd av 19-, 24- og 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



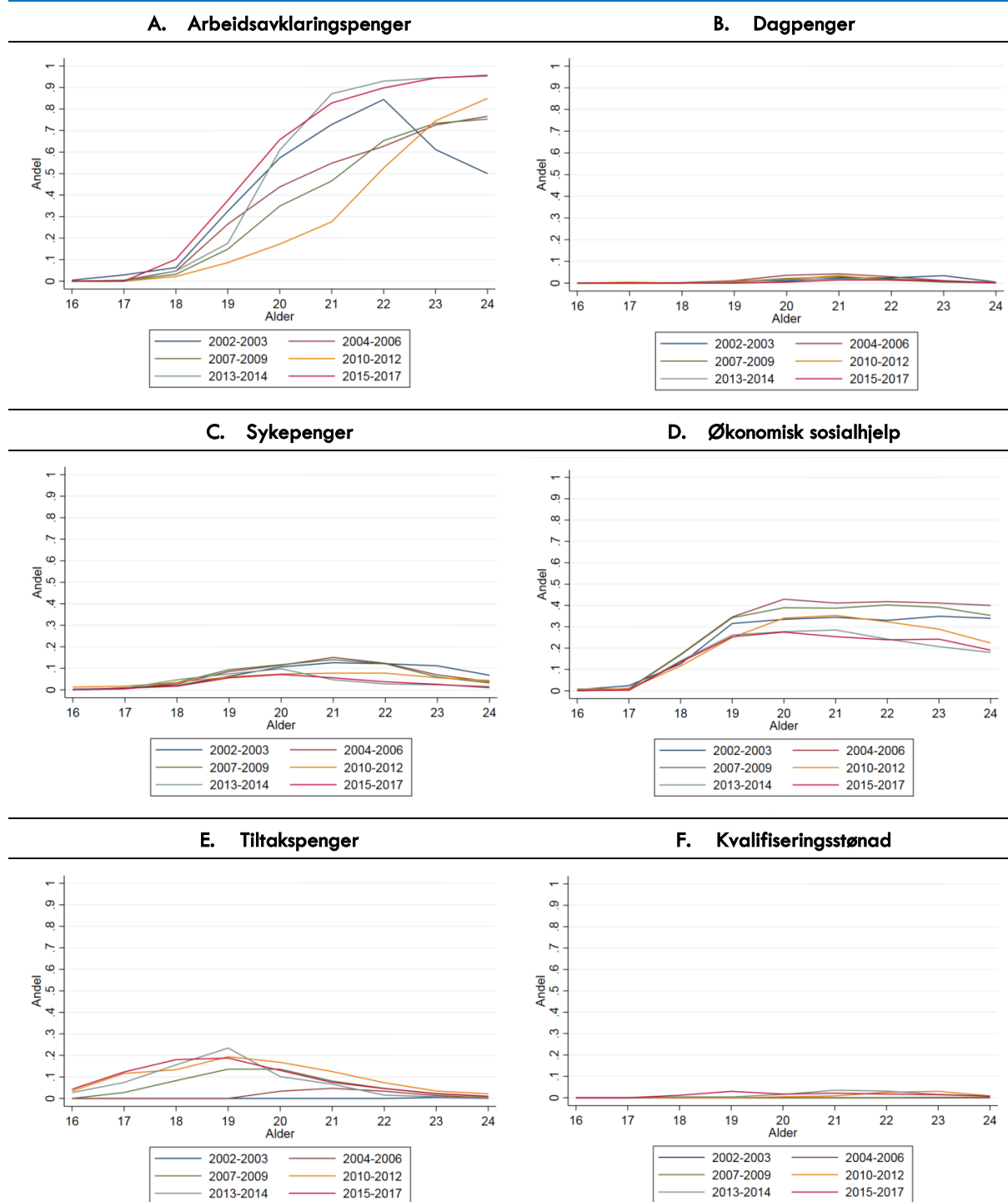
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-21 Mottak av trygdeytelser blant 29-åring som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-22 Mottak av trygdeytelser blant 24-åring som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



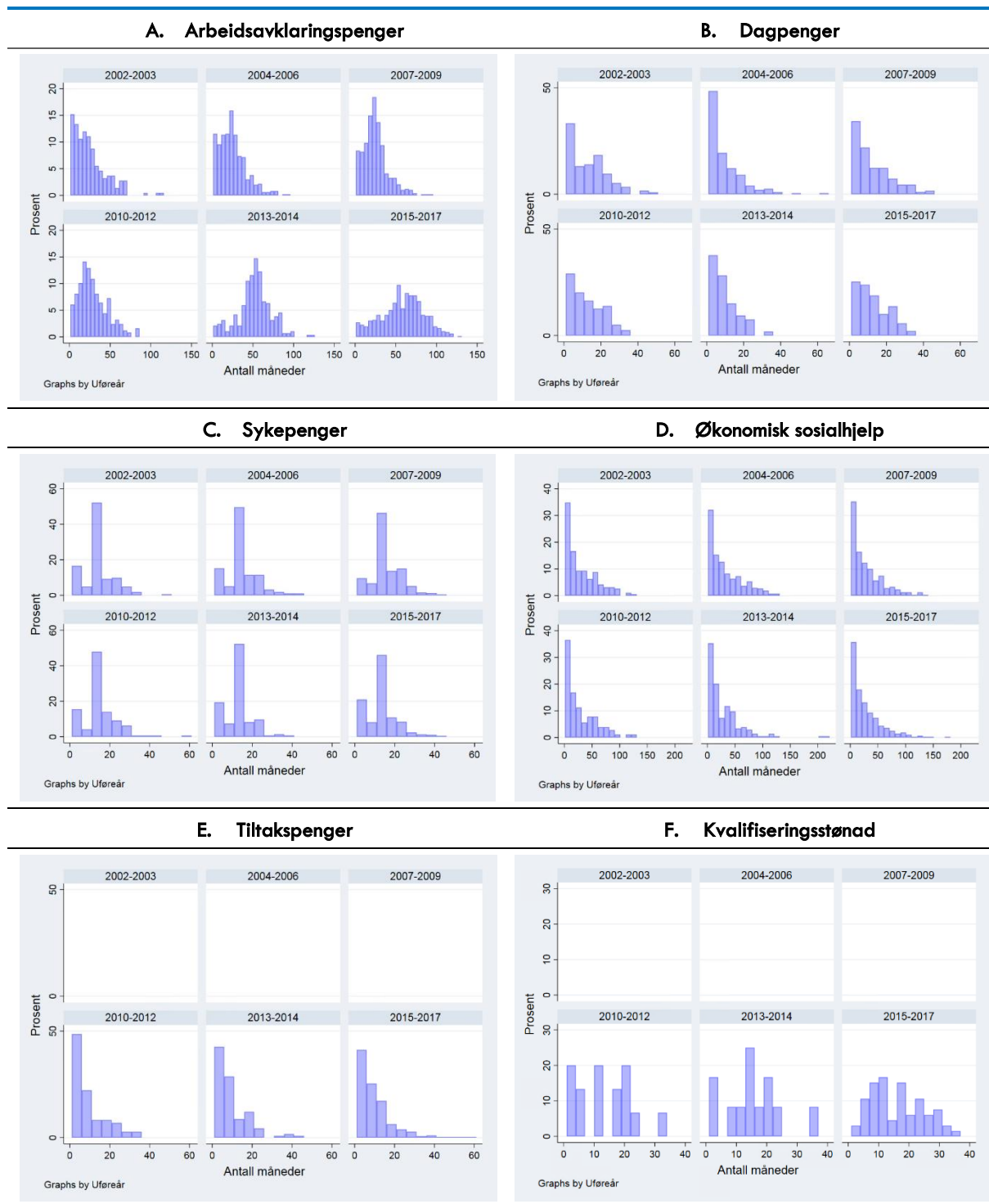
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Analysen over sier ingenting om hvor lenge de unge uføere mottok de ulike ytelsene. Derfor undersøker vi i Figur 4-23 hvor mange måneder 29-åringene har mottatt ulike ytelser, gitt at man har mottatt en ytelse i

minst en måned. Tilsvarende figurer for 19- og 24-åringene er ikke presentert. 24-åringene følger samme mønster som 29-åringene, mens mottaket av ytelser blant 19-åringene er ytterst begrenset. I

Tabell 4-2 fremkommer også gjennomsnittlig antall måneder 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd mellom 2002 og 2017 mottok tiltakspenger.

Figur 4-23 Antall måneder med mottak av trygdeytelser blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Fra Panel A fremgår det at kohortene som har fått innvilget uføretrygd etter 2010 i snitt har mottatt arbeidsavklaringspenger (eller tilsvarende) i en lengre periode enn de som ble innvilget uføretrygd før 2010. Gjennomsnittet har økt fra 24 måneder blant de som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2003 til 58 måneder blant de som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017. Panel B viser mottaket av dagpenger og panel C

mottaket av sykepenger. Her ser vi ingen tydelige utviklingstrender over tid. I gjennomsnitt ser vi at de som fikk innvilget uføretrygd som 29-åringer har mottatt dagpenger i 12 måneder og sykepenger i rundt 13 måneder. Panel D viser utviklingen i mottak av økonomisk sosialhjelp. Mellom 30 og 40 prosent mottok økonomisk sosialhjelp i mindre enn ett år, mens gjennomsnittlig mottak var drøyt to år. Vi ser ingen

utviklingstrender i samlet varighet mellom kohortene. Mottaket og varigheten av tiltakspenger og

kvalifiseringsstønad har økt noe i de yngre kohortene (Panel E og F).

Tabell 4-2 Gjennomsnittlig antall måneder med mottak av trygdeytelser blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017

	2002-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2014	2015-2017
Arbeidsavklaringspenger	24,6	24,4	24,6	28,5	51,3	57,7
Dagpenger	13,2	9,4	11,7	12,3	9,5	12,4
Sykepenger	13,5	14,1	15,2	14,4	12,5	12,5
Økonomisk sosialhjelp	29,4	32,3	28,6	28,5	28,3	27,1
Tiltakspenger				8,8	9,0	9,3
Kvalifiseringsstønad				13,3	15,2	15,8

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.4.4 Deltakelse i arbeidsrettede tiltak

Det er aktivitetsplikt knyttet til mottak av de fleste trygdeytelser. Det innebærer at mottakeren er pliktet til å være i aktivitet hvis mulig, og at mottakeren skal bidra aktivt i prosessen med å komme i arbeid. Aktivitetsplikten kan for eksempel innebære at mottakeren deltar i arbeidsrettede tiltak. I denne analysen undersøker vi i hvilken grad unge som mottar uføretrygd tidligere har deltatt i ulike typer av arbeidsrettede tiltak. Opplysninger om deltakelse i arbeidsrettede tiltak går tilbake til januar 2003. De arbeidsrettede tiltakene er gruppert i seks grupper: tilrettelagt arbeid, arbeidstrening, lønnstilskudd, oppfølging, opplæring og avklaring.³⁶ Et mindretall av tiltak mangler beskrivelse i grunnlagsdataene og er ekskludert fra analysen, og deltakelse i arbeidsrettede tiltak er dermed noe undervurdert i analysen.

Tabell 4-3 oppsummerer deltakelse i arbeidsrettede tiltak fra 16-årsalder til året for innvilgelse av uføretrygd blant 19-, 24- og 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017.

Naturlig nok øker deltakelse i arbeidsrettede tiltak med alderen ved tidspunkt for innvilgelse av

uføretrygd, og deltakelsen blant 19-åringer var generelt lav. Derfor fokuserer vi i omtalen av resultatene på 24- og 29-åringene. 89 prosent av 24-åringene hadde deltatt i minst ett arbeidsrettet tiltak, mens det samme gjaldt 93 prosent av 29-åringene. 24- og 29-åringene hadde i snitt deltatt i respektivt 1,9 og 2,0 ulike typer av arbeidsrettede tiltak.

I begge aldersgruppene var arbeidstrening det vanligste tiltaket, og henholdsvis 75 og 68 prosent av 24- og 29-åringene hadde deltatt på dette. Utover dette var avklaring (32 prosent), opplæring (29 prosent) og oppfølging (27 prosent) de vanligste tiltakstypene blant 24-åringer og opplæring (46 prosent), avklaring (40 prosent) og oppfølging (36 prosent) de vanligste tiltakene blant 29-åringene.

Tabellen viser også samlet varighet i de ulike typene tiltak. 24-åringene hadde i gjennomsnitt deltatt i arbeidsrettede tiltak i 23 måneder, mens tilsvarende tall for 29-åringene var 26 måneder. De unge uføre hadde brukt mest tid i arbeidspraksis (henholdsvis 17 og 16 måneder for 24- og 29-åringene), opplæring (henholdsvis 10 og 12 måneder), oppfølging (henholdsvis 11 og 13 måneder).

³⁶ De arbeidsrettede tiltakene er gruppert ved hjelp av oversikten over tiltakskoder i Drange, Frøyland og Mamelund (2015).

Tabell 4-3 Deltakelse i arbeidsrettede tiltak blant 19-, 24- og 29-åringer som ble innvilget uføretrygd i 2015-2017

	19 år		24 år		29 år	
Antall tiltaksgrupper (gjennomsnitt)	0,3		1,9		2,0	
	Andel i tiltak (prosent)	Gj. sn. samlet varighet i tiltak (måned)	Andel i tiltak (prosent)	Gj. sn. samlet varighet i tiltak (måned)	Andel i tiltak (prosent)	Gj. sn. samlet varighet i tiltak (måned)
Lønnskudd	0,2	2	4,7	9,3	8,4	9,6
Tilrettelagt arbeid	5,7	4,8	9,4	6,8	3,8	6,1
Oppfølging	0,9	6,8	26,9	10,7	35,6	12,6
Arbeidstrening	7,5	5,3	74,8	16,5	68,1	16,3
Opplæring	0,5	6,5	29,1	10,4	46,1	11,9
Avklaring	1,4	2,2	31,5	2,3	39,8	2,7
Arbeidsrettet rehabilitering	8,5	3,5	13,3	3,1	33,5	7,1
Alle tiltaksgruppene over	21,0	5,2	89,5	22,8	92,9	26,3

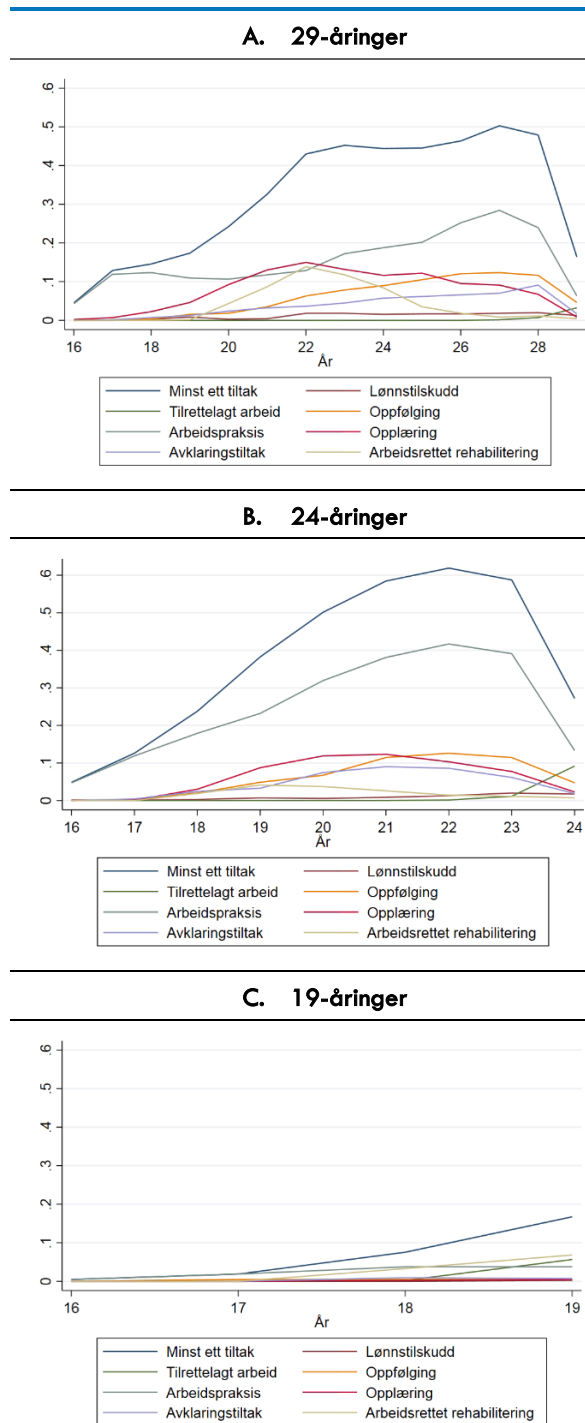
Merknad: Gjennomsnittlig samlet varighet i tiltak gjelder de som faktisk hadde deltatt i et gitt tiltak. Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-24 viser årlig deltakelse i ulike typer av arbeidsrettede tiltak fra 16 år til året for innvilgelse av uføretrygd blant 19-, 24- og 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017. Det fremgår at drøyt 10 prosent av 29-åringene deltok i et arbeidsrettet tiltak (arbeidstrening) allerede da de var 17 år. Andelen som deltok i et arbeidsrettet tiltak var økende frem til 22 år, da 43 prosent deltok i minst en type arbeidsrettet tiltak. Deretter deltok mellom 42 og 50 prosent av de unge i et tiltak hvert år frem til året før uføretrygd ble innvilget. Arbeidstrening var det hyppigste brukte tiltaket frem til året for innvilgelse av uføretrygd. Blant de som ble uføre som 29-åringer ble opplæring årlig brukt som tiltak for rundt 10 prosent mellom 20 og 28 år. Arbeidsrettet

rehabilitering ble forholdsvis hyppig brukt som tiltak for personer i alderen 20-24 år, mens oppfølging ble brukt i økende grad fra 20-årsalder og frem til året for innvilgelse av uføretrygd.

Også blant de som fikk innvilget uføretrygd som 24-åringer deltok rundt 10 prosent i et arbeidsrettet tiltak (arbeidstrening) som 17-åringer. Deltakelse i tiltak økte deretter jevnt opp til 21-årsalder, da deltok rundt 60 prosent i et arbeidsrettet tiltak. To tredjedeler av tiltaksdeltakerne deltok i arbeidstrening. Oppfølging og opplæring ble årlig brukt som tiltak for inntil drøyt 10 prosent av de som fikk innvilget uføretrygd som 24-åringer.

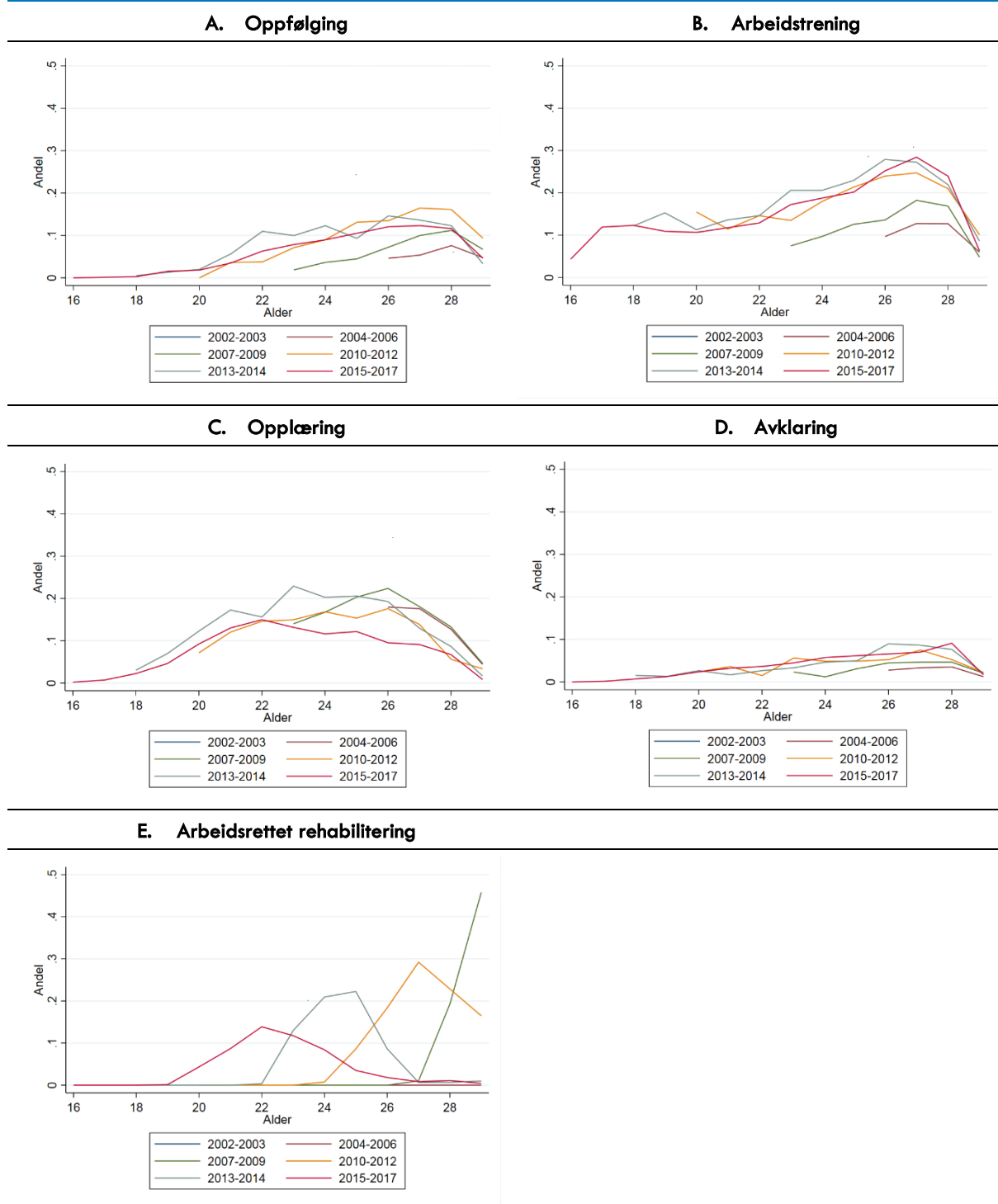
Figur 4-24 Deltakelse i arbeidsrettede tiltak blant 19- 24- og 29-åringer som ble innvilget uføretrygd i 2015-2017



I Figur 4-25 sammenligner vi 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i ulike år mellom 2004 og 2017. Lønnstilsudd og tilrettelagt arbeid er utelatt fordi ytterst få unge deltok i disse tiltakene. Det er ikke store forskjeller mellom kohortene, men det kan se ut til at senere kohorter i noe større grad har deltatt i oppfølging og arbeidstrening.

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-25 Deltakelse i arbeidsrettede tiltak blant 29-åring som fikk innvilget uføretrygd i 2002-2017



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

4.4.5 Sammenheng mellom kjennetegn og aktivitet forut for uføretrygd

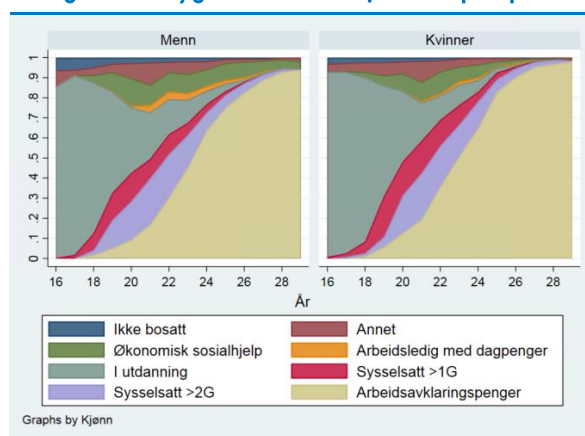
Det kan tenkes at ulike grupper av unge uføre har ulike veier inn til uføretrygd, f.eks. ved at noen i større grad deltar i utdanning eller arbeid, eller at de mottar ulike typer av ytelser. Vi deler derfor 29-åringene inn i grupper basert på kjønn, fødeland,

grunnskolepoeng og foreldrenes inntektsrang i Figur 4-26 til Figur 4-30.

Vi finner noen forskjeller mellom gruppene i årene før uføretrygd blir innvilget, men disse forskjellene er ikke store. I noen grupper er antallet uføre også lite, hvilket øker usikkerheten knyttet til resultatet. Andelen som mottok økonomisk sosialhjelp var høyere blant menn, personer som er født i utlandet og blant

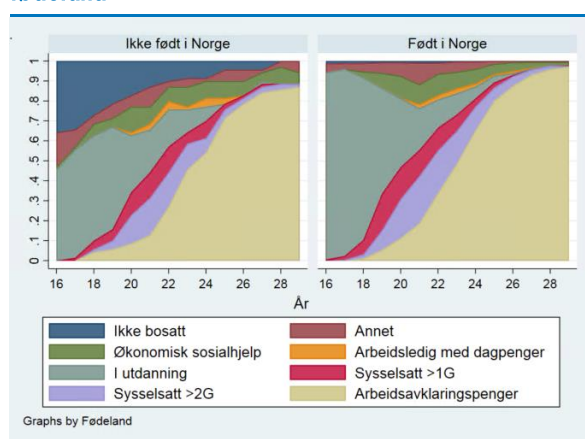
personer som ikke har grunnskolepoeng. Videre var det forskjeller i arbeidsdeltakelse, ved at kvinner, personer som er født i Norge og som har grunnskolepoeng over medianen i større grad enn andre var sysselsatt i årene forut for uføretrygd enn andre. Når vi deler gruppen inn etter foreldrenes inntektsrang, ser vi at de med lavere inntektsrang i større grad enn andre var registrert som arbeidsledige og mottakere av økonomisk sosialhjelp i årene for innvilget uføretrygd. Blant de med høyest inntektsrang var både andelen som var sysselsatt og andelen som mottok dagpenger og økonomisk sosialhjelp lavest. I denne gruppen var andelen som mottok arbeidsavklaringspenger høyere enn i de andre gruppene hvert år før uføretrygd ble innvilget.

Figur 4-26 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på kjønn



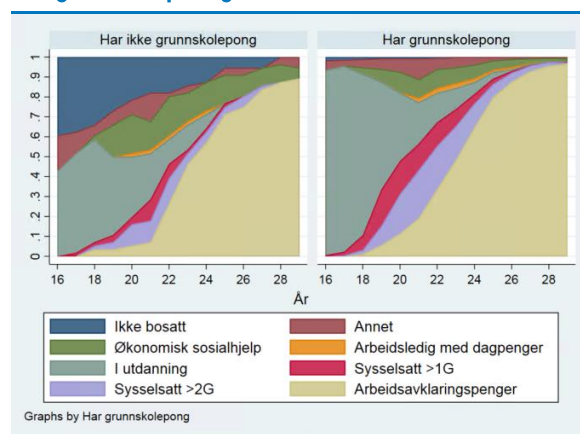
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-27 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på fødeland



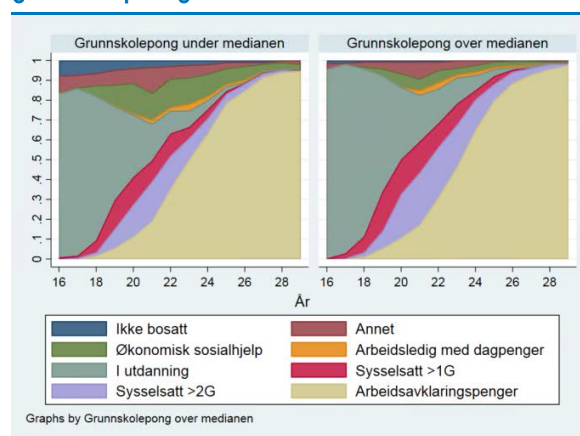
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-28 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på om de har grunnskolepoeng eller ikke



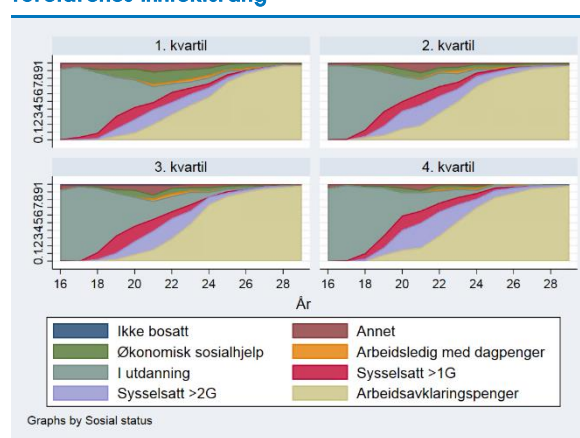
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-29 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på grunnskolepoeng



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

Figur 4-30 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på foreldrenes inntektsrang



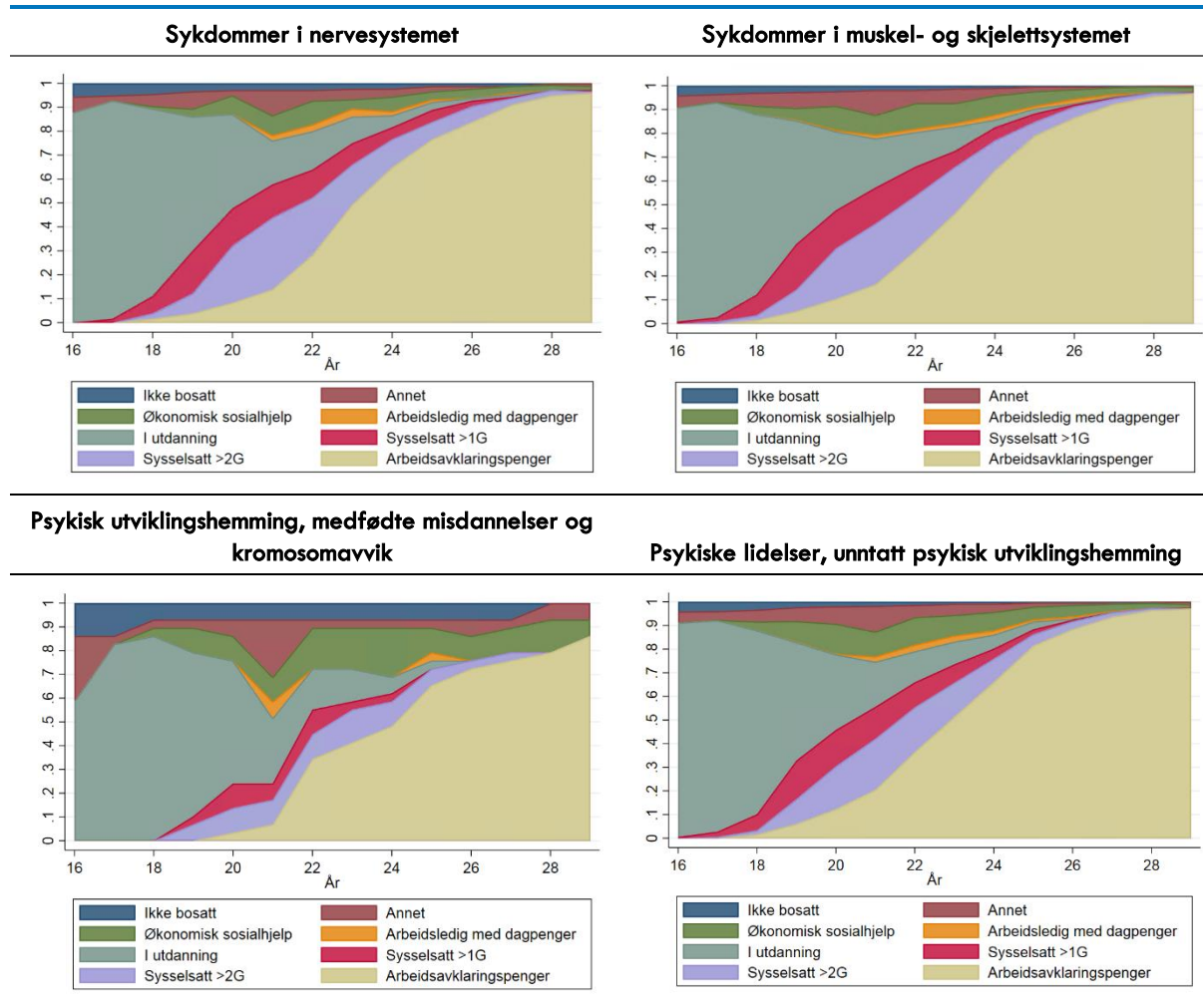
Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå

I Figur 4-31 og Figur 4-32 deler vi inn personer som fikk innvilget uføretrygd som 29-åringer i 2015-2017 i grupper basert på hvilke diagnoser de var registrert med hos fastlegen i løpet av året for innvilgelse av uføretrygd og året før uføretrygd ble innvilget, på lik linje med analysen i avsnitt 4.3.5. Dette innebærer at enkelte personer kan inngå i flere grupper, og at enkelte personer ikke er med i noen av gruppene. I Tabell i Vedlegg B viser vi deskriptiv statistikk for gruppen, fordelt på type diagnose.

Vi viser først årlig status for personer som hadde vært registrert med sykdommer i nervesystemet, sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik,

eller psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming (Figur 4-31). Det er en tendens til at unge som var registrert med sykdom i nervesystemet eller muskel- og skjelettsystemet hadde noe høyere arbeidsdeltakelse og kortere AAP-forløp enn de som ble registrert med en psykisk lidelse unntatt psykisk utviklingshemming. Ytterst få av de som fikk innvilget uføretrygd som 29-åring hadde vært registrert hos fastlegen med psykisk utviklingshemming, medfødt misdannelse eller kromosomavvik (29 personer), hvilket henger sammen med at de fleste med slike lidelser får innvilget uføretrygd ved yngre alder. I denne gruppen er det også flere med innvandrerbakgrunn, og senere flytting til Norge kan forklare at de blir innvilget uføretrygd først i høyere alder (Tabell i vedlegg B).

Figur 4-31 Årlig aktivitet blant 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt etter hvilken type diagnose de hadde vært registrert med hos fastlegen året før de fikk innvilget uføretrygd



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå og KUHR

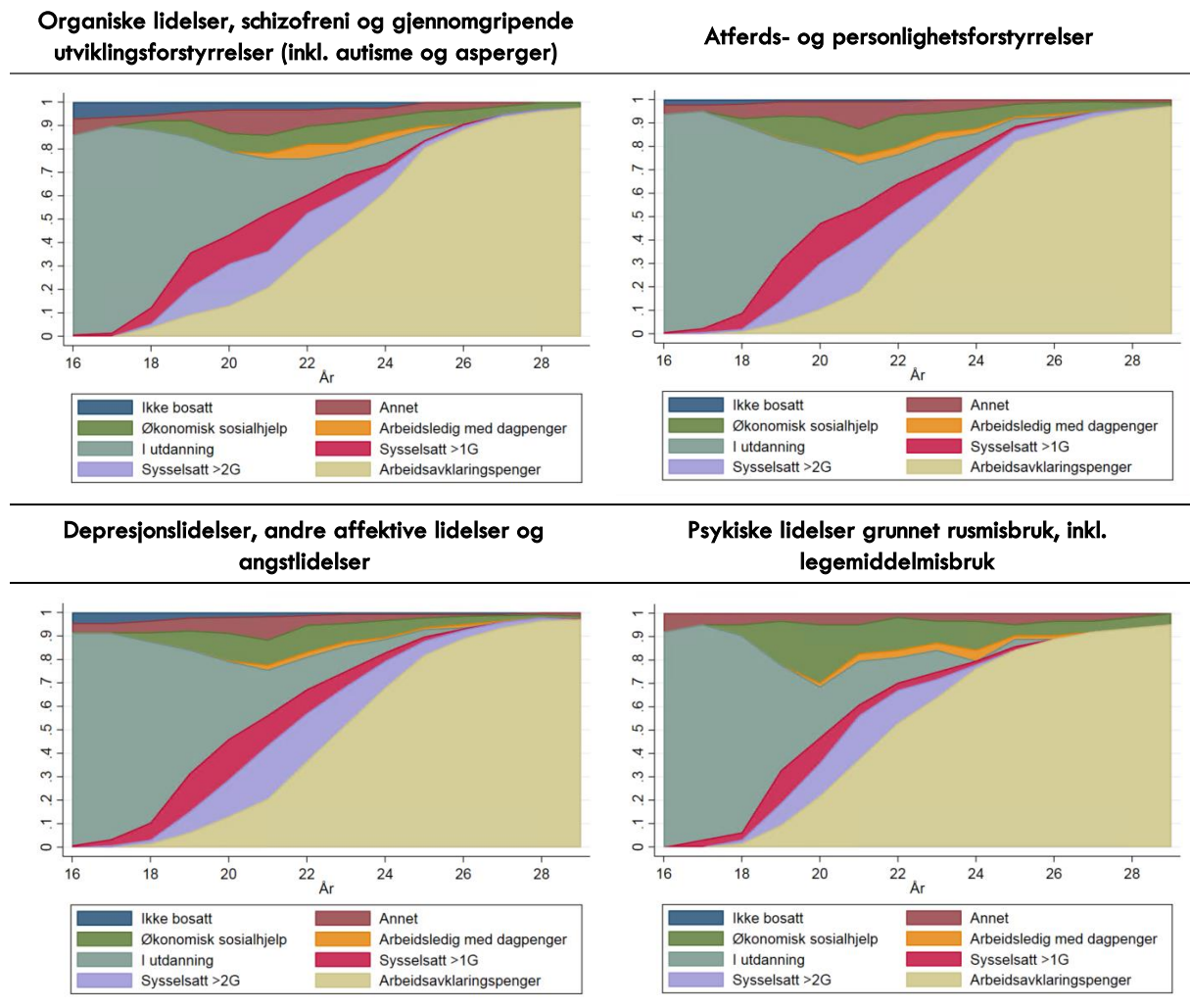
Videre deler vi inn gruppen som ble registrert med en psykisk lidelse, unntatt psykisk utviklingshemming, hos fastlegen året før de fikk innvilget uføretrygd i fire undergrupper (Figur 4-32). I tråd med Brage og Thune (2015) skiller vi mellom (1) organiske lidelser, schizofreni og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

(inkl. autisme og asperger), (2) atferds- og personlighetsforstyrrelser, (3) depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser og (4) psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk. Gruppene er små, hvilket gjør at figurene må tolkes med forsiktighet. Det er ikke store

forskjeller mellom gruppene, men de med psykiske lidelser grunnet rusmisbruk skiller seg ut ved at disse i

mindre grad enn andre deltok i både utdanning og arbeidsliv, og i større grad mottok økonomisk sosialhjelp i årene før uføretrygd innvilges.

Figur 4-32 Årlig aktivitet blant 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt etter hvilken type psykisk diagnose de hadde vært registrert med hos fastlegen året før de fikk innvilget uføretrygd



Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå og KUHR

4.5 Oppsummering og diskusjon

Antall unge som mottar uføretrygd har økt kraftig de siste årene. Mellom år 2000 og 2017 ble antall 18-29-åringene som fikk innvilget uføretrygd tredoblet, fra knapt 1 000 personer i år 2000 til rundt 3 000 personer i 2017. I denne perioden har det vært store variasjoner i antall nye unge mottakere av uføretrygd, hvilket delvis kan forklares av endringer i regelverkene for helse relaterte ytelser. Det er særlig viktig å løfte frem tilgangen til tidsbegrenset uførestønad som en faktor som bidro til økt innstrømming til uføretrygd blant unge i 2004-2009, samt innføringen av arbeidsavklaringspenger fra 2010, som trolig bidro til en nedgang i antall nye unge mottakere av

uføretrygd i 2010 og etterfølgende år, samt til en økning i antall unge uføre fra 2014.

I denne analysen har vi kartlagt kjennetegn ved nye unge mottakere av uføretrygd i perioden 2000-2017 for å avdekke om sammensetningen av gruppen har endret seg over tid og for å studere om eventuelle endringer i sammensetningen kan bidra til å forklare økningen i antall unge uføre. Vi har også kartlagt de unges aktiviteter i utdanningssystemet og på arbeidsmarkedet, samt deres mottak av trygdeytelser i årene før de fikk innvilget uføretrygd.

Hvem er de unge uføre?

Generelt i befolkningen er flere kvinner enn menn uføretrygdet, men blant de yngste er situasjonen omvendt. Blant 18-25-åringene som ble uføretrygdet i perioden var drøyt halvparten menn, mens kvinner var

i knapp majoritet i aldersgruppen 25-29 år. Personer som er født i Norge er overrepresentert i gruppen, og det er en overvekt av personer som kommer fra familier med lav inntekt.

Når vi ser på skoleprestasjoner, ser vi at de som ble uføretrygdet ved 18-24-årsalder som regel klarer seg dårligere enn sine jevnaldrende, både ved at flere mangler grunnskolepoeng, og ved at de som har grunnskolepoeng skårer under gjennomsnittet i sine respektive fødselskull. 25-29-åringene skiller seg ut ved at de fleste har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, men skoleprestasjonene ligger under snittet i deres fødselskull. Samtidig kjennetegnes unge uføre i alle aldersgruppene av at de i langt mindre grad enn sine jevnaldrende har fullført videregående utdanning, selv om de aller fleste har begynt på videregående utdanning. Resultatene viser at mange som får innvilget uføretrygd i alderen 18-24 år har utfordringer som viser seg allerede i grunnskolealder, mens utfordringene til 25-29-åringene i noe større grad kommer til uttrykk ved at de ikke fullfører videregående skole.

Vi ser også at mange unge uføre har vært i arbeid, men at arbeidsmarkedstilknytningen er svak, selv for de som uføretrygdes i slutten av 20-årene. Personer som uføretrygdes i slutten av 20-årene har betraktelig lavere arbeidsinntekt enn sine jevnaldrende gjennom 20-årene, og færre og kortere arbeidsforhold enn sine jevnaldrende.

Har sammensetningen endret seg over tid?

Som nevnt over har regelverksendringer innvirket på innstrømmingen til uføretrygd i perioden 2000-2017. I perioden 1. januar 2004 til 1. mars 2010 kunne personer som ellers oppfylte kravene for uføretrygd, men hvor man kunne forvente at helsen ville bedres på sikt, innvilges tidsbegrenset uførestønad. I denne analysen er mottakere av tidsbegrenset uførestønad og uføretrygd slått sammen fordi de fleste mottakerne av tidsbegrenset uførestønad senere fikk innvilget uføretrygd. Separate analyser av mottakere av de to ytelsene viser at mottakerne av tidsbegrenset uførestønad i snitt hadde bedre karakterer i grunnskolen, i noe større grad fullførte videregående utdanning og arbeidet mer i årene forut for uføretrygd. Tilgangen til tidsbegrenset uførestønad ser følgelig ut å ha påvirket sammensetningen av nye mottakere av uføretrygd noe i disse årene, men tilgangen til tidsbegrenset uførestønad kan ikke forklare alle endringer over tid.

Det har vært en økning av unge uføre i alle aldersgrupper, men sett i forhold til den jevnaldrende befolkningen, har økningen vært sterkest i aldersgruppen 18-19 år. Menn i alderen 18-19 år er den gruppen som har vokst aller raskest sett i forhold til befolkningen, men de største svingningene over tid ser vi

blant kvinner i alderen 25-29 år. Det sistnevnte henger sammen med at forholdsvis mange kvinner i alderen 25-29 år ble innvilget tidsbegrenset uførestønad.

Blant de som ble uføretrygdet som 18-24-åring har andelen som fullførte grunnskolen med grunnskolepoeng variert mye over tid, og andelen etter 2010 er vesentlig lavere enn i tidligere år. Nedgangen har sammenheng med tilgangen til tidsbegrenset uførestønad, men kan også observeres blant nye mottakere av uføretrygd. Blant de som ble innvilget uføretrygd som 25-29-åring, har utviklingen vært stabil siden 2010. Denne gruppen kan imidlertid ikke følges lenger tilbake i tid, og vi kan derfor ikke si noe om konsekvensen av tidsbegrenset uførestønad. Blant nye unge uføretrygdede som har grunnskolepoeng, er gjennomsnittlig grunnskolepoeng relativt til eget fødselskull blant nye uføretrygdede uendret, eller svakt økende blant 25-29-åringene. Resultatene indikerer at de som har blitt innvilget uføretrygd som 20-24-åring i senere år klarte seg dårligere i grunnskolen relativt til sine jevnaldrende, enn de som ble innvilget uføretrygd tidligere i perioden. Data om grunnskolepoeng er bare tilgjengelig for unge som fikk innvilget uføretrygd som 25-29-åring fra 2010, men disse dataene gir ikke belegg for å hevde at denne gruppens prestasjoner i grunnskolen har blitt dårligere i perioden. Samtidig ser vi at en minkende andel av de nye uføretrygdede har fullført videregående utdanning. Blant de som ble uføretrygdet som 25-29-åring er andelen halvert fra 2002 til 2017, fra 40 til 20 prosent. Denne nedgangen gjenspeiles ikke i befolkningen som helhet, hvor utdanningsnivået om noe har økt.

Samlet sett viser analysen at mange som har blitt uføretrygdet i alderen 18-24 år allerede i grunnskolealder har utfordringer som viser seg i form av dårlige eller manglende karakterer, og at andelen har økt over tid. De som har fått innvilget uføretrygd i alderen 25-29 år, klarer seg tilsynelatende bedre enn de yngre aldersgruppene i grunnskolen, men likevel fullfører stadig færre videregående utdanning. Dette indikerer at problemene til de som ble uføretrygdet i alderen 25-29 år i større grad akselerer i videregående alder, som er en alder hvor psykiske lidelser ofte oppstår.

Analysen viser også at arbeidsmarkedstilknytningen til de nye unge mottakerne av uføretrygd har blitt svekket i perioden. Andelen som i det hele tatt har vært i arbeid er redusert i alle aldersgrupper, og omfanget av arbeidsdeltakelsen er redusert, både målt ved arbeidsinntekt per arbeidsforhold, og total inntekt i årene før uføretrygd ble innvilget.

Veien til uføretrygd

Når vi analyserer de unge uføres aktiviteter i årene før de fikk innvilget uføretrygd, ser vi at denne gruppen begynner å skille seg fra de jevnaldrende som ikke ble uføretrygdet (sammenligningsgruppen) allerede fra 16-18-årsalder. Dette gjelder selv for de som ikke ble uføretrygdet før året de fylte 29 år. De uføre kommer seg i mindre grad ut i arbeidslivet enn sine jevnaldrende, og dersom de gjør det, er inntektene lavere. I stedet forblir en stor andel av de som senere får innvilget uføretrygd registrert i systemet for videregående utdanning i flere år, uten at de nødvendigvis fullfører utdanningen.

Som forventet, mottar unge uføre i betydelig større grad offentlige ytelser enn sine jevnaldrende i årene før de innvilges uføretrygd. Allerede ved 16-17-årsalder begynner noen å motta tiltakspenger, selv blant de som ikke blir innvilget uføretrygd før etter fylte 25 år. Tidlig i 20-årene er økonomisk sosialhjelp den vanligste ytelsen, hvilket gjenspeiler at mange ikke har opparbeidet seg rettigheter til dag- og sykepenger. Andelen som mottar arbeidsavklaringspenger begynner å stige fra 18-årsalder blant de som fikk innvilget uføretrygd som 24-åringer, og fra 20-årsalder blant de som fikk innvilget uføretrygd som 29-åringer.

De aller fleste som ble uføretrygdde som 24- og 29-åringer deltok i arbeidsrettede tiltak før de fikk innvilget uføretrygd, med samlet gjennomsnittlig varighet på rundt to år. Arbeidstrening var den vanligste tiltakstypen, men mange deltok også i opplæring, oppfølging, arbeidsrettet rehabilitering og avklaring.

Har veien til uføretrygd endret seg over tid?

Når vi sammenligner forløpene til ulike kohorter, altså personer i ulike fødselskull som har fått innvilget uføretrygd ved samme alder, ser vi at arbeidsdeltakelsen til de yngre kohortene er noe svekket sammenlignet med de eldre kohortene, ved at en lavere andel har hatt yrkesinntekt i årene før de ble uføretrygdet. Gjennomsnittlig antall arbeidsgivere de siste ti årene før innvilget uføretrygd, og gjennomsnittlig lønn per arbeidsgiver i den samme perioden har også gått ned. De unges deltakelse i utdanning er stort sett uendret, men en lavere andel fullfører videregående utdanning.

I de yngste kohortene, som ble innvilget uføretrygd i 2013 eller senere, har en høyere andel mottatt arbeidsavklaringspenger i årene før innvilget uføretrygd, og perioden på arbeidsavklaringspenger har blitt lengre. Samtidig ser vi at de i mindre grad har mottatt sykepenger og økonomisk sosialhjelp i årene før uføretrygd. Dette henger trolig sammen med at arbeidsavklaringspenger dekker en bredere målgruppe enn tidligere ytelser, og at flere dermed

har fått tilgang til arbeidsavklaringspenger (Mandal, et al., 2015).

Når begynner utfordringene, og hvilke utfordringer kommer først?

Analysene i kapittel 3 og 4 viser at en betydelig, og økende andel av de unge som mottar uføretrygd, har langvarige utfordringer. Dette kommer til uttrykk gjennom at mange har psykiske diagnoser, ikke fullfører grunnskolen med grunnskolepoeng, ikke fullfører videregående utdanning, eller ikke kommer seg inn på arbeidsmarkedet.

Et viktig spørsmål her er hva som er årsakssammenhengen. Er det slik at psykiske helseplager fører til problemer på skolen, at utfordringer på skolen fører til psykiske problemer, eller er det bakenforliggende mekanismer som påvirker både skoleprestasjoner og helseutfall? Det er trolig slik at årsakssammenhengene går i flere retninger.

Et råere arbeidsmarked med begrensede muligheter for personer som har manglende arbeidserfaring eller sviktende helse har av mange blitt drøftet som en mulig forklaring til at flere unge faller utenfor. I løpet av de siste tiårene har det skjedd flere endringer som kan ha gjort det vanskeligere for unge med manglende kompetanse og/eller psykisk sykdom å stå i en jobb. Et eksempel på dette er dreiningen fra primærnæringer (jordbruk, skogbruk, fiske mv.) til tjenesteytende næringer, som har endret etterspørselen av manuell arbeidskraft og rutinepreget arbeid. Berg og Thorbjørnsen (2009) poengterer at også innholdet i mange jobber er endret over tid. I mange jobber er det større krav til kommunikasjon og relasjonelle og sosiale ferdigheter enn tidligere, og man er oftere i kontakt med kunder og kollegaer. I tillegg kommer økt fokus på effektivitet, og hyppigere omstillinger av drift for å følge utviklingen i økonomien. Alle disse endringene kan by på utfordringer for personer som har manglende kompetanse og/eller sliter psykisk. (se også diskusjon i denne rapportens avsnitt 1.8.)

Funnene i denne analysen viser også at arbeidsdeltakelsen til de unge uføre er svak i årene forut for uføretrygd. For mange unge uføre ser utfordringer i arbeidsmarkedet likevel ikke ut til å være en *utføsende* faktor for utfordringene, men kan være en faktor som bidrar.

Blant de unge uføre er det en betydelig andel som *ikke* har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng, og denne andelen har økt noe over tid. De som har fullført med grunnskolepoeng, ligger som regel under gjennomsnittet i sine respektive fødselskull. Dette indikerer at en betydelig (og økende) andel av de unge uføre har noen former for utfordringer som

kommer til uttrykk allerede i grunnskolealder. Dette gjelder særlig de som uføretrygdes i svært ung alder, hvor det er en overvekt av gutter og som har diagnoser innen psykiske utviklingshemming, medfødte misdannelser, kromosomavvik og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Det er stadig flere som blir diagnostisert med disse tilstandene i befolkningen generelt, men det er usikkert om dette er utslag av en faktisk økende forekomst av disse tilstandene i befolkningen eller om det er utslag av økt diagnostisering.

I skolen er det diskutert om det økte resultattrykket fra grunnskolealder og intensjonen om at alle skal opparbeide seg grunnleggende ferdigheter har ført til et økt press for de aller svakeste elevene, som heller forsterker enn avhjelper deres utfordringer. Økte resultatkrav i skolen kan ha medført et økt press for utredning av tilstander som psykisk utviklingshemming, autisme, atferds- og utviklingsforstyrrelser eller andre tilstander, og dette kan dermed ha medvirket til økende diagnostisering av disse tilstandene.

De som ble uføretrygdet i en alder av 25-29 år, fullfører stort sett ungdomsskolen med grunnskolepoeng, men karaktersnittene er som regel lave. I denne gruppen ser vi samtidig at en økende andel ikke fullfører videregående utdanning. Dette tyder på at utfordringene til denne gruppen akselererer i videregående alder, som gjerne er før de i større omfang eksponeres for arbeidslivet. Disse problemene sammenfaller med en periode i livet hvor psykiske plager ofte inntreffer.

Våre data gir ikke grunnlag for å gi et entydig svar på om det er helseproblemer eller problemer på skolen som kommer først. Trolig virker årsaks-mekanismene begge veier. For å kunne si mer om dette trenger vi lengre tidsserier, og dette foreslås som et tema for senere analyser.

Bidrar endringer i regelverket for midlertidige helserelaterte ytelser til økt innstrømming til uføretrygd?

Når arbeidsavklaringspenger ble innført som en midlertidig helserelatert ytelse i 2010, minket innstrømmingen til uføretrygd i noen år, mens mange som ellers ville fått innvilget uføretrygd i stedet fikk innvilget arbeidsavklaringspenger (i hvert fall i første omgang).

Analysene i dette kapitlet viser at unge som de siste årene har fått innvilget uføretrygd i større grad mottok arbeidsavklaringspenger i årene før de ble uføretrygdet enn tidligere kull. Samtidig ser vi at færre mottok andre ytelser, som økonomisk sosialhjelp og sykepenger, hvilket er i tråd med hva andre har funnet tidligere (Kann, et al., 2016; Mandal, et al.,

2015). Sintefs evaluering av arbeidsavklaringspenger fra 2015 viste også at innføringen av arbeidsavklaringspenger førte til at nye grupper fikk tilgang til helserelaterte ytelser, herunder blant annet personer som ikke hadde opptjent inntektsgrunnlag og sto uten sykepengerrettigheter (Mandal, et al., 2015).

På den ene siden kan dette tolkes som at innføringen av arbeidsavklaringspenger har bidratt til økt stabilitet og forutsigbarhet for denne gruppen. På den annen side kan innføringen av arbeidsavklaringspenger ha bidratt til en medikalisering av unge, ved at personer som kanskje har et arbeidsledighetsproblem får tildelt en helserelatert ytelse. Her peker Sintefs evaluering på at unge som mottar arbeidsavklaringspenger ofte har en diffus eller sammensatt problematikk som er vanskelig å diagnostisere, som psykiske symptomer, mestringsproblemer, sosiale problemer og dårlig selvtillit, og at de unge i mange tilfeller får en psykisk diagnose. Å motta arbeidsavklaringspenger for noe som i utgangspunktet kanskje er et arbeidsledighetsproblem eller et sosialt problem, kan ha bidratt til sykeliggjøring av og økt sykdomsfokus hos enkelte unge, og på sikt til at flere fikk innvilget uføretrygd. Mange unge som ble innvilget arbeidsavklaringspenger, ble senere innvilget uføretrygd når perioden for arbeidsavklaringspenger var over. Innføringen av arbeidsavklaringspenger kan derfor ha bidratt til den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge siden 2013. Denne problematikken er også drøftet i NOU Arbeid og inntektssikring — Tiltak for økt sysselsetting (NOU 2019:7).

I tillegg til at arbeidsavklaringspenger kan ha ført til økt sykdomsfokus og sykeliggjøring av unge, drøftes det i nevnte NOU at inntektsnivået, for unge som mottar arbeidsavklaringspenger, er forholdsvis høyt sammenlignet med jevnaldrende som ikke mottar livsoppholdsytelser. Dette i seg selv kan være et insentiv til å motta arbeidsavklaringspenger, fremfor å arbeide, hvilket på sikt også kan være en medvirkende årsak til innstrømming til arbeidsavklaringspenger. På lengre sikt kan dette også føre til økt uføretrygd blant unge. I lys av dette har regjeringen i Statsbudsjettet for 2020 besluttet å redusere minsteytelsen for nye mottakere av arbeidsavklaringspenger under 25 år, samt å fjerne ung ufør-tillegget for nye mottakere av arbeidsavklaringspenger for å øke insentivet for unge til å komme seg i arbeid. Det blir interessant å følge om dette får konsekvenser for innstrømmingen til både arbeidsavklaringspenger og uføretrygd i årene som kommer.

At innstrømmingen til uføretrygd begynte å øke tre til fire år etter at arbeidsavklaringspenger ble innført, da de første kullene av mottakere av arbeidsavklaringspenger hadde nådd maksimumstid

på arbeidsavklaringspenger, viser at det er en sammenheng mellom arbeidsavklaringspenger og overgang til uføretrygd. I 2018 ble regelverket for arbeidsavklaringspenger innstrammet, slik at maksimaltiden ble redusert fra fire til tre år. Analyser fra NAV viser at dette førte til en økt innstrømming til uføretrygd og at innstrømmingen til uføretrygd har økt i etterkant av denne innstrammingen (Lima & Grønlien, 2020). Det fungerer som en ytterligere indikasjon på at arbeidsavklaringspenger, slik regelverket er utformet i dag, kan bidra til økt innstrømming til uføretrygd. Det kan derfor være fornuftig å revurdere dagens regelverk for arbeidsavklaringspenger.

Noen steg i denne retningen er allerede tatt ved at minstestytelsen for nye mottakere av

arbeidsavklaringspenger under 25 år fra februar 2020 ble redusert fra 2 G til 2/3 av 2 G. Endringen innebar at minstestytelsen ble lagt på samme nivå som for unge deltakere i kvalifiseringsprogrammet og introduksjonsprogrammet, og gjorde dermed tilgang til arbeidsavklaringspenger mindre attraktivt relativt til disse programmene. Samtidig ble muligheten til å få ung ufør-tillegget fjernet. I Statsbudsjettet for 2020 ble det også fremmet forslag om styrket oppfølging av unge mottakere av arbeidsavklaringspenger for å bedre deres arbeidsevne og hjelpe dem inn i arbeid eller utdanning. Disse tiltakene fremstår som fornuftige for å redusere tilstrømmingen til arbeidsavklaringspenger blant unge, og i forlengelsen forhåpentligvis også innstrømmingen til uføretrygd.

Referanser

- Anderson, et al., 2006. Disability pension for psychiatric disorders: Regional differences in Norway 1988-2000. *Nord J Psychiatry*, 60(4), pp. 255-262.
- Andersson, et al., 2007. Can access to psychiatric health care explain regional differences in disability pension with psychiatric disorders?. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 42(5), pp. 366-371.
- Berg, H. & Thorbjørnsrud, T., 2009. Hvorfor blir det flere unge uføre?. *Søkelys på arbeidslivet*, Volume 26, p. 389-399.
- Brage, S. & Thune, O., 2015. Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd*.
- Bragstad, T., 2018. Vekst i uføretrygging blant unge. *Arbeid og velferd*.
- Ellingsen, J., 2019. *Utviklingen i uføretrygd per 31. mars 2019*, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet/Statistikkavdelingen.
- Fevang, E., 2019. Vulnerable groups and labor market performance. Towards more sorting in the labor market?. In: *Economic incentives, employment and health*. Universitetet i Bergen: PhD avhandling.
- Kann, I. C., Yin, J. & Kristoffersen, P., 2016. Arbeidsavklaringspenger - utviklingen i hvem som kommer inn. *Arbeid og velferd*, Issue 2.
- Lima, I. & Grønlien, E., 2020. Flere mottar uføretrygd og sosialhjelp etter innstramming i AAP-regelverket. *Arbeid og velferd*, Issue 2.
- Mandal, R., Ofte, H. J. J., Jensen, C. & Ose, S. O., 2015. *Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning?*, Trondheim: Sintef.
- Markussen, S. & Røed, K., 2020. Economic Mobility under Pressure. *Journal of the European Economic Association*.
- NOU 2019:7, 2019. *Arbeid og inntektssikring — Tiltak for økt sysselsetting*, Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå, 2016. *Stadig flere mangler grunnskolepoeng*. [Online] Available at: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/stadig-flere-mangler-grunnskolepoeng> [Accessed 15 03 2020].
- Statistisk sentralbyrå, 2020. *11688: Elever, etter region, kjønn, grunnskolepoeng, statistikkvariabel og år*. [Online] Available at: <https://www.ssb.no/statbank/table/11688>
- Statistisk sentralbyrå, 2020. *Uføretrygdede*. [Online] Available at: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/ufore> [Accessed 15 08 2020].

5. Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv?

Simen Markussen og Knut Røed, Frischsenteret

Sammendrag

Det er økende tilstrømning til uføretrygd, særlig blant unge. Vi drøfter mulige årsaker til dette, og reiser spørsmål om vi har for lett for å ty til en sykdomsforståelse av de personlige utfordringene mange ungdommer møter. Vi bruker geografisk variasjon i sannsynligheten for å bli diagnostisert med et psykisk helseproblem til å analysere effekter av lokal diagnosepraksis på ungdoms skolerestater og senere suksess i arbeidslivet. Resultatene tyder på at stor grad av sykdomsorientering medfører dårligere resultater i grunnskolen, lavere sannsynlighet for å fullføre videregående utdanning, høyere sannsynlighet for senere mottak av helse relatert trygdeytelse, og lavere inntekt gjennom eget arbeid.

5.1 Innledning

Antallet unge under 30 år som mottar uføretrygd har i løpet av de siste 10 årene blitt mer enn fordoblet. En vesentlig del av denne økningen er knyttet til endret rolledeling mellom arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, men også samlet mottak av helserelaterte trygdeytelser har økt markert blant de unge under 30 år, fra ca. 37.000 ved utgangen av 2010 til 44.500 ved utgangen av 2019. Samtidig tyder både utvalgsundersøkelser og registerdata på økende psykiske helseproblemer blant unge. Andelen skoleelever som rapporterer at de har mange psykiske plager har økt, særlig de aller siste årene (Bakken 2019). Blant jenter i videregående skole økte andelen med «mange psykisk plager» fra 26 prosent i 2015 til 31 prosent i 2018. Blant gutter økte andelen fra 9 til 12 prosent. Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag viser en lignende trend. Fra den første Ung-Hunt undersøkelsen i 1995-97 til den siste i 2017-19 har andelen unge mellom 13 og 19 år som rapporterer symptomer på angst og depresjon økt fra 20,9 til 44,5 prosent for jenter og fra 10,1 til 16,5 prosent for gutter (Rangul & Kvaløy 2020).

Veksten i selvrapporterte psykiske helseplager gjenspeiles også i omfanget av behandlinger innenfor helsetjenesten. Andelen unge med registrert diagnosekode for psykiske helseplager har økt betydelig de siste årene, særlig blant jenter. For 15-17-årige jenter har andelen med diagnosekode for psykiske symptomer fra primærhelsetjenesten økt fra om lag 6 til 10 prosent mellom 2008 og 2015, mens den for gutter økte fra ca. 5 til 6,5 prosent (Folkehelseinstituttet 2018).

Økt rapportering og behandling av psykiske helseproblemer kan i utgangspunktet skyldes to forhold. Det første er at det faktisk er en økning i omfanget av denne type plager. Mulige forklaringer kan i så fall være knyttet til skolerelatert stress, kroppspress, og den økte betydningen av sosiale medier; se f.eks. Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest (2017).³⁷ En annen mulig forklaring er at psykiske lidelser er blitt mindre tabubelagt og at terskelen både for å fortelle om og behandle denne type problemer dermed er blitt lavere.

En sykdomsdiagnose kan i noen tilfeller også være inngangsbilletten til ulike former for økonomisk bistand fra samfunnet. Dette kan gjelde både den som får diagnosen selv og dens familie, skolen, og kommunen. De siste ti årene har vi også sett en markert økning i

andelen unge voksne uten arbeid (Fevang, Markussen & Røed 2020). Porten inn til arbeidslivet ser ut til å ha blitt smalere, og uten tidligere arbeidserfaring er de viktigste av samfunnets inntektssikringsordninger i utgangspunktet betinget av en sykdomsdiagnose. Skillet mellom ordinær arbeidsledighet og arbeidsledighet forårsaket av helseproblemer er imidlertid høyst uklart, og det er etter hvert godt dokumentert at tilstrømning og avgang fra sykdomsbegrunnede stønader i betydelig grad påvirkes av etterspørselen etter arbeidskraft (Andersen, Markussen & Røed 2019).

I denne artikkelen reiser vi spørsmål om sykdomsfokuset alt i alt kan ha blitt for stort i forhold til ungdoms alminnelige utfordringer og problemer, og at det finnes mekanismer i samfunnet som i noen tilfeller kan lede til overdiagnostisering av psykiske plager. Artikkelen føyer seg inn i en pågående faglig debatt innenfor både medisin, psykologi, og sosiologi, knyttet til mulige farer ved at stadig flere sider ved det å være menneske sykeliggjøres; se f.eks. Brinkmann (2015a), Bondevik, Madsen og Solbrække (2017), og Tveråmo, Johnsen og Meland (2019). Det er særlig to typer mekanismer det fokuseres på i denne litteraturen. Den ene er knyttet til at sykdomsdiagnoser kan være stigmatiserende og identitetsskapende (Svendsen 2015), og dermed utvikle seg til å bli selvoppfyllende profetier. Den andre er at sykdomsdiagnoser i noen tilfeller representerer en individualisering av problemer som egentlig er kollektive, dvs. at de er knyttet til høyst reelle problemer i familie, nærmiljø, skole, eller arbeidsliv, og at man ved å sykeliggjøre den som rammes unnlater å ta tak i de virkelige problemene (Brinkmann 2015b).

Hoffman (2017) benytter begrepet «medikalisering» som betegnelse på en prosess der ikke-medisinske aspekter ved dagliglivet blir gjort til medisinske anliggender.³⁸ I tråd med dette bruker vi medikaliserings-begrepet for å beskrive en eventuell overdreven tilbøyelighet til å jakte på sykdomsforklaringer og diagnoser i møte med ungdoms vanskeligheter. Forskningsspørsmålet vi vil forsøke å besvare er hvordan lokale variasjoner i tilbøyeligheten til å eksponere ungdom for utredning og behandling for psykiske helseplager påvirker hvordan det går med ungdommene. Utfallene vi primært er opptatt av er knyttet til utdanning (grunnskolepoeng og fullføring av videregående skole), arbeid (sysselsetting og inntekt som unge

³⁷ Kapittel 1 i denne rapporten gir en fersk oversikt over relevant litteratur på dette feltet. Det konkluderes med at det ennå verken finnes empirisk grunnlag for å fastslå om økningen i rapportering av psykiske helseplager er reell eller hvilke mekanismer som eventuelt ligger bak.

³⁸ Innenfor samfunnsforskningen vokste interessen for medikalisering som fenomen fram på 1960- og 70-tallet (Bondevik mfl. 2017), men har ifølge Madsen (2017) i løpet av noen tiår beveget seg fra å være en marginal del av den medisinske sosiologien til å bli inkorporert i dagligtalen.

voksne) og mottak av helserelaterte trygdeytelser (arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd).

For å identifisere eventuelle årsakssammenhenger utnytter vi (uforklart) variasjon mellom kommuner i andelen av ungdommer under 19 år som tilordnes en diagnose for et psykisk helseproblem og/eller som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien eller annen psykologisk spesialisthelsetjeneste. Litt forenklet går denne strategien ut på å sammenligne utfall i skole og arbeidsliv for ungdom som vokser opp i kommuner med ulik sannsynlighet for på denne måten å bli registrert med en psykisk lidelse, kontrollert for den sosioøkonomiske sammensetningen av befolkningen. Vi tolker da sannsynligheten for å bli registrert med en psykisk lidelse som en indikator for «medikaliseringkulturen» i kommunen, dvs. at den også vil kunne fange opp geografiske variasjoner i tilbøyeligheten til å anse barn og ungdoms problemer som sykdomsrelatert mer generelt, og at disse variasjonene i sin tur kan påvirke andre lokale aktørers atferd, slik som familier, skoler, potensielle arbeidsgivere, og NAV-kontorer. Det virker også sannsynlig at sosiale interaksjonseffekter har betydning for utfallene vi studerer her (Markussen & Røed 2015), ved at faktorer som påvirker behandlingstilbøyelighet i omgangskretsen også kan ha effekt på egne utfall, enten direkte eller via såkalte «peer-effekter». Vår forståelse av årsakssammenheng vil derfor ha en videre tolkning enn som individuelle effekter av å bli diagnostisert, og eventuelt behandlet, for en psykisk lidelse.

Våre analyser tyder på at det er signifikante forskjeller mellom kommuner i sannsynligheten for å bli diagnostisert med en psykisk lidelse, og at disse forskjellene ikke fullt ut kan forklares av observerte forskjeller i sammensetning av barne- og ungdomsgruppene. Effektanalysene indikerer dernest at ungdom som vokser opp i kommuner der det er høy sannsynlighet for å få en slik diagnose oppnår dårligere resultater i skole og arbeidsliv enn ungdom som vokser opp i kommuner der denne sannsynligheten er lav, alt annet likt. Dette kan være en indikasjon på at «sykdomsfokus» i en del tilfeller gjør mer skade enn gagn. Det er imidlertid viktig å understreke at våre funn ikke kan tolkes i retning av at diagnostisering og behandling av psykiske lidelser generelt sett er skadelig. I den grad effektene vi estimerer oppstår direkte via egen sannsynlighet for å bli utredet/behandlet for psykiske lidelser, er det effekter for de marginale tilfellene vi identifiserer, dvs. for ungdom som har symptomer på psykiske helseproblemer der det ikke er opplagt om det er ønskelig med diagnose og behandling eller ikke. Litt forenklet kan vi tenke oss at barn og ungdom kan deles inn i tre grupper: i) de som ikke har noen symptomer på psykiske plager, og som dermed heller

ikke vil få en slik diagnose uansett hvor de bor, ii) de som har svært alvorlige symptomer, og som vil bli diagnostisert med en psykisk lidelse uavhengig av bosted, og iii) de som har symptomer i grenselandet for eventuelt behandlingsbehov, og som vil bli fanget opp med en slik diagnose i noen kommuner, men ikke i andre. Det er da kun den tredje gruppen vi kan identifisere effekter for.

Det er også grunn til å understreke at våre resultater er beheftet med usikkerhet. Dataene som er tilgjengelige på dette området er i sin natur ikke-eksperimentelle, og vil dermed alltid kunne inneholde elementer av uobservert seleksjon og spuriøs samvariasjon. Det innebærer at vi må være forsiktig med å tolke statistiske sammenhenger som årsakssammenhenger. Det er vanskelig å se for seg kontrollerte eksperimenter som kan gi troverdig kunnskap om virkninger av eventuelle «medikaliseringstrender» i samfunnet. I fravær av data som tilfredsstillende denne «gullstandarden» innenfor effektforskning mener vi derfor det er gode argumenter for å søke å utnytte de kilder til eksperimentlignende variasjon man kan finne i ikke-eksperimentelle data. Prisen å betale er naturlig nok at usikkerheten er større og at ingen enkeltstudie kan tilby noen udiskutabel fasit. Kunnskap og forståelse må bygges gjennom et mangfold av forskningsstrategier og identifikasjonsgrunnlag.

5.2 Data og deskriptiv statistikk

Datagrunnlaget for vår analyse er koblede og avidentifiserte administrative registerdata som dekker bosatte i Norge, med opplysninger om utdanning, yrkesinntekt, og trygd, samt diagnoseopplysninger fra spesialisthelsetjenesten (Norsk Pasientregister) og primærhelsetjenesten (refusjonsdata, KUHR). Fra Norsk Pasientregister benytter vi også opplysninger om utredning/behandling innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (og annen psykologisk spesialisthelsetjeneste) uten eksplisitt tilhørende medisinsk diagnose. I det følgende definerer vi at alle som har fått en psykisk diagnose (i Norsk Pasientregister eller KUHR) eller som har blitt utredet innenfor barn- og ungdomspsykiatrien er diagnostisert med et psykisk helseproblem.

Vi fokuserer på diagnostisering av psykiske helseproblemer i alderen 12-18 år. Diagnosedataene vi har tilgang til for den relevante aldersgruppen dekker personer født i perioden 1990-97 med opplysninger om konsultasjoner og eventuelle sykdomsdiagnoser for perioden 2008-2017. Det betyr at det bare er personer født i 1996 og 1997 som kan følges gjennom hele 12-18-års-perioden. Utfallene vi ønsker å studere kan i våre data måles

fram tom. 2017. Dette innebærer at personer født i 1996-1997 bare kan følges fram til de er 20-21 år. For utfall som måles ved høyere alder enn dette (arbeid, utdanning og trygd) må vi derfor ta i bruk

kohorter født tidligere, selv om vi da ikke har fullstendige opplysninger om eventuelle diagnoser registrert før fylte 18 år. Datastrukturen er nærmere beskrevet i Tabell 5-1.

Tabell 5-1 Datastruktur. Observasjonsår etter fødselskohort og alder

Alder obser-vert	Fødselsår											
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
11												2008
12											2008	2009
13										2008	2009	2010
14									2008	2009	2010	2011
15								2008	2009	2010	2011	2012
16							2008	2009	2010	2011	2012	2013
17						2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
18					2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
19				2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
21		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
22	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
23	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
24	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017				
25	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017					
26	2012	2013	2014	2015	2016	2017						
27	2013	2014	2015	2016	2017							
28	2014	2015	2016	2017								
29	2015	2016	2017									
30	2016	2017										
31	2017											
N (2017)	47430	48710	51638	53494	55481	55692	55205	55884	55380	55904	56713	56007

Merknad: Det skraverte områder indikerer perioden for registrering av diagnoseopplysninger for personer i aldersgruppen 12-18 år.

I de to kohorten vi kan følge gjennom hele 12-18-årsperioden (personer født i 1996 og 1997) har mer enn 1 av 3 ungdommer blitt registrert med et psykisk helseproblem innen året de fyller 18; se Tabell 5-2.

Nær 1 av 5 har minst en registrering i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). De hyppigst forekommende diagnosene er knyttet til atferds- og personlighetsforstyrrelser, angst, og depresjon.

Tabell 5-2 Konsultasjoner for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten 12-18 år. For personer født i 1996 og 1997. Andeler av alle i kohorten

	Alle	Gutter	Jenter
Konsultasjon/diagnose psykisk lidelse	0,318	0,299	0,337
Minst en konsultasjon/diagnose hos:			
Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)	0,190	0,181	0,199
Annen psykologspesialist	0,022	0,019	0,025
Minst en registrering av følgende diagnoser, satt av fastlege eller spesialisthelsetjeneste:			
Atferds- og personlighetsforstyrrelser	0,204	0,210	0,198
Angst og depresjon	0,165	0,115	0,217
Psykisk lidelse knyttet til rusproblemer	0,020	0,022	0,017
Organiske lidelser	0,030	0,034	0,025
Psykisk utviklingshemming	0,019	0,021	0,018
Registrering uten diagnose	0,018	0,017	0,016
N (antall personer)	114 939	59 146	55 793

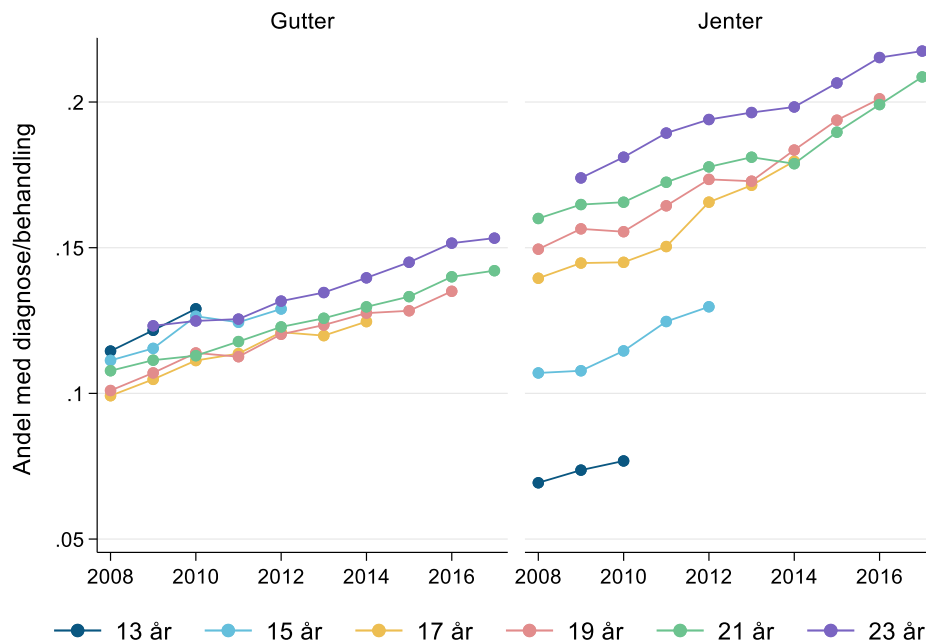
5.2.1 Endringer over tid i omfanget av diagnoser for psykiske helseplager

Figur 5-1 viser andelene av barn og unge som ved ulike aldre har fått en diagnose for et psykisk helseproblem, og hvordan disse andelene har endret seg over tid siden 2008. Denne figuren viser altså de *årlige* andelene med registrering av psykiske helseproblemer – og ikke (som i Tabell 5-1) andelene som har blitt registrert minst en gang innen den aktuelle alderen. For både jenter og gutter ser vi klare tegn på økt registrering av psykiske helseplager over tid, og økningen er mest markert for jenter. Det er for øvrig en påfallende forskjell mellom jenter og gutter ved at tilbøyeligheten til å få en diagnose for et psykisk helseproblem faller med alder for gutter, mens den for jenter øker med alder.

Det er en tydelig sosial gradient i registreringen av psykiske helseproblemer. For å illustrere dette nærmere har vi delt alle barn og unge inn i 20 like store grupper (vigintiler), basert på foreldrenes rang i sin generasjons inntektsfordeling.³⁹ Figur 5-2 viser andelen registrert med en psykisk helseplage for hver alder og for hver gruppe. Sannsynligheten for å være registrert med et psykisk helseproblem faller markert med foreldrenes inntektsrang, og den er typisk mer enn dobbelt så høy for barn av foreldre nederst i inntektsfordeling som for barn av foreldre som befinner seg i toppen av fordelingen. Denne sammenhengen er også bemerkelsesverdig stabil på tvers av aldersgrupper. Betydningen av familiebakgrunn viser ingen tegn til å forsvinne ved overgang til voksenlivet.

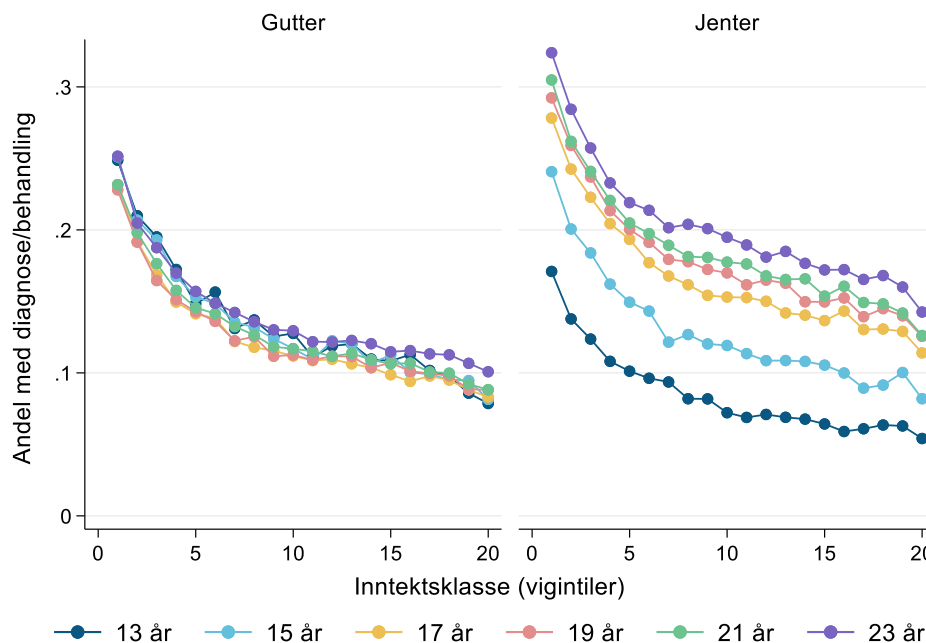
³⁹ Foreldrenes inntektsrang er målt ved å summere foreldrenes yrkesinntekter (målt i faste kroner) da de var 34-37 år gamle.

Figur 5-1 Andel barn og unge med diagnose for psykiske helseplager. Etter alder og år.



Merknad: Datapunktene viser andelen i hver aldersgruppe som i løpet av det enkelte år registreres med et psykisk helseproblem, enten i form av en diagnose for psykiske helseplager hos primærlege eller spesialist eller en konsultasjon i barne- og ungdomspsykiatrien. Observasjonene er basert på tilgjengelige kombinasjoner av alder og år i våre data; jfr. Tabell 5-1.

Figur 5-2 Andel barn og unge med diagnose for psykiske helseplager. Etter foreldrenes inntektsrang.



Merknad: Datapunktene viser andelen i hver aldersgruppe som årlig registreres med et psykisk helseproblem, fordelt etter foreldrenes inntektsrang. Foreldres inntektsrang er basert på summen av mors og fars yrkesinntekt (målt i faste kroner) da de var 34-37 år gamle, og delt inn i vigintiler (20 grupper med 5% av populasjonen i hver gruppe, gruppert fra laveste til høyeste rang). Observasjonene er basert på alle tilgjengelige fødselskohorter for hver aldersgruppe i våre data, og viser gjennomsnittlige andeler for de årene vi har observasjoner for; jfr. Tabell 5-1.

5.2.2 Variasjon i diagnosepraksis mellom kommuner

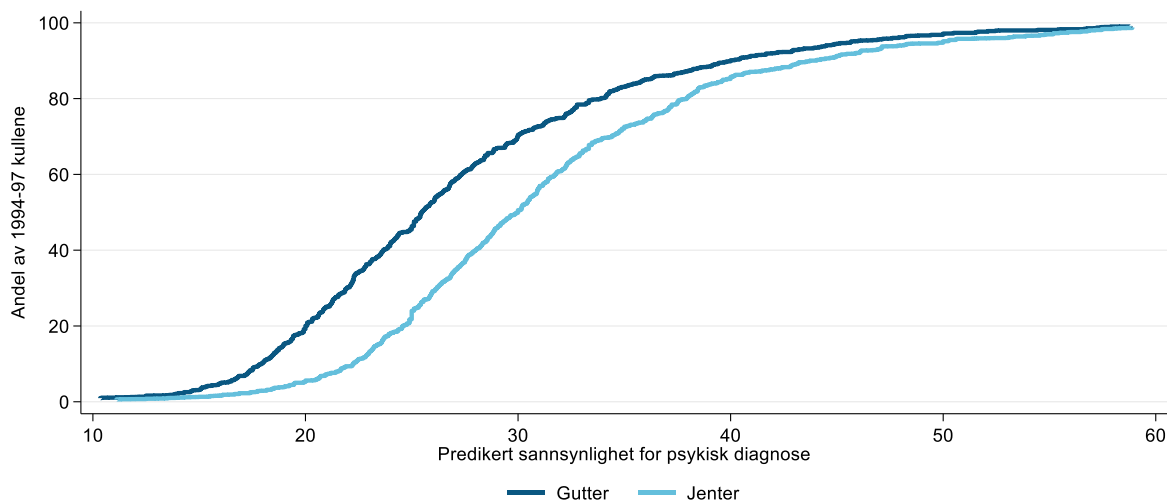
Sannsynligheten for å bli registrert med et psykisk helseproblem varierer i betydelig grad mellom ulike kommuner. Dette kan skyldes minst to ulike mekanismer. Den første er at det er variasjon i omfanget av psykiske lidelser blant barn og unge i ulike kommuner, dvs. at det er de individuelle *behovene* for behandling som varierer. Det andre er at det er forskjeller i diagnosepraksis mellom leger i ulike kommuner og/eller variasjoner i behandlingstilbudet.

Det virker rimelig å anta at legers tilbøyelighet til å tilordne diagnose for psykiske helseproblemer og/eller til å henvise ungdom til barne- og ungdomspsykiatrien kan påvirkes av lokale «kulturforskjeller» knyttet til synet på psykiske lidelser, på hvor terskelen for behandlingsbehov befinner seg, eller på virkningen av slik behandling. Det er ikke opplagt at *kommune* er det mest relevante geografiske nivå for identifikasjon og analyse av slike lokale variasjoner. En inndeling etter kommune framstår likevel som naturlig i denne sammenheng, både fordi kommunene sannsynligvis spiller en viktig rolle for tilstrømning til barne- og ungdomspsykiatrien gjennom organisering av primærhelsetjeneste, skolehelsetjeneste, og barnevern, og fordi de utgjør en rimelig stabil oppdeling av landet i områder av en størrelse som muliggjør meningsfull identifikasjon av lokale medikaliseringsskilturer.

Det er eventuelle forskjeller i omfanget av psykiske diagnoser, gitt behov, som kan benyttes til å identifisere graden av lokal medikalisering. Vår forskningsstrategi er derfor avhengig av at det faktisk er en del variasjon i diagnosepraksis, også kontrollert for forskjeller i behov. For å undersøke dette nærmere må vi først danne oss et bilde av variasjonen i behov. Vi tar da utgangspunkt i personer født mellom 1994 og 1997 og undersøker hvordan utfallet «*har fått en diagnose for psykisk sykdom en eller annen gang i alderen 12-18 år*» samvarierer med observerte individkjennetegn.⁴⁰ Kjennetegnene vi benytter til dette formålet er indikatorer for alle mulige kombinasjoner av fødselsår, kjønn, innvandrersstatus (indikatorer for å være født i, eller ha foreldre fra, henholdsvis annet vestlig land, Øst-Europa, eller et utviklingsland), og familiebakgrunn – det siste representert ved 100 dummyvariabler som angir foreldrenes persentil i sin generasjons (nasjonale) yrkesinntektsfordeling. I alt gir dette opphav til 3200 indikatorvariabler – eller «celler». På grunnlag av observert diagnosehyppighet i hver av disse cellene viser Figur 5-3 kumulative fordelingsfunksjoner for predikerte diagnosesannsynligheter for alle ungdommer født mellom 1994 og 1997. Vi ser at de predikerte sannsynlighetene varierer mellom om lag 15 og 55 %. Andelen med predikert sannsynlighet mindre enn eller lik tallene på den horisontale akse kan avleses direkte på den vertikale akse. For eksempel ser vi at 40 % av jentene har en predikert diagnosesannsynlighet som er lavere enn ca. 28 %, mens 40 % av guttene har en diagnosesannsynlighet lavere enn 24 %.

⁴⁰ Merk at det kun er 1996- og 1997-kullene som kan observeres i hele dette aldersintervallet. 1995-kullet observeres fra de er 13 år, og 1994-kullet fra de er 14.

Figur 5-3 Kumulative fordelingskurver for predikert sannsynlighet for å ha fått en diagnose for psykisk helseproblem innen året man fyller 18

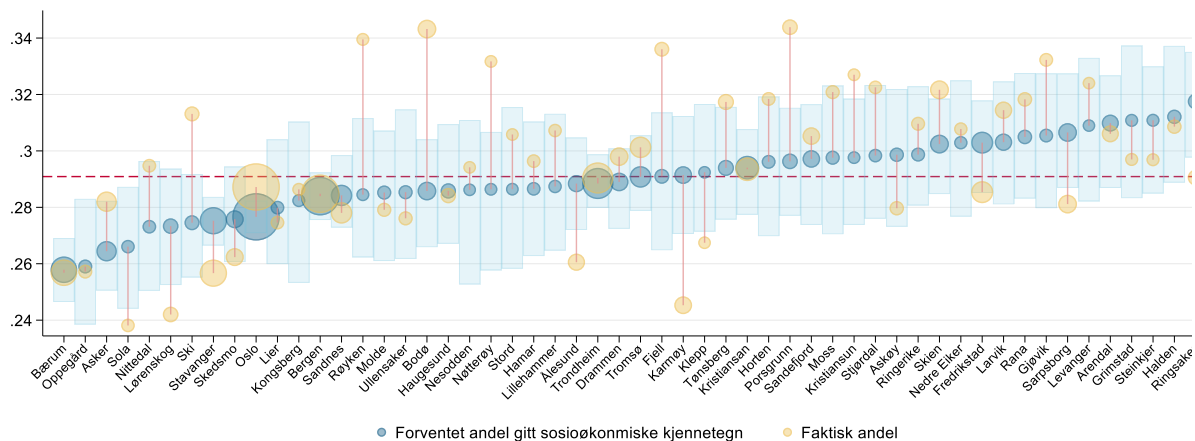


Merknad: Fordelingen er basert på observerte andeler i 3200 ulike celler, definert ved kjønn, fødselsår, nasjonalitet og familiebakgrunn. Beregnet på basis av kohorter født 1994-97.

Figur 5-4 viser så hvordan vi kan bruke de individuelle prediksjonene til å anslå behovet for barne- og ungdomspsykiatrisk behandling i de enkelte kommunene, her illustrert for alle kommuner med minst 1000 ungdommer i den aktuelle aldersgruppen. De blå sirklene indikerer de predikerte andelene for hver av disse kommunene, og størrelsen på hver sirkel er proporsjonal med antallet ungdommer i kommunen. Vi ser at prediksjonene varierer fra rundt 26 prosent av ungdommene i kommuner som Bærum, Oppegård, og Asker, til nærmere 32 prosent i Alta og Ringsaker. Rundt disse prediksjonene vil det være mye tilfeldig variasjon, og de blå søylene representerer 95 prosent konfidensintervaller for denne variasjonen. Så lenge de observerte andelene ligger innenfor de blå feltene er det dermed ingen overbevisende evidens i retning av at en kommune har høyere eller lavere andel i

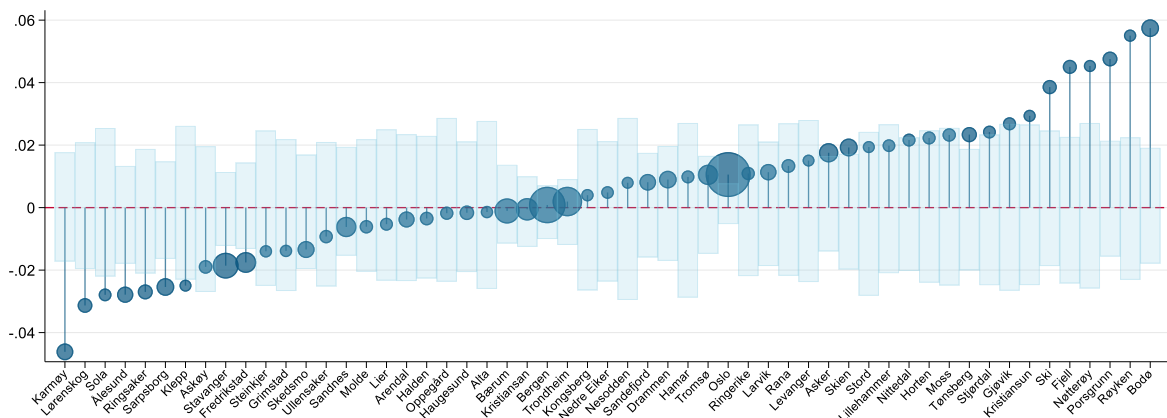
barne- og ungdomspsykiatrien enn det som kan forventes ut fra den sosioøkonomiske sammensetningen av befolkningen. De gule sirklene viser så de faktiske andelene observert i våre data. Vi ser at noen kommuner da har vesentlig høyere eller lavere andel unge med psykisk diagnose i alderen 12-18 år enn det befolkningssammensetningen skulle tilsi. Disse avvikene (differansen mellom faktisk og predikert andel) er nærmere beskrevet i Figur 5-5, med kommunene sortert etter størrelsen på avviket. Selv om mye av variasjonen kommunene imellom er forårsaket av ulikhet i befolkningssammensetning gjenstår det en betydelig variasjon som ikke uten videre kan forklares på denne måten. Alt i alt finner vi at de faktiske andelene er signifikant forskjellige fra de predikerte (på 5 % nivå) i 122 av 421 kommuner (28,9 %).

Figur 5-4 Andel med diagnose for psykisk helseproblem innen året personer fyller 18 år. Med 95 prosent konfidensintervall for tilfeldig variasjon rundt prediksjonen.



Merknad: Predikerte diagnoseandeler for hver kommune er basert på observerte andeler i 3200 ulike celler, definert ved kjønn, fødselsår, nasjonalitet og familiebakgrunn. Beregnet på basis av kohorter født 1994-97. Størrelsen på de ulike sirklene er proporsjonal med antallet ungdommer i hver kommune, og de blå søylene indikerer 95% konfidensintervaller. I figuren har vi inkludert alle kommuner med minst 1000 ungdommer i den aktuelle aldersgruppen.

Figur 5-5 Forskjell mellom faktisk og predikert andel med diagnose for psykisk helseproblem innen året personer fyller 18 år.



Merknad: Figuren viser differansen mellom faktisk og predikert diagnoseandel i Figur 4, og kommunene er sortert langs den horisontale akse etter størrelsen på denne differansen (kommuner med størst negativt avvik til venstre). De blå søylene markerer 95% konfidensintervall for avviket mellom predikert og faktisk andel. Se også note til Figur 5-4.

Et spørsmål som melder seg når vi skal analysere mulige effekter av lokal diagnosepraksis er om de lokale avvikene mellom faktisk og predikert andel med psykisk diagnose samvarierer med andre kjennetegn ved kommunene som i seg selv kan tenkes å påvirke de utfallene vi er interessert i å analysere, og som ikke har å gjøre med eventuelle forskjeller i diagnosepraksis. I Tabell 5-3 viser vi resultater fra en regresjonsanalyse der vi har brukt det kommunale avviket (differansen mellom faktisk og predikert andel med psykisk diagnose) som avhengig variabel, og en del kjennetegn ved kommunene som forklaringsvariabler, dvs. sysselsettingsrate, gjennomsnittlig utdanningsnivå, gjennomsnittlig

inntektsrang, og innvandrерandeler. For å unngå omvendt kausalitet er alle disse kjennetegnene målt på basis av den voksne befolkningen i kommunen, dvs. personer i aldersgruppen 30-60 år.

Vi finner indikasjoner på noe mindre intensitet i diagnostisering av psykiske lidelser i kommuner med høy sysselsetting, og noe større intensitet i kommuner med høyt gjennomsnittlig utdanningsnivå. Den sosioøkonomiske sammensetningen av den voksne befolkningen for øvrig ser ikke ut til å ha betydning (vel og merket etter at vi har kontrollert for de unges egne foreldres inntektsrang).

Tabell 5-3 Regresjonsanalyse. Avhengig variabel: Forskjell mellom faktisk og predikert andel med diagnose for psykisk sykdom innen året personer fyller 18 år

Egenskaper ved den voksne befolkningen (30-60 år) i kommunen	
Sysselsettingsrate	-0,146** (0,059)
Gjennomsnittlig utdanningslengde ut over grunnskole	0,014** (0,006)
Gjennomsnittsrang i den nasjonale kjønns- og aldersspesifikke yrkesinntektsfordelingen	0,0004 (0,004)
Andel innvandrere fra utviklingsland	0,089 (0,081)
Andel innvandrere fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Oceania	-0,024 (0,079)
Andel innvandrere fra Øst-Europa	-0,010 (0,090)
Log (innbyggertall)	0,000 (0,000)
Konstantledd	0,059 (0,045)
R-kvadrert	0,042
N	421
F-test (p-verdi)	3,28 (0,0021)

Merknad: Tabellen viser estimerte koeffisienter fra vektet regresjon (med kommunestørrelse som vekter), med standardfeil i parentes. */**/** indikerer statistisk signifikans på 10/5/1% nivå.

5.3 Lokal diagnosepraksis og barnas utfall i skole og arbeidsliv

Vi skal nå undersøke hvordan kommunenes diagnosepraksis overfor barn og ungdom påvirker senere utfall knyttet til utdanning, arbeid, og trygd. La y_i være et av disse utfallene, målt for en person i . For å studere effekter av kommunens diagnosepraksis for person i trenger vi en indikator som ikke er påvirket av om denne personen selv hadde en psykisk diagnose eller ikke. Dette betyr at en

⁴¹ Hele analysen beskrevet i dette avsnittet er også blitt gjennomført med et noe snevrere mål på medikalisering, der vi kun har benyttet utredning/behandling innenfor

kommunespesifikk indikator for diagnosepraksis må baseres på den observerte diagnosepraksisen for *andre* innbyggere i kommunen, kontrollert for befolkningssammensetningen.

5.3.1 Konstruksjon av indikator for diagnosepraksis i kommunen

For å etablere et best mulig mål på den kommunale tilbøyeligheten til å tilordne ungdom diagnoser for psykiske helseproblemer tar vi utgangspunkt i registreringene av slike diagnoser for alle unge mellom 12 og 18 år, justert for den sosioøkonomiske sammensetningen av ungdomsgruppen.⁴¹

Vi starter med en regresjonsanalyse med forklaringsvariabler tilsvarende de vi benyttet som grunnlag for de individuelle prediksjonene i Figur 3. For å utnytte datagrunnlaget så godt som mulig – og dermed redusere den statistiske usikkerheten – inkluderer vi alle som er født i perioden 1990-1997, samtidig som kontrollerer fullt ut for det forhold at ulike fødselskohorter da blir observert ved litt ulike aldre. Modellen kan beskrives som følger:

$$PSYK_{tsrmi} = \lambda_{tsrmi} + \zeta_i, \quad (1)$$

der $PSYK_{tsrmi}$ er en variabel som antar verdien 1 dersom individ i fikk en diagnose for psykisk helseplage (eller var til behandling i barne- og ungdomspsykiatrien) senest det kalenderår vedkommende fylte 18 år, og null ellers. Parameteren λ_{tsrmi} er en såkalt fast effekt for alle kombinasjoner av fødselsår (t), kjønn (s), foreldrenes inntektsrang i den nasjonale yrkesinntektsfordelingen (r), og nasjonalitet (n), det siste inndelt i fire hovedgrupper (norskfødt, innvandret fra annet vestlig land, innvandret fra Øst-Europa, eller innvandret fra utviklingsland). ζ_i er et restledd.

For hver kombinasjon av fødselsår, kjønn, nasjonalitet, og familiebakgrunn vil modell (1) gi oss en predikert sannsynlighet for å ha fått en psykisk diagnose innen (senest) året vedkommende fyller 18. For hver person kan vi så beregnet avviket mellom faktisk og predikert diagnose-utfall:

$$\hat{\zeta}_i = PSYK_{tsrmi} - \hat{\lambda}_{tsrmi} \quad (2)$$

Siden prediksjonene i dette tilfellet alltid vil ligge mellom 0 og 1, vil en person som faktisk fikk en diagnose alltid bli tilordnet et positivt residual, og

spesialisthelsetjenesten (og altså sett bort fra tilfeller der diagnoser kun er gitt av primærhelsetjenesten). Resultatene viste seg å være svært like de vi presenterer nedenfor.

dette positive residualet vil være større desto lavere den predikerte sannsynligheten var for å bli behandlet. En person som ikke ble behandlet vil ha et negativt residual, og tallverdien på dette residualet vil være større desto høyere sannsynlighet vedkommende hadde for å bli behandlet. Ved å summere disse residualene på kommunenivå (k) kan vi dermed få en indikator for hvor mye høyere (eller lavere) sannsynligheten er for å få en diagnose i kommunen enn det den sosioøkonomiske sammensetningen av barne- og ungdomsgruppen skulle tilsi. Et naturlig mål på kommunens diagnosepraksis kan derfor være gjennomsnittlig predikert residual for kommunens egne ungdommer ($\forall i \in k$) :

$$\varphi_k = \frac{\sum_{i \in k} \hat{\zeta}_i}{N_k}, \quad (3)$$

der N_k er antallet ungdommer i kommunen.

Et problem med ligning (3) er at vi i noen tilfeller har brukt ungdom i selv til å beregne diagnosetilbøyeligheten i egen kommune. Dermed oppstår det en fare for at indikatoren blir korrelert med restleddet i ligning (1). Dette kan vi løse ved å justere indikatoren, slik at person i 's bidrag fjernes. Indikatoren vi da ender opp med blir personspesifikk:

$$\varphi_{k,-i} = \frac{N_k \varphi_k - \hat{\zeta}_i}{N_k - 1}. \quad (4)$$

Tallverdien til denne indikatoren har ikke noen intuitivt appellerende tolkning. I effektanalysene velger vi derfor å standardisere den, slik at indikatoren vi faktisk bruker er gitt ved $\varphi_{k,-i}$ fratrukket sitt gjennomsnitt og dividert med sitt standardavvik, med betegnelsen $\phi_{k,-i}^{STAND}$.

5.3.2 Estimerte effekter av kommunal diagnosepraksis

For å undersøke hvordan kommunens diagnosepraksis påvirker utfall knyttet til skole, trygd, og arbeid, setter vi opp regresjonsmodeller av følgende type:

$$y_{tsrki} = \varphi_{tsrm} + \mathbf{z}_k \boldsymbol{\eta}_z + \pi \phi_{k,-i}^{STAND} + \varepsilon_i, \quad (5)$$

der vektoren \mathbf{z}_k inneholder relevante kommunekjennetegn, representert ved de samme

variablene som ble benyttet i regresjonen som grunnlag for resultatene presentert i Tabell 3 (sysselsettingsrate, gjennomsnittlig utdanningsnivå og inntektsrang, innvandrerdeler, og kommunestørrelse), og ε_{ki} er et restledd. Grunnen til at vi kontrollerer for disse variablene her er at disse faktorene kan tenkes å ha betydning for arbeidsmarkeds- og utdanningsutfall også for de unge, samtidig som vi alt har sett indikasjoner på at de i noen grad også er korrelert med kommunal diagnosepraksis.

En eventuell korrelasjon mellom diagnosepraksis og situasjonen på arbeidsmarkedet er i denne sammenheng en særlig problematisk kilde til spuriøs sammenheng. Vi har all grunn til å tro at manglende jobbmuligheter kan tenkes å være en kilde til at hjelpeapparatet (både knyttet til NAV og til det lokale helsevesenet) i større grad tolker arbeidsledighet som uttrykk for et helseproblem, ettersom dette i en del tilfeller vil være en betingelse for varig inntektssikring. Dette kan i neste omgang bidra til å skape en lokal medikaliseringkultur, der vanskeligheter i skole og arbeidsliv mer generelt har lett for å bli tolket i et sykdomsperspektiv. Dermed kan det oppstå en uobservert korrelasjon mellom sysselsettingsmuligheter og lokal diagnosepraksis. Ettersom sysselsettingsraten blant voksne kan være en nokså imperfekt indikator for lokale jobbmuligheter for ungdom vil vi i noen modellspesifikasjoner også kontrollere for arbeidsmarkedsregion. Inndelingen i regioner bygger på Bhuller (2009), som deler landet inn i 46 pendlerregioner. Ved å kontrollere for regionfaste effekter utelukker vi at vår indeks for kommunal diagnosepraksis fanger opp virkninger av sysselsettingsmuligheter, ettersom disse vil være felles innenfor hver pendlerregion. Samtidig risikerer vi å miste noe av identifikasjonsgrunnlaget for å estimere den effekten vi primært er interessert i, ettersom vi da kun kan utnytte variasjon mellom kommuner *innenfor* hver pendlerregion.

Før vi studerer effekten av diagnosepraksis på ulike utdannings- og arbeidsmarkedsutfall undersøker vi sammenhengen mellom kommunal diagnosepraksis og sannsynlighet for selv å få en diagnose for psykisk sykdom; dvs. at utfallet i ligning (5) er en indikator for egen psykisk diagnose før fylte 18 år. Vi benytter da kun kohortene født 1994-97, ettersom eventuell behandling for disse kan observeres mesteparten av ungdomstiden. Resultatet er gjengitt i Tabell 5-4. Vi ser at en økning i indikatoren for kommunal diagnosepraksis med ett standardavvik anslås å øke sannsynligheten for selv å bli behandlet med mellom 2 og 3 prosentpoeng.

Tabell 5-4 Estimert effekt av kommunal diagnosepraksis på sannsynlighet selv å få en diagnose for psykisk sykdom før fylte 18 år

	Alle		Gutter		Jenter	
Kommunal diagnosepraksis	0,026*** (0,001)	0,023*** (0,001)	0,024*** (0,001)	0,021*** (0,001)	0,029*** (0,001)	0,024*** (0,002)
Regionfaste effekter	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
R-kvadrert justert	0,049	0,049	0,049	0,050	0,044	0,044
N	227 016		116 763		110 253	
Gjennomsnittlig utfall	0,294		0,274		0,315	

Merknad: Regresjonen er basert på ligning (5), med indikator for egen diagnose som utfall. Alle regresjonsmodeller inneholder kontroller for kommunekjennetegn. De rapporterte koeffisientene viser den estimerte effekten av ett standardavviks økning i indeksen for kommunal diagnosepraksis, beregnet på basis av ligning (4). Standardfeil (clustret på kommune) er rapportert i parenteser. */**/** indikerer statistisk signifikans på 10/5/1% nivå.

Vi fokuserer videre på følgende utfall:

- Antall grunnskolepoeng, målt ved alder 16 (basert på kohortene født 1994-1997)
- Fullføring av videregående opplæring, målt ved alder 21 (basert på kohortene født 1994-1996)
- Mottak av helserelatert trygdeytelse, målt ved alder 24 (basert på kohortene født 1991-1993)
- Yrkesinntekt, målt ved alder 28 (basert på kohortene født 1986-1988)
- Sysselsetting, målt ved alder 28, definert som årlig yrkesinntekt over 200.000 kroner (2G) (basert på kohortene født 1986-1988)

Valget av kohorter som benyttes i hver av disse analysene er gjort på grunnlag av de begrensningene som ligger i muligheten til å observere de ulike kohortene ved ulike aldre; jfr. Tabell 5-1. For utfall som måles ved ung alder kan vi benytte yngre fødselskohorter, med den fordel at deres oppvekst korresponderer med den tidsperioden som har vært benyttet til å estimere kommunal diagnosepraksis. For utfall som måles ved høyere alder (spesielt yrkesinntekt og sysselsetting) må vi leve med at deres ungdomstid ligger forut for perioden benyttet til å estimere diagnosepraksis. Det innebærer at vår indikator for diagnosepraksis er basert på en tilleggsforutsetning (som ikke kan etterprøves) om at denne har vært stabil over tid.

Estimeringsresultatene er presentert i Tabell 5-5. Panel A gjengir estimatene for grunnskolepoeng. Vi finner at

større tilbøyelighet til å gi ungdom diagnose for psykiske helseplager gir opphav til noe dårligere skoleresultater både for gutter og jenter. En økning i indeksen for kommunal diagnosepraksis med ett standardavvik medfører et forventet fall i antallet grunnskolepoeng på om lag 0,2. De estimerte effektene blir noe sterkere i modellen der vi kontrollerer for pendlerregion. For å få noe mer intuisjon på størrelsesordenen av denne effekten kan vi sammenholde den med effekten på sannsynlighet for egen diagnose/behandling, dvs. 0,02-0,03 prosentpoeng (jfr. Tabell 5-4). Som et tankeeksperiment kan vi anta at effekten på grunnskolepoeng utelukkende reflekterer endret sannsynlighet for selv å få en psykisk diagnose – med det som da følger med av eventuell utredning og behandling. Da kan vi dividere de to effektene på hverandre for å komme fram til en estimert effekt av egen diagnose på antallet grunnskolepoeng. F.eks. vil vi med en estimert effekt på -0,2 for grunnskolepoeng og 0,03 for egen diagnose anslå effekten av egen diagnose til å være $-0,2/0,03 = -6,7$, dvs. et fall på 6,7 grunnskolepoeng (tilsvarende et fall i karakter på 0,67 i alle fag). Dette er den effekten vi ville ha estimert om vi hadde benyttet en såkalt instrumentvariabel-metode, basert på (den tvilsomme) antagelsen om at observert diagnosepraksis kun påvirker utfall via sannsynligheten for egen diagnose og behandling, alt annet likt. Den ville i så fall hatt tolkning som en såkalt *lokal* gjennomsnittseffekt, dvs. at den representerte en gjennomsnittseffekt for den gruppen ungdommer hvor forekomsten av en diagnose ble avgjort av hvilken kommune de bodde i.

Tabell 5-5 Estimerte effekter av kommunal behandlingsintensitet

	Alle		Gutter		Jenter	
	I	II	III	IV	V	VI
A. Effekt på antall grunnskolepoeng	-0,199*** (0,060)	-0,212*** (0,054)	-0,176*** (0,064)	-0,179*** (0,064)	-0,223*** (0,067)	-0,249*** (0,063)
R-kvadrert justert	0,135	0,138	0,105	0,108	0,097	0,101
N (1994-97)	227 655		117 056		110 483	
Gjennomsnittlig utfall	38,91		36,83		41,11	
B. Effekt på sannsynlighet for å ha fullført vid. oppl. ved alder 21	-0,016*** (0,002)	-0,008*** (0,002)	-0,017*** (0,002)	-0,008*** (0,002)	-0,016*** (0,002)	-0,009*** (0,002)
R-kvadrert justert	0,082	0,085	0,075	0,080	0,070	0,073
N (1994-96)	169 161		87 122		81 954	
Gjennomsnittlig utfall	0,747		0,705		0,792	
C. Effekt på sannsynlighet for mottak av AAP eller uføretrygd ved alder 24	0,008*** (0,001)	0,006*** (0,001)	0,007*** (0,001)	0,006* (0,001)	0,009*** (0,001)	0,006** (0,001)
R-kvadrert justert	0,044	0,045	0,042	0,043	0,044	0,046
N (1991-93)	166 913		86 200		80 713	
Gjennomsnittlig utfall	0,089		0,083		0,095	
D. Effekt på yrkesinntekt ved alder 28 (NOK)	-6 354*** (999)	-3 663*** (1 007)	-9 054*** (1 707)	-5 338*** (1 615)	-3 495*** (781)	-1 866** (904)
R-kvadrert justert	0,084	0,086	0,046	0,052	0,063	0,064
N (1986-88)	149 349		76 831		72 518	
Gjennomsnittlig utfall	NOK 370 882		NOK 414 325		NOK 324 856	

Forts. Estimerte effekter av kommunal behandlingsintensitet

	Alle		Gutter		Jenter	
	I	II	III	IV	V	VI
E. Effekt på sysselsetting ved alder 28	-0,010*** (0,001)	-0,006*** (0,002)	-0,012*** (0,002)	-0,008*** (0,002)	-0,008*** (0,002)	-0,005** (0,002)
R-kvadrert justert	0,042	0,043	0,038	0,040	0,040	0,041
N (1986-88)	149 901		77 093		72 808	
Gjennomsnittlig utfall	0,760		0,783		0,737	
Regionfaste effekter	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja

Merknad: Alle regresjonsmodeller er basert på ligning (5) og inneholder indikator-variabler for alle mulige kombinasjoner av fødselsår, kjønn, nasjonalitet, og foreldres inntekstrang, samt kontroller for kommunekjennetegn. Modellene i kolonnene II, IV, og VI inneholder i tillegg indikatorvariabler for 46 pendlerregioner. De rapporterte koeffisientene viser de estimerte effektene av ett standardavviks økning i indeksen for kommunal diagnosepraksis, beregnet på basis av ligning (4). N angir antallet observasjoner i hver regresjon, og årstallene i parentes angir hvilke fødselskohorter som er benyttet. Standardfeil (clustret på kommune) er rapportert i parenteser. */**/** indikerer statistisk signifikans på 10/5/1% nivå.

Panel B viser tilsvarende estimerte effekter på sannsynligheten for å ha fullført videregående opplæring ved alder 21 år. Igjen ser vi et klart mønster av signifikant negative effekter, og igjen er bildet nokså likt for jenter og gutter. Her blir de estimerte effektene noe svakere i modellen med kontroll for pendlerregion, men de kvalitative konklusjonene er de samme. Tar vi utgangspunkt i det mest forsiktige estimatet på -0,008 vil et tilsvarende regneeksempel som det vi brukte over indikere en effekt av egen (marginal) diagnose/behandling på -0,27, dvs. et fall i fullføringssannsynlighet på 27 prosentpoeng. De estimerte effektene er med andre ord signifikante også fra et mer substansielt økonomisk synspunkt.

Panel C viser estimerte effekter av kommunal diagnosepraksis på sannsynlighet for mottak av helse relatert trygdeytelse ved alder 24 år. Økt lokal tilbøyelighet til å tilordne barn og unge diagnose for psykiske lidelser anslås å gi klart høyere sannsynlighet for mottak av slik trygdeytelse. Dette kan være en ønsket effekt dersom den reflekterer større sannsynlighet for å avdekke behov for støtte som kan gå «under radaren» i kommuner der fokuset på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser er mindre. Den framstår naturligvis som mindre ønskelig dersom den avspeiler en lavere sannsynlighet for å greie seg selv gjennom eget arbeid.

Estimeringsresultatene i Panel D og E tyder imidlertid på at det ikke bare dreier seg om en slik

avdekkingsmekanisme. Vi ser at større sykdomsfokus også leder til lavere yrkesinntekter og sysselsettingsrater i voksen alder. For disse utfallene er det en klar tendens til at de estimerte effektene faller noe når vi kontrollerer for pendlerregion. Dette kan skyldes at det i regioner med tynne arbeidsmarkeder og begrensede jobbmuligheter er flere som faller utenfor arbeidslivet, og at dette i noen grad skaper et behov for å få identifisert helseproblemer som muliggjør varig støtte til livsopphold. Samtidig innebærer det at det kan være en samvariasjon mellom lokale jobbmuligheter og lokal diagnosepraksis som gjør at vi vil overvurdere effekten av medikalisering hvis vi ikke får kontrollert tilfredsstillende for lokale jobbmuligheter, f.eks. ved bruk av indikatorer for pendlerregion.

5.4 Robusthet

I hvilken grad kan vi være trygge på at estimatene presentert over representerer årsakssammenhenger, og ikke uobserverte sorteringsmekanismer? En mulig måte å adressere dette spørsmålet på er å foreta separate analyser for grupper av barn og unge som i ulik grad forventes å være eksponert for risiko knyttet til psykiske helseproblemer. Hvis effektene vi har fanget opp primært er kausale, burde vi se større estimerte effekter for grupper der sannsynligheten for å bli berørt av eventuelle medikaliseringstendenser er høy.⁴² En årsakssammenheng burde dermed tilsi at personer med høy predikert risiko i henhold til ligning

⁴² Strengt tatt er det for personer med middels risiko vi forventer størst effekt. Personer med veldig lav eller veldig høy sannsynlighet vil være upåvirket av kommunal variasjon, ettersom de vil bli behandlet på samme måte uavhengig av

bosted. Siden alle våre individuelle prediksjoner ligger mellom 15 og 55 % (ifr. Figur 3), er det rimelig å anta at det er personene med de høyeste predikerte

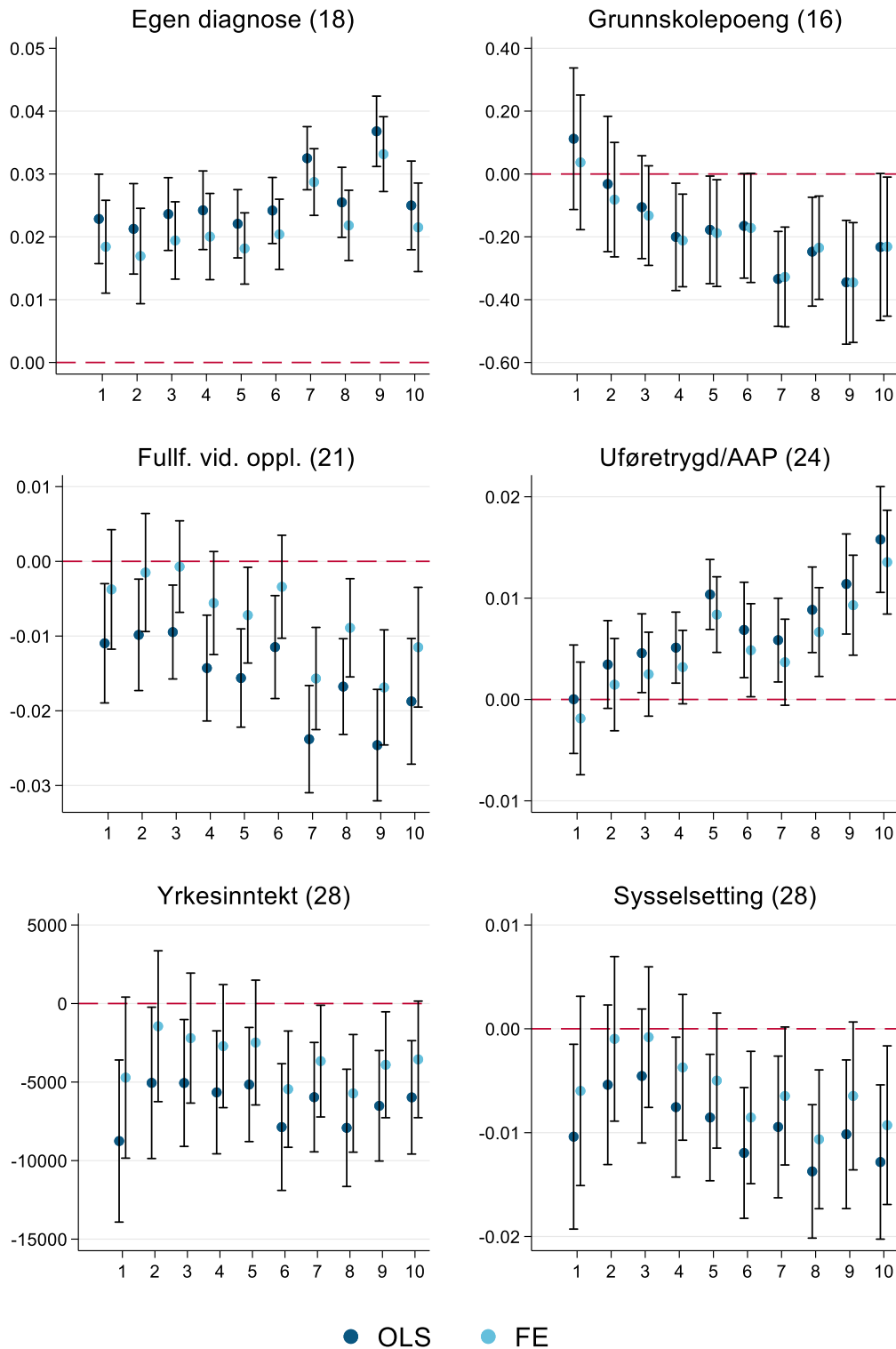
(1), også vil bli sterkt påvirket av kommunal diagnosepraksis. For å undersøke dette nærmere har vi delt populasjonen av barn og unge inn i 10 like store grupper (desiler) innen hvert fødselsår/kjønn, basert på individuelt predikerte diagnose-sannsynligheter. Prediksjonene er beregnet som observerte andeler med diagnose i 800 ulike celler, definert ved alle mulige kombinasjoner av kjønn, nasjonalitet og familiebakgrunn i 1996-97-kullene. Vi har så estimert alle effektene rapportert i Tabell 5-5 separat for hver desil. Resultatet av denne analysen er vist i Figur 5-6. I samsvar med kausalitetstolkningen finner vi at det er klare indikasjoner på positiv samvariasjon mellom predikert individuell risiko og tallverdiene på de estimerte effektene av kommunal diagnosepraksis.

For å unngå et såkalt simultanitetsproblem forbundet med at personer som vi studerer utfall for samtidig benyttes til å konstruere den kommunale diagnosepraksisen de antas å bli påvirket av, har vi i modellene over estimert diagnosepraksis basert på *alle andre* barn og unge enn personen selv. Dette kan være utilstrekkelig dersom personen selv har påvirket venner og kjente gjennom såkalte peer-effekter. For å undersøke om dette kan være et problem i vår analyse, har vi estimert alle modellene også med en metode der vi ikke bare tar ut personen selv i beregningen av diagnosepraksis, men også andre som tilhører samme årskull (i noen modellvarianter samme årskull og samme kjønn). Disse justeringene av modellen endrer imidlertid de estimerte effektene svært lite.

En annen metode for å vurdere holdbarheten i en kausalitetstolkning er å foreta en såkalt placebo-analyse, dvs. å estimere modellen med et utfall som *ikke* kan påvirkes av lokal diagnosepraksis, men som likevel kan sies å ha noe av de samme egenskapene (hva sammensetning angår) som de utfallene vi faktisk er interessert i. Et slikt mulig utfall er foreldrenes inntektsrang. Siden denne rangen i all hovedsak er predeterminert i forhold til barnas utfall bør den i liten grad kunne påvirkes av hva slags diagnosepraksis barna står overfor. Slik modellen er utformet over kan vi imidlertid ikke benytte foreldres inntektsrang som utfall, ettersom modellen allerede i utgangspunktet har kontrollert for dette. For å gjøre en placeboanalyse må vi derfor ta indikatorvariablene for foreldres inntektsrang ut av modellen. Det innebærer samtidig at placebo-modellen i vesentlig mindre grad enn den modellen vi faktisk bruker kontrollerer for sammensetningseffekter ved beregning av kommunal behandlingsintensitet. Når vi likevel foretar en slik placeboanalyse finner vi at modellen uten regionefferter estimerer en sammenheng mellom diagnosepraksis og foreldrerang tilnærmet lik null (punkttestimat 0,054, med standardfeil 0,194). Legger vi til regionefferter estimeres det en så vidt signifikant (på 10% nivå) negativ effekt (punkttestimat -0,310, med standardfeil 0,182). Vi får med andre ord ikke gjentatt det klare og signifikante effektmønsteret som ble estimert for alle de virkelige utfallene, og dette styrker oss i overbevisningen om at estimatene rapportert i Tabell 5-5 faktisk fanger opp reelle årsakssammenhenger.

sannsynlighetene som i størst grad vil være påvirket av den lokale diagnosepraksisen.

Figur 5-6 Estimerte effekter av kommunal diagnosepraksis etter predikert individuell risiko for psykisk diagnose (desiler)



Merknad: Datapunktene viser estimater for effekt av lokal diagnosepraksis på sannsynlighet for egen diagnose (øverste panel til venstre), samt øvrige utfall beskrevet i Tabell 5-5, basert på modeller uten (OLS) og med (FE) kontroller for pendlerregion. Tallene angitt i parentes angir alderen de ulike utfallene er målt ved. Det er rapportert separate estimater for hver desil i fordelingen av predikert diagnosesannsynlighet. Predikert diagnosesannsynlighet er beregnet som observerte andeler i 800 ulike celler, definert ved kjønn, nasjonalitet og familiebakgrunn i 1996-97 kullene. Inndelingen i desiler er gjort separat for hvert fødselsår/kjønn. Estimaten er rapportert med 95 prosent konfidensintervaller.

5.5 Konklusjon og oppsummering

Det har vært en økende tilstrømning til helserelaterte trygdeytelser blant unge mennesker i Norge. Økningen ser ut til å ha sammenheng med en betydelig vekst i rapportering av psykiske helseproblemer blant barn og unge. Grensedragningen mellom «sykdom» og mer alminnelig «plager» er ikke skrevet i stein, og det er ikke opplagt at en sykdomsforståelse av de vanskeligheter unge mennesker opplever er det beste bidraget til å løse dem. På den ene siden er det i mange tilfeller åpenbart viktig å få avdekket sykdommer så raskt som mulig, med tanke på å få satt i gang riktig behandling. På den annen side kan et for sterkt sykdomsfokus bidra til å individualisere problemer som egentlig handler om vanskeligheter i familien eller dårlig skolemiljø, og til å skape selvbilder som ikke fremmer en positiv utvikling. Ettersom en del støtteordninger for barn og unge, samt varig inntektssikring, ofte forutsetter en sykdomsdiagnose, er det en systemskapt fare for at sykdomstolkningen noen ganger primært drives fram av behovet for ulike støttetiltak eller inntektssikring framfor av behovet for behandling. Dette kan i sin tur bidra til å skape en medikaliseringskultur, der sykdom blir en del av løsningen framfor en del av problemet.

I denne artikkelen har vi vist at det er betydelige forskjeller mellom kommuner i Norge i hvilken grad barn og unge utredes og behandles for psykiske lidelser, og vi har sannsynliggjort at disse forskjellene ikke fullt ut kan forklares av befolkningssammensetning. Vi har så forsøkt å utnytte den geografiske variasjonen i diagnosepraksis til å finne ut hvordan disse forskjellene påvirker utfall for

barn og unge, primært knyttet til utdanning og arbeid. Vi finner indikasjoner på at den lokale tilbøyeligheten til å diagnostisere/utrede/behandle unge for psykiske lidelser har negative effekter på skoleresultater og fører til lavere jobbsannsynlighet og høyere risiko for å være trygdemottaker i voksen alder. Vi tolker dette som tegn på at sykdomsfokuset i noen grad kan ha blitt for framherskende, og at dette muligens kan være drevet fram av et underliggende ønske om sikring av rettigheter i velferdsstaten.

Det er grunn til å understreke at det er betydelig usikkerhet forbundet med resultatene vi har presentert i denne artikkelen. Det finnes ingen randomiserte kontrollerte eksperimenter som kan gi oss sikker informasjon om virkninger av diagnostisering og behandling av psykiske lidelser, og om hvor grensen mellom behandling og ikke-behandling bør gå. I stedet har vi forsøkt å benytte eksperimentlignende variasjon i diagnosepraksis, forårsaket av det vi oppfatter som ulike prioriteringer og kulturer i ulike deler av landet. Problemet med denne strategien er naturligvis at det er svært mye annet som også varierer fra kommune til kommune, slik at vi aldri kan være sikre på at vi har fått kontrollert for alle relevante faktorer som kan være korrelert med den diagnosepraksisen vi ønsker å estimere effekter av.

Selv om årsakssammenhengene vi analyserer i denne artikkelen ikke kan fastslås med sikkerhet, er det vår vurdering at resultatene presentert i denne artikkelen representerer sterke indisier i retning av at medikalisering av barn og unge faktisk bidrar til utstøting fra skole og arbeidsliv. Resultatene som peker i retning av negative effekter av «sykdomsfokus» er robuste, og står seg godt gjennom ulike modellspesifikasjoner og identifiserende antagelser.

Referanser

- Andersen, A. G., Markussen, S. and Røed, K. (2019) Local labor demand and participation in social insurance programs. *Labour Economics*, Vol. 61.
- Bakken, A. (2019) Ungdata 2019 Nasjonale resultater. NOVA Rapport 9/19.
- Bhuller, M. S. (2009) Inndeling av Norge i Arbeidsmarkedsregioner. Notater 2009/24. Statistisk sentralbyrå.
- Bondevik, H., Madsen, O. J., Solbrække, K. N. (2017) (red.) Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden. Scandinavian Academic Press.
- Brinkmann, S. (2015a) (red.) Det diagnostiserte livet. Økende sykeliggjøring i samfunnet. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Brinkmann, S. (2015b) Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier for og nå. Kapittel 1 i Brinkmann, S. (red.): Det diagnostiserte livet. Økende sykeliggjøring i samfunnet. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Eriksen, I. M., Sletten, M. AA., Bakken, A., og von Soest, T. (2017) Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Rapport nr. 6/17, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Fevang, E., Markussen, S., og Røed, K. (2020) Gråsoner i arbeidsmarkedet og størrelsen på arbeidskraftreserven. Frisch-rapport.
- Folkehelseinstituttet (2018) Psykisk helse i Norge. Rapport. Folkehelseinstituttet.
- Hoffman, B. (2017) Medikalisering og overdiagnostikk i et nordisk perspektiv. Kapittel 10 i Bondevik, H., Madsen, O. J., Solbrække, K. N. (2017) (red.) Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden. Scandinavian Academic Press
- Madsen, O. J. (2017) Medikaliseringsbegrepets kolonisering av forskerverden. Kapittel 1 i Bondevik, H., Madsen, O. J., Solbrække, K. N. (2017) (red.) Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden. Scandinavian Academic Press
- Markussen, S. og Røed, K. (2015) Social Insurance Networks. *Journal of Human Resources*, Vol. 50, No. 4, 1081-1113.
- Rangul, V. og Kvaløy, K. (2020) Selvpoplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19. Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4. HUNT Forskningscenter.
- Svendsen, L. Fr. H. (2015) Patologisering og stigmatisering. Kapittel 3 i Brinkmann, S. (red.): Det diagnostiserte livet. Økende sykeliggjøring i samfunnet. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Tveråmo, A., Johnsen, I. M. B., og Meland, E. (2019) Medikalisering av lav ervervsevne – et samfunnsperspektiv. *Utposten* 7, 34-37.

6. Samlet drøfting

Over tid har det vært en betydelig økning i andelen unge uføretrygdede. Majoriteten av unge uføre har psykiske lidelser som årsak til uførhet, og økningen i andelen unge uføre har sammenfalt med en betydelig økning i bruken av psykiske diagnoser i den unge befolkningen. Samtidig har arbeidsdeltakelsen blant unge falt, både i befolkningen generelt og blant unge som uføretrygdes spesielt.

Dette reiser spørsmål om hva de som har forårsaket økningen i uføretrygd blant unge, er det drevet av en økning i underliggende psykisk sykdom i den unge befolkningen eller er det andre faktorer i utdanningssystemet eller arbeidslivet som har gjort det vanskeligere for sårbare unge å delta i arbeidslivet? I den grad det har blitt vanskeligere å komme seg inn i arbeidslivet for sårbare unge kan det tenkes at utenforskapet i seg selv har bidratt til å øke deres psykiske plager, eller at det har utløst ønske om psykiske diagnoser som kan underbygge en søknad om trygdeytelser. Hva har kommet først; en forverring av de unges psykiske helse eller endringer i utdanningssystemet eller arbeidslivet?

Gjennom ulike tilnærminger har vi i denne rapporten analysert hvorvidt den økte tilstrømmingen til uførhet blant unge kan forklares av en underliggende økning i psykisk sykdom i den unge befolkningen, økt grad av diagnostisering av psykiske plager i den unge befolkningen eller andre forhold. I dette kapittelet drøfter vi ulike faktorer som vi mener kan bidra til å forklare den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge.

Den økte diagnostiseringen av psykiske lidelser kan trolig forklares av økt fokus på psykisk helse, økt behandlingstilbud og en økning av enkelte typer plager

I kapittel 1 og 2 har vi sett at det har vært en jevn og sterk økning i andelen unge som får stilt en psykisk diagnose i helsetjenesten og andelen som benytter legemidler mot psykiske lidelser. Noe av denne økningen kan være knyttet til en reell økning i psykiske plager, men det er grunn til å tro at veksten i diagnostisering generelt er utslag av økt oppmerksomhet rundt psykisk helse og økt behandlingsskapasitet i helsetjenesten.

Selvrappotererier tyder på at det har vært en viss økning i selvpålevde psykiske plager blant ungdom. Intervjuer med behandlere i psykisk helsevern tyder på at dette først og fremst gjenspeiler en økende gruppe ungdom som stiller høyere krav til seg selv enn de klarer å innfri, og at de er sterkt plaget av det. Dette får utslag i angst- og depresjonslignende symptomer, og plagene kan i mer eller mindre grad gå ut over funksjonsevnen. Denne gruppen blir

diagnostisert med angst eller depresjon, til tross for at symptomene arter seg noe annerledes enn klassisk angst og depresjon. Mange kan bli bedre med behandling og har dermed nytte av diagnostiseringen. Angst- og depresjonsdiagnoser som er utløst av et selvpålagt eller samfunnsskapt prestasjonspress ser altså ut til å være et relativt nytt fenomen.

Det økte omfanget av psykiske diagnoser blant unge reflekterer imidlertid også andre diagnoser enn angst og depresjon. Vi har sett en økning i diagnostisering av atferdsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (inkl. autisme) og psykisk utviklingshemming. Økningen i disse diagnosegruppene handler trolig først og fremst om et økt behov i samfunnet for å diagnostisere slike tilstander. Det kan også tenkes at det har vært en reell økning i disse tilstandene over tid, men vi kjenner ikke til mekanismer som skulle tilsi den sterke økningen i diagnostisering som vi observerer. Økt oppmerksomhet om psykisk helse og enkeltdiagnoser i befolkningen, samt økt kapasitet til utredning og behandling i psykisk helsevern, er trolig de mest avgjørende årsakene til veksten i bruk av psykiske diagnoser.

Økt behandlingstilbud gir bedre helse for mange, men kan også forverre tilstanden for noen

Den økte diagnostiseringen som skyldes økt oppmerksomhet om psykisk helse og/eller økt kapasitet til utredning og behandling av psykiske lidelser bør i utgangspunktet være positiv. Behandling har dokumentert positive effekter på en del psykiske plager, og trolig er det i dag langt flere av de som sliter med psykiske plager som får hjelp til å håndtere plagene.

Samtidig er det også enkelte mekanismer som tilsier at en psykisk diagnose og et tilknyttet behandlingsforløp kan ha negative konsekvenser for den enkelte. En diagnose kan være identitetsskapende og i seg selv bidra til en forventning hos den enkelte og omgivelsene om at man er utenfor normalen. Slik kan diagnosen bidra til en sykeliggjøring. Dette vil særlig gjelde dersom diagnosen og behandlingsforløpet bidrar til redusert deltakelse i jobb eller skole, enten fordi behandlingen tar tid og krefter som ellers kunne vært brukt på andre arenaer, fordi diagnosen gir en «unnskyldning» for å ikke delta, eller fordi diagnosen gir omgivelsene en begrunnelse for å ta enkelte ut av sine normale miljøer.

I mange tilfeller vil fravær fra slike ordinære samfunnsarenaer kunne forsterke psykiske lidelser, mens deltakelse på disse arenaene kan ha en modererende effekt for den enkelte. En diagnose kan bidra til passivisering ved å gi en helsefaglig fundamentert

begrunnelse for fravær fra arenaer som egentlig kan beskytte mot sykdomsutvikling.

I noen tilfeller er det derfor grunn til å tro at diagnostiseringen i seg selv kan være det første steget i en selvforsterkende negativ utvikling. I denne rapporten omtaler vi slike mekanismer som medikalisering, en betegnelse på negative effekter som kan oppstå av helsetjenestens økte grad av diagnostisering, utredning og behandling av psykiske lidelser.

Resultatene av empiriske analyser i kapittel 5 gir støtte til medikaliseringshypotesen. Vi viser at unge som vokser opp i kommuner med høyere tilbøyelighet til å sende sine barn og unge til helsetjenesten med psykiske plager, har en høyere sannsynlighet for å falle ut av videregående og å bli mottakere av langsiktige helserelaterte trygdeytelser.

Dette kan forklares av at økt tilbøyelighet til å diagnostisere psykiske lidelser i seg selv kan forsterke de unges utfordringer, men det kan også forklares av annen mulig kommunal variasjon som kan påvirke unges underliggende psykiske helse. Dette funnet kan derfor ikke alene tolkes som at diagnostiseringen av psykiske lidelser i seg selv påvirker de unge negativt, men det gir en indikasjon på at det kan være sånn for de unge som i utgangspunktet står i fare for å falle utenfor. Når vi i kapittel 2 har sett at nesten halvparten av ungdomsgenerasjonen i dag har fått en psykisk diagnose, så bør selv indisier på slike sammenhenger tas på største alvor.

Stadig flere unge uføre har angst- eller depresjonslidelser

I kapittel 3 har vi sett at mange og en økende andel av de som uføretrygdes i 20-årene er diagnostisert med angst- og depresjonslidelser i spesialisthelsetjenesten, uten at de samtidig har andre mer grunnleggende psykiske diagnoser som psykisk utviklingshemming, autisme, organiske psykiske lidelser eller schizofreni. Dette gjelder særlig mange kvinner som uføretrygdes i slutten av 20-årene, og det er også blant kvinner i denne alderen veksten i unge uføretrygdede har vært størst.

Det er nærliggende å tro at dette kan være et utslag av de økte depresjonslignende plagene vi har sett i ungdomsbefolkningen, det vil si at plager knyttet til prestasjonspress i ungdomsårene har utviklet seg til mer omfattende angst- eller depresjonslidelser i ung voksen alder. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å påvise en slik sammenheng. Det er like fullt urovekkende at mange og en økende andel unge innvilges uføretrygd med sykdomstilstander som i utgangspunktet kan behandles og som kan tenkes å gå over på sikt, og for sykdomstilstander hvor deltakelse i utdanning og arbeidsliv har dokumentert

positive effekter på plagene. Man kan derfor stille spørsmål ved om det er fravær av muligheter i arbeidsmarkedet, eller fravær av krav til deltakelse i arbeidsmarkedet, som har bidratt til at disse unge har utviklet så alvorlige angst- og depresjonslidelser at de til slutt kvalifiserer til uføretrygd.

Har det blitt lettere å få uføretrygd?

Det bør også stilles spørsmål om terskelen for å få innvilget uføretrygd har blitt redusert. En diagnose vil være nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å få innvilget uføretrygd. Det er inntektsevne som skal ligge til grunn for vedtak om uføretrygd, men det vil alltid være en viss grad av subjektiv vurdering. I en slik vurdering kan en diagnose fra helsetjenesten oppfattes som en relativt objektiv størrelse. Den økende graden av diagnostisering av psykiske lidelser kan derfor i teorien ha bidratt direkte til at flere får innvilget uføretrygd.

Kan tilgjengeligheten til arbeidsavklaringspenger bidra til at flere innvilges uføretrygd?

Samtidig som vi har lite grunnlag for å tro at terskelen for å få innvilget uføretrygd er endret, vet vi at innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010 gjorde det enklere å få midlertidige helserelaterte trygdeytelser for enkelte grupper. Sintefs evaluering av ordningen med arbeidsavklaringspenger viser at unge som mottar arbeidsavklaringspenger ofte har en diffus eller sammensatt problematikk som er vanskelig å diagnostisere, som psykiske symptomer, mestringsproblemer, sosiale problemer og dårlig selvillit, og at de unge i mange tilfeller får en psykisk diagnose (Mandal, et al., 2015). Videre har Kann et al. (2016) vist at en mindre andel av mottakerne av arbeidsavklaringspenger hadde en foregående sykmelding enn mottakerne av ytelsene som arbeidsavklaringspenger erstattet. Innføring av arbeidsavklaringspenger gjorde det altså lettere å få helserelaterte trygdeytelser uten å først ha deltatt i arbeidslivet.

Det spørs derfor om tildelingen av arbeidsavklaringspenger til unge med diffuse problemer kan ha bidratt til sykeliggjøring av denne gruppen. Denne problematikken er også drøftet i NOU 2019:7. Mottak av arbeidsavklaringspenger for noe som i utgangspunktet kanskje er et arbeidsledighetsproblem eller et sosialt problem, kan ha bidratt til å øke avstanden til arbeidsmarkedet ytterligere. Deltakelse i ordinære utdannings- eller arbeidsarenaer beskytter mot utvikling av psykiske lidelser, og i den grad langvarige trygdeytelser utløser langvarig frafall fra slike ordinære arenaer vil de også bidra til å forsterke begynnende psykiske plager.

Mange unge som ble innvilget arbeidsavklaringspenger har senere blitt innvilget uføretrygd når de har brukt opp den 3- eller 4-årige perioden det er

mulig å motta arbeidsavklaringspenger. Arbeidsavklaringspenger fungerer altså til en viss grad som et springbrett inn til uføretrygd. Det er grunn til å tro at innføringen av arbeidsavklaringspenger til en viss grad har bidratt til den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge siden 2013.

Har det blitt høyere krav i arbeidsmarkedet?

Et råere arbeidsmarked med færre muligheter for lavt kvalifiserte og personer med sviktende helse har av mange blitt drøftet som en mulig forklaring på at flere unge faller utenfor, og i forlengelsen av dette innvilges uføretrygd. I løpet av de siste tiårene har det skjedd flere endringer som kan ha gjort det vanskeligere for unge med psykisk sykdom og/eller manglende kompetanse å stå i en jobb. Et eksempel på dette er dreiningen fra primærnæringer (jordbruk, skogbruk, fiske mv.) til tjenesteytende næringer, som har endret etterspørselen av manuell arbeidskraft og rutinepreget arbeid. Berg og Thorbjørnsen (2009) poengterer at også innholdet i mange jobber er endret over tid. Det er i dag ofte større krav til kommunikasjon og relasjonelle og sosiale ferdigheter enn tidligere, og ansatte er oftere i kontakt med kunder og kollegaer. I tillegg kommer økt fokus på effektivitet, og hyppigere omstillinger av drift for å følge utviklingen i økonomien. Alle disse endringene kan by på utfordringer for personer med manglende kompetanse eller psykiske lidelser, og kan ha bidratt til at flere unge faller utenfor arbeidsmarkedet enn tidligere.

Funnene i denne rapporten bekrefter at arbeidsdeltakelsen til de unge uføre er svak i årene forut for uføretrygd, og at den har blitt svakere de siste årene. For mange unge uføre ser imidlertid ikke utfordringer i arbeidsmarkedet ut til å være en *utløsende* faktor for utfordringene, da de også i ungdomsskolen og videregående presterer dårligere enn sine jevnaldrende. Økte krav i arbeidsmarkedet over lengre tid kan ha gjort det vanskeligere for lavt kvalifiserte unge å få innpass, men det er lite som tyder på at arbeidsmarkedet har endret seg så mye i løpet av de siste årene at det kan ha medvirket betydelig til økningen i unge uføre de siste fem til ti årene.

For mange starter utfordringene allerede i skolealder

Utfordringer med at mange unge ikke fullfører videregående utdanning har de siste årene blitt løftet fram i samfunnsdebatten, og det er satt i gang tiltak for å øke fullføringen av videregående utdanning. Vi viser i kapittel 4 at andelen unge uføre som har fullført videregående utdanning er lav, men at utfordringene for mange unge som senere innvilges

uføretrygd starter allerede før de begynner på videregående utdanning.

Blant de unge uføre er det en betydelig andel som *ikke* har fullført grunnskolen med grunnskolepoeng⁴³, og denne andelen har økt noe over tid. De som har fullført med grunnskolepoeng, ligger som regel under gjennomsnittet i sine respektive fødselskull. Dette indikerer at en betydelig (og økende) andel av de unge uføre har en eller annen form for utfordringer som kommer til uttrykk allerede i grunnskolealder.

De som ble uføretrygdet i en alder av 25-29 år, fullfører stort sett ungdomsskolen med grunnskolepoeng, men karakterene er lave. I denne gruppen ser vi samtidig at en økende andel ikke fullfører videregående utdanning. Disse problemene sammenfaller med en periode i livet hvor psykiske plager ofte oppstår. Dette tyder på at utfordringene til denne gruppen akselererer i videregående alder, som gjerne er før de i større omfang eksponeres for arbeidslivet.

Våre data gir ikke grunnlag for å gi et entydig svar på om det er helseproblemer eller problemer på skolen som kommer først, med unntak av de tilfellene hvor det handler om medfødte tilstander. Unge med medfødte tilstander som gjør deltakelse i ordinær utdanning vanskelig får ofte innvilget uføretrygd før de fyller 20 år. Blant unge som innvilges uføretrygd etter fylte 20 år, er bildet trolig mer sammensatt, og trolig virker årsaksmekanismene begge veier. For å kunne si mer om dette trenger vi lengre tidsserier, og det foreslås som et tema for senere analyser.

Oppsummering

Det er svært krevende å identifisere årsakene til den økende innstrømmingen til uføretrygd blant unge fordi det er så mange faktorer som kan spille inn, og fordi disse sannsynligvis spiller sammen på en måte som gjør at det er vanskelig å fastslå hva som er årsak og hva som er virkning. Mekanismene er komplekse og kan vanskelig avdekkes ved hjelp av enkeltstudier, og det er derfor behov for ytterligere forskning på dette området. Etter vår oppfatning synes følgende faktorer å kunne bidra til å forklare økt diagnostisering av psykiske lidelser og økt innstrømming til uføretrygd blant unge:

- Mange unge uføre har utfordringer allerede i grunnskolen, og mange kommer fra familier med forholdsvis lav inntekt. Dette indikerer at de tilhører en gruppe som stiller svakt allerede tidlig i livet.
- En sykdomsdiagnose kan i noen tilfeller være inngangsbilletten til ulike former for økonomisk

Elever som har færre enn halvparten gyldige karakterer, får ikke utregnet grunnskolepoeng.

⁴³ Grunnskolepoeng er samlet poengsum beregnet ut fra alle standpunkt- og eksamens karakterene på vitnemålet.

bistand fra samfunnet. Særlig barnehager og skoler har incentiver til å få diagnostisert barn med psykiske lidelser, fordi en diagnose i mange tilfeller vil være avgjørende for økt ressurstilgang.

- Samtidig har det blitt lettere å få innpass i helsevesenet, gjennom økt kapasitet både hos fastleger og i psykisk helsevern. Et økt behandlingstilbud gir bedre helse for mange, men kan også ha hatt noen ikke-intenderte effekter ved et for stort sykdomsfokus.
- Diagnoser kan være stigmatiserende og identitetsskapende for noen, og dermed bli selvpoppfyllende profetier. Noen vil hevde at diagnostiseringen reflekterer utfordringer som egentlig er utslag av andre samfunnsproblemer, som økte krav, økt press, sosiale problemer eller utfordringer i skolen. Ved å overføre disse problemene til helsevesenet kan det tenkes at man ikke tar tak i de underliggende utfordringene.
- Innføringen av arbeidsavklaringspenger ser ut til å ha bidratt til at flere unge blir uføre ved at flere unge som har sammensatte utfordringer, som

ikke nødvendigvis er helserelaterede, får en langvarig helserelatert ytelse, og at langvarig fravær fra ordinære utdannings- og arbeidsarenaer i seg selv kan forsterke psykiske lidelser.

- De siste tiårene har det arbeidsmarkedet endret seg på måter som kan ha gjort det vanskeligere for personer med psykiske plager og/eller manglende kompetanse å stå i jobb. Dette gjelder både strukturelle endringer i næringslivet (fra primær- til tjenesteytende næringer), økt fokus på sosiale ferdigheter på jobb, samt høyere tempo og økte krav til effektivitet.

Alle disse faktorene kan sammen ha bidratt til å øke utenforskapet blant unge som allerede er sårbare. Den økte innstrømmingen til uføretrygd må derfor tolkes i lys av en rekke endringer i samfunnet, hvor økt fokus på psykisk (u)helse, økt fokus på diagnostisering, økt kapasitet i psykisk helsevern som har gjort det lettere å få tilgang til psykisk helsehjelp og dermed psykiske diagnoser, og lettere tilgang til helserelaterede trygdeytelser trolig i kombinasjon har bidratt til at flere unge innvilges uføretrygd.

Vedlegg A Supplerende analyser til kapittel 2

Tabell A-1 Prosentandel av befolkningen med minst én psykisk diagnose fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 15-21 år, etter kjønn og fødselskull.

	Begge kjønn		Kvinner		Menn	
	N	15-21 år	N	15-21 år	N	15-21 år
1993	61526	33 %	29974	37 %	31552	29 %
1994	62270	34 %	30214	38 %	32056	30 %
1995	62931	35 %	20396	40 %	32535	31 %
1996	63853	36 %	30904	41 %	32949	31 %
1997	62935	37 %	30473	43 %	32462	32 %

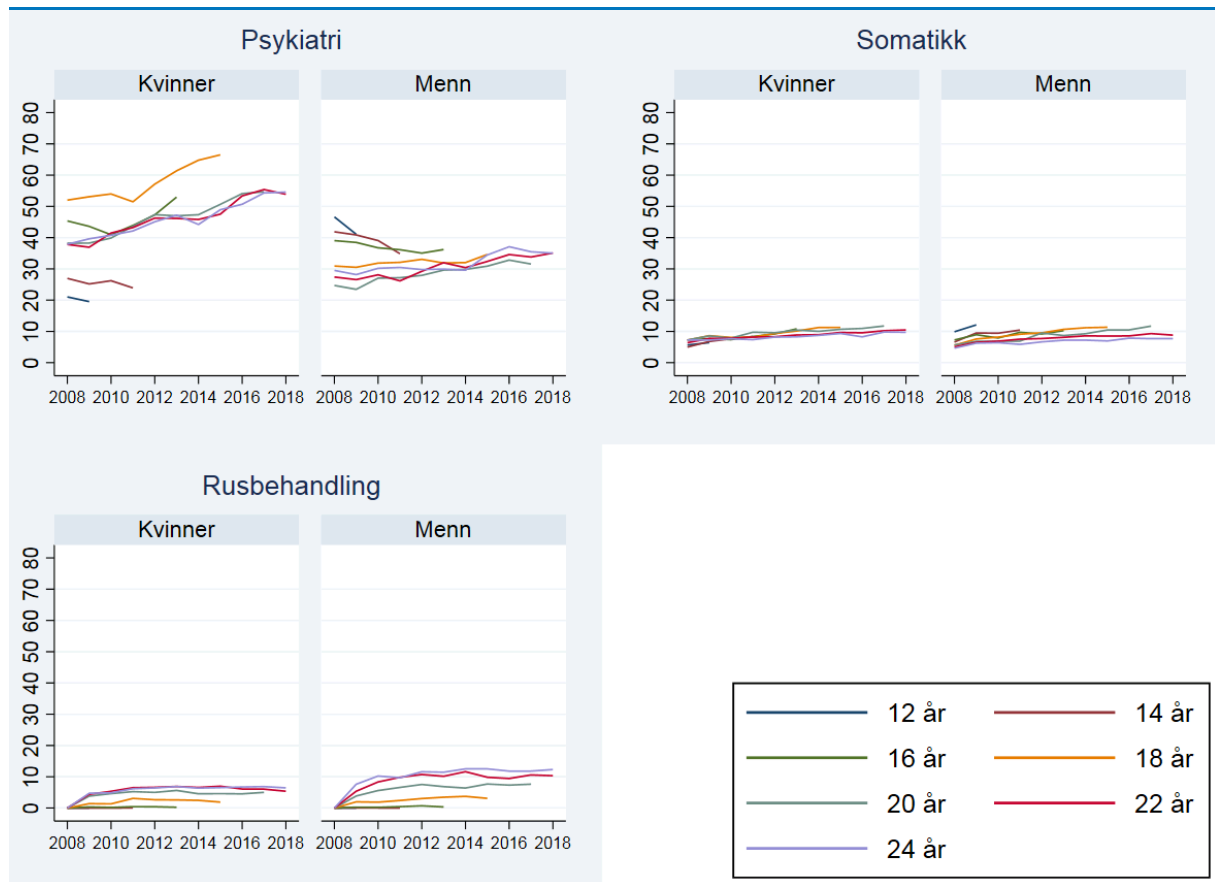
Kilde: KUHR og NPR. Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10.

Tabell A-2 Prosentandel av befolkningen med minst én psykisk diagnose fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten i alderen 22-26 år, etter kjønn og fødselskull.

	Begge kjønn		Kvinner		Menn	
	N	22-26 år	N	22-26 år	N	22-26 år
1986	55028	34 %	26630	40 %	28398	29 %
1987	56715	35 %	27799	41 %	28916	29 %
1988	60083	35 %	29262	42 %	39821	29 %
1989	62415	36 %	30389	42 %	32026	30 %
1990	64719	37 %	31483	43 %	33236	31 %
1991	65098	37 %	31476	43 %	33622	31 %
1992	64714	38 %	30945	44 %	33769	32 %

Kilde: KUHR og NPR. Psykiske diagnoser inkluderer alle P-diagnoser i fastlegenes diagnosesystem ICPC2 og alle F-diagnoser i spesialisthelsetjenestens diagnosesystem ICD10.

Figur A-1 Antall per 1 000 innbyggere med minst én psykisk diagnose fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (oppe til venstre) og somatisk spesialisthelsetjeneste (oppe til høyre) og rusbehandling (nede til venstre). Etter alder og kjønn.



Psykiatri inkluderer psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og private avtalespesialister innen psykiatri. Somatikk inkluderer somatiske sykehus og private avtalespesialister innen somatikk. Rusbehandling inkluderer tverrfaglig spesialisert rusbehandling (kun data fra og med 2009). Kilde: NPR.

Vedlegg B Supplerende analyser til kapittel 4

Tabell B-3 Status i året for innvilgelse av uføretrygd blant personer som ble uføre som 20-24-åringer i 2014-2017

	Alle	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming	Organiske lidelser, schizofreni og glømningsforstyrrelser	Atferds- og personlighetsforstyrrelser	Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel- og misbruk
C. Menn									
Antall	1 992	347	502	441	1 361	752	1 011	593	116
Født i Norge (%)	88,9	85,0	88,8	83,0	90,4	90,8	88,8	90,1	87,9
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	38,3	36,7	36,6	36,1	38,5	40,2	37,6	37,1	35,6
Har grunnskolepoeng (%)	57,4	56,8	58,0	31,1	64,1	64,8	56,9	65,9	66,4
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	28,8	29,5	28,4	25,2	29,0	30,1	28,0	29,9	26,9
Fullført videregående skole (%)	5,1	7,5	5,2	1,6	5,2	6,8	3,7	5,1	0,0
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	58,4	63,1	66,7	59,9	58,0	53,6	59,6	58,0	62,9
Antall arbeidsgivere	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7
Total arbeidsinntekt (kr)	113 108	121 966	113 856	86 208	114 969	97 555	104 944	137 932	104 614
D. Kvinner									
Antall	1 442	416	583	348	938	350	672	607	50
Født i Norge (%)	89,7	90,1	92,8	83,3	90,4	88,6	91,1	91,8	94,0
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	39,6	39,6	38,2	38,9	39,6	39,6	39,1	38,5	31,3
Har grunnskolepoeng (%)	63,9	67,8	66,9	34,5	71,2	66,3	66,2	72,2	80,0
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	31,8	32,4	31,6	24,8	32,0	33,1	30,8	32,1	31,1
Fullført videregående skole (%)	8,6	11,5	11,1	1,7	8,5	8,6	6,8	9,9	4,0
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	57,2	63,0	63,5	47,7	58,6	49,4	58,6	60,8	70,0
Antall arbeidsgivere	1,6	1,8	1,7	1,4	1,6	1,5	1,5	1,6	1,3
Total arbeidsinntekt (kr)	123 068	147 554	140 541	77 188	119 101	119 245	113 424	110 061	96 000

Merknad: Tabellen viser status per året for innvilgelse av uføretrygd for personer som i året før var registrert med en gitt diagnose hos fastlegen. Enkelte personer kan ha flere diagnoser, mens andre kun inngår i «Alle». Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår, antall arbeidsgivere og total arbeidsinntekt viser til hele perioden fra året personen fylte 16 til og med året for innvilgelse av uføretrygd. Kilde: Data på utlån fra Statistisk sentralbyrå og KUHR

Tabell B-4 Status i året for innvilgelse av uføretrygd blant personer som ble uføre som 18-19-åringer i 2014-2015

	Alle	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	Psykisk utviklingshemmin g, medfødte misdannelser og kromosomavvik	Psykiske lidelser unnått psykisk utviklings- hemming	Organiske lidelser, schizofreni og glennomgripend e utviklings- forstyrrelser	Atferds- og personlighets- forstyrrelser	Depresjons- lidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel- misbruk	
E. Menn										
Antall	667	265	154	402	184	127	190	55		-
Født i Norge (%)	89,4	90,6	92,9	90,0	90,2	89,8	88,9	94,5		-
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	43,7	44,6	42,5	44,1	42,8	44,7	41,0	34,1		-
Har grunnskolepoeng (%)	12,1	8,7	16,9	5,0	25,0	21,3	20,0	25,5		-
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	28,6	32,0	30,7	23,7	27,1	27,9	26,3	25,5		-
Fullført videregående skole (%)	0,3	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		-
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	12,7	12,5	16,2	10,9	16,3	14,2	15,8	21,8		-
Antall arbeidsgivere	1,3	1,4	1,2	1,2	1,5	1,4	1,5	1,8		-
Total arbeidsinntekt (kr)	16 415	21 393	11 763	14 338	19 054	16 693	15 392	13 203		-
F. Kvinner										
Antall	990	277	212	514	409	332	356	88		-
Født i Norge (%)	88,3	81,6	84,0	87,0	92,2	90,7	88,5	92,0		-
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	40,7	41,6	34,8	39,8	40,3	40,6	39,6	40,5		-
Har grunnskolepoeng (%)	12,7	11,9	17,0	3,3	19,6	17,8	13,8	20,5		-
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	29,0	30,1	27,4	23,6	29,2	28,7	28,1	29,2		-
Fullført videregående skole (%)	0,2	0,4	0,5	0,0	0,5	0,3	0,3	1,1		-
Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår (%)	18,3	10,5	25,5	18,1	22,2	18,1	21,1	23,9		-
Antall arbeidsgivere	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,0	1,2	1,4		-
Total arbeidsinntekt (kr)	15 840	19 656	14 561	16 873	15 812	21 669	12 774	22 213		-

Merknad: Tabellen viser status per året for innvilgelse av uføretrygd for personer som i året før var registrert med en gilt diagnose hos fastlegen. Enkelte personer kan ha flere diagnoser, mens andre kun inngår i «Alle». Andel med positiv inntekt minst ett kalenderår, antall arbeidsgivere og total arbeidsinntekt viser til hele perioden fra året personen fylte 16 til og med året for innvilgelse av uføretrygd. Kilde: Data på utlån fra Statistisk sentralbyrå og KUHR.

Tabell B-5 Deskriptiv statistikk for 19-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2004-2006, 2010-2012 og 2015-2016, samt for 19-åringer som ikke hadde fått innvilget uføretrygd per 2016. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Ufør i 2004-2006	Ufør i 2010-2012	Ufør i 2015-2016	Ikke ufør i 2016
Antall	419	581	424	65 300
Konstante kjennetegn				
Kvinne	44,2	42,3	40,3	48,5
Født i Norge	90,2	89,7	86,6	88,2
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	39,4	39,9	37,8	50,8
Har grunnskolepoeng	38,9	18,2	19,1	95,5
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	22,0	29,4	27,4	40,1
Alder 16				
Bosatt	98,6	98,5	98,1	96,9
I utdanning	67,1	70,1	84,7	97,3
Positiv inntekt	8,3	6,1	4,5	40,2
Inntekt >1G	0	0,1	0	0,5
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	1 269	1 078	790	9 055
Arbeidsavklaringspenger	0	0	0	0
Sykepenger	0,5	0,2	0	0
Dagpenger	0	0	0	0,2
Økonomisk sosialhjelp	1,2	0	0	0
Tiltakspenger	1,4	0,5	0,5	0,2
Kvalifiseringsstønnad	0	0	0	0
Alder 19				
Bosatt	100	100	100	100
I utdanning	85,0	90,0	86,6	91,1
Positiv inntekt	13,1	19,3	21,7	80,1
Inntekt >1G	1,0	0,3	0,2	36,3
Inntekt >2G	0,2	0	0,2	12,3
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	1 185	2 484	3 693	85 957
Arbeidsavklaringspenger	4,8	11,4	10,6	1,7
Sykepenger	0,3	0,2	0,5	3,2
Dagpenger	0	0	0	0
Økonomisk sosialhjelp	20,0	11,9	11,3	4,5
Tiltakspenger	4,1	2,8	1,2	2,6
Kvalifiseringsstønnad	0	0	0	0,1

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk pasientregister og KUHR

Tabell B-6 Deskriptiv statistikk for 24-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2004-2006, 2010-2012 og 2015-2017, samt for 24-åringer som ikke hadde fått innvilget uføretrygd per 2016. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Ufør i 2004-2006	Ufør i 2010-2012	Ufør i 2015-2016	Ikke ufør i 2016
Antall	445	232	698	68 285
Konstante kjennetegn				
Kvinne	53,7	44,4	47,7	48,3
Født i Norge	92,6	86,6	89,5	83,1
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	41,4	39,7	39,9	50,8
Har grunnskolepoeng	-	85,8	76,5	88,4
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	-	30,2	30,9	39,6
Alder 16				
Bosatt i Norge	97,1	97,0	98,1	89,0
I utdanning	97,8	82,8	88,8	87,9
Positiv inntekt	31,2	28,4	25,4	49,1
Inntekt >1G	0,1	1,3	0,3	1,0
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	4 574	5 683	4 264	13 372
Arbeidsavklaringspenger	0	0	0	0
Sykepenger	0,2	1,3	0	0,2
Dagpenger	0	0	0	0
Økonomisk sosialhjelp	0	0,9	0,1	0
Tiltakspenger	0	3,4	4,3	0,6
Kvalifiseringsstønad	0	0	0	0
Alder 19				
Bosatt i Norge	98,4	98,3	99,3	91,3
I utdanning	80,7	81,9	76,1	85,6
Positiv inntekt	57,7	44,0	36,8	79,6
Inntekt >1G	17,5	11,3	9,5	39,4
Inntekt >2G	5,8	4,7	3,2	14,5
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	33 645	28 277	22 972	95 065
Arbeidsavklaringspenger	26,5	8,6	37,5	1,2
Sykepenger	8,5	6,0	5,6	3,5
Dagpenger	1,1	0,9	0	0,2
Økonomisk sosialhjelp	34,6	25,0	25,4	5,1
Tiltakspenger	0	19,4	18,8	3,2
Kvalifiseringsstønad	0	0	3,0	0,2
Alder 24				
Bosatt i Norge	100	100	100	100
I utdanning	10,1	4,7	5,7	49,9
Positiv inntekt	34,2	38,8	16,4	87,8
Inntekt >1G	7,0	9,9	2,8	66,6
Inntekt >2G	3,6	2,2	1,0	49,8
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	15 445	18 796	11 671	234 070
Arbeidsavklaringspenger	76,6	84,9	95,7	6,5
Sykepenger	3,8	4,3	1,0	9,1
Dagpenger	0,2	0,4	0,1	0,5
Økonomisk sosialhjelp	40,0	22,4	19,1	6,0
Tiltakspenger	0,2	2,2	1,0	1,9
Kvalifiseringsstønad	0	0,9	0,7	0,4

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk pasientregister og KUHR

Tabell B-7 Deskriptiv statistikk for 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2004-2006, 2010-2012 og 2015-2017, samt for 29-åringene som ikke hadde fått innvilget uføretrygd per 2016. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Ufør i 2004-2006	Ufør i 2010-2012	Ufør i 2015-2016	Ikke ufør i 2016
Antall	566	267	714	69 430
Konstante kjennetegn				
Kvinne	55,6	50,2	53,4	49,5
Født i Norge	89,8	89,5	90,2	72,1
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	38,7	40,9	38,2	51,1
Har grunnskolepoeng	-	-	92,2	75,9
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	-	-	35,2	43,4
Alder 16				
Bosatt i Norge	93,4	95,1	95,4	75,7
I utdanning	94,9	94,4	90,5	75,8
Positiv inntekt	19,4	37,8	35,2	40,9
Inntekt >1G	0,3	0,4	0,6	0,9
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	4 555	6 032	6 224	11 153
Arbeidsavklaringspenger	1,0	0,4	0	0
Sykepenger	0	0	0,1	0,1
Dagpenger	0	0	0	0
Økonomisk sosialhjelp	0,3	0,4	0,1	0
Tiltakspenger	0	0	4,6	0,9
Kvalifiseringsstønnad	0	0	0	0
Alder 19				
Bosatt i Norge	93,8	96,3	97,3	77,3
I utdanning	70,3	76,4	78,4	73,9
Positiv inntekt	66,3	67,8	66,5	69,8
Inntekt >1G	20,1	29,2	26,9	36,6
Inntekt >2G	10,8	13,5	9,4	15,1
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	40 312	55 705	55 380	93 456
Arbeidsavklaringspenger	7,4	6,4	5,5	0,3
Sykepenger	0,6	8,6	9,1	3,5
Dagpenger	4,2	1,9	0,6	0,2
Økonomisk sosialhjelp	30,4	23,2	28,2	4,6
Tiltakspenger	0	2,6	12,7	2,4
Kvalifiseringsstønnad	0	0	0	0

Forts. Deskriptiv statistikk for 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2004-2006, 2010-2012 og 2015-2017, samt for 29-åringer som ikke hadde fått innvilget uføretrygd per 2016. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Ufør i 2004-2006	Ufør i 2010-2012	Ufør i 2015-2016	Ikke ufør i 2016
Alder 24				
Bosatt i Norge	98,6	98,1	99,0	82,7
I utdanning	29,0	28,1	24,8	42,3
Positiv inntekt	70,3	54,3	52,5	78,5
Inntekt >1G	44,9	35,2	26,1	62,2
Inntekt >2G	30,9	23,2	16,2	47,8
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	105 452	89 633	70 784	247 478
Arbeidsavklaringspenger	43,4	40,0	64,3	3,7
Sykepenger	28,3	18,7	19,2	9,6
Dagpenger	8,7	10,9	6,6	5,6
Økonomisk sosialhjelp	33,2	33,7	30,0	4,6
Tiltakspenger	0	6,0	6,2	1,3
Kvalifiseringsstønad	0	0	3,9	0,5
Alder 29				
Bosatt i Norge	100	100	100	100
I utdanning	9,0	6,0	4,9	20,7
Positiv inntekt	28,6	32,6	16,2	89,2
Inntekt >1G	9,7	15,0	7,7	81,5
Inntekt >2G	6,7	8,2	4,1	74,9
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	18 337	29 596	30 443	389 307
Arbeidsavklaringspenger	84,3	94,0	96,2	7,9
Sykepenger	4,4	3,7	3,1	16,9
Dagpenger	0,2	0,8	0,1	7,1
Økonomisk sosialhjelp	38,3	22,8	16,9	4,7
Tiltakspenger	0,5	0,4	0,6	1,4
Kvalifiseringsstønad	0	2,2	1,0	0,4

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk pasientregister og KUHR

Tabell B-8 Deskriptiv statistikk for 29-åringene som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på type diagnose registrert hos fastlegen i året for innvilgelse av uføretrygd eller året før. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i muskel- og skjelett systemet	Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming
Antall	180	344	29	541
Konstante kjennetegn				
Kvinne	61,1	61,3	48,3	51,4
Født i Norge	89,4	91,9	75,9	91,3
Foreldrenes inntektsrang (gj.sn.)	43,9	41,6	26,4	40,4
Har grunnskolepoeng	90,6	95,1	75,9	92,4
Grunnskolepoeng (gj.sn.)	36,2	34,7	29,3	34,6
Alder 16				
Bosatt i Norge	94,4	95,9	86,2	95,9
I utdanning	87,8	91,0	62,1	92,2
Positiv inntekt	36,1	34,3	31,0	34,2
Inntekt >1G	0,0	0,9	0,0	0,6
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	6 630	6 274	5 241	5 802
Arbeidsavklaringspenger	0,0	0,0	0,0	0,0
Sykepenger	0,0	0,3	0,0	0,2
Dagpenger	0,0	0,0	0,0	0,0
Økonomisk sosialhjelp	0,0	0,3	0,0	0,2
Tiltakspenger	3,3	4,9	0,0	5,9
Kvalifiseringsstønad	0,0	0,0	0,0	0,0
Alder 19				
Bosatt i Norge	96,7	97,4	93,1	97,8
I utdanning	80,6	78,5	75,9	75,8
Positiv inntekt	72,8	70,6	37,9	66,7
Inntekt >1G	26,1	28,5	10,3	27,5
Inntekt >2G	8,3	9,0	6,9	10,7
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	56 827	59 341	29 783	56 650
Arbeidsavklaringspenger	3,9	5,2	0,0	6,1
Sykepenger	6,1	11,6	3,4	9,2
Dagpenger	0,0	0,6	0,0	0,6
Økonomisk sosialhjelp	23,3	28,8	31,0	31,1
Tiltakspenger	11,1	14,5	27,6	12,0
Kvalifiseringsstønad	0,0	0,0	0,0	0,0

Forts. Deskriptiv statistikk for 29-åringer som fikk innvilget uføretrygd i 2015-2017, fordelt på type diagnose registrert hos fastlegen i året for innvilgelse av uføretrygd eller året før. Prosentandeler, med mindre annet er opplyst i tabellen.

	Sykdommer i nervesystemet	Sykdommer i muskel- og skjelett systemet	Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik	Psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemming
Alder 24				
Bosatt i Norge	97,8	99,1	93,1	99,3
I utdanning	23,9	22,7	24,1	24,2
Positiv inntekt	55,0	56,1	48,3	50,3
Inntekt >1G	31,7	29,9	17,2	23,5
Inntekt >2G	18,9	18,6	13,8	14,0
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	79 373	83405	56 465	63 390
Arbeidsavklaringspenger	65,0	64,5	48,3	66,2
Sykepenger	21,1	23,5	6,9	18,1
Dagpenger	4,4	6,7	6,9	6,1
Økonomisk sosialhjelp	21,7	31,1	37,9	33,1
Tiltakspenger	4,4	5,2	20,7	6,3
Kvalifiseringsstønad	1,7	3,5	3,4	4,6
Alder 29				
Bosatt i Norge	100,0	100,0	100,0	100,0
I utdanning	6,7	5,5	0,0	5,2
Positiv inntekt	22,8	17,2	17,2	13,5
Inntekt >1G	12,2	9,3	3,4	5,2
Inntekt >2G	5,6	5,8	0,0	2,0
Inntekt (gj.sn. 2016 kr)	42 902	36 005	16 148	17 261
Arbeidsavklaringspenger	96,1	96,8	86,2	97,2
Sykepenger	6,1	3,5	6,9	1,5
Dagpenger	0,6	0,0	0,0	0,2
Økonomisk sosialhjelp	12,2	17,2	27,6	19,4
Tiltakspenger	0,6	0,9	3,4	0,4
Kvalifiseringsstønad	1,7	0,9	3,4	0,7

Kilde: Data på utlån fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk pasientregister og KUHR

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo