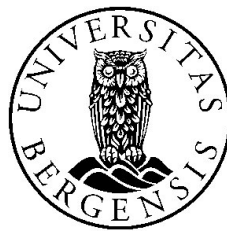


Unge voksne på helserelaterte trygdeytelser

*En kvantitativ analyse av unge voksne sin risiko for helserelaterte trygdeytelser i
tidsperioden 1994- 2013*

Elisabeth Leijs



Masteroppgave

Våren 2017

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på mine år som sosiologstudent på universitetet i Bergen. Jeg vil først og fremst rette en takk til min veileder, Thomas Lorentzen. Takk til Elisabeth og Rebecca for deres positivitet, peptalks og energi. Uten dere hadde jeg aldri holdt ut de lange dagene på lesesalen. Samt en takk til alle mine medstudenter på Sofie Lindstrøms hus, jeg kommer til å savne kaffepausene med dere.

Mine foreldre fortjener en stor takk for støtte, oppmuntring og gode ord gjennom alle mine studieår.

Jeg vil også takke Tore for hans tålmodighet, omsorg og støtte gjennom hele prosessen med masteroppgaven.

Elisabeth Leijs, Bergen 15.05.2017

Data som er benyttet i denne publikasjonen er hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, FD-Trygd - 20-prosentsutvalget. Databasen består av et tilfeldig trukket 20-prosents utvalg fra Statistisk sentralbyrås FD-Trygd. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har tilrettelagt datauttaket for analyseformål. Ingen av de ovennevnte institusjoner er ansvarlig for de analyser eller tolkninger som er gjort her.

Sammendrag

Denne oppgaven undersøker unge voksnes risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Det har vært en økt offentlig debatt om unge voksne som ikke er en del av arbeidsmarkedet og lever på stønadsordninger. Andelen av befolkningen på trygdeytelser i det norske samfunnet er økende. Tidligere forskning har rettet spesielt fokus mot voksnes tilbøyelighet til trygdeytelser, men for unge finnes det derimot mindre forskning. Formålet er å gi en bedre innsikt i hva som kan skyldes unge voksnes mottak av helserelaterte trygdeytelser, samt å bidra til å fremheve viktige utviklingstrekk. Har risikoen for helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne økt fra 1994 til 2013? Har det vært en endring i betydningen av kjennetegn i form av kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn i løpet av samme periode?

For å undersøke utviklingen har det blitt utviklet en binær avhengig variabel, som viser til om personer har mottatt helserelaterte ytelser i løpet av inneværende år eller ikke. Her regnes sykefravær, attføring, rehabilitering, tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger som mål på helserelaterte trygdeytelser. Ved bruk av en lineær sannsynlighetsmodell baserer oppgaven seg på predikerte verdier for ulike sosiale typer i løpet av perioden 1994 til 2013. Det ses på utviklingen av sosiale typer, og kjennetegn etter kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn i en alder av 25. Utviklingen i risiko blir undersøkt med utgangspunkt i utstøtingsmodellen, attraksjonsmodellen, medisinsk sosiologi og tidligere forskning.

Funnene i oppgaven viser at det er en predikert høyere risiko blant kvinner, etnisk norske, ved frafall i den videregående skolen og ved lavere sosial bakgrunn. Samtidig har de med videre utdanning og høyere sosial bakgrunn hatt en større relativ økning i prosent. Med utgangspunkt i utstøtingsmodellen kan en økning i risiko forklares med arbeidsmarkedets økende krav, hvor de med nedsatt helse og utdanning står svakere stilt. Attraksjonsmodellen forklarer en økning med utgangspunkt i generøse ytelser, hvor de som står svakere på arbeidsmarkedet har større tilbøyelighet for å velge trygd. Medisinsk sosiologi tar utgangspunkt i nedsatt helse som en forklaring. Alle teoriene bidrar til forklaringer på en økning i risiko for unge, og teoriene utelukker ikke hverandre, men bidrar derimot til en sammenfattende forklaring til hva som fører til økende risiko for helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne.

Ord i besvarelsen: 28 874 (eksklusiv forord, sammendrag, innholdsliste, figur- og tabelloversikt og litteraturliste).

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Figuroversikt	VI
Tabelloversikt	VII
1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Gangen i oppgaven	2
2.0 Bakgrunnskapittel.....	3
2.1 Unge voksne	3
2.1.1 Utdanning	5
2.1.2 Innvandring	6
2.2 Arbeidslinja.....	7
2.2.1 Arbeidsmarkedet	8
2.2.2 Arbeidsledighet	9
2.3 Folketrygdloven	10
2.4 Sykepenger	11
2.4.1 Utviklingen av sykepenger.....	11
2.5 Yrkesrettet attføring	13
2.5.1 Utviklingen av yrkesrettet attføring	14
2.6 Rehabiliteringspenger- medisinsk attføring	15
2.6.1 Utviklingen av rehabiliteringspenger	15
2.7 Tidsbegrenset uførestønad	16
2.7.1 Utviklingen av tidsbegrenset uførestønad	17
2.8 Arbeidsavklaringspenger.....	18
2.8.1 Overgangen til arbeidsavklaringspenger	19
2.9 Utviklingen av helserelevante trygdeytelser blant unge voksne	20
3.0 Teori.....	20
3.1 Utstøtingsmodellen	21
3.1.1 Begrepsavklaring.....	22
3.1.2 Ulike typer utstøting.....	25

3.1.3. Kritiske innvendinger	27
3.2 Attraksjonsmodellen	28
3.2.1 Arbeid-fritid-modellen	29
3.2.2 Prinsipal- agent- teorien	29
3.2.3 Human kapitalteori	30
3.2.4 Kritiske innvendinger	31
3.3 Medisinsk sosiologi	32
3.3.1 Den materialistiske forklaringen	33
3.3.2 Kritikk av den materialistiske forklaringen	34
3.3.3 Helseatferds perspektivet	34
3.3.4 Det psykososiale perspektivet	35
3.3.5 Seleksjonsperspektivet	35
3.4 Teoriens rolle	36
3.5 Oppsummering og empiriske forventninger	36
4.0 Tidligere forskning	38
4.1 Norske studier	38
4.2 Andre studier	43
4.3 Oppsummering	45
5.0 Data	45
5.1 Datamateriale	45
5.1.1 Fordeler og ulemper ved datamaterialet	46
5.1.2 Utvalg	48
5.4 Variabler	48
5.4.1 Avhengig variabel	48
5.4.2 Uavhengige variabler	49
6.0 Statistisk metode	52
6.1 Valg av kvantitativ metode	53
6.2 Analysemetode	53
6.3 Argumenter for bruk av lineær sannsynlighetsmodell	54
6.4 Lineær sannsynlighetsmodell	55
7.0 Presentasjon av resultater	58
7.1 Deskriptiv statistikk	59
7.1.1 Avhengig variabel	59

7.1.2 Uavhengige variabler	62
7.1.3 Oppsummering av deskriptive analyser	65
7.2 Multivariate analyser og predikerte sannsynligheter	66
7.2.1 Konfidensintervall	67
7.3 Sosial bakgrunn	67
7.3.1 Endring i predikert verdi	72
7.4 Utdanning.....	74
7.4.1 Endring i predikert verdi	78
7.5 Oppsummering av multivariate analyser og predikerte sannsynligheter.....	79
7.5.1 Sosial bakgrunn	79
7.5.2 Utdanning	80
8.0 Analyse	81
8.1 Innledning	81
8.2 Økt risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser blant unge voksne?.....	81
8.2.1 Utstøtingsprosesser?	82
8.2.2 Attraksjon og individuelle valg?	83
8.2.3 Nedsatt helse?	85
8.3 Endret betydning av individuelle kjennetegn?	86
9.0 Avslutning	90
9.1 Videre forskning.....	92
Litteraturliste.....	93

Figuroversikt

Figur 2.1. Utdanningsnivå etter kjønn og tid. Personer 16 år og over. Alder 25-29	5
Figur 2.2. Utvikling av innvandringskategorier, 1994-2013	7
Figur 2.3. Arbeidsledige i prosent etter kjønn og tid. 15-24 år	9
Figur 2.4. Andel av befolkningen med legemeldt sykefravær 2001-2013	12
Figur 2.5. Andel av befolkningen med yrkesrettet attføring. 1993-2009	14
Figur 2.6. Andel av befolkningen på rehabiliteringspenger. 1992-2009	16
Figur 2.7. Andel av befolkningen på tidsbegrenset uførestønad. 2004-2009	17
Figur 2.8. Andel av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger. 2010-2013	19
Figur 7.1. Helserelevante trygdeytelser blant norske kvinner etter sosial bakgrunn,	

1994-2013.....	68
Figur 7.2. Helsereelaterte trygdeytelser blant norske menn etter sosial bakgrunn, 1994-2013	69
Figur 7.3. Helsereelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner etter sosial bakgrunn, 1994-2013	70
Figur 7.4. Helsereelaterte trygdeytelser blant innvandremenn etter sosial bakgrunn, 1994-2013	71
Figur 7.5. Helsereelaterte trygdeytelser blant norske kvinner etter egen utdanning, 1994-2013	74
Figur 7.6. Helsereelaterte trygdeytelser blant norske menn etter egen utdanning, 1994-2013	75
Figur 7.7. Helsereelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner etter egen utdanning, 1994-2013	76
Figur 7.8. Helsereelaterte trygdeytelser blant innvandremenn etter egen utdanning, 1994-2013	77

Tabelloversikt

Tabell 3.1. Begrepsavklaring av utstøting	22
Tabell 3.2. Definisjon av arbeidsløshet	23
Tabell 5.1. Sosial bakgrunn (Foreldrenes utdanningsnivå)	50
Tabell 5.2. Prosent og frekvens fordeling etter klasstrinn for høyeste fullførte utdanning....	51
Tabell 7.1. Sykefravær blant 25 åringer, 1994-2013	59
Tabell 7.2. Attføring blant 25 åringer, 1994-2008	60
Tabell 7.3. Rehabilitering blant 25 åringer, 1994-2013	60
Tabell 7.4. Tidsbegrenset uførestønad blant 25 åringer, 1994-2013	61
Tabell 7.5. Arbeidsavklaringstilfeller blant 25 åringer, 1994-2013	61
Tabell 7.6. Helsereelaterte trygdeytelser blant 25 åringer, 1994-2013	62
Tabell 7.7. Helsereelaterte ytelser etter kjønn for 25 åringer, 1994-2013	63
Tabell 7.8. Helsereelaterte ytelser etter etnisitet blant 25 åringer, 1994-2013	63
Tabell 7.9. Helsereelaterte ytelser etter egen utdanning blant 25 åringer, 1994-2013	64
Tabell 7.10. Helsereelaterte trygdeytelser etter sosial bakgrunn for 25 åringer, 1994-2013	64
Tabell 7.11. Endring i predikert verdi for sosiale typer etter sosial bakgrunn, 1994-2013	72

VIII

Tabell 7.12. Endring i predikert sannsynlighet for helserelatert trygdemottak i prosentpoeng og prosent for sosiale typer etter sosial bakgrunn, 1994–2013	73
Tabell 7.13. Endring i predikert verdi for sosial typer etter egen utdanning, 1994-2013	78
Tabell 7.14. Endring i predikert sannsynlighet for helserelatert trygdemottak i prosentpoeng og prosent for sosiale typer etter egen utdanning, 1994–2013.....	78

1.0 Innledning

Denne oppgaven tar for seg hvordan sosiale ulikheter i risiko for helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne, har endret seg fra 1994 til 2013. Sosial ulikhet er i denne oppgaven avgrenset til sosiale ulikheter etter sosial bakgrunn, egen utdanning, kjønn og etnisitet i 25 års alderen. Valg av tema er basert på den økende bekymringen for unge voksne på helserelaterte trygdeytelser som er uttrykt både i media, fra politisk hold, og av forskere (se blant annet Grødem et al. 2014; OECD 2013;2010;2006). Problemstillingen er tett sammenvevd med den større debatten om unge som faller utenfor utdanning og arbeid. Det kommer frem at for mange lever av trygdeytelser, fremfor eget lønnsarbeid. Spesielt har det blitt påpekt en økning av trygdeytelser blant unge mennesker (Hyggen 2013; Brage og Bragstad 2011; Brage og Thune 2008). OECD viser til at Norge har et høyere forbruk enn andre OECD-land når det kommer til helserelaterte ytelser (OECD 2013;2010;2006). NHO's årskonferanse i 2012 inneholdt tema "velferdsfellen", og her ble det ytret bekymring for den økende andelen av befolkningen som havner utenfor arbeidslivet (NHO 2011:4).

Regjeringen har satt i verk tiltak for å hindre unge voksne fra å havne utenfor samfunnet. Spesielt kan det vises til den økte innsatsen fra Nav med tidligere tilrettelegging og oppfølging av personer på arbeidsavklaringspenger. Unge voksne er en spesielt sårbar gruppe på arbeidsmarkedet. Hyggen og Hammer (2013) problematiserer unge voksne sin overgang til arbeidsmarkedet. Det økende kunnskapsintensiverte arbeidsmarkedet fører til begrensede veier inn på arbeidsmarkedet, og konkurransen er stor blant de ufaglærte jobbene. Unge voksne er også mer sårbare for konjunktursvingninger, hvor midlertidige kontrakter og tidsbegrenset arbeid er utbredt (Harsløf og Ulmestig 2013). Stadig flere velger å ta videre utdanning, og dette anses som en viktig investering i human kapital, som kan føre til en lettere overgang til arbeidslivet. De som dropper ut av skolen, såkalte "dropouts" og frafall fra videregående, relateres til økt risiko for helserelaterte trygdeytelser (Falch og Nyhus 2011; Halvorsen et al. 2012). Sosial bakgrunn har en viktig faktor for overføring av materielle og kulturelle ressurser i form av kunnskap, verdier og ambisjoner (Moisio et al. 2014:73). Sosioøkonomiske ulikheter i helseatferd er et viktig aspekt i tilbøyeligheten til helserelaterte trygdeytelser, da dette fremkommer som en gradient i helseforskjeller (Elstad 2005). Unge voksne i arbeidsfør alder er en viktig ressurs for samfunnet, og tapt arbeidskraft fører til større

utgifter for staten. Det å falle utenfor arbeidsmarkedet kan føre til marginalisering i ung alder og ”scarring effects” i senere tid (Taylor-Gooby 2004).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i sjanselighet. Hernes (1973) forklarer sjanselighet som: ” ethvert medlem av en gruppe skal ha den samme sannsynlighet for å nå ulike statusposisjoner som et medlem i enhver annen gruppe”. For å finne ut av hvordan risikoen for mottak av helserelaterte ytelser har utviklet og endret seg, tas det utgangspunkt i predikerte verdier for ulike sosiale kjennetegn etter kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn. Utviklingstendensene vil bli forklart i lys av de klassiske teoriene innenfor trygdeforskningen: attraksjonsmodellen og utstøtingsmodellen. I tillegg er betydningen av helse med utgangspunkt i medisinsk sosiologi et viktig bidrag, samt tidligere forskning. Formålet er å gi en bedre innsikt i unges mottak av helserelaterte trygdeytelser, og bidra til å fremheve viktige utviklingstrekk.

1.1 Problemstilling

Forskningsspørsmålene som ønskes besvart er: 1) Har risikoen for helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne økt fra 1994 til 2013? 2) Har det vært en endring i betydningen av kjennetegn i form av kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn i løpet av samme periode? For å belyse oppgavens problemstilling er det benyttet Forløpsdatabasen trygd (FD-Trygd) med data fra perioden 1994 til 2013. Utviklingen av helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne blir utforsket ved bruk av den lineære sannsynlighetsmodellen som predikerer verdier for ulike sosiale typer. Dette belyser både utviklingsmønsteret, samt at det bidrar med predikerte verdier basert på sosiale typer etter kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn. Statistikkprogrammet ”StataIC 14” er benyttet i oppgavens analyser.

1.2 Gangen i oppgaven

I kapittel 1 ble det gitt en presentasjon av tematikken rundt oppgaven, samt problemstilling. Kapittel 2 vil gi et nærmere innblikk i bakgrunnen for temaet. Her vil det gis en avgrensning og en bakgrunnsforståelse, og en innføring i de ulike helserelaterte ytelsene som vil bli benyttet i analysen. I kapittel 3 vil den teoretiske bakgrunnen presenteres. Utstøtingsmodellen,

attraksjonsmodellen og medisinsk sosiologi vil bli presentert og satt i et kritisk lys. Videre vil teoriens rolle for de kommende analysene bli forklart, og empiriske forventninger vil bli oppsummert. I kapittel 4 vil tidligere forskning bli belyst for å gi en forståelse av hvordan forskning på området har problematisert utviklingen av unges voksnes tilknytning til arbeid og tilbøyelighet for helserelaterte trygdeytelser. I kapittel 5 presenteres datamaterialet, utvalget og variablene som benyttes i analysen. Deretter i kapittel 6 vil valget av metode bli presentert, og analysemetoden bli diskutert. I kapittel 7 gis det en presentasjon av resultatene fra den deskriptive statistikken og den multivariate analysen med fokus på de predikerte sannsynlighetene for ulike sosiale typer. Videre i kapittel 8 vil funnene fra resultatene bli diskutert basert på teori og tidligere forskning. Avslutningsvis i kapittel 9, presenteres en avsluttende kommentar og forslag til videre forskning.

2.0 Bakgrunnskapittel

Unge voksne som havner utenfor arbeid og utdanning er i en spesielt sårbar risiko gruppe (Taylor-Gooby 2004). Blir man marginalisert eller utstøtt i ung alder mister man en del av det sosiale fellesskapet som en arbeidsplass, et universitet eller en høyskole bidrar med (von Simson 2016). For mange unge voksne er overgangen fra utdanning til arbeid utfordrende. For de som ikke har fullført videregående skole er veien til arbeidslivet spesielt vanskelig med arbeidsmarkedets økende krav (Fevang og Røed 2006). Utviklingen på arbeidsmarkedet er blitt mer kunnskaps intensivert, og det anslås at det norske arbeidsmarkedet har den laveste andelen jobber for ufaglærte i OECD-området (Harsløf og Ulmestig 2013; Hyggen og Hammer 2013). Dette tyder på at det er blitt vanskeligere for dem med lavere eller ingen utdanning. Det er begrensede veier inn på arbeidsmarkedet, og konkurransen for de ufaglærte jobbene har økt (Hyggen og Hammer 2013:19).

2.1 Unge voksne

Denne oppgaven vil ta for seg hvilke faktorer som øker sannsynligheten for unge voksne å bli mottakere av helserelaterte trygdeytelser. Begrepet ”ung voksen” blir til stadighet brukt i dagligtale og ved institusjonelle sammenhenger. Ung voksen er likevel et begrep som står uten en entydig definisjon og klart bruksområde. Hammer og Hyggen (2013) betegner ung

voksen som den delen av livsløpet som i tid og livsfase ligger mellom perioden som ungdom og voksen. Årene som ung voksen er et tidsrom som er preget av flere nye livshendelser. Anskaffelse av egen bolig, starten på videre utdanning, inngang på arbeidsmarkedet, etablering av familie og selvforsørgelse er noen hovedpunkter. Hammer og Hyggen legger ikke vekt på et spesielt aldersspenn og viser til at ung voksen kan være fra 18-40 år alt etter bruksområde (Hammer og Hyggen 2013: 14-15). Tidsrommet fra man er ungdom til voksen styres av individuelle interesser og muligheter, men også strukturelle trekk ved samfunnet. Økonomiske konjunkturer, utdanningssystemet og arbeidsmarkedet er med på å endre forventinger og krav (Hammer og Hyggen 2013: 227). Både individuelle og strukturelle trekk henger tett sammen i denne fasen av livet, og samspillet mellom individuelle og strukturelle trekk er en viktig faktor ved forskning på velferd. Individorienterte forklaringer hevdes å bli for enkle, og individuelle trekk som alder, kjønn, sosial bakgrunn og utdanning er med på å påvirke individuelle valg. Likevel er det føringer på strukturelt nivå som synliggjør forskjellene, slik som ulik adgang til arbeidsmarkedet basert på individuelle trekk (se blant annet Becker 1985; Storvik 2003). Som ung voksen er den første tilknytningen til arbeidsmarkedet svært viktig. En lengre periode utenfor arbeidslivet kan føre til langvarig marginalisering, og vanskeligheter med å etablere seg på nytt på arbeidsmarkedet (Hyggen og Hammer 2013; von Celsing et al. 2012). Siden 1980-tallet har det vært en økende bekymring for unge voksne sin trygdebruk.

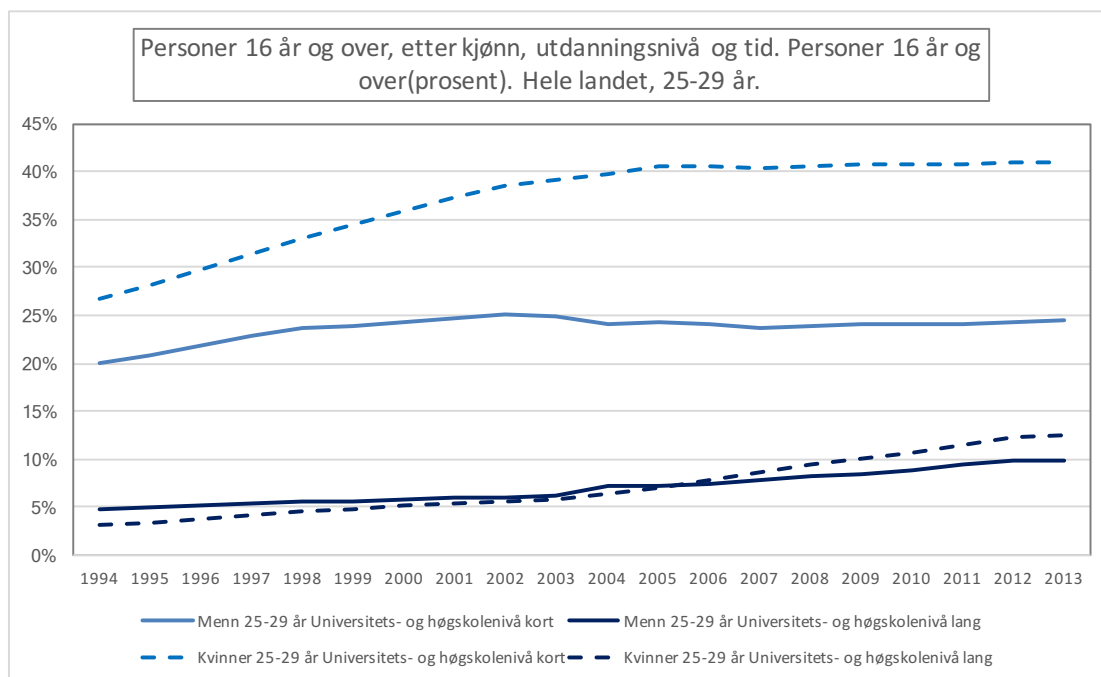
I denne oppgaven vil fokuset rettes mot unge voksne i 25 års alderen. Dette vil videre i oppgaven være betegnelsen av ung voksen. Grunnlaget for valget av denne aldersgruppen er å se hvordan individuelle og strukturelle faktorer fører til trygdebruk i ung alder. Når personer har fylt 25 år har de hatt mulighet til å fullføre lang høyere utdanning og/eller hatt noen år innenfor arbeidsmarkedet. Samtidig må det poengteres at perioden som ung voksen er et viktig aspekt for den enkelte sitt livsløp, men det må også tas i betraktning at grunnlaget til problemer i denne perioden av livet kan ligge lenger tilbake i oppveksten (Esping-Andersen 2004; Fauske 2011:47) Sosiologisk, økonomisk og utviklingspsykologi ser på de første leveårene som viktig for kognitiv utvikling, utdanningsoppnåelse og tilknytning til arbeidsmarkedet (Baydar et al. 1997; Esping-Andersen 2004; Heckman et al. 2006). Forskning på sosiale ulikheter og trygdetilbøyelighet blant unge voksne er dermed et lite bidrag til et større forskningsfelleskap. Trygdetilbøyelighet er noe som kan ha årsak i hendelser fra barndommen som manifesteres i voksen alder, samtidig er dette noe som kan definere resten av livet. Vansker som oppstår i ung voksen alder er dermed et omfattende

fenomen. Oppgaven i dette studiet er å se på hva som fører til risiko for mottak av helserelaterte trykdeytelser i perioden som ung voksen.

2.1.1 Utdanning

Ved den industrielle omstruktureringen i Norge er et viktig kjennetegn overgangen til et mer kunnskaps intensivt arbeidsmarked. Det er en økt etterspørsel etter formell kompetanse. Utdanning i tråd med utviklingen er en viktig investering for arbeid, levekår og sosial mobilitet (NOU 2008: 3). Utviklingen av befolkningens utdanningsnivå de siste tiårene i Norge, kan omtales som ”utdanningsrevolusjonen”. I den norske befolkningen har andelen som tar høyere utdanning doblet seg i løpet av de siste tjue årene (Dølvik et al. 2014:90). Det norske arbeidsmarkedet er en av de mest kunnskaps intensive i Europa, med den laveste andelen jobber for ufaglært arbeidskraft (Harsløf og Ulmestig 2013:30; Hyggen og Hammer 2013) Med den økte etterspørselen av høyere utdanning, og få jobber for ufaglærte, kan dette tyde på at unge voksne med lavere utdanning er i en sårbar posisjon på arbeidsmarkedet. Kravet om høyere utdanning for innpass på arbeidsmarkedet kan bidra til at ulikhet i utdanning står sterkere ut i arbeidsmarkedet nå enn tidligere.

Figur 2.1 - Utdanningsnivå etter kjønn og tid. Personer 16 år og over. Alder 25-29.



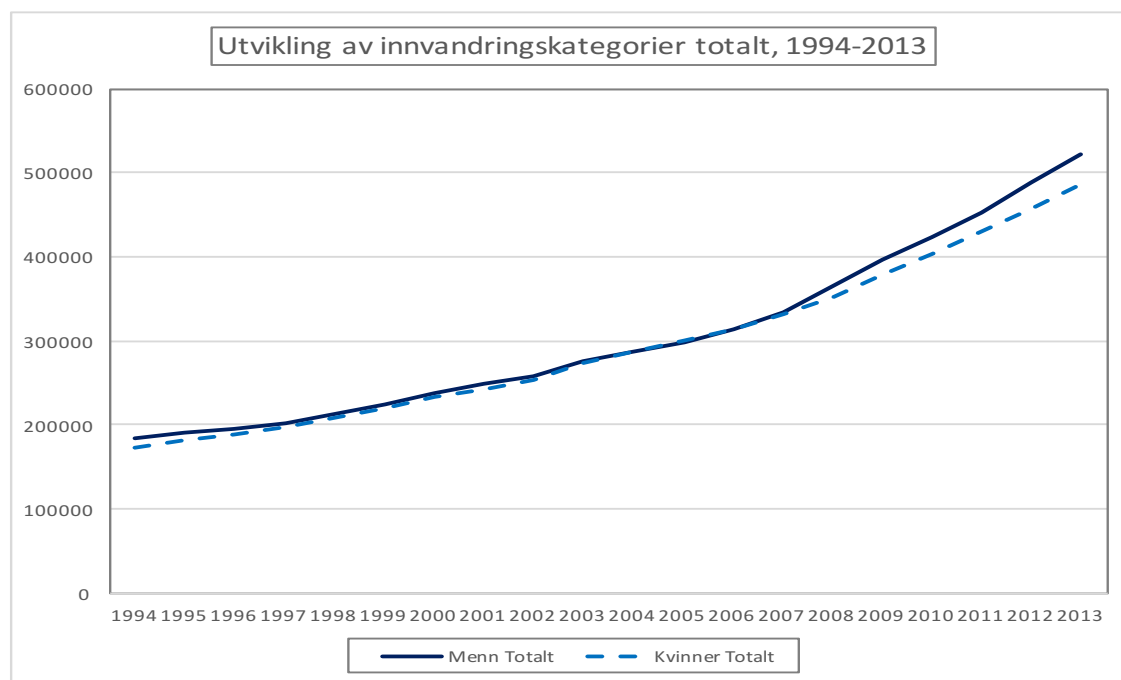
I figur 2.1 ser man utviklingen av utdanningsnivået blant 25 -29 åringer i perioden 1994-2013. Først ser man at det generelle utdanningsnivået har økt. For det andre kan man se at det er relativt store forskjeller mellom andelene med kort utdanning til forskjell fra de med lang høyere utdanning. For det tredje kan man se at andelen kvinner med høyere utdanning har økt mer enn andelen menn med høyere utdanning. Kvinneandelen med lang høyere utdanning er høyere gjennom hele perioden sammenlignet med menn med tilsvarende utdanning. Det økte utdanningsnivået blant kvinner kan tyde på at kvinner sin konkurranseevne på arbeidsmarkedet har blitt styrket. I Norge har utdanningstilbøyeligheten vært et motsyklisk mål som viser en positiv trend. En slik utvikling av utdanningsmønsteret kan til dels tilskrives politiske prioriteringer i dårlige tider, og dels resultatet av ungdommers valg i møte med økende kapasitet i utdanningssektoren og det kunnskapsintensiverte arbeidsmarkedet (Barth og Simson 2012).

I den videregående skolen har gutter høyere frafallsprosent enn jenter (Løvås 2013). Noe som også kan gjenspeiles ved at flere kvinner enn menn tar videre utdanning. Frafallet i den videregående skolen har ofte en klar sammenheng med vansker videre i livet (Raaum og Røed 2006) Forebygging av frafallet i den videregående skolen er viktig for å bedre arbeidsmarkedstilknytningen blant unge voksne. Dette kan bidra til en reduisering av inntektsforskjellene i samfunnet, og samtidig redusere omfanget av bruken av helserelaterte trygdeytelser (OECD 2008).

2.1.2 Innvandring

Den norske befolkningens sammensetning har forandret seg mye i løpet av de siste tiårene. Innvandring har skapt mye politisk og offentlig debatt. Hatland (2011) viser til at debatten skisseres av velferdsrelaterte argumenter fra både innvandringstilhengere- og motstandere. Argumentene fra tilhengere består blant annet i at innvandring er en viktig arbeidskraft, og det vises til Norges moralske forpliktelse til å hjelpe personer som er i nød. Fra motstandere baserer argumentene seg på at innvandringen truer den økonomiske bærekraften, og at de generøse velferdsordningene er innbydende for innvandrere. Til tross for motstridende tanker om innvandrere og de med innvandringsbakgrunn, viser forskning til avtagende negativitet. Det har vært en stabil reduksjon av nordmenn som mener innvandring er en trussel, samt en stabil økning av nordmenn som støtter mangfold (Hippe og Berge 2013:130).

Figur 2.2 - Utvikling av innvandringskategorier, 1994-2013



Figur 2.2 viser den totale utviklingen av innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre, utenlands fødte med en norsk forelder, norskfødte med en utenlandsfødt forelder og de som er født i utlandet og har norskfødte foreldre. Det er disse kategoriene av innvandringsbakgrunn det blir rettet fokus på i denne oppgaven. Som tabellen viser har det vært en økende utvikling av innvandringskategorien fra 1994 til 2013. Tabellen gjengir imidlertid ikke aldersspennet, men viser til den generelle utviklingen. Innvandreres tilknytning til arbeidsmarkedet er ulik etnisk norske. Arbeidsledigheten blant ikke-vestlige innvandrergrupper i forhold til nordmenn er høyere, og signaliserer at innvandrere utsettes for marginalisering i det norske arbeidsmarkedet. Norske studier fra tidlig på 90-tallet viste til at innvandreres tilknytning til arbeidsmarkedet var preget av ufaglærte jobber, til tross for lengre utdanning (Bratsberg 2002). Dette viser til at innvandrere opplever innskrenkede muligheter i karrieremobilitet i det norske arbeidsmarkedet.

2.2 Arbeidslinja

Perioden som ung voksen står sentralt innenfor et arbeids- og velferdsperspektiv. I sosialpolitikken ble arbeidslinja innført for å motivere folk til arbeid. Målet har vært å få flest mulig til å delta i arbeidslivet, og slik forhindre utsatte grupper i samfunnet til å bli presset ut

av arbeidslivet og inn i stønadsordninger. Selv om Arbeidslinja kan spores tilbake til etterkrigstiden kan det sies at den ble gjenopplivet gjennom atføringsmeldingen i 1992 (Drøpping 2003:120). Arbeidslinja står sentralt innenfor arbeids- og velferdspolitikken i Norge. Formålet er å fremme arbeid til alle. Noen av hovedelementene er blant annet at det føres en aktiv politikk for høy yrkesdeltagelse. Arbeidslivet står sentralt for å hindre utstøting ved å legge forholdene til rette. Videre skal det lønne seg å arbeide, gjennom Nav reformen var det et viktig holdepunkt å støtte opp om arbeidslinja (Nordberg og Røed 2002). Pastore (2014) peker på den manglende arbeidserfaringen som en av de største hindrene unge voksne står ovenfor ved inngang til arbeidsmarkedet. Midlertidige kontrakter skaper flere jobbmuligheter og gir en inngang til arbeidsmarkedet. Ved nedgangskonjunkturer fører dette derimot til at de med midlertidige kontrakter ryker først. Ved stor arbeidsledighet er det også vanskeligere å få innpass på arbeidsmarkedet om man ikke har fullført videregående, mangler arbeidserfaring og trenger tilrettelegging (Halvorsen et al. 2012).

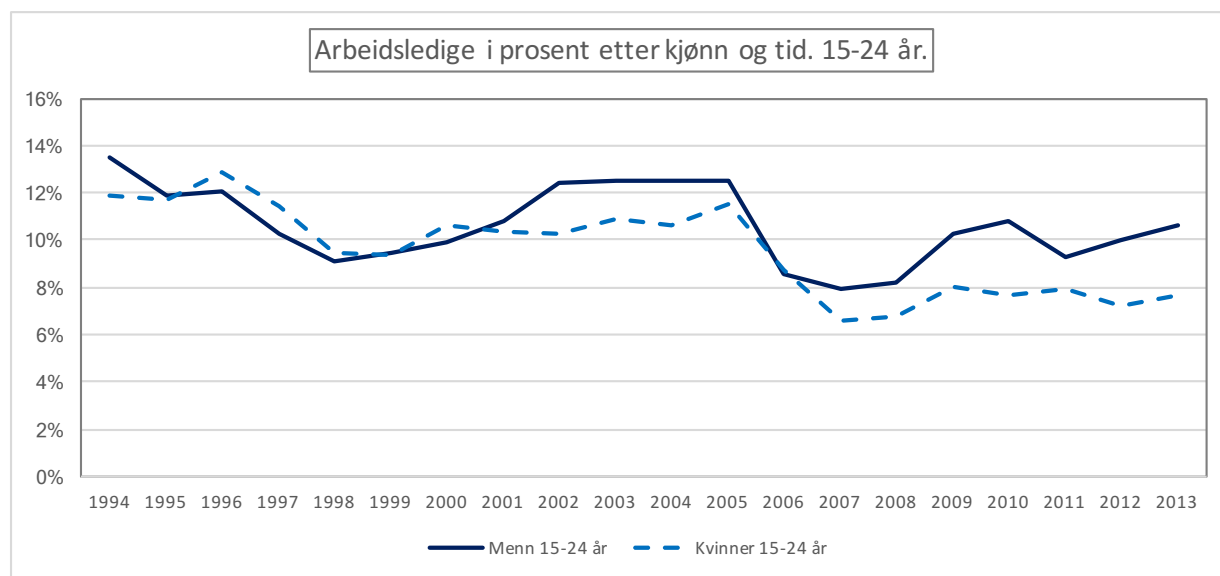
2.2.1 Arbeidsmarkedet

Arbeidsmarkedet har gjennomgått store endringer i løpet av de siste tiårene. Her vil det tas utgangspunkt i noen utviklingstrekk. Den teknologiske utviklingen har hatt stor betydning for både organisering av arbeidet, og arbeidsdelingen mellom bransjer og virksomheter. Flere tunge rutinepregede arbeidsoppgaver har forsvunnet, og dette har ført til endrede krav til kompetanse og større krav til skjønnsutøvelse (Harsløf og Ulmestig 2013). Det stilles også større krav til virksomheters omstillingsevne som følge av økt konkurranse og internasjonalisering. Ofte kan dette omhandle mindre justeringer som kan være positive for arbeidstaker og bedrifter. Samtidig kan dette bidra til store utfordringer med økte skiller mellom de som har den nødvendig kompetansen, og de som ikke har det. Etter utvidelsen av EØS-området i 2004 har, har innvandringen til Norge økt (se figur 2.2). Internasjonaliseringen ble preget av nye trender og økt arbeidskraftmobilitet. Arbeidskraftmobiliteten har hatt en positiv innvirkning på norsk økonomi. Likevel er dette noe som kan bidra til å svekke markedsmechanismene som tidligere gjorde det lettere for personer med nedsatt arbeidsevne å få innpass på arbeidsmarkedet i oppgangskonjunkturer. Serviceyrker har spesielt blitt mer utbredt, og stadig flere jobber innenfor denne næringen. Kjennetegnet ved slike yrker er en

bred, sosial kontaktflate. Dette gjør at individuelle egenskaper og sosial kompetanse er viktig. Slike forventninger kan være vanskelig å innfri for enkelte utsatte grupper. Krav til høy produktivitet er et viktig kjennetegn ved det intensiverte arbeidsmarkedet. Sammenlignet med andre OECD-land er Norges gjennomsnittlige arbeidstimer pr. sysselsatt lavere. Den høye arbeidsintensiteten er dynamisk og positiv. Med krav til høyere produktivitet, er det større risiko for stress og helseproblemer, spesielt hvor høye arbeidskrav kombineres med liten kontroll over egen arbeidsdag. Når arbeidsmarkedet er gjenstand for store endringer, vil dette utgjøre forandringer i arbeidssituasjonen. Endringer i grunnleggende trekk ved arbeidslivet og arbeidslivsorganisering påvirker muligheter for arbeidsinkludering (NOU 2012:6).

2.2.2 Arbeidsledighet

Figur 2.3 - Arbeidsledige i prosent etter kjønn og tid. 15-24 år.



Unge er i en mer utsatt posisjon på arbeidsmarkedet i forhold til den eldre delen av arbeidskraften. Dette blir understreket av både internasjonal og nasjonal forskning (Hyggen og Hammer 2013; Taylor-Gooby 2004) Som man ser av figur 2.3 har arbeidsledigheten i Norge hatt en nedgang siden 1994. Etter 1994 gikk ledigheten nedover, men har vært preget av konjunktursvingninger. Prosentandelen av befolkningen har lagt noenlunde stabilt mellom 3 til 5 prosent, og var på sitt høyeste i 1994 på 6 prosent (Barth og Simson 2012). I figur 2.3 ser man utviklingen blant arbeidsledige i alderen 15-24 år. Unge voksne er utsatt for en høyere risiko for arbeidsledighet enn voksne. I forhold til den generelle arbeidsledigheten

er det unge voksne som rammes hardest i nedgangstider. Spesielt under finanskrisen ble ungdomsledighet et større problem i Europa. Unge voksnes ledighet reagerer sterkere og raskere enn blant eldre ved konjunktursvingninger. Blant annet skyldes dette at unge, da særlig menn, arbeider i mer konjunkturutsatte deler av arbeidsmarkedet, hvor de i større grad er preget av midlertidige kontrakter og tidsbegrenset arbeid (Harsløf og Ulmestig 2013). I nedgangstider er det unge som må gå først, da de i større grad har lavest ansiennitet (Komité 2011). Et trekk er at unge voksne ofte trekker seg ut av arbeidsmarkedet i dårlige tider (Hyggen 2013), noe som bidrar til en forsterket av svingningene i arbeidsledigheten målt i prosent av arbeidsstyrken (von Simson 2016). Ledigheten er videre kjennetegnet av kortere ledighetsperioder. Ved fullført utdanning vil mange unge oppleve en eller flere kortere perioder med ledighet, før en trygg forankring i arbeidslivet forekommer. Friksjonsledighet anses som en naturlig del av overgangen mellom utdanning og arbeidslivet (Schøyen 2016). Med mindre ledigheten går over til å bli langvarig, anses ikke dette for å være et problem. Unge voksne som står utenfor arbeidsmarkedet og mottar helserelaterte trygdeytelser, tilhører en spesielt utsatt gruppe som er spesielt utsatt for varig marginalisering og sosial ekskludering (Fevang og Røed 2006; Taylor-Gooby 2004; von Simson 2016).

2.3 Folketrygdloven

Allerede i 1945 ble det satt i gang et sosialt reformarbeid. Målet var at alle i samfunnet skulle sikres en "minimums- levestandard. Lov om folketrygd tredde i kraft 1. Januar 1967 og inneholdt den første samlingen av trygdelovene i Norge. Hovedregelen er at alle som er bosatt i Norge går inn under folketrygden. Rettighetene er knyttet til bosted, ikke til statsborgerskap eller nasjonalitet. Folketrygden gir økonomisk stønad ved sykdom, svangerskap og fødsel, arbeidsløshet, alder, uførhet, dødsfall og tap av forsørger. Folketrygden dekker også utgifter til medisinsk behandling og rehabilitering, og arbeidsrettede tiltak. Mottoet til folketrygden er hjelp til selvhjelp (Hansen 1997; Kjønstad 1992). Siden lov om folketrygd tredde i kraft har trygdesystemet i Norge så å si vært under kontinuerlig utbygging. Nav-reformen (2004) var en viktig del av tilrettelegging av ansvarsoppgaver for etatene. Før Nav-reformen var Trygdeetaten, Aetat og Kommunen tre separerte etater med ulike oppgaver og ansvar. De forvaltet hvert sitt regelverk (NOU 2004: 13). Flere trygdebrukere var fleretatsbrukere og var "kasteballer" mellom de ulike etatene. Samtidig med overgangen til Nav ble kvalifiseringsprogrammet iverksatt som det viktigste virkemiddel i kampen mot fattigdom og

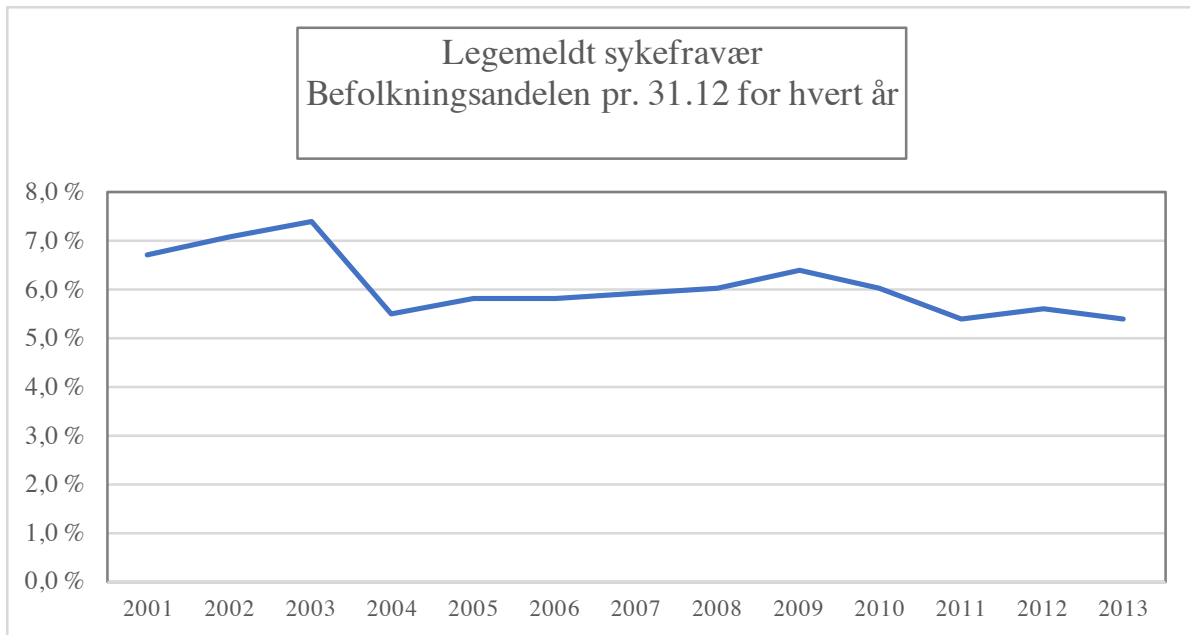
sosial eksklusjon. Programmet skulle ved hjelp av mer forpliktende, systematisk og helhetlig oppfølging bidra til at personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne kom i arbeid og aktivitet. Før innføringen av arbeidsavklaringspenger i 2010, skilte man mellom ulike helserelaterte ytelser: attføringspenger, rehabiliteringspenger, tidsbegrenset uførestønad (fra 2004). Mottakere av disse ytelsene blir definert som personer med nedsatt arbeidsevne. I neste del vil de ulike ytelsene bli presentert.

2.4 Sykepenger

I Norge ble sykelønnsordningen innført i 1979. Dette er en ordning som skal beskytte arbeidstakere mot inntektstap ved sykdom, skade eller lyte, ved at den sikrer sosial og økonomisk trygghet og likhet til alle samfunnets medlemmer (Hagelund 2014). Sykelønnsordningen omfatter flere ulike ytelser, men i dette avsnittet er fokuset på sykepenger. Ved sykdom har arbeidstakere i Norge full lønnskompensasjon opptil 6G1 ved bortfall av inntekt. Lønnskompensasjonen varer i inntil ett år. Sykefraværet kan være egenmeldt og legemeldt. Egenmeldt sykefravær dekkes av arbeidsgiver og har en varighet fra 1 til 16 dager, og det kan brukes egenmelding de første tre fraværstidene. Legemeldt sykefravær gjelder fra dag 17, og dekkes av folketrygden. Ved legemeldt sykefravær er det opp til lege, kiropraktor eller terapeut å vurdere om det er medisinske årsaker til at arbeidstaker trenger fravær fra jobb. Hvis sykemeldingen varer i over ett år, kan man søke om avklaringspenger, nå i form av arbeidsavklaringspenger (Hagelund 2014).

2.4.1 Utviklingen av sykepenger

Figur 2.4 - Andel av befolkningen med legemeldt sykefravær 2001-2013.



Kilde. NAV v/ Therese Sundell.

I figur 2.4 ser man utviklingen av det legemeldte sykefraværet. Langtidsfraværet ble et større samfunnsproblem på 1990-tallet. Som en løsning på problemet ble arbeidslinja innført for å drive folk til å arbeide fremfor å leve på trygd. Her var det viktigste tiltaket å ha skjerpet kontroll av sykemeldinger. Det ble innført tiltak som styrket kontrollen av legers sykemeldingspraksis, og de medisinske vilkårene for rett til sykepenger ble innskjerpet. I 1994 ble det innført aktiv sykemelding, for å motvirke en passivering av sykefraværet. I 1998 ble det en utvidelse av arbeidsgiverperioden fra 14 til 16 dager (Hagelund 2014). Fra 2000-tallet var sykefraværspolitikken preget av trepartssamarbeidet og fire intensjonsavtaler om et mer inkluderende arbeidsliv. Et av hovedmålene med tiltakene var å redusere statens utgifter til sykepenger ved å redusere sykefraværet. Ønsket var også å inkludere arbeidstakere med redusert arbeidsevne i arbeidslivet, samt å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen. Den første IA-avtalen¹ ble undertegnet i 2001, og ytterligere fornyet i 2006, 2010 og 2014. Flere nye tiltak og virkemidler ble innført. Tiltakene handlet hovedsakelig om tilrettelegging av arbeid og oppfølging av den sykemeldte.

¹ Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker,

I 2003 ble det lovfestet at arbeidsgivere har plikt til å lage oppfølgingsplan for arbeidstakere etter sykemelding i over 8 uker. Videre i 2004 ble det innført arbeidskrav for rett til sykepenger. Her skulle arbeidstakere prøve ut arbeidsrelatert aktivitet med gradert eller aktiv sykemelding senest etter 8 ukers sykemelding. Fra 2006-2010 ble det etablert nye endringer. Innføring av dialogmøter ved lengre sykefravær var sentralt. På denne tiden ble bestemmelsen om arbeidsavklaringspenger innført. Ved endt sykemeldingsperiode skulle den sykemeldte gå over til arbeidsavklaringspenger (Hagelund 2014).

2.5 Yrkesrettet attføring

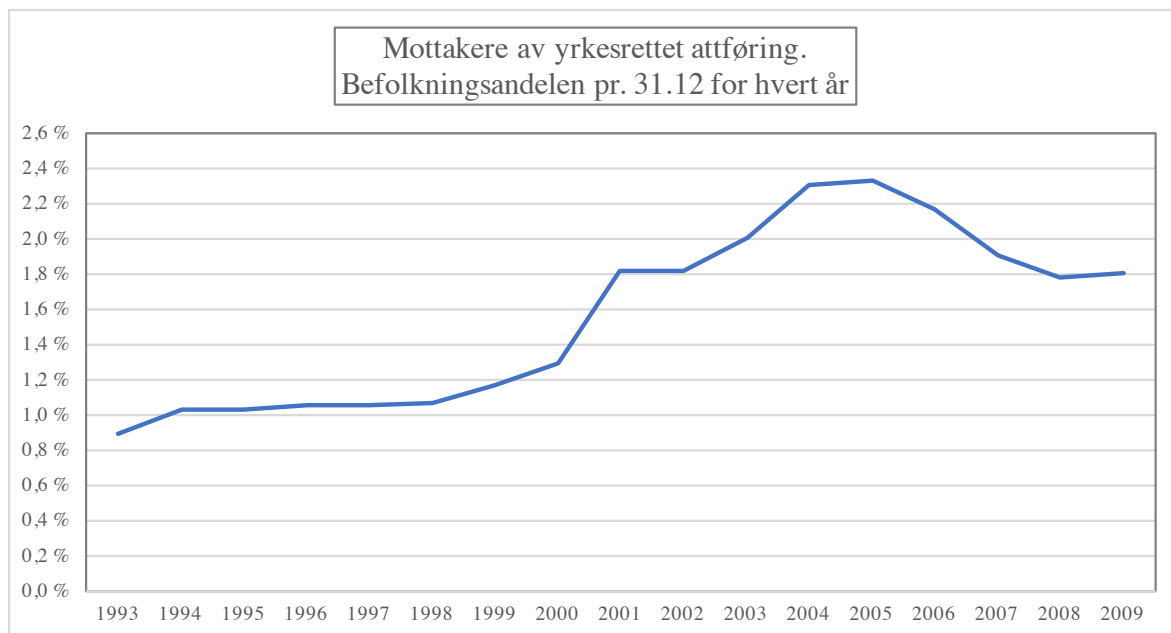
Yrkesrettet attføring ble gitt til personer som grunnet sykdom, skade eller lyte hadde fått varig nedsatt inntektsevne, eller at mulighetene til å velge yrke eller arbeidsplass ble innskrenket. Det var Aetat som avgjorde om man oppfylte vilkårene for å motta yrkesrettet attføring, før det i 2006 ble NAV. Om de medisinske vilkårene ble oppfylt for mottak av yrkesrettet attføring, og attføring ble ansett som hensiktsmessig for å skaffe eller beholde arbeid, ble det vurdert hvilke tiltak som skulle gjennomføres. Målet med den yrkesrettete attføringen var å gi arbeidssøkere med nedsatt arbeidsevne eller redusert arbeidsevne muligheten til å velge utdanning eller arbeid. Arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede omfattet blant annet kvalifisering og arbeidstrening. Dette skulle bidra til at denne gruppen fikk, eller klarte å beholde en jobb i det ordinære arbeidslivet (Børing 2002:157). Attføringspenger var en ytelse til livsopphold. Grunnlaget for attføringspengene ble fastsatt basert på inntekten kalenderåret før inntektsevnen ble nedsatt med minst halvparten. Hvis gjennomsnittet av inntekten basert på de siste tre årene før ga et høyere grunnlag, ble de tallene brukt for beregning av utbetaling. Det var garantert minsteytelse for dem som ikke hadde lønnsinntekt eller mottok andre ytelser, før inntektsevnen ble redusert med minst halvparten. Man kunne motta attføringspenger, og den årlige minsteytelsen var på 1,8 ganger grunnbeløpet. For dem som var mottakere av attføringspenger før fylte 25 år ville da ha krav på en årlig minsteytelse som var 2,4 ganger grunnbeløpet (Brage og Bragstad 2011; Kjørstad 1992; Nav).

Yrkesrettet attføring har vært en viktig stønad i det norske samfunnet siden dens innføring med folketrygdloven i 1967. Ordningen sikret omskolering av arbeidstakere, kvalifisering og trening for å komme i jobb. Stønadsperioden varierte fra person til person. Aetat, senere NAV, vurderte først muligheten til formidling av arbeid. Hvis dette ikke var mulig, ville

stønadslengden avhenge av situasjonen på arbeidsmarkedet og individers egen situasjon. Dermed vil lengden på attføringspenger og attføringsstønader avhenge av lengden på tiltaket. Attføringspenger og attføringsstønad som ble gitt i forbindelse med utdanningstiltak, var som hovedregel begrenset til tre år. Det utøvdes derimot skjønn om man på grunn av sykdom, skade eller helse ikke kunne gjennomføre utdanningen i løpet av tre år. Ved andre tiltak enn utdanning, ville stønad gis så lenge tiltaket varte. Etter endt utdanning eller andre tiltak, kunne det gis attføringspenger i inntil seks måneder i forbindelse med jobbsøking (NAV).

2.5.1 Utviklingen av yrkesrettet attføring

Figur 2.5 - Andel av befolkningen med yrkesrettet attføring. 1993-2009



Kilde. NAV v/ Lars Sutterud.

I figur 2.5 ser man utviklingen av mottakere på yrkesrettet attføring. Ytelsen er preget av stabilitet frem til 1998, hvor det jevnlig øker frem til 2005. Denne økningen er trolig preget av flere dimensjoner (Fevang et al. 2004). Økningen av attføringsmottakere på begynnelsen av 2000-tallet kan delvis forklares av det økte sykefraværet. Videre i 2000 ble regelverket for uføretrygd strammet inn med krav om attføring, før uføretrygd kunne tilstås. Dette førte til at søkere til uføretrygd ble tildelt yrkesrettet attføring. I 2004 ble regelverket for

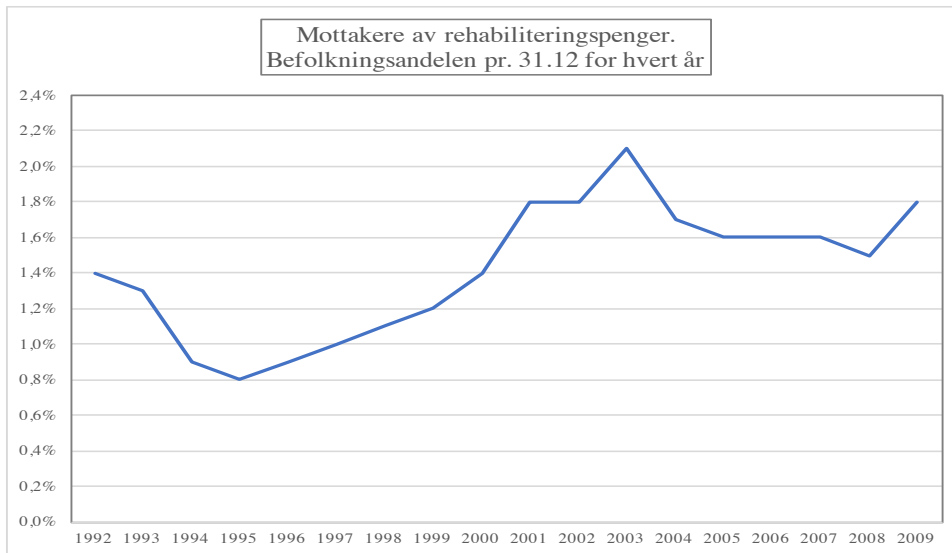
rehabiliteringspenger strammet inn, hvor unntaksbestemmelsen ble til maksimalt to år. Dette kan trolig forklare deler av økningen fra 2004 til 2005 i mottakere på attføring. Fra 2005 og utover var det en liten nedgang i mottakere. Dette kan være preget av lovendringen i 2004, hvor aldersgrensen for ordinær utdanning ble hevet fra 22 til 26 år. På samme tid ble kravene til funksjonsnedsettelse for dem som fikk unntak fra aldersgrensen innskjerpet. I tillegg ble tiden man kunne motta en ytelse redusert til tre år i forbindelse med utdanning, her var det imidlertid mulighet for unntak. Fra 2005 var det også en nedgang i antall yrkeshemmede (Børing 2002).

2.6 Rehabiliteringspenger- medisinsk attføring

For å motta rehabiliteringspenger forelå det krav om at sykdom, skade eller helsemessig lyte måtte være årsaken til nedsatt arbeidsevne. I tillegg måtte arbeidsevnen være nedsatt med minst 50 prosent og personen måtte være under aktiv behandling med hensikt om å bedre arbeidsevnen. Rehabiliteringspenger ble tildelt hvis personen fortsatt ikke var arbeidsfør etter sykepengeperioden utløp. I tillegg kunne rehabiliteringspenger bli tildelt i følgende tilfeller: 1) Hvor personen hadde vært 50 prosent arbeidsufør eller mer uavbrutt i 52 uker, 2) personen hadde mottatt rehabiliteringspenger tidligere og fikk tilbakefall, 3) måtte avbryte yrkesrettet attføring pga. sykdom, 3) eller om personen var student under 26 år og hadde vært sammenhengende arbeidsufør i minst 20 uker på grunn av alvorlig sykdom. Rehabiliteringspengene ble ytt for inntil et år, men kunne i særskilte tilfeller forlenges utover de 52 ukene. Ordningen var ment til å yte til livsopphold. Det kunne også ytes rehabiliteringspenger i en begrenset periode hvor det avventet tilrettelegging til yrkesrettet attføring. Tidligere ble rehabiliteringspenger gitt til personer fra 16-67 år. I 1998 ble alderen justert opp til 18 år (Brage og Bragstad 2011; Nav)

2.6.1 Utviklingen av rehabiliteringspenger

Figur 2.6 - Andel av befolkningen på rehabiliteringspenger. 1992-2009



Kilde. NAV v/ Lars Sutterud.

I figur 2.6 ser man utviklingen av mottakere på rehabiliteringspenger. Rehabiliteringspenger var en ytelse som ble gitt til dem som hadde vært sykemeldt i over 1 år. Ordningen fungerte som en forlenget periode av sykepenger, men med lavere kompensasjonsgrad. Frem til 1990-tallet hadde ytelsen vært relativt uforandret. Det var ingen tidsbegrensning, noe som gjorde at mange mottok rehabiliteringspenger i årevis. I 1993 ble det innført en tidsbegrensning av rehabiliteringspenger, som ble satt til 52 uker, men med mulighet for unntak ved enkelttilfeller. Som følge av regelendringen ble det på dette tidspunktet en reduisering av antall mottakere og den gjennomsnittlige varigheten av ytelsen kraftig redusert. Unntaksbestemmelsene ble imidlertid brukt i økende omfang. I 2004 ble det en ny innskjerping av regelverket. Det ble innført en innstramming av unntaksbestemmelsen til maksimalt to år. Videre var det en nedgang i antall registrerte yrkeshemmede fra 2005 (Børing 2002). Fra 01.03.2010 ble rehabiliteringspenger erstattet av arbeidsavklaringspenger. (Brage og Bragstad 2011:37)

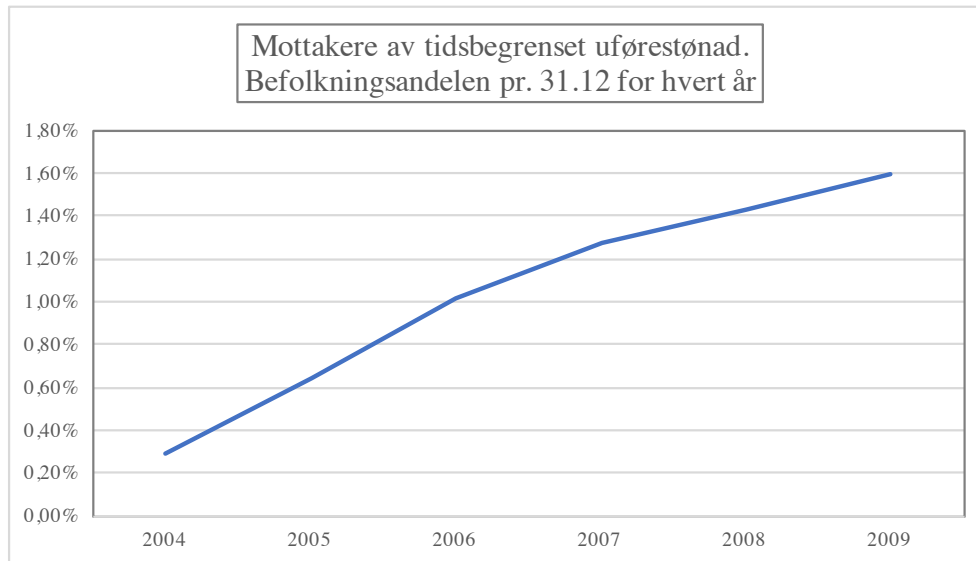
2.7 Tidsbegrenset uførestønad

Tidsbegrenset uførestønad ble tildelt når det ikke var forventet at behandling, medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring kunne bedre arbeidsevnen de neste 3-4 årene, regnet fra uføretidspunktet. Den fremtidige inntektsevnen ble likevel ikke utelukket. Den tidsbegrensede ordningen hadde en varighet fra ett til fire år. Ordningen ble beregnet på samme måte som rehabiliterings - og attføringspenger. Tidsbegrenset uførestønad ble innført 1. Januar 2004

som en årsak av økning av uføretrygdene mot slutten av 1990-tallet (Abrahamsen 2013; Jentoft og Olsen 2009).

2.7.1 Utviklingen av tidsbegrenset uførestønad

Figur 2.7 - Andel av befolkningen på tidsbegrenset uførestønad. 2004-2009.



Kilde. NAV v/ Marianne N Lindbøl.

Tidsbegrenset uførestønad var en ordning som skulle redusere antall overganger til uføretrygd. Ved dens innføring i 2004 var betingelsen at varighetskravet for innvilgning av tidsbegrenset uførestønad var fire til fem år, regnet fra uføretidspunktet. For å få innvilget uførepensjon måtte varigheten bli anslått til mer enn syv år. Uføretidspunktet ble beregnet som det tidspunktet da arbeidsevnen ble varig nedsatt, ofte ble dette på første sykepengedag. Tidsbegrenset uførestønad ville dermed bli tildelt hvis en person hadde gjennomgått et år med sykepenge, og deretter to år med rehabiliteringspenge, om arbeidsevnen fortsatt var nedsatt med minst 50 prosent, og ingen utsikt til bedring om ett eller to år. Det var et vilkår at attføring hadde vært gjennomført eller forsøkt gjennomført, med mindre det var åpenbare grunner for at dette ikke kunne gjennomføres. Fra 2005 kom det derimot en lovendring, der kravet til attføring ble lovfestet og ytterligere skjerpet. Dette var gjeldende for alle krav fremsatt 1. januar 2005 eller senere. Dette vilkåret kunne bare fravikes dersom tilfellet var av åpenbare grunner for at attføring ikke var hensiktsmessig. Det ble ytterligere presisert at innskjerpingen skulle gjelde uavhengig av diagnose og aldersgruppe. Forutsetningen ved

innføringen av tidsbegrenset uførestønad var at mottakeren fikk oppfølging fra NAV. En individuell oppfølgingsplan sto sentralt. Erfaringen etter et halvannet år med stønaden var at enkelte av mottakerne motsatte seg aktiv oppfølging. For å gi dette sanksjoner, ble det i 2006 innført et lovfestet krav om utarbeiding av individuell plan i samarbeid med mottaker. Ytelsen ville dermed falle bort om mottaker motsatte seg tilbudet om behandling, rehabilitering, yrkesrettet attføring eller å medvirke til utarbeidelse og oppfølging av individuell oppfølgingsplan (Vigtel 2016; NOU 2000:27).

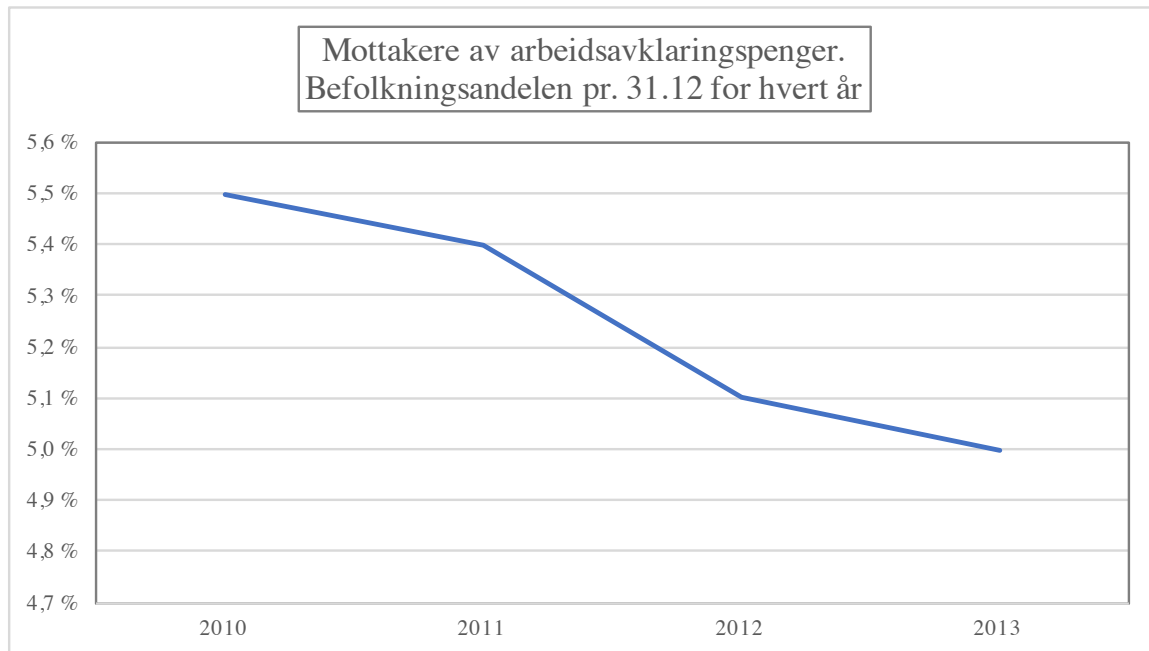
2.8 Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger forkortet AAP, er en ytelse som ble iverksatt 1. Mars 2010. Som en del av NAV- reformen skal AAP fungere som en sammenslåing av rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad (Schreiner 2012).

AAP er en midlertidig helserelatert trygdeytelse. For å kunne motta AAP må arbeidsevnen være redusert med minst 50 prosent. Hovedregelen er at man må ha vært medlem i folketrygden i minst tre år for å ha rett på AAP. Har du vært helt arbeidsfør, er det nok at du har vært medlem i minst ett år før du søker, men det gjøres visse unntak, og du må være mellom 18 og 67 år. Nav bistår med arbeidsrettede tiltak og ytelser når man er under medisinsk behandling eller annen nødvendig oppfølging fra NAV. I likhet med uføretrygd så må hovedårsaken til redusert arbeidsevne være sykdom, skade eller lyte. Det må foreligge en viss utsikt til at arbeidsevnen vil bli bedre gjennom tilrettelagt behandling, arbeidsrettede tiltak eller oppfølging. I løpet av perioden med AAP er målet at personen skal klare å skaffe seg arbeid eller beholde arbeidet. For å motta AAP må man selv søke om det, det er ikke noe man mottar automatisk etter utløpet av for eksempel en sykepengeperiode. Har personen tidligere mottatt AAP, kan man få AAP i inntil seks måneder hvis personen blir syk igjen uten å ha tjent opp ny rett til sykepenger. Som hovedregel ytes ikke AAP i mer enn fire år. Utbetaling av AAP avhenger av behovet for å være i arbeidsrettet aktivitet. Stønadsperioden vil derfor variere fra person til person. I visse tilfeller kan stønadsperioden forlenges utover fire år, etter en konkret vurdering av hver enkelt sak (Mandal et al. 2015; Svele 2010).

2.8.1 Overgangen til arbeidsavklaringspenger

Figur 2.8 - Andel av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger. 2010-2013



Kilde. NAV v/ Lars Sutterud.

I figur 2.8 ser vi utviklingen av arbeidsavklaringspenger. AAP er en ytelse som sikrer personer livsopphold, mens man skal bli avklart for arbeid. Målgruppen for AAP skulle være den samme som for de tre tidligere ytelsene; attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Vilåret for å motta AAP er også det samme som ved de tidligere ytelsene, og er knyttet til sykdom, skade eller lyte. Hovedforskjellen er at det ikke lenger er et krav om at sykdom må være hovedårsaken til nedsatt arbeidsevne, det er tilstrekkelig at sykdommen er en medvirkende årsak til dette. Med dette skillet er det andre faktorer; slik som alder, evner, utdanning og arbeidsmarkedet som har fått en større betydning i retten til AAP i forhold til de tidligere ytelsene. Videre med innføringen ble begrepet "inntektsevne" endret til "arbeidsevne" (Ftrl 1997 § 11-6). For å motta de tidligere ytelsene var det fokus på den medisinske dimensjonen for tildelingen. AAPs oppmykning førte til at det ble mindre krav til årsakssammenheng mellom sykdom og arbeidsevne. Dette kan mulig spore til målsetningen ved innføringen av AAP, som var å redusere sykdomsfokuset. Engebretsen (2010) viser til at det har vært en innstramning i regelverket for AAP i forhold til de tidligere ytelsene. Arbeidsevnen skal vurderes opp mot ethvert arbeid vedkommende kan utføre. Som mottakere av AAP kan man dermed ikke forvente å bli rehabilitert tilbake til den samme statusen eller

inntekten før sykdomstidspunktet. Det økte kravet til aktivitet og behandling mens man mottar ytelsene, kombinert med en tettere oppfølging, kan være årsaken til at personer med psykiske lidelser blir tidligere oppdaget og får klassifisert nedsatt arbeidsevne, sammenlignet med tidligere (Berg og Thorbjørnsrud 2009). Videre er det kjent at mottakere av sosialhjelp er preget av store helseproblemer (Van der Wel et al. 2006). En økt oppfølging øker sannsynligheten for at personer får kartlegging og blir overført til en helsereelatert trygdeytelse (Djuve et al. 2012).

2.9 Utviklingen av helsereelaterte trygdeytelser blant unge voksne

Brage og Bragstad (2011) viser til at antall unge mottakere av rehabiliteringspenger og unge yrkeshemmede i aldergruppen 18-29 år økte med ca. 30 prosent i perioden fra 1996 til 2008. Tendensen var at de unge ble stønadsmottakere i stadig yngre alder. Videre viste det seg at denne gruppen hadde betydelig lavere utdanningsnivå enn aldersgruppen som helhet. Overgangen til arbeidsavklaringspenger blir problematisert ved at gruppen av unge mottakere representerer en stor utfordring. Gruppen har en kombinasjon av psykiske lidelser, lav utdanning og liten arbeidserfaring. Kunnskapen om unge på helsereelaterte trygdeytelser er begrenset. Likevel er det fra mange hold satt fokus på unges problemer med frafall fra utdanning og lav arbeidsmarkedstilknytning. Det er et paradoks at Norge har den høyeste andelen yrkesaktive, men samtidig er blant de landene som har høyest andel personer i yrkesaktiv alder som mottar helsereelaterte trygdeytelser.

3.0 Teori

I teorikapitlet vil det presenteres ulike hypoteser som tar sikte på å forklare hvorfor personer mottar trygd. De mest anvendte teoriene innenfor trygdeforskningen er utstøtingsmodellen, attraksjonsmodellen og medisinsk sosiologi. Forklaringene illustrerer blant annet hvordan trygdeforskningen er preget av ulike nivåer av forståelse. De ulike modellene vektlegger ulike forklaringer til mottak av trygd. Attraksjonsmodellen rettes mot individet og velferdsutformingen, mens utstøtingsmodellen rettes mot arbeidsmarkedet. Helse er en viktig dimensjon ved trygdeforskning, derfor blir medisinsk sosiologi inkludert for å belyse helsesituasjonen. Først vil det gjøres rede for utstøtingsmodellen og attraksjonsmodellens

teoretiske innfallsvinkler, samt kritikk rettet mot teoriene. Videre vil medisinsk sosiologi tillates plass. Til slutt vil bruken av disse innfallsvinklene diskuteres.

3.1 Utstøtingsmodellen

Utsøttingsmodellen er en av de mest anvendte teoriene innenfor trygdeforskningen (Hansen 1997; Mykletun 2000). Modellen oppsto på 70-tallet hvor det ble kjent at den økonomiske strukturen hadde negativ påvirkning på visse grupper i samfunnet. Spesielt ble dette relatert til store sysselsettingsproblemer blant eldre arbeidstakere (Halvorsen 1977; Hansen 1997). Siden 70-tallet har denne teorien fått en dominerende posisjon i trygdeforskningen. Utstøttingsmodellen fokuserer på strukturelle trekk ved økonomien og arbeidsmarkedet som en forklaring av trygdeytelser. Her blir ikke individuelle trekk inkludert for å forklare utstøting. Utstøtingen blir sett på som et resultat av faktorer som forekommer utenfor individets påvirkningskraft.

I følge Halvorsen (1977) er utstøting et spørsmål om forholdet mellom kravene arbeidslivet stiller, og individets mulighet til å oppfylle disse kravene. De siste to tiårene har forutsetningene på arbeidsmarkedet blitt intensivert. Det stilles høyere krav til fleksibilitet, høyere utdanning, og omstillinger i forhold til økende "outsourcing" av arbeidsoppgaver innenfor bedrifter. Utstøttingsmodellen bidrar til å vektlegge strukturelle rammer for utstøting, i motsetning til attraksjonsmodellen som fokuserer på individet (Halvorsen 1977; Hansen 1997; Kolberg 1974; Mykletun 2000).

Utsøtting er ikke en tilstand, men en prosess. Ved å se på utstøting som en prosess gis det en forståelse av at det er et forløp med flere årsaker og mekanismer som fører til utstøtingen. Å bli utstøtt fra arbeidslivet relateres til flere aspekter ved samfunnet. En kombinasjon av næringslivets trekk og individuelle forskjeller, slik som; dårlig utdanning, sykdom og sosiale og psykiske problemer kan bidra til utstøttingsprosessen. Likevel påpeker Halvorsen at problemet ikke må bli for individualisert (Halvorsen 1977). En individualisering av problemet skinner gjennom ved satsing på atferding, omskolering og arbeidsledighetstrygd og lignende stønader, for å mobilisere individer. Dette kommer i veien for en forebygging av utstøting, hvor det er i arbeidslivet problemene oppstår. Forebyggende tiltak på arbeidsmarkedet vil bedre mulighetene for dem som er i risikozonen for å bli utstøtt (Halvorsen 1977).

3.1.1 Begrepsavklaring

Begrepet utstøting indikerer en uønsket overgang til trygdeforløp (Halvorsen 1977). Kjær (1978) definerer utstøting som situasjoner der visse grupper i befolkningen ikke har muligheter til å få, eller beholde lønnet arbeid. Utstøtingsprosesser defineres som det forløpet individet gjennomgår, når det gjelder å få eller beholde arbeid, til det kan sies å være utstøtt. Utstøtingsmekanismen defineres som samspillet av flere faktorer. Det er både individuelle og samfunnsmessige årsaker som frembringer utstøting (Kjær 1978).

Det er imidlertid ikke enighet om overgangen fra arbeid til trygd skal være uønsket for at det skal bli definert som utstøting. Kjær (1978) mener at dette må vurderes i betraktning av hva som er formålet med studiet. Halvorsen (1980,1994) mener det er individenes objektive vurdering av deres mulighet til å få eller beholde arbeid på arbeidsmarkedet som utstøtingsbegrepet bygger på. Om individet selv ikke ønsker arbeid, må dette ses i lys av en marginaliseringsperiode. Det sentrale blir dermed om et individ har mulighet til å få jobb på det ordinære arbeidsmarkedet. Halvorsen bidrar med en begrepsavklaring som gjengis her i tabell 1.1 (Halvorsen 1977:272)

Tabell 3.1 – Begrepsavklaring av utstøting.

	Kan få jobb	Kan få jobb
Ønsker (søker) arbeid	Tilfeldig arbeidsløs	Arbeidsløs og utstøtt
Ønsker ikke arbeid	Ikke arbeidsløs, ikke utstøtt	Ustøtt, ikke arbeidsløs

Ved å ta utgangspunkt i Halvorsen (1977) standpunkt gis det rom for objektiv tolkning. En person kan anses for å være utstøtt fra arbeidsmarkedet selv om personen ikke ønsker arbeid. Å være utstøtt fra arbeidsmarkedet baseres på individets mulighet til å få arbeid. Argumenter for denne inndelingen begrunnes med tre forhold: 1) Handlingsmulighetene til individet er innskrenket, og er ikke avhengig av ønsket om å være i arbeid eller ikke. 2) Grunnet rådende normsystem ser individet seg tvunget til å legitimere ledighet med sykdom. 3) Ønskene og holdningene til arbeid blir styrt av mulighetene til å få arbeid.

Colbjørnsen (1982) viser til to ulike former for løs tilknytning til arbeidsmarkedet. De som er åpent arbeidsløse og de som er skjult arbeidsløse. De åpent arbeidsløse er aktive søkere gjennom arbeidskontoret eller andre kanaler. De skjulte arbeidsløse er personer som ikke søker arbeid aktivt. De ønsker arbeid, men regner ikke med å finne en jobb som passer deres forutsetninger. Colbjørnsen påpeker at det er både metodiske og teoretiske problemer knyttet til å avgjøre hvor stor denne gruppen er, men nødvendigheten for å anerkjenne denne typen arbeidsløshet understrekes som viktig. Når det skal analyseres hvordan ulike gruppers tilknytning til arbeidsmarkedet forekommer, kan de analyseres på følgende måte (se tabell 3.2) (Colbjørnsen 1982).

Tabell 3.2 - Definisjon av arbeidsløshet

Åpen arbeidsløshet	Skjult arbeidsløshet
Arbeidsløshetshyppighet	Familieforsørget
Arbeidsløshetslengde	Trygd

En stor del av unge voksne er blant dem som aktivt søker arbeid uten arbeidsinntekt. Denne gruppen kan undervurderes i forhold til den reelle ledigheten, hvis det kun fokuseres på registrerte arbeidsløse. Mange unge voksne har ikke etablert seg på arbeidsmarkedet og er nykommere. Ettersom de ikke har hatt inntektsgivende arbeid i en viss periode oppfylles ikke kravene til stønad. Dette kan medføre at færre unge velger å søke via Nav. Ved kun å fokusere på aktivt arbeidsløse blir det ikke en reell fremstilling av unges ledighet. Halvorsen påpeker i likhet med Colbjørnsen at arbeidsløsheten blir tilslørt av ikke-sysselsatte som blir oppbevart utenfor arbeidslivet gjennom skolen, familien og trygd. De offisielle arbeidsledighetstallene blir ansett som et dårlig mål på utstøtingen fra arbeidslivet. Den skjulte arbeidsledigheten avdekker et stort omfang av personer som potensielt er i stand til å arbeide, men av ulike grunner ikke gjør det (Halvorsen 1977:269). Videre kan også trygdebruk bli beskrevet som en medikalisering av arbeidsledighet (Kolberg og Hatland 1991). Lian (2006) viser hvordan medikaliseringprosesser kommer til uttrykk. Blant annet blir helsebegrepet gjort relevant for tilstander som før ikke ble omfattet av medisinske klassifikasjoner. Problemer og personlighetstrekk blir omdefinert til medisinske tilstander. Arbeidsledige må derfor inkludere:

” Åpen arbeidsledighet, skjult arbeidsledighet, ufrivillig på deltid, individer under omskolering, beredskaps-arbeid, vernede arbeidsplasser, førtidspensjonerte, uføre som kunne arbeidet, skoleungdom som ville ha foretrukket å arbeide, kvinner som ville tatt arbeid hvis det fantes” (Wadel 1973:42).

Videre er det diskutert hvorvidt utstøting skal forstås som noe definitivt eller midlertidig. Skal det være et skille mellom å bli uførepensjonert eller å være på attføring? Selve begrepet utstøting blir brukt ved flere prosesser. Å bli utstøtt fra arbeidsmarkedet, men også selve tilstanden å være utstøtt fra arbeidsmarkedet. Halvorsen (1980) bruker begrepet for å forklare det å bli utstøtt fra arbeidsmarkedet, men viser til at det kan være ulike måter å se det på. Selv finner han det lite hensiktsmessig å bruke utstøtingsbegrepet om personer som aldri har vært på arbeidsmarkedet, slik som unge voksne og kvinner. I den svenske litteraturen blir utstøting brukt som et samlebegrep for både utstøting og utestenging. Argumentet bunner i at de prosessene som fører til at personer blir utstøtt fra arbeidsmarkedet, også henger sammen med det som gjør det vanskelig for andre å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Selv om Halvorsen (1980) anser det lite hensiktsmessig å bruke utstøtingsbegrepet om unge voksne og kvinner som ikke har vært på arbeidsmarkedet, vil det likevel kunne argumenteres for at utstøtingsbegrepet vil være treffende. Prosessene som fører til utstøting fra arbeidsmarkedet, er også gjeldende for dem som prøver å komme seg inn på arbeidsmarkedet.

Det blir ofte skilt mellom utstøting, marginalisering og integrering. Utstøting er en varig posisjon, som å være utstøtt fra arbeidsmarkedet grunnet uføretrygd. Motsatsen er å være integrert i arbeidsmarkedet ved å ha en fast og stabil jobb. Marginalisering blir definert som en gradvis og endret effekt av årsaker på strukturelt nivå (Halvorsen 1994). Begrepet er av nyere dato, og betegner en mellomposisjon mellom det å være integrert og det å være utstøtt. Denne mellomgruppen består av personer som er marginalisert fra arbeidsmarkedet ved at de opplever en eller flere langvarige perioder utenfor arbeidslivet. Marginaliseringsbegrepet bidro til å rydde opp i hvorvidt tilstanden å være utstøtt skulle være gjeldende for varige tilstander som førtidspensjon og uføretrygd, i forhold til midlertidige tilstander som arbeidssøker og attføring (AAP). Å bruke begrepet utstøtt for midlertidige tilstander kommer fra argumentet at det er de samme prosesser og mekanismer som er gjeldende i både varige og midlertidige tilstander. Begrepet utstøtt blir i den norske litteraturen brukt som en betegnelse på varige og endelige tilstander, mens marginalisert blir brukt ved tilstander som kjennetegnes som en løsere tilknytning til arbeidsmarkedet. Begrepet brukes til å betegne personer som

erfarer eller står i fare for å være en eller flere perioder utenfor arbeidsmarkedet som en konsekvens av strukturelle forhold (Halvorsen 1994; Hansen 1997; Mykletun 2000).

3.1.2 Ulike typer utstøting

Halvorsen skiller mellom to hovedtyper av utstøting; Økonomisk og helsemessig utstøting. I tillegg vektlegger Mykletun (2000) en siste kategori som kalles for sosial utstøting.

Økonomisk utstøting baseres på hvordan det kapitalistiske økonomiske systemet påvirker samfunnets organisering av yrkeslivet. Det er relasjonen mellom bedrifters produksjonsapparat og kravet til arbeidskraften som står i sentrum. Kravet til økt profitt, effektivisering, konkurransedyktighet og omstilling skaper et press for arbeidstakerne. Ved overskudd av arbeidskraft er det personer med høy human kapital som beholder sin arbeidsplass. Dette bidrar til at personer som er svakere stilt blir marginalisert eller utstøtt fra arbeidsmarkedet som en konsekvens. Arbeidsevne er dermed nøkkelbegrepet i den økonomiske formen for utstøting. Personer som har svekket arbeidsevne vil i større grad være i risiko for marginalisering, og blir arbeidsmarkedets tapere.

Helsemessig utstøting baserer seg på arbeidsmiljøets innvirkning på arbeidstakerens helse. Dette kan både være kortsiktige og langsiktige innvirkninger. Blant annet vektlegger Halvorsen (1977), hvordan arbeidsmiljøet kan føre til både fysiske og psykiske belastninger. Fysiske belastninger innebærer at arbeidet inneholder tungt arbeid og støyende arbeid, ensformig arbeid, luftforurensninger, giftige og eksplosive stoffer. Psykiske belastninger innebærer høyt arbeidspress og andre utfordringer på arbeidsplassen. Fysiske belastninger er kun relevant innenfor visse yrker og næringer. Som følge av den økende graden av effektivisering kan psykiske belastninger ramme de fleste sektorer, men vil da spesielt være krevende for dem som allerede er svakere stilt.

Sosial utstøting ser på det sosiale arbeidsmiljøets rolle som bidragsyter til utstøting. Grunnet økte krav til effektivisering og produktivitet kan svakere stilte oppleve en ekskluderingskultur hvor de blir skviset ut. En slik ekskluderingskultur kan utspilles som rasisme eller diskriminering. Likevel kan fagforeninger bidra til å verne om spesifikke grupper som er

utsatt og anses som uproduktive (Colbjørnsen 1982). Tilrettelegging av arbeidsoppgaver for dem med svekket helse kan bidra som eksempel.

Resultatet av de ulike formene for utstøting er at utsatte grupper i samfunnet som ungdom, eldre, kvinner, personer med lav utdanning, dårlig helse, innvandrere, og folk bosatt i et strøk med svakt og ensidig næringsgrunnlag blir stilt utenfor arbeidslivet. Et uklart forhold er hvilke prosesser som fører til at visse grupper i samfunnet er mest utsatt for marginalisering og utstøting enn andre. Colbjørnsen (1982) viser til statistisk diskriminering som en forklaring. Ved ansettelse har bedrifter ikke perfekt informasjon om arbeidstakernes produktivitet. De benytter seg dermed av ytre kjennetegn som kjønn, utdanning og alder som indikatorer på dette. Dette er en form for statistisk diskriminering som særlig påvirker kvinner, ungdom, eldre, lavt utdannede personer og andre grupper svakere stilte. Dette sees i sammenheng med at de ofte har dårligere helse, er en mindre stabil arbeidskraft, og mindre tilpasningsdyktige enn andre grupper. En slik diskrimineringsform er økonomisk rasjonell da bedrifter motvirker høye beslutningskostnader med å basere enkeltindividers produktivitet på ytre kriterier. Dersom en gruppe arbeidstakere i gjennomsnitt er mindre produktive enn andre grupper, påvirker dette enkeltindivider i gruppen. Resultatet vil da føre til at det ikke er de minst produktive som forblir arbeidsløse. Hvis det ikke er en økonomisk rasjonell beslutning, kan vi snakke om fordomsdiskriminering. Dette baserer seg på at sosialt svakere grupper er overrepresentert i de næringer hvor arbeidsmiljøet er belastende, og har dermed en høyere risiko for å bli arbeidsledig. Den tredje forklaringen baserer seg på kunnskapskapital. Kunnskapskapitalen til dem som er i en marginal posisjon reduseres over tid. Motivasjonen til arbeid svekkes, og det kan oppstå problemer på andre livsområder som øker arbeidsmarkedsproblemene.

Prosesser er dermed en viktig del av utstøtingsteorien. Disse prosessene kommer i to former i følge Vignes (2011). For det første ved at det kapitalistiske system bidrar til en *brutaliseringsprosess*, og for det andre i form av endelig utstøting som et resultat av ulike forhold som utvikler seg over tid på arbeidsplassen, miljøet rundt, og individuelle forhold.

3.1.3. Kritiske innvendinger

Utstøtingsmodellen har blitt kritisert fra flere hold. Blant annet av Kolberg (1974, 1991) som selv har bidratt til utformingen av modellen. Han bemerker at den baserer seg på et for høyt analytisk nivå. De empiriske forventningene blir uklare og vanskelige å vurdere da modellen gir for lite rom for handlende individer. Dens strukturelle nivå overser sammenhengen med betydningen av individuelle valg. Wærness (1979) kritiserte utstøtingsmodellen for å ikke være kjønnsnøytral, og hevder at familietilknytning er mer sentralt enn prosesser på arbeidsmarkedet. Overgang fra arbeid til trygd er en mannsdominert retning. Som følge av kvinners inntog på arbeidsmarkedet er ikke kritikken like aktuell i dag (Kolberg og Hatland 1991). Likeledes til tross for kvinners inntog på arbeidsmarkedet, er deres tilknytning til arbeidsmarkedet preget i mer grad av deltidsstillinger. Dette kan være et resultat av både familie – og arbeidsmarkedstilknytning.

Videre anser Halvorsen (1980) det lite hensiktsmessig å bruke begrepet om personer som ikke har vært en del av arbeidsmarkedet, og retter dette spesielt mot unge voksne. Utstøtingsprosesser omhandler å bli utstøtt fra arbeidsmarkedet grunnet prosesser på arbeidsmarkedet. For unge voksne som ikke har deltatt på arbeidsmarkedet, kan ikke dette direkte sies å være grunnet prosesser innad i arbeidsmarkedet. Å ikke få muligheten til å delta på arbeidsmarkedet, slik situasjonen kan være for unge voksne, burde likeledes kunne argumenteres for å være på grunn av utstøting. Som følge av arbeidsmarkedets økende krav i form av høyere utdanning og effektivitet, kan dette være prosesser som fører til at unge med lavere utdanning og nedsatt helse blir utstøtt eller marginalisert før de får muligheten til å tre inn på arbeidsmarkedet. Stadig flere unge opplever å være NEET, som omtales som ”unge på kanten”. Dette er unge som ikke er i utdanning, arbeid eller opptrening. Widding-Havnerås (2016) ser på dette som et resultat av større utfordringer med inngang og etablering på arbeidsmarkedet. Dermed kan dette ses på i lys av utstøtingsmodellen, da kravene på arbeidsmarkedet fører til utfordringer for både de som er blitt integrert på arbeidsmarkedet og de som opplever utfordringer med innpass.

3.2 Attraksjonsmodellen

Attraksjonsmodellen bruker en økonomisk forklaringsmodell, og tar utgangspunkt i at mennesker handler rasjonelt i forhold til gitte muligheter og ønsker. Trygdebruk blir forklart som en følge av individuelle valg som skjer på bakgrunn av kalkulerende vurdering av tilgjengelige alternativer (Hansen 1998). Slike forklaringsmodeller basert på forutsetningen om rasjonelle aktører som søker nyttemaksimering, er vel etablert i sosiologien. Teorien om rasjonelle valg (rational choice) hadde sitt gjennombrudd på 70-tallet. Kjennetegnet ved teorien er at den tar utgangspunkt i metodologisk individualisme. Individet og hvilken rolle individet hadde vektlegges når sosiale fenomen skal forklares, i motsetning til metodologisk kollektivism, som ilegger fokuset mot den sosiale strukturen (Mykletun 2000).

Attraksjonsmodellen er utviklet innenfor økonomisk teori, og baseres på to grunnleggende forutsetninger. For det første forutsettes det at ressursene er begrenset for å imøtekomme gitte preferanser. Det må foreligge manglende ressurser både hos enkeltindividet og samfunnet til å oppfylle alle behov. Den andre forutsetningen er at individet faktisk handler rasjonelt. På individnivå vil dette innebære at det foreligger en rasjonell nyttemaksimering i økonomisk forstand. I forhold til bedrifter innebærer det profittmaksimerende atferd. Attraksjonsmodellen har et stort innslag av rasjonelle aktørers tanker. Den forklarer yrkesavgang som en konsekvens av rasjonelle overveielser, hvor individet eksempelvis velger mellom arbeid og fritid. Attraksjonsmodellen predikerer at risikoen for overgang fra arbeid til trygd øker vesentlig om man får den samme økonomiske vinning uansett valg (Wadensjo 1985). Dette forutsetter dermed at arbeidsinntekt er den viktigste årsak for fortsatt å være i arbeid. Arbeid som en kilde for identitetsdanning, selvrealisering og sosialt nettverk blir lite vektlagt innenfor attraksjonsteoretiske modeller

Tidlig avgang fra arbeidslivet anses som et resultat av utformingen av velferdsordningene. I følge attraksjonsmodellen er kombinasjonen av dårligere arbeidsmoral og mer sjenerøse kompensasjoner, med på å forklare økningen i bruk av trygdeytelser. Det argumenteres for at individer lettere overlater ansvaret for økonomisk egenforsørging til samfunnet, som følge av enklere tilgang til trygdeytelser (Marklund 1992; Mykletun 2000). Som en konsekvens ved oppmykningen av sykdomsbegrepet i kombinasjon med mer sjenerøse trygdekompenasjoner, har det vært en økning i bruk av trygdeytelser. Sykdomsbegrepet oppmykning er preget av nye sykdomskategorier og kravet til sykkelighet er liberalisert. Attraksjonsmodellen postulerer

at rasjonelle mennesker i økende grad velger trygd fremfor arbeid i situasjoner der de økonomiske ytelsene gjennom trygdesystemet forbedres i forhold til lønningene i arbeidsmarkedet (Wadensjo 1985).

3.2.1 Arbeid-fritid-modellen

Arbeid-fritid- modellen vektlegger individenes vurderinger av arbeid og fritid. En slik modell antar at individer ønsker å oppnå fritid. Nytte og kostnad ved å være i arbeid, blir vurdert mot tilstander som kan muliggjøre fritid. Nytten ved å være i arbeid kan være personens lønnsinntekter, frynsegoder, arbeidsmiljø og selvrealiseringsmuligheter. Nytten ved å velge fritid kan være basert på trygdeordningenes kompensasjonsgrad, men kan likeså påvirkes av fritidspreferanser. Hvis nytten av å ha fritid overgår nytten av å være i arbeid, antar modellen at individet vil søke om trygdeytelser. Trygdetidspunktet avgjøres basert på flere bestemmelser, personens tilgang til trygdeordninger, de økonomiske kostnadene ved en slik overgang, og personens egne arbeid- og fritidsønsker (Hansen 1997; Mykletun 2000; Vignes 2011).

3.2.2 Prinsipal- agent- teorien

Prinsipal- agent- teorien er en samfunnsøkonomisk teori basert på et spillteoretisk rammeverk. Teorien baserer seg på forholdet mellom prinsipalen og agenten, hvor agentens handlinger er på vegne av, eller berører prinsipalens interesser. Teorien ser på hvordan man kan ved hjelp av ulike incentiver få samsvar mellom prinsipalens og agentens mål. Agenten tar beslutninger på vegne av en prinsipal og har relevant informasjon som prinsipalen ikke har. Samhandlingen mellom de to partene er preget av asymmetrisk informasjons bilde, da prinsipalen ikke har tilgang til agentens motiver og tidligere handlinger. Teorien blir ofte brukt i forhandlingssituasjoner mellom ulike parter, for eksempel arbeidstaker og arbeidsgiver (Mykletun 2000).

I trygdesammenheng blir den potensielle trygdemottakeren forstått som agenten og trygdemyndighetene som prinsipalen. Agenten søker om en trygdeytelse, mens prinsipalen ”vokster” ytelsen. Teorien er mest gjeldende ved helserelaterte trygdeytelser som må gjennom saksbehandling, og sykefravær er dermed ikke så relevant, da dette går via fastlegen. Agenten

må tilfredsstille kravene til ytelsene for at prinsipalen skal godkjenne søknaden. Det foreligger et asymmetrisk informasjons bilde i forholdet mellom prinsipalen og agenten. Dette kan resultere i at agenten kan holde tilbake informasjon som er relevant for beslutningstakingen til prinsipalen. Informasjonen som holdes tilbake kan blant annet gjelde helsetilstanden, mulighetene på arbeidsmarkedet eller motivet for søknaden. Prinsipal-agent-teoriens rasjonalitetsforutsetning begrenses ikke til kun til aktørenes vurdering av forholdet mellom arbeid og fritid, men også hvordan aktørenes foretrukne tilstand kan nås. Med dette kan potensielle søkere velge å manipulere eller skjule informasjonen for å imøtekomme egne behov (Hansen 1997; Mykletun 2000; Vignes 2011).

(Hansen 1997) skisserer tre løsninger på prinsipal- agent- teorien i trygdesammenheng.

- 1) Det første incentivet som kan innføres er ufullstendig dekning ved trygdeovergang, med dette vil det attraktive ved trygdeordningene reduseres.
- 2) Ved innvilgning av trygdeytelser må det foreligge grundig dokumentasjon på diagnose og redusert arbeidsevne.
- 3) Den siste løsningen kan være bruk av positive incentiver hvor agenten ikke benytter seg av trygdemulighetene som prinsipalen prøver å begrense. Denne løsningen er ikke brukt i Norge.

3.2.3 Human kapitalteori

Attraksjonsperspektivet forklarer forskjellene i arbeidsmarkedstilknytning basert på human kapital. Humankapitalteorien fokuserer på forutsetningen om rasjonelt handlende individer. Med utgangspunkt i Becker (1993) sin humankapitalteori vises sammenhengen mellom individuelle ressurser, tilknytning til arbeidsmarkedet og trygdeytelser. Becker påpeker at utdanning og arbeid er de viktigste investeringene i human kapital (Becker 1993:17). I følge humankapital teorien bidrar utdanning, inntekt og produktivitet til å øke kunnskap, ferdigheter og nye analyseverktøy (Becker 1993:19). Arbeidstakere og arbeidssøkere velger derfor å investere i humankapital, ofte i form av utdanning og arbeidsmarkedserfaring. Dette forventes å gi økonomisk avkastning på sikt. I praksis kan det sies at alle faktorer som påvirker individets produktivitetsevne kan investeres i. Becker (1993) og Schultz (1961) viser til hvordan individer blant annet kan investere i helse for å øke produktivitetsevnen.

Arbeidstakernes attraktivitet og posisjon på arbeidsmarkedet avgjøres av sammensetningen av humankapital. Arbeidstakere med høy humankapital antas å være mer attraktive overfor arbeidsgivere, da høy humankapital forbindes med produktivitet. Som en årsak vil personer med høy humankapital ha god tilknytning til arbeidsmarkedet, stabile jobber, gode arbeidsvilkår og god inntekt. Når arbeidstakere – og søkere blir vurdert basert på deres produktivitet, eller potensielle produktivitet, blir andre uvesentlige egenskaper ved individet ikke relevant. Ved å vurdere søkere basert på diskriminerende trekk vil ikke gi fortjeneste. Ulikhet på arbeidsmarkedet, og dermed ulik risiko for trygdeytelser, oppstår i følge humankapitalteorien ved ulik fordeling av evner og ferdigheter blant arbeidstakere. Becker påpeker at påvirkningen familien har på humankapitalen ikke kan utelates. Familien har klar påvirkning på kunnskap, ferdigheter, verdier og vaner (Becker 1993:21).

Attraksjonsmodellen baserer seg på valget mellom arbeid og trygd. I denne oppgaven hvor fokuset er rettet mot unge voksne, er det flere som ikke har arbeidserfaring og enda ikke har vært innom arbeidsmarkedet. Likevel kan denne teorien vektlegge forholdet mellom fremtidig arbeidsavkastning og fremtidig avkastning på trygd. Becker (1993) påpeker at unge som har droppet ut av skolen ikke kommer godt ut på arbeidsmarkedet.

3.2.4 Kritiske innvendinger

Attraksjonsmodellen kritiseres fra flere hold. Den økonomiske incentivtenkningen er preget av en politisk, ideologisk og normativ slagside. Fokuset rettes mot arbeidsmarkedets tilbudsside, og overser det faktum at mange ikke har noen reelle valgmuligheter (Hansen 1997:48). Foster (1993) påpeker at attraksjonsmodellen antar at individer ønsker å maksimere egennytte. Det blir ikke sett på hvordan individene faktisk foretar beslutninger, det antas derimot at individer drives av økonomiske incentiver, og at preferansene forblir stabile. Resultatet av en slik strategi fører til at sosiale problemer blant individer er frivillige valgte tilstander og blir et utslag av individuelle preferanser. Som igjen gjenspeiler det Hansen (1997) påpekte, at det blir oversett at individer ikke har noen reelle valgmuligheter. En slik modell innehar en mangelfull forståelse av menneskets sosialitet. Aktørene fremstår som løsrevet fra sosiale bånd og forpliktelser (Aakvaag 2008:125). Innvendingene mot den økonomiske modellen er dermed preget av dens mangelfulle hensyn av forholdene på arbeidsmarkedet, og individenes sosiale situasjon.

I denne oppgaven vil det ikke bli muligheter for å se hvordan tilbøyeligheten for trygdeytelser er preget av kompensasjonsnivå. Likevel vil arbeid-fritids-modellen bidra til å belyse perioder hvor det har vært endringer i kompensasjon og innstramminger ved de helserelaterte ytelsene. Humankapitalteorien vil bli belyst ved hvordan utdanningsnivået og sosial bakgrunn påvirker risiko for mottak av trygdeytelser.

3.3 Medisinsk sosiologi

Medisinsk sosiologisk teori gir en bredere forståelse i hvordan fordelingen av helse, sykdom og medisin kan ses i sammenheng med trygdemottak. Medisinsk sosiologi er ikke den mest anvendte teorien ved forskning på trygd. I denne oppgaven er sykdom og helsebetingede trygdeytelser sentralt, og det vil være aktuelt å ta i bruk en helserelatert vinkling. Utstøtingsmodellen og attraksjonsmodellen kan sies å argumentere for at helse spiller en indirekte rolle. Forskning viser derimot at helse ofte er sosialt betinget, og vil bidra til å se på helse som årsak til trygdeytelser.

Innenfor den engelske forskningen er det tre forskjellige begreper for sykdom. Disse er henholdsvis: *illness*, *disease* og *sickness*. Dette er begreper som blir tilført en spesiell betydning innenfor den sosiologiske teorien (Macintyre et al. 1997). *Illness* refererer til individenes sykdomsfølelse, *disease* blir brukt i sammenheng med legediagnostisert sykdom, mens *sickness* bli brukt om sykdommen som en sosial rolle. *Sickness* blir brukt der individet blir oppfattet som syk av omgivelsene, som familie, venner, kolleger og leger. Sykdommen er ofte av offisiell status, ved sykemelding eller AAP. Begrepene trenger ikke nødvendigvis å sammenfalle. En person kan ha en *disease*, uten å ha en *illness*. I likhet kan en person ha *illness*, uten at det foreligger en *disease*. Eksempelvis kan en person ha en klar diagnose, men likevel ikke ha en subjektiv sykdomsopplevelse.

Denne analytiske vinklingen på ulike sykdomsaspekter gir ingen empiriske forventninger til oppgaven. Likevel er det en antagelse at et individ opplever en sammenfatning av disse sykdomsbegrepene for å søke helserelaterte trygdeytelser. For å motta helserelaterte trygdeytelser må individet erkjenne sin sykdom. Det forutsettes at det foreligger en diagnose

som er blitt forskrevet av en lege, og denne må godkjennes. Med dette antas det at det er en svekket helsetilstand som fører til mottak av en helserelatert trygdeordning.

Innenfor medisinsk sosiologi er det fire forklaringer som er sentrale for å forklare helseforskjeller mellom ulike grupper (Elstad 2005; Macintyre et al. 1997; Twaddle 1974). De fire tilnærmingene er: den materialistiske forklaringen, helseatferds perspektivet, det psykososiale perspektivet og seleksjonsprosesser.

3.3.1 Den materialistiske forklaringen

Den materialistiske forklaringen ved helseulikhetene er basert på den historiske utviklingen og ulikheten i helse mellom grupper. I følge denne forklaringen må helseulikhetene ses i sammenheng med de materielle forholdene i samfunnet, slik som hygiene, boforhold, arbeidsforhold og tilgang på helsetjenester. Denne tilnærmingen ser på utviklingen av slike forhold over tid, og hvordan de materielle betingelsene er fordelt mellom ulike grupper. Utgangspunktet ved denne tilnærmingen var en tanke om at sosioøkonomiske ulikheter i helse ville forsvinne med bedret materiell stand i samfunnet. Den materialistiske forklaringen oppsto på 1800-tallet og siden den gang har levetilstandene bedret seg drastisk. Bedre materielle vilkår, har ført til en drastisk nedgang i spedbarnsdødeligheten, økning av levealderen og generelt bedre folkehelse. Til tross for bedre materielle vilkår, ble ikke de sosioøkonomiske helseulikhetene mindre. Noen studier hevder at helseulikhetene har vedvart siden den gang, mens andre studier viser til en større økning i helseulikheter de siste ti årene (Elstad 2005). Nyere sosialmedisinsk forskning innenfor den materialistiske forklaringen er inspirert av studien *"The black report"* (Borgan 1996; Zahl et al. 2003). Det var en antagelse om at innføringen av en velferdsstat i Storbritannia ville øke levekårene, og føre til bedret folkehelse og mindre ulikhet mellom sosiale grupper. *"The black report"* viste at folkehelsen var bedret siden innføringen av velferdsstaten, men det var fortsatt vedvarende helseulikheter mellom grupper. Ulikheten i helseforskjellene ble forklart med fordelingen av materielle ressurser.

Nazroo (1998) argumenterer for at helsesituasjonen til etniske grupper må forstås i lys av klasse. Han bygger videre på resultatene fra *"the black report"* (Brown 1984). I likhet med det materialistiske perspektivet finner han i egne empiriske analyser at helseforskjeller mellom

etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen skyldes statusforskjeller i relasjon til yrke, utdanning og inntektsforhold. Helseforskjellene mellom ulike etniske grupper må forklares med deres ulike tilknytning til arbeidsmarkedet, deres boforhold, og materielle rammebetingelser. Helseforskjellene bunner ikke i biologiske eller kulturelle kjennetegn, men som følge av gruppens ulike sosiale posisjoner i samfunnet.

3.3.2 Kritikk av den materialistiske forklaringen.

Brown (1984) mener en slik forklaringsmodell svikter på et par sentrale momenter. Som følge av en utvikling med bedre levekår i de fleste vestlige land, burde helsesituasjonen vært vesentlig forbedret for de aller fleste. Forskning viser derimot at helsesituasjonen ikke har en tilsvarende utvikling. Elstad (2005) sitt studie av lavinntektsfamilier i Norge fremhever at det ikke var noen materielle mangler i denne gruppen som kunne klassifiseres som en helserisiko. Dette er noe man burde forventet da den materialistiske tilnærmingen legger vekt på svekkede materielle forhold som årsak til helseulikhet. Forskning viser derimot at lavinntektsfamilier har større helserisiko, og at det eksisterer helseforskjeller mellom sosiale grupper som er materielt privilegerte. Helserisikoen øker med lavere utdanning og inntekt, noe som omtales som den sosiale gradienten i helseforhold (Skevik 2004). Mange sår tvil om at det er materiell standard som fører til gradient-forskjellen. Den materialistiske forklaringen blir likevel ikke helt avskrevet, da den forklarer ulike arbeidsforhold som en faktor til helseulikheter. Den sosioøkonomiske ulikheten i arbeidsmiljøbelastning er fortsatt vedvarende, og kan være en helsebelastning over tid (Elstad 2008:22).

3.3.3 Helseatferds perspektivet.

Med den vedvarende sosioøkonomiske ulikheten i helse, omtalt som gradient-utfordringen, oppsto det et paradigmeskift på 1970-tallet. De sosioøkonomiske ulikhetene i helse ble forklart med individenes helseatferd. Helsekadelig atferd og livsstils problematikk i form av røyking, mosjon, kosthold, søvnmangel med mer, skulle bidra til å forklare helseforskjellene mellom grupper som er materielt privilegerte. Dette omfatter et helseatferds perspektiv, og blir et brudd med den materielle forklaringen. Elstad og Krokstad (2003) mener at dette perspektivet er bedre i stand til å forklare helseulikhet mellom grupper som er materielt

privilegerte, enn hva den materialistiske forklaringen kan bidra med. Helseatferds perspektivet har fått kritikk for å legge skylden på individene og overse samfunnets rolle.

3.3.4 Det psykososiale perspektivet

Det psykososiale perspektivet ser på samhandlingen mellom stress og helse. Dette perspektivet ser på mennesket i sine sosiale omgivelser, hvor det hevdes at menneskelig interaksjon og sosial interaksjon kan ha helsemessige konsekvenser (Elstad 2005:24). Det fokuseres for det første på hva slags lidelser stress kan utløse, og i hvilken grad stress påvirker disse lidelsene. Det vises til at stress henger sammen med hvilken livssituasjon man befinner seg i. Også her er det en sosial gradient, hvor stressorer øker med lavere sosioøkonomisk stand (Elstad 2005:30). Videre forutsetter stress at individet selv må oppleve situasjonen som stressende. Stress er en individuell prosess, men Elstad mener at en slik prosess er heftet i sosial interaksjon og normer (Elstad 1998; Elstad 2008). På dette grunnlaget kan dermed helse forstås som et resultat av individers stand i sosiale strukturer, men likeså også som et resultat av individers evne til å innfri egne, andres og samfunnets forutsetninger.

3.3.5 Seleksjonsperspektivet

Det siste perspektivet er seleksjonsperspektivet. Mens de tre andre perspektivene fremstiller helse som en avhengig variabel, ser seleksjonsperspektivet på helse som en uavhengig variabel. Ved helse som avhengig variabel, fungerer materielle/kulturelle og psykososiale stressfaktorer som uavhengige variabler. Når helse blir en uavhengig variabel blir hypotesen at sosial posisjon ikke påvirker helsesituasjonen. Helsesituasjonen påvirker derimot hvilken posisjon individer havner i (Elstad 1998:603).

Elstad (1996) argumenterer for at perspektivene må utfyller hverandre og må bli behandlet som komplementære. Perspektivene bidrar til forståelsen av helse, og utviklingen av helse, og ulikhet i helse, og bidrar også til å forklare ulike typer helsesituasjoner. Den materielle forklaringsmodellen er et viktig bidrag i forklaringen av utviklingen av spedbarnsdødelighet, forventet levealder og infeksjonssykdommer. Helseatferds perspektivet kan forklare hvordan atferdsmønsteret er knyttet til helsesituasjoner, og utvikling av for eksempel lungekreft, og

hjerte- og karsykdommer (Elstad 2008:20). Det psykososiale perspektivet gir en forklaring på stressrelaterte lidelser (Elstad 2005).

3.4 Teoriens rolle

Teoriene har ulike og delvis motstridende forståelser i tilbøyelighet for å motta helserelevante trygdeytelser, til tross for dette er de empiriske forventningene til dels de samme. Risikoen for å motta helserelevante trygdeytelser er relatert til strukturelle forhold på arbeidsmarkedet og individuelle ressurser. Med tanke på oppgavens datagrunnlag er det begrensede muligheter for å imøtekomme teoriens rammebetingelser. Som nevnt under attraksjonsmodellen vil ikke denne kunne si noe om hvorvidt individer er rasjonelle aktører, og om tilbøyeligheten for ytelsene er preget av kompensasjon. Dermed er det ikke en ambisjon her å kritisk teste teoriens analytiske rekkevidde. Målet med den teoretiske redegjørelsen og diskusjonen har vært å rettlede analysene for å peke på mulige forklaringer ved de empiriske resultatene. Hvilken rolle teorien har i denne oppgaven kan forklares med bruk av Blaikie (2010) sitt begrep: "theoreticians' theory". Dette begrepet relaterer til teoriens rolle i dette studiet. Generelle teoretiske ideer grunngir konteksten og retningen for forskningen, i form av mulige forklaringer og hypoteser (Blaikie 2010:128). Fokuset i denne oppgaven blir derfor å se hvilken innsikt vi får ved å tolke de empiriske resultatene i lys av teori, teoretisk diskusjon og tidligere forskning.

3.5 Oppsummering og empiriske forventninger

I dette kapittelet er det blitt presentert tre teoretiske innfallsvinkler til helserelevante trygdeytelser; utstøtingsmodellen, attraksjonsmodellen og medisinsk sosiologi. Perspektivene er delvis motstridende. Utstøtingsmodellen forklarer trygdebruk basert på strukturelle forhold som fører til et ufrivillig resultat for individer, mens attraksjonsmodellen forklarer trygdebruk som et resultat av individuelle nyttemaksimerende valg. Forklaringsmekanismene som blir brukt i modellene er riktignok forskjellige, men teoriene kan sies å sammenfalle på flere punkter (Hansen 1997; Mykletun 2000). Begge modellene er basert på en form for økonomisk rasjonalitet, hvor det attraksjons perspektivet ser på individer som rasjonelle aktører, og utstøtingsmodellen vektlegger bedrifter (arbeidsmarkedet) som rasjonelle og nyttemaksimerende aktører. Et viktig skille kommer frem ved de sosialpolitiske

implikasjonene, hvor attraksjonsperspektivet vektlegger utformingen av velferdsordningene, retter utstøttingsmodellen seg mot arbeidsmarkedets evne til ivaretagelse og utnyttelse av arbeidskraften. Lav humankapital er et risikomoment for begge modellene. Attraksjonsperspektivet ser på dette som et individuelt og rasjonelt investering spørsmål, mens utstøttingsmodellen ser på dette som grobunn i arbeidsmarkedets struktur og virkemåte. Dette viser til at en begrensning til kun en av modellene vil gi for snevert syn på omfanget av risiko trygdetilbøyelighet. Kolberg og Hatland (1991), Mykletun (2000) og Hansen (1997) har alle gjort et forsøk på å teste den empiriske rekkevidden av de to modellene, i henhold til trygdeforløp. De konkluderer med at forståelsen av overgang til velferdsytelser blir for snevert fremstilt hvis man begrenser seg til et av perspektivene. I dette studiet skal ikke modellene kritisk testes, men det er med dette en begrunnelse at begge modellene er tatt med som teoretiske forklaringer.

Medisinsk sosiologi forklarer overgang til trygdeytelser som et resultat av dårlig helse. Inkluderingen av begrepene; illness, disease og sickness gir ingen empiriske forventninger, men er mer begrepsmessig fundert, og gir en overordnet forståelse av helse. Den materielle forklaringsmodellen forklarer helseulikhetene ut i fra individers materielle posisjon i samfunnet. Dette kan relateres til utstøttingsmodellens fokus på helsemessig utstøting. Her vektlegges fokus på den kapitalistiske utviklingen, og arbeidsmiljøet på jobben som en konsekvens for nedsatt helse (Kolberg og Hatland 1991). De teoretiske perspektivene i oppgaven bygger på ulike forklaringer, likeledes er de empiriske forventningene i stor grad de samme. Det antas at personer med lavere utdanning og sosial bakgrunn vil ha høyere risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Dette bunner i forventningene at utstøttingsmodellen, humankapitalteorien og den materielle forklaringsmodellen vektlegger lavere utdanning, og sosial bakgrunn som risikomomenter for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Det vil være en antagelse at kvinner har større tilbøyelighet enn menn til mottak av helserelaterte trygdeytelser. Dette baseres på ulike biologiske og sosiale forhold. Videre kan det antas at innvandrere har en annen risiko enn nordmenn. Innvandrere kan til tross for utdanningsnivå og sosial bakgrunn i større grad enn nordmenn oppleve statistisk diskriminering. Med dette kan betydningen av individuelle ressurser antas å utspille seg ulikt mellom innvandrere og nordmenn. Det vil ikke være mulig å spore direkte årsaker til hva som kan ha ført til en økning i antall mottakere av helserelaterte trygdeytelser, men disse teoriene kan bidra til mulige forklaringer.

4.0 Tidligere forskning

Risiko for helserelevante ytelser er et sammensatt fenomen, og det er flere aspekter som kan bidra til å forklare årsaken til personers tilbøyelighet for å motta slike ytelser. Av tidligere studier som ser på helserelevante trygdeytelser blant unge voksne, er det lite utbredt forskning. Det foreligger derimot endel forskning på sykefravær og noe nyere forskning på uføretrygd. For å motta helserelevante ytelser, må det foreligge et helseproblem som fører til at man ikke kan være i arbeid. Ved forskning på sosiale ulikheter i helse brukes det flere ulike helseindikatorer, blant annet forekomst av sykdom og selvopplevd helse. Det kan også brukes indirekte helseindikatorer, for eksempel knyttet til trygdeytelser. Forskning på sosial eksklusjon og marginalisering kan belyse hvilke individuelle forskjeller som fører til at personer faller utenfor arbeidsmarkedet.

4.1 Norske studier

Mottakere av rehabiliteringspenger.

Brage og Bragstad (2011) så på unge mottakere av rehabiliteringspenger og unge yrkeshemmede (personer med nedsatt arbeidsevne) fra 1996 til 2008. Antall mottakere økte med rundt 30 prosent for aldersgruppen 18-29 år i denne perioden. Flere i aldersgruppen var innom rehabiliteringspenger og hadde status som yrkeshemmet på et annet tidspunkt, og tendensen var preget av at stønadsmottakerne ble stadig yngre. Økningen i rehabilitering og attføring i ung alder var preget av den sterke økningen av psykiske lidelser, da særlig angst og depresjon. Fra 1996 til 2008 var det en økning av unge mottakere på rehabiliteringspenger med en psykisk lidelse. Få i denne gruppen kom tilbake i arbeid. De unge yrkeshemmede og mottakerne av rehabiliteringspenger, hadde betraktelig lavere utdanningsnivå enn aldersgruppen som helhet. I aldersgruppen 20-24 år hadde kun 24 prosent av stønadsmottakerne gjennomført videregående skole, mens det tilsvarende tallet for alle 20-24 åringer var 65 prosent. Brage og Bragstad fant at kombinasjonen av psykiske helseproblemer kombinert med lav utdanning og liten arbeidserfaring, var utbredt blant unge med rehabiliteringspenger og de yrkeshemmede. Avslutningsvis problematiserer de overføringen til arbeidsavklaringspenger, da denne ytelsen kombinerer alle de tidligere ytelsene. Dette gjør at mottakere med en kombinasjon av psykiske lidelser, lav utdanning og liten arbeidserfaring, er noe som representerer en stor utfordring for NAV.

Mottakere av helserelevante trygdeytelser.

Kann et al. (2016) har sett på utviklingen i antall nye mottakere av rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønning, og om innføringen av arbeidsavklaringspenger har påvirket utviklingen. De som ikke hadde mottatt sykepenger i forkant av ytelsene, var i stor grad preget av yngre mottakere. Kjentegnet var at de ikke hadde hatt arbeid og/eller lav yrkesinntekt før de fikk arbeidsavklaringspenger, og det var også en klar tendens at de oftere var preget av psykiske lidelser.

Sammenhengen mellom helse, utdanning og trygdeytelser.

De Ridder et al. (2012) så på sammenhengen mellom egen helse i voksen alder, videregående dropouts, langvarige helserelevante ytelser og sosialhjelp basert på den norske HUNT studien. Bakgrunnen for studiet var at skole og arbeid i ung voksen alder er viktig for fremtidig helse og sosioøkonomisk status. De fant at 17 prosent av utvalget var registrert som videregående dropouts i en alder av 24. Den predikerte fem års risikoen for å motta trygdeytelser fra alderen 24-28 var 21 prosent. De som hadde droppet ut av videregående skole, hadde 44 prosent predikert fem års risiko for å motta trygdeytelser, mens de som hadde fullført videregående hadde 16 prosent predikert risiko. 27 prosent av de som ikke fullførte videregående rapporterte dårlig helse, i sammenligning var det 16 prosent som rapporterte god helse. Den predikerte 5 års risikoen for å motta helserelevante ytelser i voksen alder for de som rapporterte dårlig helse var 33 prosent, til sammenligning med 20 prosent blant de som rapporterte god helse. Basert på deres funn konkluderte de med at det er en sterk sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse i voksen alder, videregående dropouts og redusert arbeidsintegrering.

Flere studier viser at videregående dropouts har større risiko for sosial eksklusjon og marginalisering fra arbeidslivet. Dette er spesielt gjeldende for unge som kommer fra familier hvor foreldrene har lav inntekt og utdanning. Raaum et al. (2009) har sett på sosial eksklusjon og marginalisering blant unge fra 16-25 år på 90-tallet. De fant et stort flertall blant personer hvor foreldrene hadde lavere inntekt og utdanning, som opplevde sosial eksklusjon og marginalisering, enn sammenligningsgruppen hvor foreldrene hadde høyere inntekt og utdanning. Sosial bakgrunn har ofte en avgjørende rolle for unges tilpasning til voksenlivet (Haveman og Wolfe 1995; Hertz et al. 2007; Solon 1999).

Utfordringer knyttet til arbeidsmarkedstilknytning.

Strand og Nielsen (2015) har sett på utfordringer knyttet til arbeidsmarkedstilknytning, og de viser til at utfordringene ofte er forbundet med utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring, og vil være varierende med alder. De så på kjønnsforskjeller, utdanningsforskjeller og forskjell etter etnisitet. I deres studie kom det frem at det er en større andel kvinner som mottar arbeidsavklaringspenger². Kjønnsforskjellen var ikke så tydelig for aldersgruppen 18-29, men kvinner har større mottak enn menn. Det var også en høyere andel kvinner enn menn som forble under ytelsen i fem år eller mer, mens menn var i overtall i det kortere løp. Kjønnsforskjellen forklares ved at det er en høyere andel kvinner som kommer inn som nye mottakere og blir over en lengre periode på fem år eller mer. De fant en overvekt av personer med lav utdanning blant nye mottakere av arbeidsavklaringspenger, og dette gjaldt spesielt blant de yngre mottakerne. For den yngre gruppen var det 70 prosent av mottakerne som enten kun hadde fullført grunnskoleutdanning eller som ikke hadde registrert utdanningsbakgrunn i 2011. De unge mottakerne av arbeidsavklaringspenger hadde lavere utdanning enn de eldste aldersgruppene. Lav utdanning utgjør et hinder for inngang til arbeidslivet, men for de eldre er det mulig å kompensere med lang arbeidserfaring. Dette har ikke de yngre mottakerne, da flere ofte har lite eller ingen arbeidsmarkedstilknytning å vise til. Videre i tidsrommet fra 2005-2012 fant de en økning i andel med lav utdanning i hele ungdomspopulasjonen. Utdanningsnivå utgjør et tydelig større hinder for yngre mottakerne. Økningen i mottak av AAP blant unge ikke alene knyttes til innføringen av en ny trygd, men derimot gjenspeile en generell ungdomstrend. Likevel er det klart at unge med grunnskoleutdanning er overrepresentert blant unge mottakere av AAP. Når det kommer til mottak av AAP i forhold til etnisitet, er norske mottakere overrepresentert blant de unge. Det er derimot overrepresentasjon av personer med annen landbakgrunn blant de eldste mottakerne av AAP.

De viser til to mulige forklaringer på hvorfor personer med lav utdanning har større sannsynlighet for å bli mottakere av AAP. Disse personene har dårligere helse, og dermed større sannsynlighet for helserelaterte ytelser. Eller at disse personene har dårligere muligheter på arbeidsmarkedet, og blir presset i retning mot helserelaterte ytelser. Dette er ikke noe de kan ta høyde for i sine analyser, men påpeker at fremtidig forskning burde kartlegge dette.

² Arbeidsavklaringspenger vil heretter bli omtalt som AAP.

Sosial ulikhet i arbeidsmarkedstilknytning.

Bratsberg et al. (2011) studerte deltagelse og sysselsetting i USA, Canada og Norge. Basert på individdata fra de tre landene, så de på om sammenhengen mellom kompetanse målt i utdanningslengde og yrkesdeltagelse, hadde blitt endret over tid. Deres data hadde to observasjonspunkter, 1990 og 2003. Spørsmålet de ville ha svar på var om utdanning og ferdigheter påvirket sannsynligheten for å være sysselsatt i mer nå enn før? I deres analyser fant de ingen indikasjoner på at utdanningslengde har fått økt betydning. De fant heller ikke noen indikasjoner på at arbeidslivet stiller større krav, da i form av at personer med lav utdanning og svake kvalifikasjoner hadde større sannsynlighet for å falle utenfor arbeidslivet i 2003 enn i 1990. De presenterer en mulig forklaring kan være at arbeidstakere tilpasser seg endret etterspørsel, da i form av yrkesmessig mobilisering eller re-kvalifisering. Likevel må en generalisering av denne studiens arbeidsutvikling tas med varsomhet. Arbeidsmarkedets utvikling er bygget på data med kun to observasjonspunkt for hvert land. Likevel hevder Bratsberg et al. at resultatene kan stille spørsmål ved viktigheten av teknologisk endring for utvikling av jobbmuligheter på tvers av utdanningsoppnåelse. De mener at endringene i arbeidsmarkedet ikke er så entydige slik de fremstår i litteraturen

Sosiale helseulikheter.

I Norge er det mye forskning på sosiale helseulikheter. Sund og Krokstad (2005) presenterer en kunnskapsoversikt med forskning på sosial ulikhet i Norge i løpet av de siste 20 årene. Norske studier viser sosiale helseulikheter for både dødelighet, sykkelighet og subjektive helse mål. Basert på disse ulikhetene blir det formet en gradient i befolkningen, i den form at helseforskjellene er systematiske og ordnet hierarkisk (Sund og Krokstad 2005:8). At det blir formet en gradient vil si at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse er jevn. I en slik forstand har risikoen for dårlig helse og tidlig død en jevn økning med synkende sosioøkonomisk status og motsatt hvor bedre helse øker med høyere sosioøkonomisk status. Med dette hevder de at sosiale helseforskjeller ikke kun er avgrenset til vanskeligstilte grupper i samfunnet. Rapporten viser til at de sosiale helseulikhetene i Norge i løpet av den 20 års perioden har vært relativt stabile³.

³ Med unntak av dødelighet, der har ulikhetene blitt større.

Sykefravær.

Forskning viser til at kvinner har høyest sykefravær (Bjørnstad og Solli 2006; Dyrstad og Lysø:1998) Det kan argumenteres for at ulikheten i sykkeligheten mellom menn og kvinner er biologiske. Kvinner og menn har tilbøyelighet til ulike sykdommer. Kvinner har høyest forekomst av sykefravær, dette gjelder for alle aldersgrupper, spesielt i de aldersgruppene hvor kvinner får barn. Hva som er årsaken til en slik kjønnsforskjell er trolig svært sammensatt. Men studier viser at opptil 50 prosent av den totale kjønnsforskjellen er basert på fødselsrelatert sykefravær. Hauge og Opdalshei (2000) ekskluderte diagnoser knyttet til svangerskap og reproduksjon. Funnene deres viste at 37,3 prosent av den totale kjønnsforskjellen i alderen 20-34 år utgjorde diagnoser knyttet til svangerskap.

Blekesaune (2012) har sett på konjunktursvingninger og hvordan dette påvirker sykefraværet. Tidligere forskning har sett på disiplineringshypotesen som den viktigste forklaringen (Dyrstad og Lysø 1998). Denne hypotesen forklarer sykefraværet med at høy ledighet virker som en disiplinerende faktor på arbeidstakere, uten at helsetilstanden blir påvirket. Hypotesen forklarer at økende ledighet innebærer en nedgang i illegitime sykefraværsdager og unødvendige lange sykefravær (Nossen 2010). Stresshypotesen baserer seg på at konjunkturoppgang fører til økt belastning, stressfaktorer og påvirker dermed helsetilstand og sykefraværet. Blekesaunes resultater gir medhold til stresshypotesen, hvor han finner at stressorer har en sterkere effekt enn disiplineringshypotesen.

Bjørnstad og Solli (2006) forklarer det økende sykefraværet med et mer inkluderende arbeidsliv. Sykefraværet har også vært preget av konjunkturrelle bevegelser, hvor det var en sterk økning etter konjunkturoppgangen på midten av 1990-tallet. Bjørnstad (2006) viser med modellberegninger at veksten i sykefraværet frem til 2003 kan forklares av konjunkturoppgangen. I tillegg poengterer han at IA-avtalen om å redusere sykefraværet blir vanskelig å nå. Basert på en beregning av alder og kjønnsvidning blant sysselsatte fra 2000-2005 har det i seg selv bidratt til å øke antall sykefraværsdager per sysselsatt med 3,2 prosent. Sykepengene viser seg å være en stor utgiftspost for staten. Å kutte i sykkelønsordningen og andre velferdsprogrammer kan redusere yrkesaktivitet blant kvinner, eldre og funksjonshemmede. Dette kan virke mot sin hensikt og skape økte samfunnskostnader på andre områder. Sykkelønsordningen og andre helse relaterte ytelser er velferdsprogrammer som bidrar til et mer inkluderende arbeidsliv.

Etniske minoriteter som en risikogruppe.

Etniske minoriteter blir definert som en risikogruppe for sosial eksklusjon og marginalisering. Dette er som følge av en sammensetning av faktorer som dårligere skolegang, tidligere skoleavgang og høy arbeidsløshet (Raaum et al. 2009). Det er spesielt ikke vestlige innvandrere som er preget av dårligere skolegang, og dropper oftere ut av skolen enn etnisk norske. Det påpekes at det er en forskjell mellom førstegenerasjons - og andregenerasjonsinnvandrere. Det forventes at andre generasjonsinnvandrere har like muligheter til å gjennomføre skolen som etnisk norske. Raaum et al. (2009) finner at andregenerasjonsinnvandrere ikke er så utsatt for sosial eksklusjon, i motsetning til de som er førstegenerasjonsinnvandrere. Mye av forklaringen til at innvandrere er mer utsatt for sosial eksklusjon enn etniske norske, mener de forklares av skoleavgang. I løpet av det siste året på videregående hadde 12 prosent av norske droppet ut, i sammenligning med 22 prosent av førstegenerasjonsinnvandrere og 18 prosent av andregenerasjonsinnvandrere. Med dette mener de at mye av forskjellen mellom etnisk norske og innvandrere, og innad i innvandrerguppen kan bli forklart i ulik skole - og arbeidsmarkedstilknytning. Dette er et mer optimistisk funn enn tidligere forskning på innvandreres tilknytning til arbeidsmarkedet. Blant annet Heath og Cheung (2007) konkluderte i sin studie at ikke europeiske innvandrere opplever etnisk straff i arbeidslivet, og dette fant de både for første – og andregangsinnvandrere. Studiet var basert på et stort antall europeiske land, hvor de fant at ulike etniske minoriteter opplevde etnisk straff innenfor ulike land.

4.2 Andre studier

Sosial ulikhet i utdanning.

Smith (2004) baserte sin forskning på amerikanske data fra, og ønsket å finne kausale sammenhenger. Han fant at helse påvirker inntekt, mye i samsvar med at helse på sin side i stor grad påvirker muligheten til å arbeide. Smith påpeker at forskning på dette feltet undervurderer denne linken mellom helse og arbeid/inntekt. Inntekten i husholdningen og formuen ser ikke ut til å ha en påvirkning på individuell helse. Det er derimot den økonomiske situasjonen man opplever som barn som påvirker den fremtidige helsen. Utdanning ser også ut til å ha en påvirkning på helse, og Smith vektlegger at dette kan skyldes flere årsaker. Blant

annet er utdanning en markør for personlige egenskaper, og dette kan lede personer til å ta mer utdanning og få bedre helse. Utdanning kan også påvirke mennesker til å ta modne avgjørelser og være flinkere problemløsere, samt en langsiktig tankegang. Dette er alle egenskaper som Smith mener kan påvirke den fremtidige helsen. Dette understrekes også av Folland et al. (2007), hvor de etter en gjennomgang av ulike studier finner kausalitet fra utdanning til helse.

Sosial ulikhet i helse.

Poulton et al. (2002) forsket på sosial ulikhet i helse basert på sosioøkonomisk bakgrunn og sosioøkonomisk status som voksen. Deres hypotese var at barns opplevelse av dårlig sosioøkonomisk bakgrunn er assosiert med flere helserisikoer i voksen alder. De utførte en kohortstudie av 1000 barn født i New Zealand i løpet av 1972-1973. Barna ble vurdert åtte ganger fra fødsel til de var 15 år. Når de var 26 år ble deres helse vurdert med fokus på flere ulike helseindikatorer. Funnene deres viser at lav sosioøkonomisk bakgrunn har en langvarig negativ påvirkning på helse som voksen. Dette er også uavhengig av hvordan helsen er som nyfødt, eller hvilken sosioøkonomisk status man har som voksen. Lav sosial klasse har en negativ påvirkning på helse og sosial mobilitet klarer ikke å reversere de negative virkningene av lav sosioøkonomisk status som barn, og deres helse som voksen.

Tubeuf et al. (2012) gjør et lignende funn. De undersøker briter født i 1958, og følger dem opp igjen når de er 23, 33, 42 og 46 år. De finner at opp mot 20 prosent av helseulikheten blant voksne kan forklares av forhold i barndommen, basert på helse og familiebakgrunn.

Power et al. (1996) undersøkte årsakene til sosial ulikhet i helse i sammenheng med helserelatert sosial mobilitet og sosioøkonomisk status i Storbritannia. Basert på et longitudinelt design, fulgte de opp personer født i 1958 i årene de var 16, 23, og 33. Resultatene viste at sosial mobilitet varierte etter helse. De som rapporterte dårlig helse når de var 23 hadde høyere odds for nedgående mobilitet enn å forbli i samme klasse. Menn med dårligere helse hadde også mindre sannsynlighet for økende mobilitet. Utbredelsen av dårlig helse ved 33 år var dårligere jo lavere klasse individene tilhørte, hvor kvinner hadde et litt større utslag enn menn.

Andre studier finner også en sammenheng mellom følelse av håpløshet og andre psykososiale problemer som voksen og sosioøkonomisk status som barn. (Harper et al. 2002).

Sosial ulikhet mellom kjønn.

Hauck og Rice (2004) finner en sammenheng mellom høyere utdanning og god mental helse. For kvinner er denne sammenhengen klar, mens for menn går det i samme retning, men er ikke statistisk signifikant. De finner også at det gjennomgående er de med lavere sosial bakgrunn som har dårligere helse.

4.3 Oppsummering

Ved den tidligere forskningen blir antagelser fra teorikapittelet understreket. Det antas at de som ikke har fullført videregående og de med lav sosial bakgrunn har en større risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Kjønnforskjellen antas å være tilstedeværende, til tross for Strand og Nilsen sine funn som viste til at kjønnforskjellen ikke var like sterk for de yngste. Videre er det usikkert hvordan etnisk bakgrunn påvirker risikoen, da den antas å ikke være like sterk for de yngste aldersgruppene. Som følge av at variabelen i studiet som omhandler etnisk bakgrunn er en meget heterogen gruppe, kan det antas at dette vil påvirke resultatet.

5.0 Data

I dette kapittelet vil datamaterialet, utvalget og variablene som ligger til grunn for studiet bli presentert. Først vil det bli gitt en presentasjon og diskusjon av datamaterialet og utvalget som er blitt brukt. Deretter vil operasjonalisering av den avhengige variabelen bli presentert, samt en beskrivelse av de uavhengige variablene som inngår i analysen.

5.1 Datamateriale

Det empirisk grunnlaget for kommende analyser er basert på datasettet Forløpsdatabasen trygd (FD-trygd). Databasen inneholder opplysninger fra registre i Statistisk sentralbyrå, Nav, tidligere Rikstrygdeverket, Aetat og Skattedirektoratet. Registeret dekker informasjon på

individnivå om hele den norske befolkning i aldersgruppen 18-66 år. Databasen dekker informasjon om demografiske forhold, etnisitet, utdanning, sysselsetting, inntekts- og formuedata og trygdehistorie. FD- trygd har siden 1992 hatt jevnlig oppdateringer, og er under kontinuerlig oppdatering av Statistisk sentralbyrå. Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) kan tilby forskere og studenter registerdata fra et 20-prosentsutvalg. Hvert enkelt register gir begrenset med informasjon, men muligheten til å koble registrene sammen gir klare fordeler ved forskning. Disse registreringene gir muligheter for å analysere enkeltindividens livsløp og bevegelser mellom de ulike trygdeordningene (Hansen og Hetland 2013).

5.1.1 Fordeler og ulemper ved datamaterialet

FD- trygd inneholder longitudinell informasjon på individnivå tilbake til 1992. Dette gir mulighet for å se individers bevegelser mellom ulike tilstander og stønader over tid. FD-trygd henter informasjon fra offentlige registre som SSB, Nav⁴ og Skattedirektoratet. Dette er sikre offentlige kilder som gir datasettet en høy kvalitet, som er reliabel og representativ. Dette gjør at man unngår ulempene som omfatter utvalg av enheter, manglende respons og frafall. Man unngår erindringsproblematikk, som ofte fremkommer som et problem med longitudinelle data basert på surveyundersøkelser. NSD tilrettelegger dataene slik at de betraktes som anonyme. Det foretas vurderinger med tanke på utvalgsstørrelse, antall variabler og detaljeringsgrad for å forsikre anonymisering. Blant annet blir enkelte variabler verdiaggregert, og som følge av disse tiltakene slipper man den omfattende søknadsprosessen man ellers måtte ha gått gjennom.

Det er også kjent at registerdata har visse ulemper og begrensninger. Det kan forekomme høye manglende ”missing” andeler ved kobling av registre. Dette er spesielt relevant for innvandrerguppen i denne studien. Her er det store andeler manglende verdier som kan tenkes å påvirke resultatet, da tendensene som fremkommer ikke er like tydelige som antatt. Videre er informasjonen i registerdata avgrenset til offentlige registre. Dette anses som en svakhet ved registerdata, og relevant informasjon kan dermed utebli.

⁴ Tidligere Riksrevisjonen og Aetat

Det hadde vært aktuelt å hatt med informasjon om den økonomiske kompensasjonsgraden ved mottak av helserelaterte trygdeytelser for å belyse attraksjonsmodellen, slik det er gjort i tidligere studier (se blant annet Grasdal 2016). Utstøtingsmodellen vektlegger hvordan risikofaktorer er for spesifikke yrkesgrupper, og ser blant annet på arbeidsmarkedets svakere integrering av lavere stilte grupper. Informasjon om yrkestilknytning, nedbemanning og arbeidsledighet innenfor yrkesgruppen hadde vært hensiktsmessig å inkludert i analysen. (Fevang og Røed 2006; Hansen 1997; Nordberg og Røed 2002). Slik informasjon om yrke, kompensasjonsgrad, arbeidsledighet i kommunen, nedbemanning med mer, mangler i dette materialet.

Ulempen med variablene sosial bakgrunn og egen utdanning, er deres betydelige andel manglende verdier ”missing” blant innvandergruppen. I denne gruppen er det 57,99 prosent av individene som har manglende utdanningsverdier, og hele 78,42 prosent som har manglende verdier på sosial bakgrunn. Det er usikkert om de manglende verdiene er at de ikke har utdanning, eller om utdanningen fra hjemlandet ikke er blitt godkjent av norske myndigheter. På bakgrunn av denne usikkerheten har verdiene blitt ekskludert fra oppgavens analyser, noe som fører til en reduksjon i utvalgsstørrelsen. Dette kan føre til at tendensene som fremkommer ikke er like tydelige ved mindre andel manglende verdier. Alternativet kunne vært å inkludere de manglende verdiene i analysen. Dette kunne imidlertid ført til at gruppen ville vært meget heterogen, som igjen kan påvirke analyseresultatene.

Variabelen som omhandler sosial bakgrunn, er presentert ved foreldrenes utdanningsnivå. Det kan argumenteres for at inntekt og yrke er gode indikatorer, som burde kobles sammen med foreldrenes utdanningsnivå. Ved å få tilgang til slike opplysninger ville sosial bakgrunn i større grad blitt belyst. Likevel vil det senere i kapittelet argumenteres for at foreldrenes utdanningsnivå er en god indikator. Som et tillegg hadde foreldrenes mottak av helserelaterte trygdeytelser vært en viktig variabel. Det er forskning som peker på at mottak av trygdeytelser og sosialhjelp går i arv (Lorentzen 2006). Det var ikke mulig å få tilgang på slike opplysninger, så dette er dermed en svakhet ved analysen.

Videre var det opprinnelig et ønske om å inkludere sivilstand i analysen. Denne variabelen inneholdt opplysninger om individer var ugift, gift/skilt eller enkemann/dame. Denne variabelen ble derimot ikke signifikant. Personer som er samboere er ikke inkludert i variabelen fra FD-Trygd. Dette er en svakhet, da samboerskap er den samlivsformen som er

mest utbredt blant unge voksne i Norge (SSB 2015). Ekteskap sies å verne personer mot utstøtingsprosesser, og det kan dermed antas at samboerskap vil fylle den samme rollen.

5.1.2 Utvalg

Til denne studien ble et 10 prosents tilfeldig utvalg av FD-trygd 20 prosent utvalg tilgjengelig for analyse. Datamaterialet inneholder personer som er 25 år i perioden 1994-2013. Datasettet består av totalt 31659 enkeltindivider som er fordelt på hvert år, og i gjennomsnitt utgjør dette 1666 enkeltpersoner pr år. Førløpsvariablene som endres fortløpende er oppgitt for 1.1 hvert år. Trygdevariablene; sykepenger, attføring, rehabiliteringsdager, tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger var summert til antall dager med mottak pr år. Disse variablene har blitt kodet om til binære variabler.

5.4 Variabler

Her vil det gis en gjennomgang av variablene som brukes i oppgaven. Først vil operasjonaliseringen av den avhengige variabelen bli presentert, deretter vil det gis en innføring i de uavhengige variablene.

5.4.1 Avhengig variabel

Helserelaterte trygdeytelser

Den avhengige variabelen er en binær variabel som måler om man har mottatt helserelaterte trygdeytelser eller ikke i løpet av et år. Her operasjonaliseres helserelaterte trygdeytelser ut fra om personen har mottatt en eller flere av de følgende ytelsene: sykedager, attføring, rehabilitering, tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger. Den avhengige variabelen er koblet slik at verdien 0 viser til å ikke ha mottatt helserelaterte trygdeordninger, mens verdien 1 viser til å ha mottatt en eller flere helserelaterte trygdeytelser.

5.4.2 Uavhengige variabler

Kjønn:

Kan man spore endringer i kjønnsforskjeller i risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne i perioden 1994-2013? Er det slik at kvinner med høyere sosial bakgrunn har mindre risiko for helserelatert trygdemottak, enn menn med høyere sosial bakgrunn? Har menn som droppet ut av videregående blitt mer risikoutsatt enn kvinner med tilsvarende utdanning? Tidligere forskning tilsier at kvinner har et mer omfattende helserelatert fravær enn menn (Bø og Håland 2002; Strand og Nielsen 2015). Har kjønnsforskjellen endret seg i løpet av 19 års perioden? For å undersøke betydningen av kjønn har det blitt konstruert en dummyvariabel, og kjørt separate analyser for kvinner og menn.

Etnisk bakgrunn:

Innvandrere anses for å ha høyere risiko enn nordmenn for å bli marginalisert i arbeidsmarkedet (Heath og Cheung 2007). Hvordan har innvandreres risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser endret seg over tid? Opprinnelig var det ønskelig å inkludere variabelen som omhandlet statsborgerskap, da denne var aggregert til fødeland som rommet verdier for verdensregioner. Denne variabelen var imidlertid preget av en stor andel manglende verdier. Det har dermed blitt tatt utgangspunkt i variabelen som omfatter om man er etnisk norsk, eller om en eller begge av foreldrene er innvandrere og om man selv er innvandrer. Ulempen med denne variabelen er at den ikke inkluderer hvor man opprinnelig er fra, og analysen kan dermed ikke konkludere hvilke verdensregioner som er mest risikoutsatt. Videre er innvandrervariabelen en meget heterogen gruppe. Etnisitet kan forstås som grupper av individer som deler et sett felles karakteristikk som skiller dem fra andre grupper i samfunnet (Scott og Marshall 2009:226). Etnisitet er dermed et flerdimensjonalt begrep. I forhold til risikoutsatthet på arbeidsmarkedet kan ytre kjennetegn ha en påvirkning. Så ut fra dette gir variabelen grunnlag til å utlede om det er ulikhet mellom de med innvandringsbakgrunn og etnisk norske, og om det har vært en endring fra 1994-2013.

Sosial bakgrunn:

Sosial ulikhet er mye omtalt innenfor samfunnsvitenskapelig forskning. Sjanselighet er et sentralt begrep i sammenheng med sosial bakgrunn. Hernes forklarer sjanselighet som: ”at ethvert medlem av en sosial gruppe skal ha den samme sannsynlighet for å nå ulike statusposisjoner som et medlem i enhver annen gruppe” (Hernes 1973). I denne oppgaven blir sosial bakgrunn en viktig variabel for å undersøke hvordan det påvirker risikoen for helserelaterte trygdeytelser. Har betydningen av sosial bakgrunn endret seg over tid?

Sosial bakgrunn blir i denne oppgaven operasjonalisert ved foreldrenes utdanningsnivå da personen var 16 år. Foreldrenes utdanningsnivå er kategorisert med fire verdier. Utgangspunktet blir basert på den av foreldrene som har høyest utdanning. Variabelen er presentert i tabell 5.1

Tabell 5.1 – Sosial bakgrunn (Foreldrenes utdanningsnivå)

Foreldre sitt utdanningsnivå	Frekvens	Prosent
1. Mor, far eller begge har enten ingen utdanning eller utdanning på grunnskolenivå	2,081	6,57
2. Mor, far eller begge har utdanning på videregående skolenivå	5,498	17,37
3. Mor, far eller begge har kort universitets- eller høy- skoleutdanning	11,879	37,52
4. Mor, far eller begge har lang- eller høy skoleutdanning	3,336	10,54
. Missing	8,865	28,01
Total	31,659	100

I kapittelet hvor den deskriptive statistikken blir presentert, vil utviklingen på helserelaterte trygdeytelser etter foreldrenes bakgrunn introduseres. De multivariate analysene for utviklingen av sosiale typer i tidsperioden 1994 til 2013. Analysene sammenligner personer hvor mor, far eller begge har kort eller lang universitets eller høyskoleutdanning, og personer hvor mor, far eller begge har fullført grunnskolen eller videregående skole. Dette vil bli videre omtalt som høyere og lavere sosial bakgrunn. Grunnlaget for en slik kobling av sosial

bakgrunn er andelen manglende verdier. Ved å fokusere på et mer spesifikt skille mellom eksempelvis de som har foreldre med grunnskole og de med lang høyere utdanning, ville da vært preget av svært få enheter.

Sosial bakgrunn forstås som overføring av materielle ressurser og kulturelle ressurser i form av kunnskap, verdier og ambisjoner. (Moisio et al. 2014:73) Overføring av materiell levestandard er ulik for de med høyere og lavere sosial bakgrunn. Som helsegradienten fremkommer har de med lav sosial bakgrunn dårlig helse, og denne bedres jevnt med stigende sosial bakgrunn. Eksempelvis er det slik at lavere sosioøkonomisk bakgrunn kan føre til etablering av usunne helsevaner, som deretter kan resultere i mottak av helsetjenester, og psykososialt stress blant unge (Elstad 2005:38). Har betydningen av sosial bakgrunn endret seg fra 1994 til 2013?

Utdanning:

Å ta høyere utdanning er en investering i human kapital (Becker 1993). Utdanningsvariabelen har blitt kodet om til en dropout gruppe (de som ikke har fullført videregående), og en videre utdannings gruppe (de som har fullført videregående og/eller tatt bachelor eller master). Dropout gruppen er de med ingen skolegang og/eller opp til 12 års skolegang. Grunnlaget for å koble disse årene sammen, var for å generere en dropout variabel, da mindre enn 12 års skolegang vil si at individer ikke har fullført videregående skole. Variabelen som omhandler videre utdanning er basert på fullført 13 års skolegang og/ eller opp til 19 års skolegang. I tabell 5.2 ser man den opprinnelige variabelens oppbygging.

Tabell 5.2 - prosent og frekvens fordeling etter klasstrinn for høyeste fullførte utdanning.

Klasstrinn for høyeste utdanning	Frekvens	Prosent
0	1,045	3,3
6	78	0,25
8	94	0,3
10	5,065	16
11	124	0,39
12	1,116	3,53

13	9,708	30,66
14	3,235	10,22
15	1,298	4,1
16	2,621	8,28
17	916	2,89
18	413	1,3
19	27	0,09
. Missing	5,919	18,7
Total	31,659	100

Studier av videregående opplæring benytter ulike definisjoner på fullføring og frafall. Her vil de som har mindre enn 13 års skolegang, bli definert som frafallsgruppen. De som har fullført 13 års skolegang og har fått studie- eller yrkeskompetanse er definisjonen på fullføring. Muligheten for høyere utdanning krever fullført studieprogram, eller påbygning til generell studiekompetanse basert på en 2-årig yrkesfaglig opplæring. Ungdom som ikke fullfører videregående vil ha en dårligere forutsetning for videre utdanning og arbeidslivskarriere, enn dem som fullfører studieløpet. Som Becker (1993) påpeker, er investering i human kapital viktig for framtidsutsikter på arbeidsmarkedet. Mindre frafall i den videregående skolen vil ha et potensiale til bedring i arbeidsmarkedstilknytningen og økt velferd for mange (Falch og Nyhus 2011:30). Spørsmålet er dermed om betydningen av human kapital, i form av utdanning har endret seg over tid?

6.0 Statistisk metode

Dette studiet tar for seg den kvantitative metoden, og forskningsspørsmålene vil besvares ved bruk av registerdata. Først vil valget av kvantitativ metode begrunnes, og analysemetoden vil bli presentert. Deretter gis det gis en argumentasjon for valget av den lineære sannsynlighetsmodellen, og en innføring i hvordan den lineære sannsynlighetsmodellen vil bli benyttet i denne oppgaven.

6.1 Valg av kvantitativ metode

Det vil tas utgangspunkt i unge voksne på 25 år sin risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser over et tidsrom på 19 år (1994-2013). Ved bruk av en slik tidsdimensjon får man kunnskap om hvordan risikoen har utviklet seg. Det er også en populær tilnærming innenfor trygde-forskning (se blant annet: Brage og Thune 2008; Strand og Nielsen 2015). For å besvare forskningsspørsmålet undersøkes sannsynligheten for å motta helserelaterte trygdeytelser for to sett sosial typer, ved bruk av tverrsnittanalyser i perioden 1994-2013. De første sosiale typene som vektlegges er norske kvinner og menn på 25 år med høyere og lavere sosial bakgrunn, og innvandrerkvinner- og menn på 25 år med høyere og lavere sosial bakgrunn. Deretter vektlegges norske kvinner og menn på 25 år som har droppet ut av videregående, og som har tatt videre utdanning, samt innvandrerkvinner- og menn på 25 år som har droppet ut av videregående, og som har videre utdanning. Formålet med studiet er å undersøke hvordan helserelatert trygdemottak har endret seg blant unge voksne, og tar for seg kategorier av mennesker hvert enkelt år, fremfor samme enkeltpersoner over tid. I dette studiet er det helserelatert trygdemottak som er den avhengige variabelen. Kjønn, etnisk bakgrunn, alder, sosial bakgrunn og egen utdanning utgjør de uavhengige variablene.

6.2 Analysemetode

I denne studien benyttes tverrsnittanalyse, og den analytiske tilnærmingen baseres på multivariate tverrsnittanalyser for hvert år i perioden 1993-2013. Ved bruk av tverrsnittanalyser dannes det grunnlag for beregning av predikerte sannsynligheter for sosiale typers risiko. Her vil de predikerte sannsynlighetene vise til risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Det er disse beregningene som vil utgjøre hovedgrunnlaget for sammenligningen av sosiale typers risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser over tid. Ved bruk av tverrsnittanalyse får man ikke mulighet til å kunne si noe om årsak-virkningsforhold, altså kausale faktorer, som er en klar ulempe. Bakenforliggende faktorer, som kan skape en spuriøs korrelasjon, er det heller ikke mulig å avdekke. Tverrsnittsdata består vanligvis i at man observerer et antall observasjonsheter på et og kun et tidspunkt (Skog 2013:74). I dette studiet vil det derimot bli tatt i bruk tverrsnittanalyse for hvert år i tidsperioden 1994-2013, for å avdekke utviklingen av helserelaterte trygdeordninger blant unge voksne.

6.3 Argumenter for bruk av lineær sannsynlighetsmodell

I denne oppgaven vil de empiriske analysene basere seg på den lineære sannsynlighetsmodellen, men sannsynligheten for å motta helserelaterte trygdeytelser som avhengig variabel. Ved forskning på dikotome utfall er logistisk regresjon den mest anvendte tilnærmingen i samfunnsvitenskapen (Skog 2013:352). Denne metoden har imidlertid opplevd kritikk fra flere hold (Hellevik 2009; Mood 2010). Mood (2010) stiller seg kritisk til at sosiologer nærmest ved en selvfølge anvender logistisk regresjon ved studier av binære utfall. Selv om metoden ofte blir anvendt, er metoden svært kompleks. Hennes hovedargument baserer seg på at estimater i logistisk regresjon blir påvirket av utelatte variabler, i motsetning til estimater i lineær regresjon. Dette fører til et problem med variasjon i avhengig variabel som er forårsaket av utelatte variabler, kalt uobservert heterogenitet. Mood retter seg kritisk mot tre punkter ved logistisk regresjon. For det første anser hun fortolkningen av log-odds rater eller oddsrater som substansielle effekter som problematisk, da effektmålene på samme tid er en refleksjon av uobservert heterogenitet. For det andre, grunnet den uobserverte heterogenitetens variasjon på tvers av modeller, er det problematisk å sammenligne log-odds eller oddsrater på tvers av modeller med ulike uavhengige variabler. For det tredje, på grunn av den uobserverte heterogeniteten kan variere over utvalgene man sammenligner, gruppene som sammenlignes, eller over tid, er det problematisk å sammenligne log-odds rater eller oddsrater på tvers av utvalg, innad i grupper eller over tid, selv om modellene innehar de samme uavhengige variablene (Mood 2010:67-68).

Som følge av Moods kritiske innvendinger, anses logistisk regresjon for å være preget av utfordringer ved studier som baserer seg på sammenligning av ulike sosiale grupper over tid. I dette studiet anvendes dermed den lineære sannsynlighetsmodellen, da denne modellen ikke fører til problemer med uobservert heterogenitet. Både Mood og Hellevik trekker frem den lineære sannsynlighetsmodellen som et alternativ ved studier av dikotome utfall. Til tross for at den lineære sannsynlighetsmodellen blir ansett som et godt alternativ til logistisk regresjon, er også denne tilnærmingen preget av utfordringer. Mood påpeker for det første at det kan forekomme predikerte sannsynligheter som er høyere enn 1 og lavere enn 0. Hellevik (2009) trekker frem at dette ikke nødvendigvis trenger å være et problem så lenge det ikke er mange predikerte sannsynligheter som er lavere enn 0 og høyere enn 1. Det viktigste er å være klar

over en slik problematikk. Det andre poenget Mood fremhever, er at heteroskedastisitet og uvanlige residualer kan føre til ugyldige standardfeil. Dette kan korrigeres ved å benytte heteroskedastiske-robuste standardfeil (Mood 2010:78). For å korrigere for heteroskedastisitet og uvanlige residualer har Robust-kommandoen i Stata blitt benyttet. Kommandoens estimering av standardfeil benytter seg av "Huber-White sandwich" estimatorene. Slike robuste standardfeil håndterer problemer som relaterer seg til normalitet og heteroskedastisitet (Wooldridge 2009:265). Det tredje poenget Mood poengterer er at det ofte kan være teoretisk plausibelt at forholdet mellom den binære utfallsvariabelen er relatert til uavhengige variabler på en ikke-lineær måte. Sammenhengen mellom avhengig og uavhengig variabel kan blant annet følge en S-formet kurve. Dette trenger ikke være et problem så lenge feilspesifiseringen ikke endrer konklusjonene for spørsmålene som blir stilt (Mood 2010:78).

Den lineære sannsynlighetsmodellen gir mulighet for å sammenligne estimater på tvers av grupper, modeller, utvalg og over tid, mens dette anses som problematisk ved bruk av logistisk regresjon. Hellevik og Mood anser den lineære sannsynlighetsmodellen som lettere å forholde seg til, noe som minsker sannsynligheten for feiltolkning for forskere, og gir økt forståelse blant lesere. Her blir den lineære sannsynlighetsmodellen brukt sammen med marginskommandoen i Stata. Kommandoen beregner predikert verdi for utvalgte grupper over tid, forutsatt at alle andre faktorer holdes konstant.

6.4 Lineær sannsynlighetsmodell

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er den lineære sannsynlighetsmodellen. Dette er en multippel regresjonsmodell med en binær avhengig variabel. Dette anses som en velegnet metode for dette studiet. Den lineære sannsynlighetsmodellen gir mulighet til å studere utvikling over tid, og gir grunnlag til sammenligning mellom grupper. Ved å holde individuelle faktorer konstante gjør dette at resultatene ikke skyldes sammensetningseffekter. Ved at individuelle faktorer blir holdt konstant over 19 års perioden, vil ikke endringer skyldes endring i disse faktorene, og dermed blir fokuset rettet mot utenforliggende faktorer.

Sosiale fenomener har ofte mange årsaker og blir påvirket av en rekke ulike faktorer. Skog (2013) påpeker at det derfor ofte er aktuelt å analysere den uavhengige variabelen i lys av mange uavhengige variabler samtidig. Fremgangsmåten ved bruk av den multiple

regresjonsmodellen kan forklares ved at man har en avhengig variabel (y), som man forsøker å forklare med et sett av uavhengige variabler (x). Man ønsker en predikert Y -verdi. Det er den y - verdien som forventes på observasjonsenheten når vi kjenner x -verdien for en bestemt observasjonsenhet, og samtidig er kjent med parameterne β_0 og β_1 . Den predikerte verdien som svarer til en gitt x -verdi er ikke annet enn gjennomsnittlig y -verdi i gruppen som består av alle som ha den gitte x -verdien. Regresjonslinjen beskriver derfor hvorledes den gjennomsnittlige y -verdien i grupper med samme x -verdi øker eller minker med variasjoner i x (Skog 2013:262). Når man skal predikere en y -verdi ut fra gitte verdier på inkluderte uavhengige variabler, kan det tas utgangspunkt i følgende ligning:

$$\hat{y} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

\hat{Y} , eller y med hatt er den avhengige variabelen og betegner en estimator av en sann parameter. Etter likhetstegnet tolker man parameterne på en følgende måte: β_0 som omtales som konstantleddet, viser til gjennomsnittlig y -verdi blant alle enheter i populasjonen som har verdi null på samtlige uavhengige variabler. β_1 , som kalles regresjonskoeffisienten, viser til hvor mye y øker ved en enhets økning i x_1 , gitt alle andre uavhengige variabler blir holdt konstant. β_k og x_k viser til at det er tilsvarende fremgangsmåte for de resterende inkluderte uavhengige variabler i ligningen (Skog 2013:218).

Den lineære sannsynlighetsmodellen er en versjon av den multiple regresjonsmodellen der avhengig variabel er dikotom. Dette innebærer at avhengig variabel er binær og kodet med verdien null og en. Ofte pleier disse å være kodet slik at verdien null viser til å ikke inneha egenskapen, mens verdi en viser til å ha egenskapen. Når y går i fra å være metrisk som er det vanligste i multippel regresjon, til å være binær, vil ikke ligningen lenger forklare det samme. Ettersom den avhengige variabelen kun har to verdier kan ikke regresjonskoeffisienten forstås som endringen i y , gitt en økning/nedgang i verdien (x), når man holder alle andre faktorer konstante. Wooldridge (2009) påpeker at hovedpoenget når y er en binær variabel med verdiene null og en, er at sannsynligheten for suksess, altså sannsynligheten for at $y=1$, er det samme som predikert verdi av y . Han viser til følgende ligning som forklarer at sannsynligheten for suksess ($y=1$) er den lineære funksjonen av x_j ⁵:

⁵ X_j vil si at den lineære funksjonen gjeldende for hver x -verdi (Comrey og Lee 2007: 24).

$$P(y=1 \mid x) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

Den lineære sannsynlighetsmodellen har en respons-sannsynlighet som er lineær i parameterne til β_j . I den lineære sannsynlighetsmodellen måler β_j endringen i sannsynligheten for suksess når x_j endres med en enhet, gitt andre faktorer holdes konstant. Med dette i tankene kan en multipl regressjonsmodell brukes til å estimere effekten av ulike uavhengige variabler på et kvalitativt fenomen. Den lineære sannsynlighetsmodellens estimerte ligning skrives slik (Wooldridge 2009:241):

$$\hat{y} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

Det er nå viktig å huske på at y med hatt er den predikerte sannsynligheten for suksess ($y=1$). Dermed er β_0 den predikerte sannsynligheten for suksess når x_j er null. Korrelasjonskoeffisienten β_1 , måler den predikerte endringen i sannsynligheten for suksess når x_j øker med en enhet.

Den avhengige variabelen som måler mottak av helserelaterte trygdeordninger, er kodet slik at verdien 0 viser til å ikke være mottaker av helserelaterte trygdeordninger, mens verdien 1 viser til å være mottaker av helserelaterte trygdeordninger. Denne avhengige variabelen benyttes sammen med den lineære sannsynlighetsmodellen for å undersøke hvilke grupper som er i størst risiko for helserelaterte trygdeordninger, og om risiko for helserelaterte trygdeordninger har endret seg i løpet av perioden fra 1994-2013. Siden antagelsen er at visse grupper har større risiko enn andre, vektlegges det forskjellige sammensetninger av x -verdier på de uavhengige variablene. Forskningsspørsmålet som ønskes besvart gjør at predikert verdi for grupper blir mer vektlagt enn koeffisienter. Dette gir et viktig skille i tolkningen av resultatene. β -verdiene, viser til den generelle effekten en variabel (x) har på en annen variabel (y). Predikert verdi, som er resultatene av effektene til koeffisientene, viser til hvilken konkret predikert verdi (y med hatt) en gruppe har, gitt en bestemt kombinasjon av x -verdier.

Oppgaven fokuserer på sosiale typer, dermed blir det vektlagt forskjellige sammensetninger av x -verdier på de uavhengige variablene. Her vil de predikerte verdiene for de sosiale typene bli vektlagt mer enn koeffisientene, da dette vil besvare forskningsspørsmålene på en mer

tydelig måte. Det er viktig å gi en forståelse i skillet mellom tolkningen av β -verdier og predikerte verdier. β -verdier, er variabelens effekt på y , og predikerte verdier er resultatet av slike effekter. β -verdiene viser til den generelle effekten en variabel (x) har på en annen variabel (y). Eksempelvis hvis sosial bakgrunn øker fra lavere sosial bakgrunn til høyere sosial bakgrunn, så vil sannsynligheten for å motta helserelaterte trygdeytelser avta med 0,13 prosent. Predikert verdi derimot, viser hvilken faktisk predikert verdi (\hat{y}) en gruppe enheter har ved en gitt bestemt kombinasjon av x -verdier. Eksempelvis kan norske kvinner på 25 år, med lavere sosial bakgrunn ha 50 prosent sannsynlighet for å motta helserelaterte trygdeytelser. Dermed ved å basere analysen på predikerte verdier for ulike grupper, kan man undersøke forskjeller mellom ulike, men fremdeles konkrete grupper. Ved bruk av margins kommandoen i Stata har det blitt spesifisert aktuelle verdier på de uavhengige variablene. Ved bruk av margins kommandoen kan man spesifisere hvilken gruppe man vil ha predikert verdi for. For å undersøke hvordan utviklingen har vært over tid, er det spesifisert identiske verdier på de uavhengige variablene for å se på sosiale grupper for hvert enkelt år i tidsperioden 1994-2013. De predikerte verdiene for hvert år basert på de ulike sosiale typene har blitt plottet inn i Excel 2017. Disse plottene vil bli benyttet for presentasjon av resultatene. Videre vil predikerte verdier for inngangen og utgangen av perioden bli presentert i tabeller med endring i prosentpoeng og prosent.

7.0 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra de empiriske analysene bli presentert. Presentasjonen er delt i to, med deskriptiv statistikk først, og deretter blir de empiriske resultatene fra oppgavens multivariate analyser. Den første delen som omhandler deskriptiv statistikk gir en innføring i hvordan sammensetningen og utviklingen har vært for de variablene som er relevante i dette studiet. Datamaterialet dekker tidsperioden fra 1994 til 2013. Av pragmatiske hensyn blir presentasjonen av ytelsene som inngår i den avhengige variabelen presentert med utgangspunkt i fire ulike år. De ytelsene som inngår i den avhengige variabelen har ulike oppstarts -og opphørsår, og det vil derfor presenteres forskjellige år blant flere av ytelsene. For de uavhengige variablene har årene som blir presentert blitt avgrenset til 1994, 2000, 2007 og 2013. Det har blitt sjekket opp i de andre årene som inngår i studiet, slik at de fire årene som blir presentert faktisk viser til en korrekt fremstilling av utviklingen. Etter

fremstillingen av deskriptiv statistikk vil det bli gitt en oppsummering av hovedfunn. Deskriptiv statistikk bidrar med en generell oversikt, men kan ikke si noe om hvordan endringer av helserelevante trygdeytelser har vært blant utvalgte sosiale grupper. Dette fører oss videre til den andre delen av kapittelet. Her vil oppgavens empiriske resultater basert på de multivariate analysene bli presentert. Med bruk av den lineære sannsynlighetsmodellen får man muligheten til å spesifisere sosiale gruppers utvikling, ved å kontrollere for individuelle faktorer i løpet av perioden. På en slik måte utelukkes det at endringer skyldes sammensetningsfaktorer. Ved bruk av den lineære sannsynlighetsmodellen får man en predikert verdi som tilsvarer den gjennomsnittlige y-verdien i gruppen som består av alle som har gitt x-verdi, med alle andre faktorer holdt konstant. Med en spesifisering av samme gruppe hvert år i løpet av perioden fra 1994 til 2013, gir dette muligheten til å undersøke endringer i helserelevante trygdeytelser over tid. De empiriske resultatene fra 1994 til 2013 basert på beregningen av predikerte verdier for å motta helserelevante trygdeytelser blant ulike sosiale grupper blir presentert i avsnitt ... I det siste avsnittet vil det gis en oppsummering av hovedfunn.

7.1 Deskriptiv statistikk

Her vil deskriptiv statistikk for 25 åringer som mottar helserelevante trygdeytelser bli presentert. Sykefravær, attføringsdager, rehabiliteringsdager, tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger blir presentert i tabellene 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 og 7.5. Deretter blir den avhengige variabelen presentert i tabell 7.6. Til slutt vil deskriptiv statistikk som tar for seg forholdet mellom helserelevante trygdeytelser og forklaringsvariablene kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn bli presentert i tabell 7.6, 7.8, 7.9 og 7.10.

7.1.1 Avhengig variabel

Tabell 7.1 – Sykefravær blant 25 åringer, 1994-2013.

Sykefravær	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ingen sykedager	1445	86,79	1211	75,97	1177	73,84	1122	72,62

Sykedager	220	13,21	383	24,03	417	26,16	423	27,38
Totalt	1665	100	1594	100	1594	100	1545	100

I tabell 7.1 ser man utviklingen i sykefraværet for utvalget. Dette er en binær variabel som viser til å ha hatt sykefravær i løpet av året eller ikke. Først og fremst ser man at det har vært en økning fra periode til periode i mottak. Sykefraværet er en helserelatert ytelse som har opplevd mye svingninger, dette kommer ikke så klart frem med de årene som blir presentert her⁶. Det må påpekes at andelen i 2005 er den laveste andelen som er målt siden slutten av 90-tallet. Denne nedgangen er trolig preget av regelendringer i 2004. Det har vært en økning fra 1994- 2013 på 14,17 prosentpoeng. Dette er en relativ økning på hele 51,75 prosent, som er mer enn en dobling i løpet av hele perioden.

Tabell 7.2 - Attføring blant 25 åringer, 1994-2008.

Attføring	1994		1998		2003		2008	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ikke på attføring	1627	97,72	1608	96,75	1493	96,82	1570	99,94
Attføring	38	2,28	54	3,25	49	3,18	1	0,06
Totalt	1665	100	1662	100	1542	100	1571	100

I tabell 7.2 ser man utviklingen i mottak av attføring. Variabelen er binær, og viser om personer har mottatt attføring eller ikke i løpet av inneværende år. Dette var en ytelse som ble avløst i 2010. Det foreligger ingen mottakere i utvalget fra 2009 og 2010. Denne ytelsen har hatt en relativt stabil andel mottakere på mellom 3 og 4 prosent fra 1995 frem til og med 2001.⁷ Likevel ser vi en økning på 0,9 prosentpoeng fra 1994-2003, før andelen gradvis minker, og er helt nede i 0,06 prosent i 2008. Dette kan tenkes å ha en sammenheng med overgangen til arbeidsavklaringspenger.

Tabell 7.3 - Rehabilitering blant 25 åringer, 1994-2013.

Rehabilitering	2002		2005		2008		2010	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent

⁶ Andelen i 2003, 2004 og 2005 27,43%, 25,72% og 22,14%. 2010 har høyest andel på 28,82%.

⁷ Andelen i 2001 og 2002 4,71% og 2,89%.

Ikke rehabilitering	1460	98,12	1489	96,94	1512	96,24	1535	96,18
Rehabilitering	28	1,88	47	3,06	59	3,76	61	3,82
Totalt	1488	100	1536	100	1571	100	1596	100

I tabell 7.3 ser man utviklingen av rehabilitering blant 25 åringer. Variabelen viser om personer har vært innom rehabiliteringsytelsen i løpet av inneværende år eller ikke. Denne ytelsen strekker seg lenger tilbake i tid enn slik det kommer frem i tabellen. Imidlertid er det ingen mottakere av rehabiliteringspenger i utvalget før 2002. Andelen fra 2004 til og med 2010 lå stabilt på mellom 3 og 4 prosent. Fra 1994 til 2010 er det en økning på 1,94 prosentpoeng. Dette er en ytelse som ble avløst i 2010 av arbeidsavklaringspenger.⁸

Tabell 7.4 - Tidsbegrenset uførestønad blant 25 åringer, 1994-2013.

Tidsbegrenset uførestønad	2004		2006		2008		2010	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ingen dager med tidsbegrenset uførestønad	1570	99,94	1521	99,22	1561	99,36	1593	99,81
Tidsbegrenset uførestønad	1	0,06	12	0,78	10	0,64	3	0,19
Totalt	1571	100	1533	100	1571	100	1596	100

I tabell 7.4 ser man utviklingen av tidsbegrenset uførestønad. Dette var en ytelse som ble opprettet for å hindre at unge voksne skulle bli varig utstøtt fra arbeidsmarkedet, ved å redusere overgangen til uføretrygd. Denne ytelsen ble i likhet med de andre nevnte ytelsene avløst av arbeidsavklaringspenger i 2010. Ytelsen har ikke hatt mange unge mottakere, og preges av at andelen er svært lav. Fra dens oppstart i 2004 til dens opphør i 2010, har det vært en minimal økning på 0,13 prosentpoeng.

Tabell 7.5 - Arbeidsavklaring blant 25 åringer, 1994-2013.

Arbeidsavklaring	2010		2011		2012		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ikke arbeidsavklaring	1522	95,36	1434	96,24	1455	92,62	1437	93,01
Arbeidsavklaring	74	4,64	56	3,76	116	7,38	108	6,99

⁸ Det foreligger mottakere av på rehabiliteringsordningen frem til 2013. Andelen i 2011, 2012 og 2013 var 2,89 %, 2,55 % og 0,5 %.

Totalt	1596	100	1490	100	1571	100	1545	100
--------	------	-----	------	-----	------	-----	------	-----

I tabell 7.5 ser man utviklingen av arbeidsavklaring, variabelen er binær og viser til om personer har mottatt arbeidsavklaringspenger i løpet inneværende år eller ikke. Dette er en ytelse som avløste attføring, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad i 2010. Allerede fra ytelsens opprinnelse i 2010, ser vi en andel på 4,64 prosent blant 25 åringer. Ytelsen har en liten nedgang i andel fra 2010 til 2011 på 0,88 prosentpoeng. Fra 2011 til 2012 økte andelen med 3,62 prosentpoeng. Fra 2010 til 2013 økte andelen med 2,35 prosentpoeng, som tilsvarer en relativ økning i andel på 33,6 prosent. Dette kan skyldes målet med innføringen av arbeidsavklaringspenger som var å legge til rette for tidligere og tettere oppfølging, og dette kan ha ført til at flere fanges opp i ung alder.

Tabell 7.6 - Helserelevante trygdeytelser blant 25 åringer, 1994-2013.

Helserelevante trygdeytelser	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ikke trygd	1413	84,86	1181	74,09	1149	72,08	1057	68,41
Trygd	252	15,14	413	25,91	445	27,92	488	31,59
Totalt	1665	100	1594	100	1594	100	1545	100

I tabell 7.6 ser vi utviklingen av helserelevante trygdeytelser. Dette er samlevARIABLEN for alle ytelsene som er koblet sammen. Det tillates kun at en person blir registrert på en av ytelsene, dermed blir andelen mindre i den avhengige variabelen, da noen har vært registrert på to ytelser samtidig. Man ser at det har vært en økning i andelen på helserelevante ytelser fra inngangen til utgangen av perioden, hvor sykepenger utgjør størsteparten av andelen. Fra 1994 til 2013 er det en økning på totalt 16,45 prosentpoeng. Dette er en relativ endring på 52,07 prosent. Unge mottakere av helserelevante trygdeytelser har i løpet av perioden hatt over en dobling i mottakere.

7.1.2 Uavhengige variabler

Kjønn

Tabell 7.7 - Helserelevante ytelses etter kjønn for 25 åringer, 1994-2013.

Helserelevante trygdeytelser	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Kvinne	139	55,16	230	55,69	252	56,63	281	57,58
Mann	113	44,84	183	44,31	193	43,37	207	42,42
Totalt	252	100	413	100	445	100	488	100

I tabell 7.7 ser vi utviklingen av helserelevante trygdeytelser etter kjønn. For det første utgjør kvinner jevnt over den høyeste andelen. For det andre ser man at andelen blant kvinner øker fra 1994 til 2013, mens andelen blant menn reduseres i løpet av samme periode. I helhet tilsier dette at det har vært en økning i mottak av helserelevante trygdeytelser etter kjønn, hvor kvinner har gjennomgående størst risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser.

Etnisitet

Tabell 7.8 - Helserelevante ytelses etter etnisitet blant 25 åringer, 1994-2013.

Helserelevante trygdeytelser	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Innvandrere	22	8,73	45	10,9	68	15,28	92	18,85
Norsk	230	91,27	368	89,1	377	84,72	396	81,15
Totalt	252	100	413	100	445	100	488	100

I tabell 7.8 ser man utviklingen av mottak av helserelevante trygdeytelser blant nordmenn og innvandrere. Nordmenn utgjør den største andelen alle årene. Innvandrere har en økning i andel fra 1994 til 2013, mens for nordmenn er det en nedgang i samme periode. Dette tyder på at nordmenn opplever en nedgang i risiko for helserelevante trygdeytelser, mens innvandrere opplever større risiko ved utgangen av perioden. Dette henger også trolig sammen med økt innvandring i samme periode.

Utdanning

Tabell 7.9 - Helserelevante ytelses etter egen utdanning blant 25 åringer, 1994-2013.

Helserelevante trygdeytelser	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Ikke fullført videregående	134	55,14	179	43,77	146	33,72	182	38,81
Videre utdanning	109	44,86	230	56,23	287	66,28	287	61,19
Totalt	243	100	409	100	433	100	469	100

I tabell 7.9 ser man utviklingen av helserelevante trygdeytelser etter egen utdanning. De som ikke har fullført videregående inkluderer de med manglende eller ingen fullført utdanning og opp til 12 års skolegang. De i kategorien videre utdanning inkluderer de som har fullført videregående og/eller har tatt høyere utdanning. Det interessante er at de med videre utdanning har hatt en høyere økning i andelen på helserelevante trygdeytelser. Dropout gruppen har en nedgang i andelen fra 1994 til 2013. For de med videre utdanning er det en kraftig økning i andelen fra 1994 til 2007, mens den fra 2007 til 2013 reduseres.

Sosial bakgrunn

Tabell 7.10 - Helserelevante trygdeytelser etter sosial bakgrunn for 25 åringer, 1994-2013.

Helserelevante trygdeytelser	1994		2000		2007		2013	
	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent
Grunnskole	7	2,86	20	5,04	21	5,00	27	5,91
Videregående	33	13,47	60	15,11	86	20,48	119	26,04
Kort høyere utdanning	146	59,59	241	60,71	233	55,48	238	52,08
Lang høyere utdanning	59	24,08	76	19,14	80	19,05	73	15,97
Totalt	245	100	397	100	420	100	457	100

Tabell 7.10 gir en oversikt av helserelaterte trygdeytelser etter sosial bakgrunn. Her ser man at andelen på helserelaterte trygdeytelser etter sosial bakgrunn har endret seg for flere av gruppene fra 1994 til 2013. For de med foreldre som har lang høyere utdanning ser man en nedgang i andelen fra 1994 til 2013, hvor perioden fra 2000 til 2007 var preget av stabilitet, og i løpet av perioden ble andelen redusert med 8,11 prosentpoeng. For de som har foreldre med kort høyere utdanning ble andelen redusert med 7,51 prosentpoeng fra 1994 til 2013. Andelen blant de som har foreldre med videregående skole har vært preget av en kraftig økning fra 1994 til 2013 på 12,57 prosentpoeng. For de som har foreldre med grunnskole utdanning er det en noe lavere økning i andel fra 1994 til 2013 på 3,05 prosentpoeng. For å oppsummere har andelen personer som mottar helserelaterte trygdeytelser, som har foreldre med kort og høyere utdanning blitt redusert. Andelen blant personer med foreldre som har videregående eller grunnskoleutdanning har økt fra 1993 til 2013. Dette tilsier at personer med høyere sosial bakgrunn har redusert risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser, mens for de med lavere sosial bakgrunn har risikoen derimot økt. Disse variablene har blitt kodet om til to dummyvariabler hvor de som har foreldre med lang høyere utdanning og kort høyere utdanning er koblet sammen, og vil videre bli omtalt som høyere sosial bakgrunn. Videre har de med foreldre som har grunnskole og videregående skole koblet sammen, og blir omtalt som lavere sosial bakgrunn.

7.1.3 Oppsummering av deskriptive analyser

I tabell 7.6, så man oversikten av helserelaterte trygdeytelser blant 25 åringer. Den viser at det har vært en økning i mottak av helserelaterte trygdeytelser på 16,45 prosentpoeng fra 1994 til 2013. Dette samsvarer med tidligere forskning på feltet, som viser til en økning i mottak blant unge voksne (Brage og Bragstad 2011; Strand og Nielsen 2015).

I tabell 7.7, kan man se at kjønnsforskjeller i mottak av helserelaterte trygdeytelser er vedvarende, og hvor andelen blant kvinner har økt mot slutten av perioden. Tabell 7.8, viser at nordmenn utgjør den største andelen på helserelaterte trygdeytelser. Nordmenn har likevel hatt en nedgang i andelen på helserelaterte trygdeytelser i løpet av perioden, mens andelen blant innvandrere har økt. Av tabell 7.9, kommer det frem at de med videre utdanning har hatt en økning i andelen, mens dropouts andelen har minket. Tabell 7.10, viser at andelen på helserelaterte trygdeytelser blant de med foreldre som har høyere og kort utdanning, har blitt

reduisert, mens andelen blant de med foreldre som har grunnskole eller videregåendeutdanning har økt. Den deskriptive statistikken som har blitt presentert gir et generelt overblikk. Oversikten gir imidlertid ikke grunnlag for å si noe om utviklingen skyldes sammensetningsfaktorer, eller endringer innad i de sosiale gruppene som studiet tar for seg. Dette fører oss videre til den lineære sannsynlighetsmodellen, som gir muligheten til å belyse sosiale gruppers risiko.

7.2 Multivariate analyser og predikerte sannsynligheter

Her vil de multivariate analysene og de predikerte sannsynlighetene utgjøre hovedgrunnlaget for de empiriske analysene i oppgaven. Resultatene vil bli fremstilt i grafer, hvor det vil bli forklart utvikling og tendenser. Videre vil det benyttes tabeller for å gi en oppsummering. Til sist en oppsummering av resultatene.

Deskriptiv statistikk har ikke muligheten til å vise til sammensetningseffekter. Dette gjør det dermed vanskelig å si noe om utviklingstrekk skyldes variasjoner blant ulike sosiale grupper. Deskriptiv statistikk som eksempelvis måler at andelen på helserelevante trygdeytelser har økt de siste 20 årene, tar kun høyde for økningen i andelen. Andre faktorer slik som kjønn og etnisitet burde vært inkludert i analysen for å gi en bredere forklaring i hva som skyldes en slik økning. En økning i helserelevante trygdeytelser kan være forårsaket av økt yrkesdeltagelse blant kvinner, økt arbeidsinnvandring eller samspill mellom begge faktorene. Dermed må det inkluderes flere faktorer for å få et klart bilde av hva det økte trygde mottaket skyldes. Ved bruk av lineær sannsynlighetsmodell kontrolleres det for individuelle faktorer ved å spesifisere sosiale grupper. Fordelen med en slik metode er at de individuelle kjennetegnene blir holdt konstante. Det blir da kontrollert for sammensetningseffekter som ellers kan problematisere en tolkning av utvikling over tid. Slik får man kontrollert for andre faktorer som er med å bidra i forklaringen til utviklingen av sosiale fenomen. Metoden gir med dette mulighet for å undersøke hvordan endringer i arbeidsmarkedet, policyendringer og befolkningssammensetning bidrar til endringer i trygdeforbruk blant sosiale grupper over tid. For å måle sosiale gruppers helserelevante trygdebruk spesifiseres det verdier på de uavhengige variablene basert på oppgavens forskningsformål for hvert år i tidsperioden fra 1994 til 2013. Slik kan man undersøke utviklingen av sosiale gruppers trygdeforbruk over tid, gitt alle andre faktorer er holdt konstant. Det gjennomføres separate analyser av menn og kvinner på 25 år med ulik sosial bakgrunn, utdanning og innvandringsbakgrunn. Ved å

gjennomføre en slik analyse, får man informasjon om hvordan fordelingen og utviklingen av risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser har vært fra 1994-2013. En slik tilnærming bidrar også med informasjon om hvilke sosiale typer som har svakest og sterkest endring i risiko.

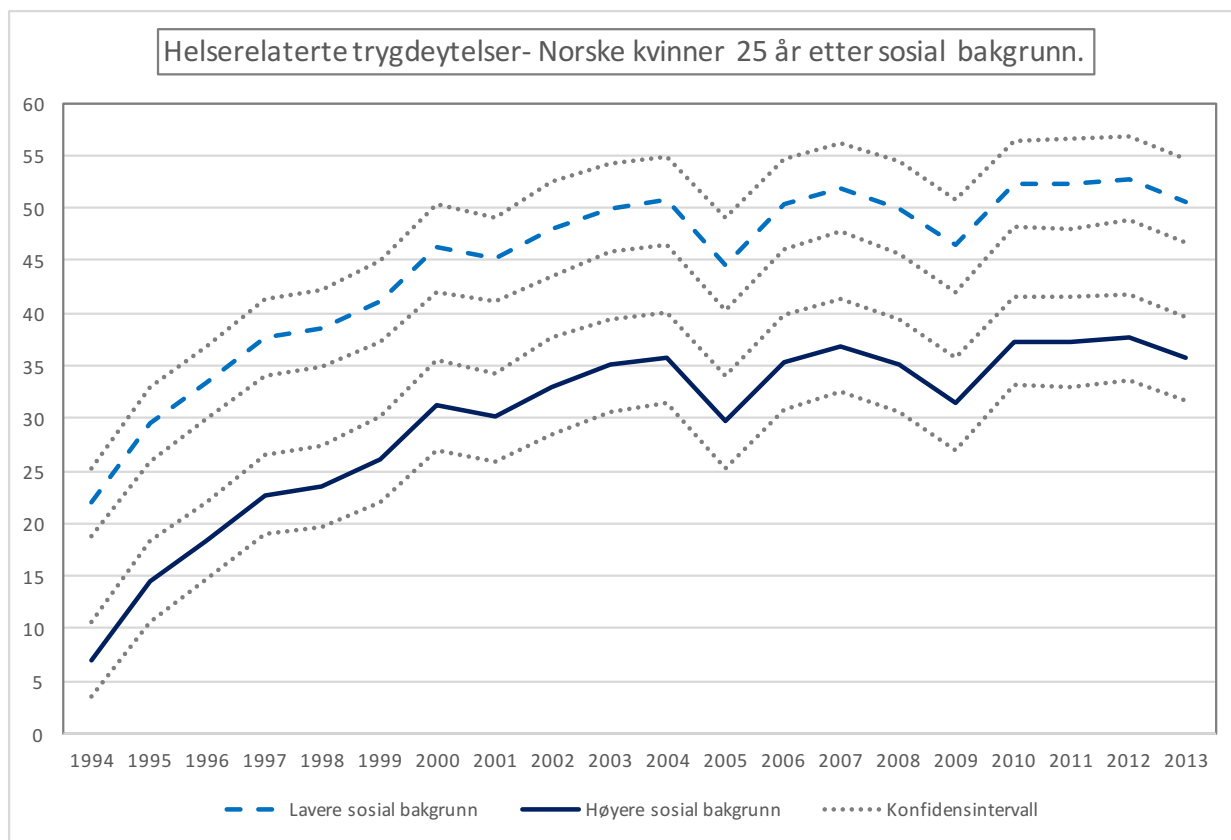
7.2.1 Konfidensintervall

Hoekstra et al. (2014) anbefaler å ta i bruk konfidensintervaller, da dette gir en god fortolkning av teoretiske prediksjoner. Likevel stiller de seg skeptiske til den økende bruken, da tolkningen av konfidensintervaller ikke er godt nok kjent. I denne oppgaven vil tolkningen av konfidensintervaller, basere seg på at dette gir et begrep om at gjennomsnittet til de predikerte verdiene er ved en gitt sikkerhet innad i den øvre og nedre grensen i intervallet (Cumming og Finch 2001). I denne oppgaven er det beregnet 95 prosenters konfidensintervall, og tolkningen av konfidensintervaller baserer seg på punktene nevnt ovenfor. Om det fremkommer overlappende konfidensintervaller kan dette forklares av to ting; 1) utvalgene er for små, eller 2) så eksisterer det ingen faktisk forskjell mellom gruppene som sammenlignes (Skog 2013:132). I de kommende resultatene er det ingen overlappende konfidensintervall. Likevel er det viktig å påpeke at innvandrerguppen i oppgaven er betydelig mindre enn den norske gruppen, samtidig som det er en større andel manglende verdier blant innvandrerguppen. Usikkerhetsmarginer påvirkes ikke av populasjonens størrelse, men av utvalgets størrelse. Det er dermed en rimelig antagelse at de faktiske endringene ville kommet tydeligere frem ved et større utvalg, da dette minsker usikkerhetsmarginer (Skog 2013:132).

7.3 Sosial bakgrunn

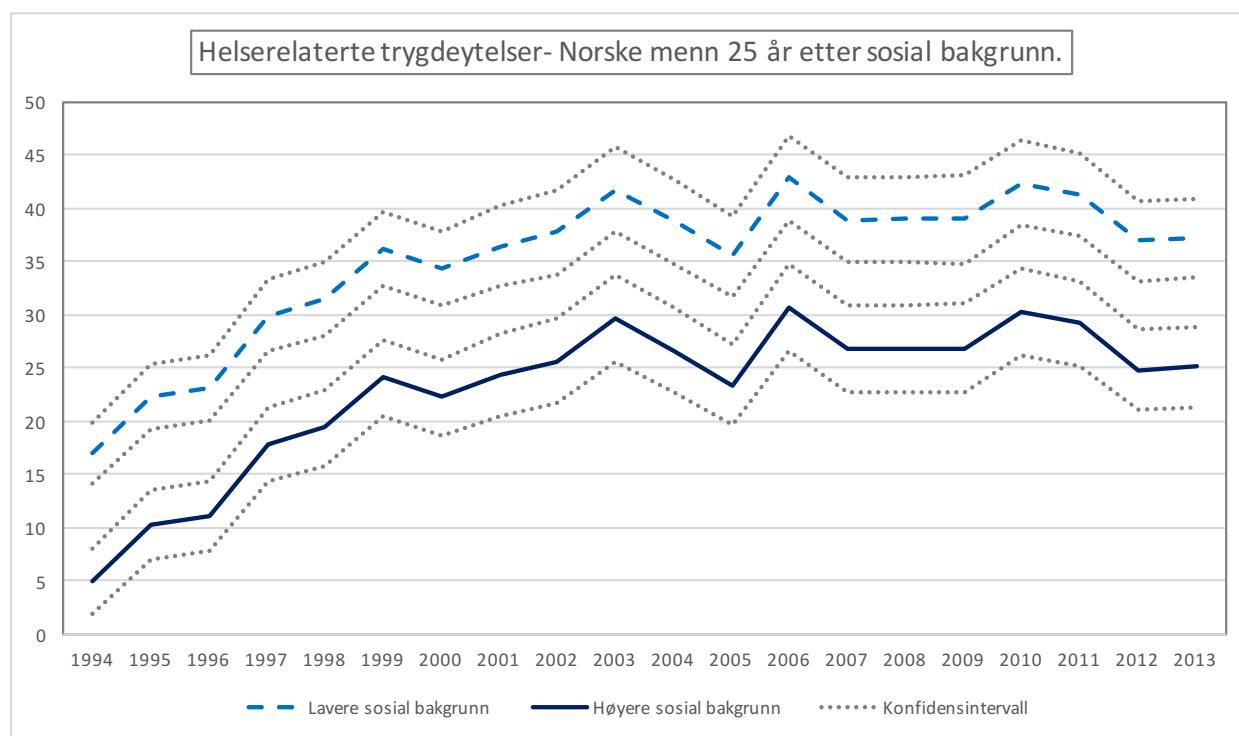
Norske kvinner og menn

Figur 7.1 – Helserelaterte trygdeytelser blant norske kvinner etter sosial bakgrunn, 1994-2013



I figur 7.1 ser man utviklingen blant norske kvinners sannsynlighet for å motta helserelaterte trygdeytelser i perioden 1994-2013. For det første ser man at det har vært en økning i sannsynligheten både blant kvinner med høyere og lavere sosial bakgrunn i løpet av perioden. Den kraftigste økningen er frem til 2004, før den stabiliseres, med unntak av noen svingninger. For det andre er det fremtredende at de med lavere sosial bakgrunn har høyere sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Predikert verdi ved inngangen av perioden for de med lavere sosial bakgrunn var 22,06, mens de med høyere sosial bakgrunn som hadde predikert verdi på 7,05. Ved utgangen av perioden er predikert verdi 50,65 for de med lavere sosial bakgrunn, mens predikert verdi for de med høyere sosial bakgrunn er 35,64. For det tredje er det likevel ingen absolutt forskjell mellom de sosiale gruppene, da begge gruppene har en økning på 28,59 prosentpoeng. Det spores en relativ prosentvis endring på 80,21 for de med høyere sosial bakgrunn, mot 56,44 prosent for de med lavere sosial bakgrunn. Noe som indikerer at det har blitt en større relativ endring i risiko for de med høyere sosial bakgrunn, selv om det kommer frem av trendlinjene basert på predikerte verdier at de med lavere sosial bakgrunn har høyere sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser.

Figur 7.2 - Helserelevante trygdeytelser blant norske menn etter sosial bakgrunn, 1994-2013



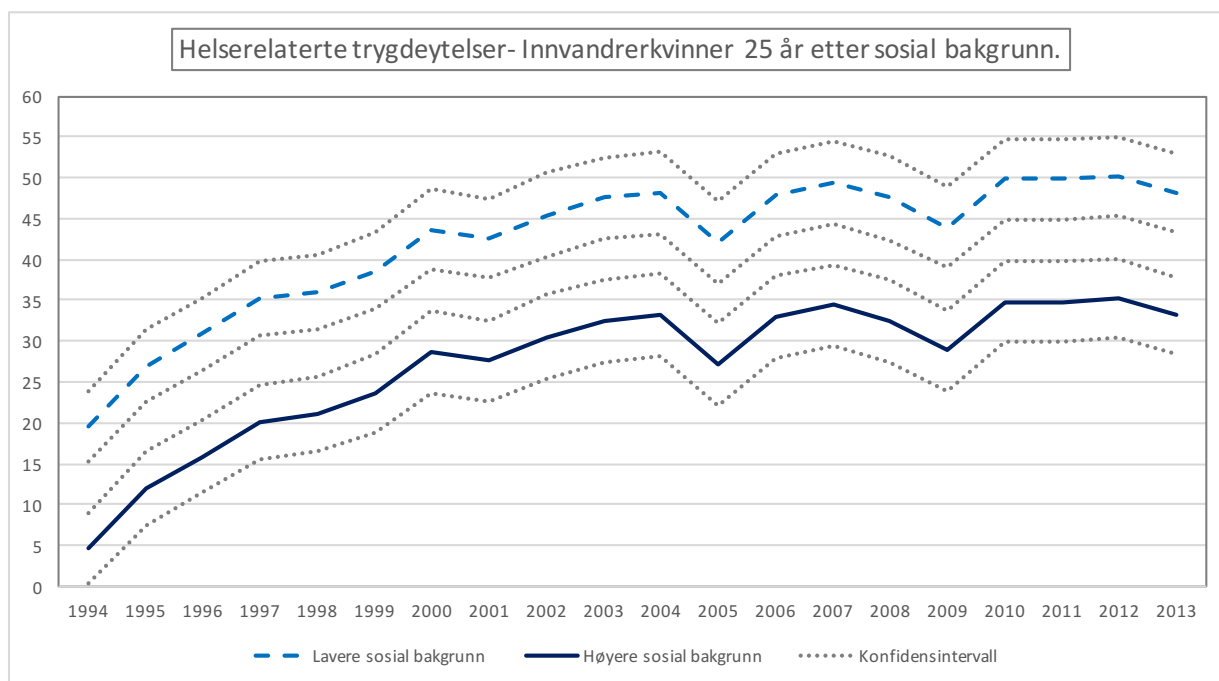
I figur 7.2 ser man utviklingen i sannsynlighet for mottak av helserelevante trygdeytelser blant norske menn i perioden 1994-2013. Utviklingen viser at det er en økning i sannsynligheten for helserelevante trygdemottak. Trendlinjene er preget av svingninger. Først ser man at perioden er preget av økning uavhengig av sosial bakgrunn. Videre er det større sannsynlighet for mottak av helserelevante trygdeytelser blant de med lavere sosial bakgrunn. Ved inngangen av perioden er predikert verdi for de med lavere sosial bakgrunn 17,01, mens de med høyere sosial bakgrunn har en predikert verdi på 4,92. Ved utgangen av perioden er predikert verdi for de med lavere sosial bakgrunn 37,16, mens for de med høyere sosial bakgrunn er predikert verdi 25,07. Predikert sannsynlighet er gjennomgående høyest for de med lavere sosial bakgrunn. Det spores lik absolutt endring fra inngangen til utgangen av perioden på 20,15 prosentpoeng på tvers av sosial bakgrunn. Den relative økningen er derimot størst for de med høyere sosial bakgrunn med 80,37 prosent. De med lavere sosial bakgrunn har en relativ økning på 54,22 prosent.

I forhold til kvinner har menn gjennomgående lavere predikert sannsynlighet for helserelevante trygde mottak. Menn med høyere sosial bakgrunn har en predikert verdi på 4,92 ved inngangen av perioden og 25,05 ved utgangen, mens for kvinner med tilsvarende sosial bakgrunn er predikert verdi 7,05 ved inngangen, og 35,64 ved utgangen. For menn med lavere

sosial bakgrunn var predikert verdi i 1994, 17,01 og i 2013 var predikert verdi 37,16, mens for kvinner med lavere sosial bakgrunn var predikert verdi i 1994, 22,06 og i 2013 var predikert verdi 50,65. Sannsynligheten i predikert verdi er høyere for kvinner enn menn. Dette kommer også frem ved den absolutte endringen som er 28,59 prosentpoeng for kvinner og 20,15 prosentpoeng for menn. Den relative endringen for norske menn med høyere sosial bakgrunn i forhold til norske kvinner med høyere sosial bakgrunn, er ikke så utslagsgivende. Norske menn med høyere sosial bakgrunn har en relativ endring på 80,37 prosent. For norske kvinner med høyere sosial bakgrunn er det en relativ endring på 80,21 prosent. Blant de med lavere sosial bakgrunn har kvinnene en noe høyere relativ økning. Norske kvinner med lavere sosial bakgrunn har en relativ endring på 56,44 prosent, mens norske menn med lavere sosial bakgrunn har en relativ endring på 54,22 prosent. Predikert verdi er høyest blant kvinner, og økningen tyder på at kvinner fortsatt har større sannsynlighet enn menn for helserelatert trygdemottak. Likevel tyder den relative økningen i prosentpoeng blant kvinner og menn med høyere sosial bakgrunn, at høyere sosial bakgrunn har opplevd en relativ større økning i sannsynlighet for trygdemottak.

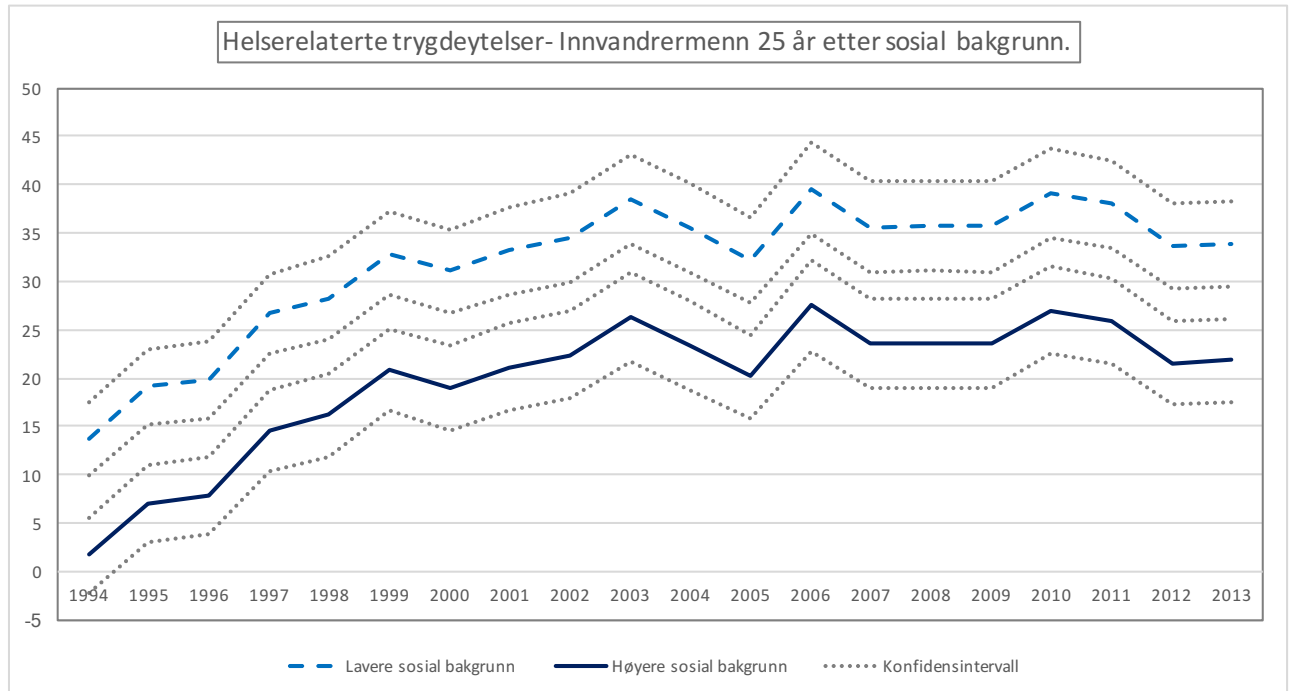
Innvandrerkvinner – og menn

Figur 7.3 - Helserelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner etter sosial bakgrunn, 1994-2013



I figur 7.3 ser man utviklingen i sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner fra 1994-2013. Utviklingen viser at det har vært en økning i sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser på tvers av sosial bakgrunn. Men man ser at de med lavere sosial bakgrunn som har høyest sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Ved inngangen av perioden er predikert verdi for de med lavere sosial bakgrunn 19,56, mot 48,15, i 2013. For de med høyere sosial bakgrunn er predikert verdi ved inngangen av perioden 4,56, mot 33,15, i 2013. Den absolute endringen er lik for begge gruppene med 28,59 prosentpoeng. Den relative endringen er størst for de med høyere sosial bakgrunn. Den prosentvise endringen er 86,42 prosent for høyere sosial bakgrunn, mot 59,37 prosent for de med lavere sosial bakgrunn. Det er en høyere relativ endring for innvandrerkvinner, enn for norske kvinner på tvers av sosial bakgrunn fra 1994-2013. Likevel er det fremtredende at norske kvinner har høyere predikert sannsynlighet på tvers av sosial bakgrunn, i forhold til innvandrer kvinner både ved inngangen og utgangen av perioden.

Figur 7.4 - Helsereelaterte trygdeytelser blant innvandrer menn etter sosial bakgrunn, 1994-2013



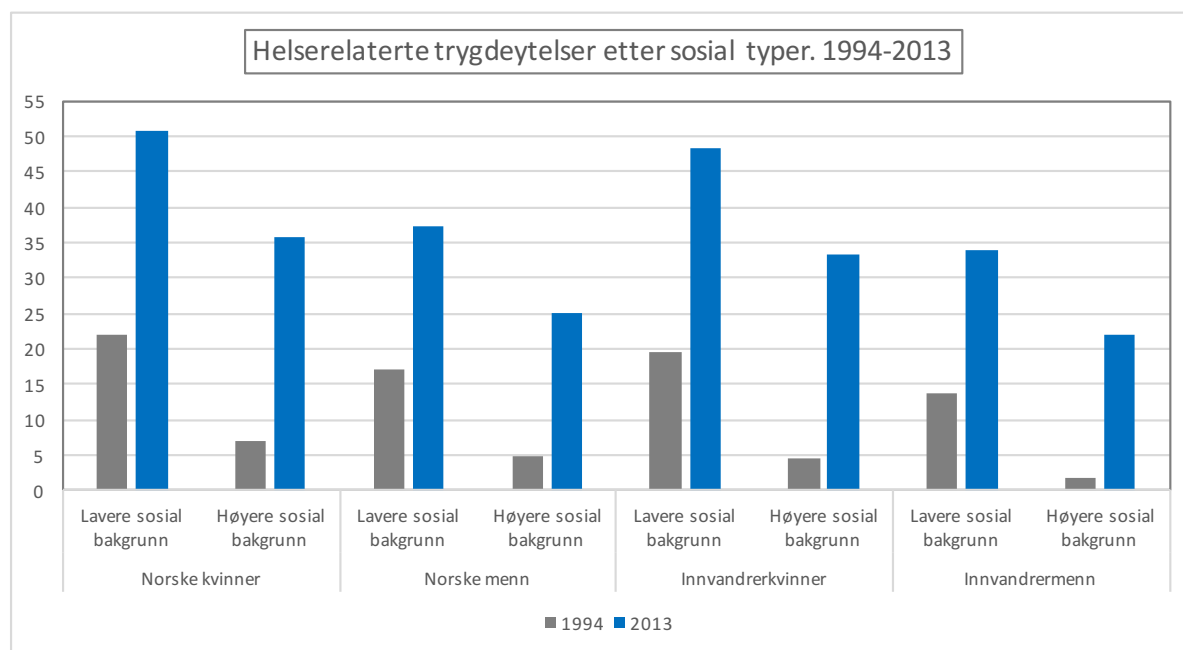
I figur 7.4 ser man utviklingen i sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser blant innvandrer menn i perioden 1994-2013. Det må nevnes at man ser at konfidensintervallet er under 0. Noe som kan være en risiko ved bruk av den lineære sannsynlighetsmodellen da man

kan oppleve predikerte verdier lavere enn 0 og høyere enn 1. Dette er i følge Hellevik (2009) ikke et problem så lenge man ikke opplever mange predikerte verdier over eller under grensen. I dette tilfellet er det nederste konfidensintervall som har verdi under null, og gjelder ikke den predikerte verdien. Videre oppleves ikke verdier under null flere andre steder. Så dette anses med dette ikke som problematisk.

Trendlinjene i figur 7.4 viser at det har vært en økning i risiko på tvers av sosial bakgrunn blant innvandrere menn. Risikoen er derimot høyest for de med lavere sosial bakgrunn. Predikert verdi i 1994 for de med lavere sosial bakgrunn var 13,76. I 2013 var predikert verdi 33,91. For de med høyere sosial bakgrunn var predikert verdi i 1994 1,67. I 2013 var predikert verdi 21,82. Videre er det ingen forskjell i den absolutte endringen blant sosial bakgrunn i løpet av perioden. Den relative endringen har økt mest blant de med høyere sosial bakgrunn, og er på 92,34 prosent. For de med lavere sosial bakgrunn er den relative endringen på 59,42 prosent. Det kommer ytterligere frem at innvandrer menn på tvers av sosial bakgrunn er de som har gjennomgående mindre predikert sannsynlighet i forhold til norske menn og kvinner, og innvandrerkvinner.

7.3.1 Endring i predikert verdi

Tabell 7.11 - Endring i predikert verdi for sosiale typer etter sosial bakgrunn, 1994-2013.



I tabell 7.11, ser vi endring i predikert verdi fra 1994-2013 for sosiale typer etter sosial bakgrunn. Det kommer frem at predikert verdi er høyest for norske kvinner og innvandrerkvinner både i 1994 og 2013. De med lavest predikert verdi for perioden er innvandrer menn.

Tabell 7.12 - Endring i predikert sannsynlighet for helserelatert trygdemottak i prosentpoeng og prosent for sosiale typer etter sosial bakgrunn, 1994–2013

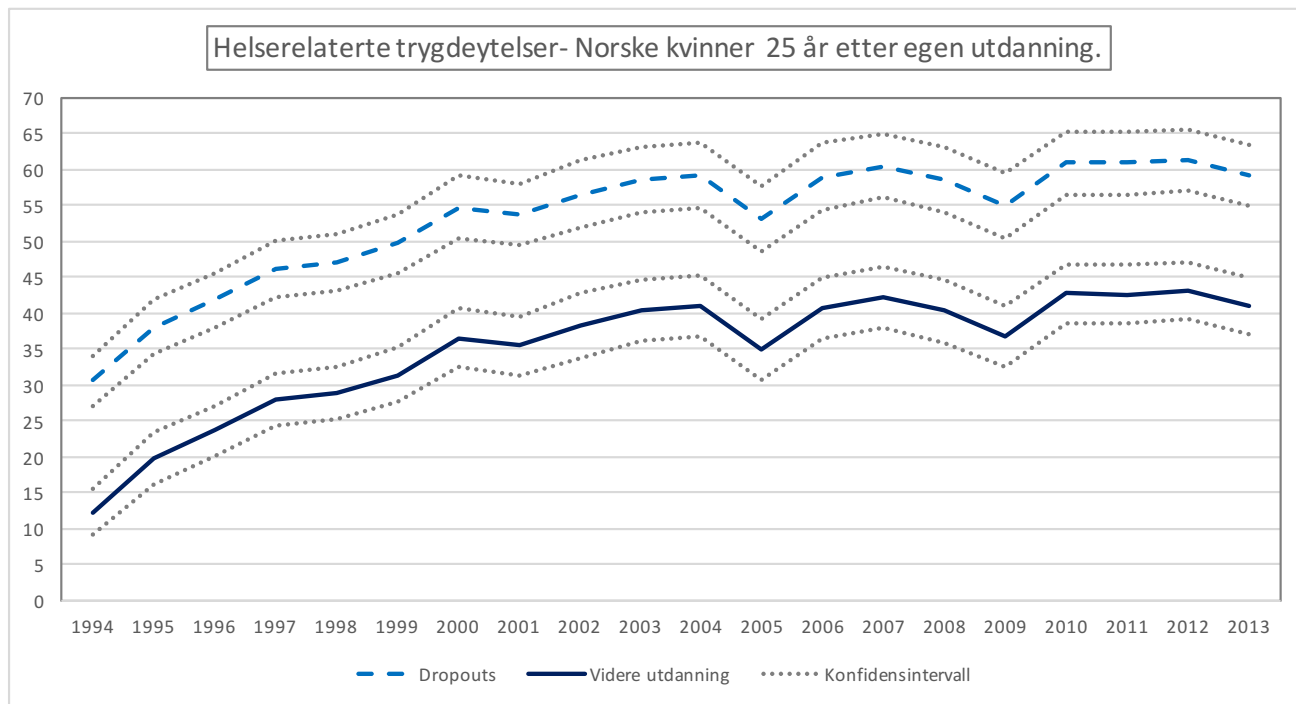
Sosial type		Endring i predikert verdi 1994-2013	Endring i prosentpoeng	Prosentvis endring
Norsk kvinne	Høyere sosial bakgrunn	7,05- 35,64	28,59	80,21
	Lavere sosial bakgrunn	22,06- 50,65	28,59	56,44
Norsk mann	Høyere sosial bakgrunn	4,92- 25,05	20,15	80,37
	Lavere sosial bakgrunn	17,01- 37,16	20,15	54,22
Innvandrerkvinne	Høyere sosial bakgrunn	4,56- 33,15	28,59	86,42
	Lavere sosial bakgrunn	19,56- 48,15	28,59	59,37
Innvandrer mann	Høyere sosial bakgrunn	1,67- 21,82	20,15	92,34
	Lavere sosial bakgrunn	23,62- 43,77	20,15	59,42

I tabell 7.12, ser man endring i predikert sannsynlighet for helserelaterte trygdeytelser, samt endring i prosentpoeng og prosent for sosiale typer etter sosial bakgrunn. Her ser man at det har vært en økning i risiko for å motta helserelaterte trygdeytelser for alle de sosiale typene. Den sterkeste absolutte endringen for helserelatert trygdemottak er blant kvinner, mens den relative endringen er sterkest for innvandrere med høyere sosial bakgrunn.

7.4 Utdanning

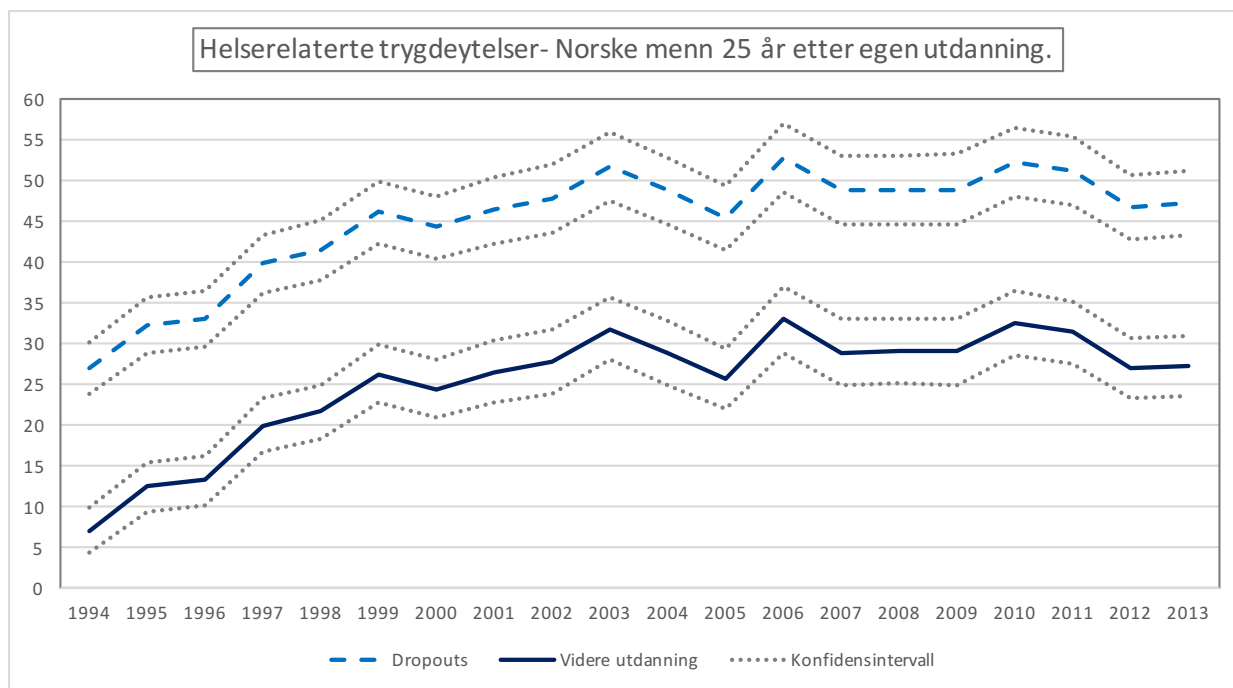
Norske kvinner og menn

Figur 7.5 - Helserelevante trygdeytelser blant norske kvinner etter egen utdanning, 1994-2013



I figur 7.5 ser man utviklingen blant norske kvinner som er dropouts og kvinner som har tatt videre utdanning fra 1994-2013. Man ser at det har vært en økning blant både de som har droppet ut av skolen og de som har tatt videre utdanning. Økningen er nokså jevn, med et par svingninger. Det kommer frem at de som har droppet ut av videregående har en større risiko enn de med videre utdanning. Predikert verdi ved inngangen av perioden for de som er dropout er 30,59, mens i slutten av perioden har predikert verdi økt til 59,18. For de med videre utdanning er predikert verdi ved inngangen av perioden 12,36 og ved utgangen 40,95. Den absolutte endringen er lik, men den relative endringen er sterkest for de med videre utdanning. De med videre utdanning hadde en relativ endring på 69,81 prosent, mens de som var dropouts hadde en endring på 48,31 prosent.

Figur 7.6 - Helserelevante trygdeytelser blant norske menn etter egen utdanning, 1994-2013

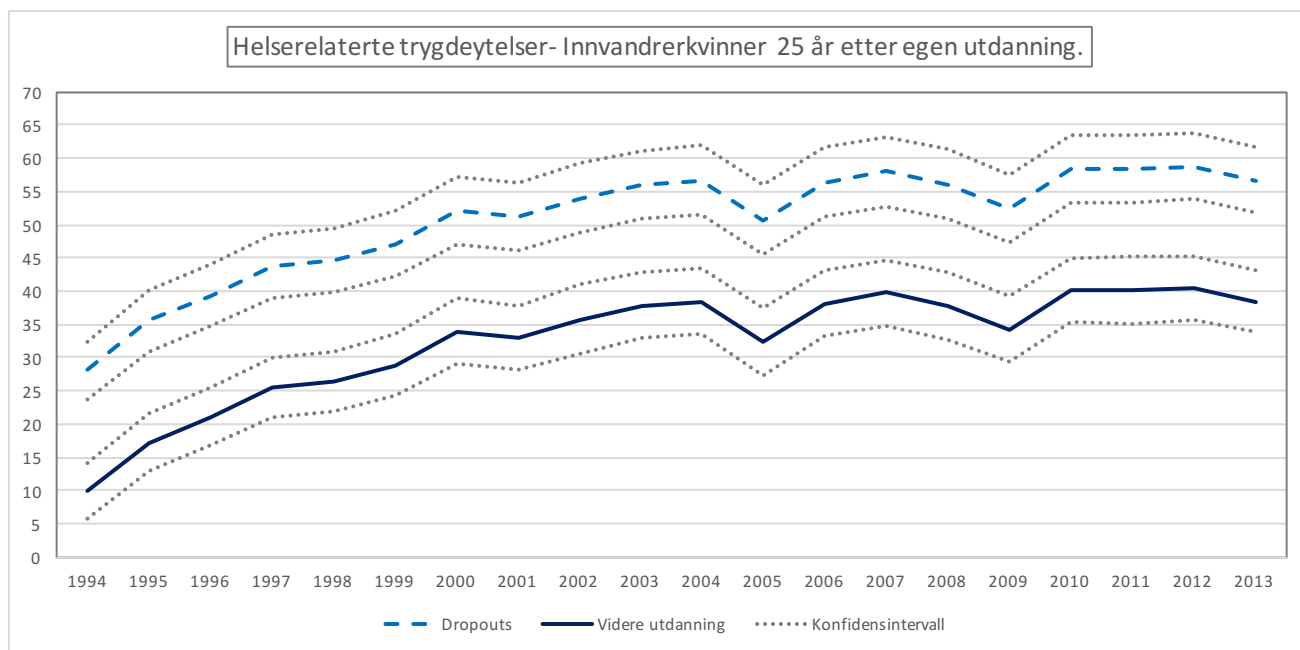


I figur 7.6 ser man utviklingen av helselerelaterte trygdeytelser blant norske menn som droppet ut av videregående og de som tok videre utdanning fra perioden 1994-2013. Trendlinjene viser at det har vært en økning på tvers av utdanningsnivå blant norske menn. Det kommer også frem at risikoen er størst blant dem som droppet ut av videregående. Predikert verdi i 1994 for dropout gruppen var 26,87. De som tok videre utdanning hadde en predikert verdi på 7,05. Ved utgangen av perioden var predikert verdi for dropouts 47,02, mot de som tok videre utdanning som hadde predikert verdi på 27,20. Den absolutte endringen er lik for begge gruppene. Likevel er det størst relativ endring blant de med videre utdanning på 74,08 prosent, mot de som droppet ut som hadde en relativ endring på 42,85 prosent.

I sammenligning med norske kvinner, har norske menn på tvers av egen utdanning mindre risiko for mottak av helselerelaterte trygdeytelser basert på predikert verdi. Likevel er det større relativ økning for norske menn med videre utdanning, i forhold til norske kvinner med videre utdanning. Den relative økningen for menn er 74,08 prosent, mens for kvinner 69,81 prosent.

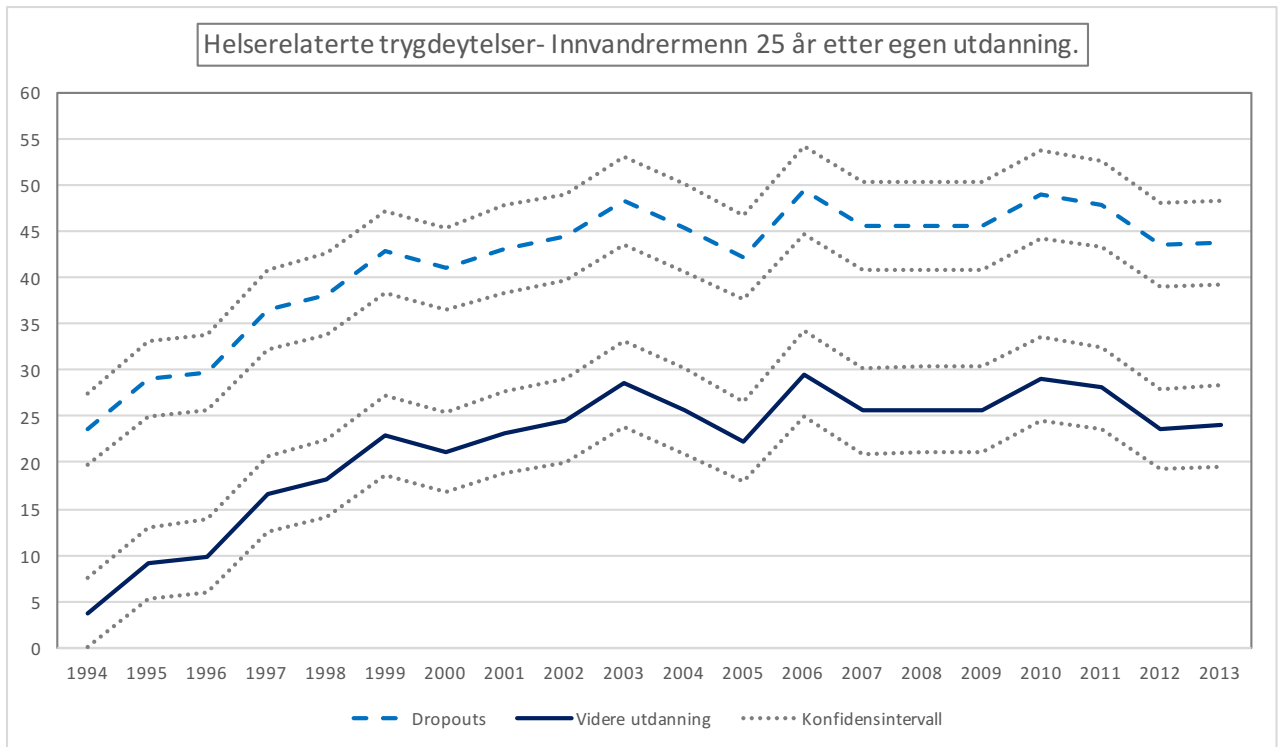
Innvandrerkvinner - og menn

Figur 7.7 - Helselerelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner etter egen utdanning, 1994-2013



I figur 7.7 ser man utviklingen av mottak av helserelaterte trygdeytelser blant innvandrerkvinner som ikke har fullført videregående og de med videre utdanning. Man ser at det er en økning i risiko for begge gruppene. Det er likevel klart at de som ikke har fullført videregående har en gjennomgående større risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. I 1994 var predikert verdi for dropouts gruppen 28,10, og ved utgangen var predikert verdi 56,69. For de med videre utdanning var predikert verdi ved inngangen av perioden 9,87 mot 38,46 mot slutten av perioden. Det er en lik utvikling i absolutt endring for begge gruppene. Likevel er det en relativ større økning for de med videre utdanning på 74,33 prosent, mot de som droppet ut som hadde en endring på 50,43 prosent.

Figur 7.8 - Helselaterte trygdeytelser blant innvandrer menn etter egen utdanning, 1994-2013

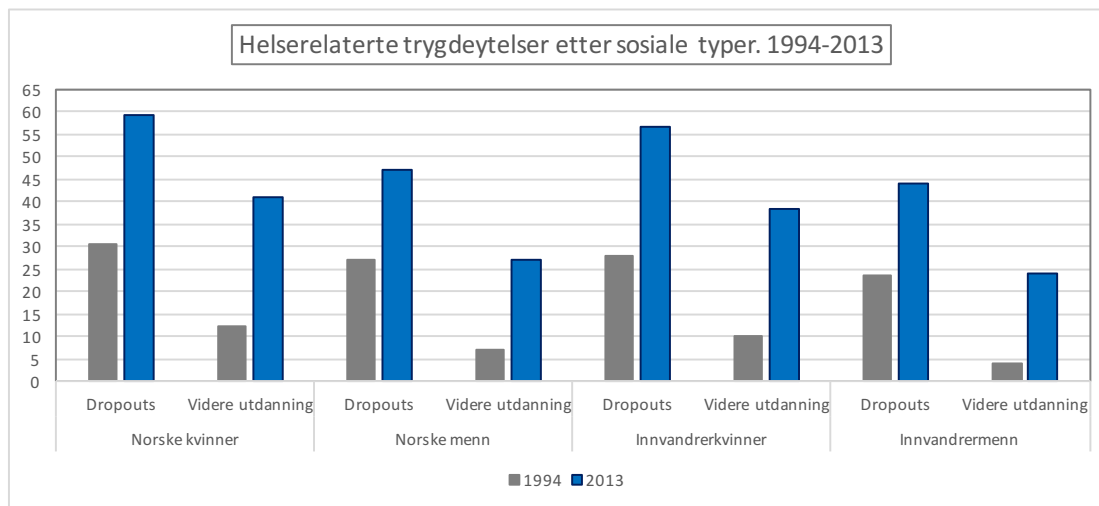


I figur 7.8 ser man utviklingen av helserelaterte trygdeytelser fra 1994-2013 blant innvandrer menn som har droppet ut av videregående og som har tatt videre utdanning. Trendlinjene viser at de som droppet ut av videregående har en gjennomgående større risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Videre har det vært en økning på tvers av utdanningsgruppene. Predikert verdi ved inngangen av perioden for de som ikke fullførte videregående var 23,62 og for de med videre utdanning 3,80. Ved utgangen er predikert verdi for førstnevnte 43,77 og sistnevnte 23,59. Igjen er den absolute endringen på 20,15 prosentpoeng. Den relative endringen er høyest blant de med videre utdanning på 84,13 prosent, mens for de med lavere utdanning 46,03 prosent.

I forhold til innvandrer menn har innvandrer kvinner større predikert sannsynlighet. Dette gjelder for både dropouts og de med videre utdanning. Innvandrer kvinner med videre utdanning har også større relativ endring enn innvandrer menn med videre utdanning. Den relative endringen for innvandrer kvinner var 86,42 prosent, mens for innvandrer menn var den relative endringen 84,13 prosent. For dropouts gruppen hadde innvandrer kvinnene en enda sterkere relativ endring enn innvandrer menn. For kvinner var den 59,37 prosent, mens for menn var den 46,03 prosent.

7.4.1 Endring i predikert verdi

Tabell 7.13 - Endring i predikert verdi for sosial typer etter egen utdanning, 1994-2013



Tabell 7.13 viser at det er norske kvinner og innvandrerkvinner uten fullført videregående (dropouts) som har størst predikert verdi både ved inngangen og utgangen av perioden. Det kommer også frem at det er innvandremenn har minst predikert verdi i 1994 og 2013.

Tabell 7.14 - Endring i predikert sannsynlighet for helserelatert trygdemottak i prosentpoeng og prosent for sosiale typer etter egen utdanning, 1994–2013

Sosial type		Endring i predikert verdi 1994-2013	Endring i prosentpoeng	Prosentvis endring
Norsk kvinne	Videre utdanning	12,36- 40,95	28,59	69,81
	Dropouts	30,59- 59,18	28,59	48,31
Norsk mann	Videre utdanning	7,05- 27,20	20,15	74,08
	Dropouts	26,87- 47,02	20,15	42,85
Innvandrerkvinne	Videre utdanning	9,87- 38,46	28,59	74,33
	Dropouts	28,10- 56,69	28,59	50,43

Innvandrer menn	Videre utdanning	3,80- 23,95	20,15	84,13
	Dropouts	23,62- 43,77	20,15	46,03

I tabell 7.14 ser man endring i predikert sannsynlighet for helserelaterte trygdeytelser i prosentpoeng, og prosent for sosiale typer etter egen utdanning. Her ser man at det er kvinner som har den sterkeste absolutte endringen på 28,59 prosentpoeng. Den relative endringen er sterkest blant innvandrere med videre utdanning. For innvandrer kvinner er økningen på 74,33 prosent, mens for innvandrer menn er økningen på 84,13 prosent.

7.5 Oppsummering av multivariate analyser og predikerte sannsynligheter

Her vil det bli presentert en oppsummering som er rettet til de empiriske resultatene i avsnitt 7.3 og 7.4. Først skal hovedfunnene for nordmenn bli presentert. Deretter vil hovedfunn for innvandrere bli presentert.

7.5.1 Sosial bakgrunn

Det er tre hovedfunn som vil bli fokusert på for nordmenn. Det første hovedfunnet for nordmenn er at sannsynligheten for mottak av helserelaterte trygdeordninger har økt på tvers av sosial bakgrunn fra inngangen til utgangen av perioden. Det andre hovedfunnet baserer seg på at kvinner gjennomgående har høyere predikert sannsynlighet enn menn etter sosial bakgrunn. Forskjellen i de predikerte sannsynlighetene fra inngangen til utgangen av perioden er blitt større på tvers av sosial bakgrunn, men den største forskjellen er blant menn og kvinner med lavere sosial bakgrunn. Dette tyder på at kjønnsforskjellen i helserelatert trygdefravær fortsatt er tilstedeværende. Videre er forskjeller etter sosial bakgrunn fortsatt fremtredende. Det tredje hovedfunnet er basert på den relative endringen. Her har endringen vært størst for menn med høyere sosial bakgrunn, rett etter kommer kvinner med høyere sosial bakgrunn. Dette tyder på at forskjeller etter sosial bakgrunn har økt relativt mest blant de med høyere sosial bakgrunn, selv om risikoen fortsatt er gjennomgående større for de med lavere sosialbakgrunn.

For innvandrere er det tre hovedfunn som vil bli presentert. Det første hovedfunnet blant innvandrere er at sannsynligheten for mottak av helserelevante trygdeytelser har økt på tvers av sosial bakgrunn fra 1994-2013. Det andre funnet er at sannsynligheten er større blant kvinner enn menn basert på predikerte sannsynligheter og absolutt endring. I slutten av perioden er kjønnsforskjellene større enn ved inngangen, basert på predikerte verdier. Det tredje hovedfunnet baserer seg på relativ endring. Her er det innvandrer menn med høyere sosial bakgrunn som har størst relativ endring, og deretter kommer innvandrere kvinner med høyere sosial bakgrunn. Dette tyder på at de med lavere sosial bakgrunn fortsatt innehar høyere risiko for mottak av helserelevante trygdeordninger, men at de med høyere sosial bakgrunn har hatt den største relative endringen.

De som har størst risiko for å motta helserelevante trygdeytelser basert på predikerte verdier, er norske kvinner med lavere sosial bakgrunn. De som har opplevd størst relativ endring er innvandrer menn med høyere sosial bakgrunn. Det er også denne gruppen som har gjennomgående minst risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser.

7.5.2 Utdanning

Det er tre hovedfunn som vil presenteres for nordmenn. I likhet med sosial bakgrunn er egen utdanning fortsatt en faktor som fører til ulikhet. Det første hovedfunnet er at sannsynligheten for helserelevante trygdemottak har økt for begge gruppene fra 1994-2013. Det andre hovedfunnet er at de som droppet ut av videregående har størst risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser. Dette gjelder både for menn og kvinner. Det tredje hovedfunnet viser derimot at den relative endringen er størst for de med videre utdanning. Her er det menn med videre utdanning som har hatt størst relativ endring.

For innvandrere vil det presenteres tre hovedfunn basert på de empiriske analysene. Det første hovedfunnet er at sannsynligheten har økt på tvers av utdanningsgruppene fra inngangen til utgangen av perioden. Det andre funnet viser at det er de som droppet ut av videregående som har gjennomgående høyest sannsynlighet for mottak av helserelevante trygdeytelser. Her er det kvinner som har høyest sannsynlighet. Til sist kom det frem at det er de med videre utdanning som har hatt den sterkeste relative endringen. Menn har hatt høyest endring.

Den gruppen som har høyest risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser er norske kvinner som har droppet ut av videregående. De som opplever minst risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser er innvandrer menn med høyere sosial bakgrunn. Paradokset er at det er denne gruppen som også har hatt den største relative endringen.

Sannsynligheten for mottak av helserelevante trygdeytelser har økt for alle de sosiale typene fra 1994-2013. Dette tyder på at kjennetegn som kjønn, etnisitet, sosial bakgrunn og egen utdanning fortsatt har betydning for risikoen for mottak av helserelevante trygdeytelser.

8.0 Analyse

8.1 Innledning

I dette kapittelet vil de empiriske resultatene bli drøftet i lys av teori og tidligere forskning presentert tidligere i oppgaven. Forskningsspørsmålet baserer seg på endringer over tid, og det vil med dette først legges vekt på den generelle utviklingen. I avsnitt 8.1 vil hovedfunnene bli sett i lys av utstøtingsmodellen, attraksjonsmodellen, medisinsk sosiologi og tidligere forskning. Videre vil det tas utgangspunkt i endringer basert på sosiale kjennetegn.

Forskningsspørsmålene som ønskes belyst er: 1) Har risikoen for helserelevante trygdeytelser blant unge voksne økt fra 1994 til 2013? 2) Har det vært en endring i betydningen av kjennetegn i form av kjønn, etnisitet, egen utdanning og sosial bakgrunn i løpet av samme periode? Først vil det fokuseres på tidsaspektet, og deretter vil det ses på om individuelle faktorer fører til høyere risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser.

8.2 Økt risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser blant unge voksne?

Det første forskningsspørsmålet som skal bli besvart er følgende: Har risikoen for helserelevante trygdeytelser blant unge voksne økt fra 1994 til 2013? Funnene fra de empiriske resultatene viser til en trend med større risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser i løpet

av perioden. Risikoen for å motta helserelevante trygdeytelser har i tillegg steget jevnt for alle de sosiale typene.

8.2.1 Utstøtingsprosesser?

Fra inngangen til utgangen av perioden har alle sosiale typers sannsynlighet for mottak av helserelevante trygdeytelser økt. I lys av utstøtingsmodellen er dette grunnet arbeidsmarkedets økende krav og individers manglende mulighet til å oppfylle disse kravene (Halvorsen 1977). Dette fører til at personer som ikke klarer å holde følge med arbeidsmarkedets utvikling, har større sannsynlighet for mottak av helserelevante trygdeytelser. Bratsberg et al. (2011) finner derimot ikke noen indikasjon på at arbeidsmarkedet har blitt mer krevende. Blant risikogrupper fant de ingen tendens til større sannsynlighet for å falle utenfor arbeidsmarkedet i 2003, enn i 1990. Von Soest og Hyggen (2013) mener at arbeidsmarkedet ikke nødvendigvis er mer brutalisert, men det foreligger økte krav til kommunikasjon og samhandling. Et økende krav til samhandling og omstillingsevne kan gjøre at personer med psykiske lidelser opplever problemer med å tilpasse seg, og får vansker med tilknytning til arbeidslivet (Berg og Thorbjørnsrud 2009). Bjørnstad (2006) anser det økte sykefraværet som følge av et mer inkluderende arbeidsmarkedet. Et økt sykefravær trenger ikke være på grunnlag av utstøtingsprosesser. Med den omfattende sykefraværsordningen blir det en åpning for personer som tidligere ikke hadde muligheten til å delta på arbeidsmarkedet. Som følge av dette vil et inkluderende arbeidsmarked resultere i et høyere sykefravær, da de med nedsatt helse får muligheten til å delta på arbeidsmarkedet.

Utsøtingsmodellen vektlegger at utstøting fra arbeidsmarkedet er et resultat av nedgangs konjunkturer, da dette gir individer innskrenkede handlingsmuligheter. Ved høy arbeidsledighet antas det at svakere grupper i større grad blir presset ut av arbeidsmarkedet. Arbeidsledighetsnivået blant unge voksne hadde en nedgang fra å ligge på 13 prosent i 1994, til 9 prosent 1998 (se figur 2.3). På den tiden økte sannsynligheten for mottak av helserelevante trygdeytelser blant alle de sosiale typene. I 2005 til 2007, hadde arbeidsledighetsnivået en ytterligere en nedgang fra rundt 12 prosent til 7 prosent, og førte ikke til en nedgang i risiko. Med unntak av norske - og innvandremenn som hadde en liten nedgang i risiko, som holdt seg stabil frem til og med 2009. Når arbeidsledigheten faller fortsetter risikoen å øke, dette indikerer at endring i risiko ikke nødvendigvis er direkte konjunkturbestemt. Det kan likevel

antas at den økonomiske utviklingen kan ha en indirekte effekt. Blekesaune (2012) har sett på hvordan disiplineringshypotesen og stressteori utfolder seg med tanke på sykefravær. Disiplineringshypotesen tilsier at jobbusikkerhet fører til lavere sykefravær, da det foreligger frykt for å miste jobben. Stressteori viser til at jobbusikkerhet øker sykefraværet, da dette fører til økt mentalt stressnivå. I studiet fant han at stressteori var den mest utslagsgivende teorien, da mentalt stressnivå slår ut i høyere sykefravær. Om dette er et trekk som vil være mest fremtredende i lavkonjunktur, enn høykonjunktur er usikkert. Som følge av den økende forekomsten av psykiske lidelser blant unge voksne, kan dette likeså være et trekk i høykonjunktur. Økt aktivitet i bedrifter fører til økt stress og belastning, og dette kan ha en utslagsgivende effekt på det mentale stressnivået og føre til nedsatt psykisk helse (Nossen 2008, 2009). Det må også tas høyde for at arbeidsledighets tallene fra Arbeidskraftundersøkelsen er basert på de som er aktivt arbeidssøkende. Som Colbjørnsen (1982) presiserer er ikke dette reelle tall, da flere unge som ikke har vært en del av arbeidsmarkedet er skjult arbeidsledige. Dette er personer som er forsørget av familien eller som mottar trygdeytelser. Grødem (2013) viser at den private forsørgelsen har vært konstant de siste tiårene. Samtidig viser de empiriske resultatene at det har vært en økning av unge voksne som mottar helserelaterte trygdeytelser. Dette kan være preget av unge voksne som ikke får innpass på arbeidsmarkedet og må legitimere sin ledighet med sykdom (Halvorsen 1977). Videre blir ønskene og holdningene relatert til arbeid preget av vansker med innpass på arbeidsmarkedet. Med innskrenkede muligheter og en marginaliseringsperiode, blir de utstøtt fra arbeidsmarkedet og ønsker ikke arbeid. De blir med dette ikke definert som arbeidsløse, men utstøtt (Halvorsen 1977).

8.2.2 Attraksjon og individuelle valg?

Attraksjonsmodellen hevder at endringer i stønadsordningene vil resultere i større sannsynlighet for overgang til helserelaterte trygdeytelser. I denne oppgaven foreligger det ikke noen oversikt over kompensasjonsgrad for overgang til helserelaterte trygdeytelser for unge voksne, og er dermed ikke mulig å avdekke. Grasdahl (2016) oppsummerer funn fra empirisk forskning som kartlegger hvordan utformingen av de helserelaterte trygdeordningene og/eller samspillet mellom dem, påvirker sykefravær og overgang til uføretrygd. Forskning viser at arbeidstakere og arbeidsgivere lar seg påvirke av økonomiske insentiver i offentlige trygdeordninger. Med mindre kompensasjon ved overgang til trygdeordninger, var det en

nedgang i mottak av slike ytelser. Politikken i Norge de siste tiårene har ikke inneholdt økonomiske innstramminger for å redusere tilstrømmingen til de helserelaterte trygdeordningene. Tiltak som har vært innført har for det første vært å etablere et oppfølgingsarbeid overfor sykemeldte, hvor både arbeidsgivere, lege og Nav er involvert. For det andre har det vært et fokus på utnyttelse av restarbeidsevne, dette har blitt gjennomført ved krav om funksjonsvurdering og økt bruk av gradert sykmelding (Grasdal 2016). Attraksjonsmodellen baserer seg på en antagelse om at individer lettere overlater økonomisk egenforsørging til samfunnet, som følge av enklere tilgang til trygdeytelser. I 2004 ble det blant annet innført arbeidskrav for sykmelding og unntaksbestemmelsen for attføring ble strammet inn til 2 år. I samme periode var det en nedgang i risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser blant alle de sosiale typene. Attraksjonsmodellen forklarer en økning i mottak av trygdeytelser basert på en kombinasjon av dårligere arbeidsmoral og sjenerøse kompensasjoner, og en oppmykning av sykdomsbegrepet. Dermed vil en regelinstramming føre til mindre mottak av helserelaterte ytelser. I henhold til dette kan en redusert risiko i 2004, ses i lys av attraksjonsmodellen. Likevel ser man allerede i 2005 at risikoen øker for alle de sosiale typene, og ved å basere en endring i risiko kun i lys av regelinstramminger anses ikke som tilstrekkelig.

Videre antas det at unge voksne har større tilstrømming til helserelaterte ordninger ved høy arbeidsledighet, da dette fører til innskrenkede muligheter for unge voksnes tilgang til arbeidslivet. Unge er de som er i mest risiko ved nedgangskonjunkturer. Slik som Harsløf og Ulmestig (2013) presiserer med at unge er i større grad en del av arbeidsmarkedet via midlertidige og deltidskontrakter. Arbeidsledighetsnivået blant unge hadde en økning fra 1998 til 2004, fra 9 til 12 prosent. På den tiden økte sannsynligheten for mottak av helserelaterte trygdeytelser blant alle de sosiale gruppene. I lys av prinsippal-agent-teorien kan det forstås som at agentene, her i form av de unge voksne, opplever vanskeligheter med innpass på arbeidsmarkedet og søker seg til trygd. Som følge av den økende medikaliseringen, hvor sosiale vansker blir visket ut og erstattet med helseproblemer, kan det antas at det er lettere for agentene å skjule informasjonen for prinsippalene, og at det er lettere å få innvilget helserelaterte trygdeytelser. Samtidig må det understrekes at risikoen fortsetter å øke uavhengig av ledighetsnivået utover i perioden. Det kan dermed antas at unge voksne opplever større grad av marginalisering på arbeidsmarkedet uavhengig av konjunkturer. Dette understrekes også av Barth og Von Simonsen (2012). Økt diagnostisering og tilbud til flere grupper kan bidra til å være en mekanisme som gjør at velferdssystemene ”skaper sin egen

etterspørsel”, og i tråd med attraksjonsmodellen fører til økende mottak av helserelaterte trygdeytelser.

8.2.3 Nedsatt helse?

Fra et medisinsk sosiologisk ståsted er en økning i risiko blant unge voksne preget av deres helsesituasjon. Denne forklaringen er ikke gjensidig utelukkende med tanke på de to andre perspektivene, men retter derimot fokus mot den generelle helsesituasjonen. Helse inngår ikke som en variabel, likevel er mottak av helserelaterte trygdeytelser en indikator på nedsatt helse. Helsetilstanden må bli satt i sammenheng med økte krav på arbeidsmarkedet. Det har vært en økt forekomst av psykiske lidelser og plager, i form av angst, depresjon og adferds – og personlighetsforstyrrelser. Dette er de vanligste årsakene til helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne (Brage og Thune 2008; Reneflot og Evensen 2011). Folkehelsen har på samme tid bedret seg i løpet av de siste to tiårene (Borgan og Hjemås 2010). Dette gjør at det stilles spørsmålstegn om dette skyldes et økende brutalisert arbeidsmarkedet, eller om det er endringer i diagnostiseringspraksis som fører til økningen på helserelaterte trygdeytelser (Hippe og Berge 2013). Brage og Bragstad (2011) mener at arbeidsmarkedet ikke nødvendigvis er mer brutalisert, men det foreligger økte krav til kommunikasjon og samhandling. Et økende krav til samhandling og omstillingsevne kan gjøre at personer med psykiske lidelser oppleve problemer med å tilpasse seg, og får vansker med tilknytning til arbeidslivet (Berg og Thorbjørnsrud 2009). På en annen side kan det være at Norge i forhold til andre OECD land, har en mer liberal diagnostiseringspraksis (Hippe og Berge 2013). En liberal diagnostiseringspraksis skyldes hva Lian (2006) kaller medikaliseringprosesser i samfunnet. En slik prosess er preget av at grensene mellom syk og frisk blir mindre, og bidrar til at gruppen av syke vokser. Med dette blir det lettere å få innvilget helserelaterte trygdeytelser som følge av at et økende antall tilstander blir kategorisert som medisinske diagnoser. Samtidig kan den økte kartleggingen og oppfølgingen av personer som allerede er inne i velferdssystemet, bidra til at de med helseproblemer blir overført til riktig ytelse. Mottakere av sosialhjelp som har nedsatt helse, kan med dette i større grad overføres til helserelaterte ytelser, og bidra til den økte utviklingen av unge voksne på helserelaterte ytelser.

Den økte risikoen for å motta helserelevante trygdeytelser blant unge voksne kan være forårsaket av endringer i arbeidslivet, velferdssystemet og helsetilstanden. Alle perspektivene bidrar til mulige forklaringer på denne økningen, og utelukker ikke hverandre.

8.3 Endret betydning av individuelle kjennetegn?

Forskjeller etter kjønn

I resultatene kommer det frem at kvinner har en jevnt over høyere risiko for mottak av helserelevante trygdeytelser i forhold til menn. Dette viser til at kvinner fortsatt er en risikogruppe med tanke på utstøtingsprosesser. Med kvinners inntog på arbeidsmarkedet har det vært fremtredende at kvinner i større grad har valgt høyere utdanning. Som følge av kvinners investering i human kapital, ville det vært rimelig å anta at dette skulle redusere risikoen for mottak av helserelevante trygdeytelser, da økt humankapital gjør en mer attraktiv på arbeidsmarkedet. Likevel er det menn som generelt har en mindre risiko, en forklaring kan ligge i menn og kvinners ulike yrkesvalg. Det høyeste sykefraværet blant kvinner er innen helse- og sosialtjenester, og denne næringen kjennetegnes med en større andel kvinner enn menn (Bø og Håland 2002). Næringen er i stor grad preget av deltidsstillinger og midlertidige kontrakter (Næsheim og Villund 2013). Dette fører til stor usikkerhet, noe som kan påvirke stressfaktorer og resultere i et økende sykefravær (Elstad 2005). Samtidig kan det argumenteres for at ulikheten i sykkelighet mellom menn og kvinner er biologiske, da kvinner og menn har tilbøyelighet til ulike sykdommer. Dette kan også ha sin årsak i delen av sykefraværet blant kvinner som er basert på svangerskaps – og reproduksjonsplager. Helseforskjeller mellom menn og kvinner har stått sentralt i medisinsk sosiologi, og blir presentert ved at ”women get sicker, but men die quicker” (Gabe og Elston 2004:9). Bjørnstad og Solli (2006) forklarer det økende sykefraværet med et mer inkluderende arbeidsliv. Et spesielt interessant funn er kvinners nedgang i risiko samtidig med menns økning i risiko i 2013, og dette kan tyde på at forskjeller etter kjønn er avtagende. Eventuelt kan dette være preget av at unge menn har høyest risiko for å oppleve arbeidsskade (Gravseth 2011). Dette kan resultere i at menn i større grad er preget av helsemessig utstøting, og er raskere tilbake i arbeid enn kvinner, som i større grad er plaget med muskel og skjelettplager (Ibid). Kjønnforskjellen er preget av at kvinner har en noe større risiko enn menn. Dette samsvarer

med hva Strand og Nielsen (2015) finner i sine analyser hvor kjønnsforskjellen er tilstedeværende, men ikke er like tydelig blant de som er under 30 år.

Forskjeller etter etnisitet

De med innvandringsbakgrunn har mindre risiko for helserelaterte trygdeytelser enn etnisk norske. Dette samsvarer med hva Strand og Nielsen (2015) fant i sine analyser, hvor det var mindre risiko for unge innvandrere i forhold til unge norske i mottak av helserelaterte trygdeytelser. Forskjell etter etnisitet var derimot større blant eldre aldersgrupper. Internasjonaliseringen på arbeidsmarkedet, kan være en forklaring på dette. Som følge av utvidelsen av EØS-området har innvandringen i stor grad vært arbeidsinnvandring. Unge innvandrere er overrepresentert som ufaglærte og i dårlig betalte jobber (Hippe og Berge 2013). Er unge norske mer tilbøyelige til å velge fritid fremfor dårlig betalte jobber? Økt konkurranse fra arbeidsinnvandrere kan også være en forklaring. Blant annet kan svensk ungdom sysselsatt i servicesektoren ha gjort det mer krevende for norsk ungdom å finne deltids- og ekstrajobber. Raaum (2009) definerer etniske minoriteter som en risikogruppe for sosial eksklusjon og marginalisering. Dette baserte han på etniske minoriteters dårligere skolegang, tidligere skoleavgang og høye arbeidsløshet. De empiriske resultatene viser at de med innvandringsbakgrunn har lavere sannsynlighet for trygdemottak sammenlignet med nordmenn uavhengig av utdanningslengde. Dette kan ha sammenheng med at innvandringsvariabelen i dette datasettet ikke kan defineres som etniske minoriteter, men heller personer med innvandringsbakgrunn. Dette er en meget heterogen gruppe, noe som i stor grad påvirker resultatene. Det som derimot er en interessant utvikling er den relative økningen blant de med innvandringsbakgrunn. Dette er en indikasjon på at de med innvandringsbakgrunn opplever større risiko for helserelaterte trygdeytelser i 2013, enn 1994.

Forskjeller etter egen utdanning

I lys av utstøtingsmodellen er det klare tendenser til at det er blitt større risiko for utstøting fra arbeidsmarkedet blant unge voksne. Siden 1990-tallet har arbeidsmarkedet vært preget av en økende effektivisering og blitt mer kunnskaps intensivert. Med utviklingen på arbeidsmarkedet har det blitt et økende krav til høyere utdanning. Helsemessig utstøting er spesielt synlig blant de som ikke har fullført videregående, da dette relateres til dårligere helse. I de empiriske resultatene kom det frem at de som ikke fullførte videregående hadde

størst sannsynlighet for å motta helserelaterte trygdeytelser. Dette kan forklares med en økende ”medikaliseringstendens” hvor sosiale problemer forstås som helseproblemer i møte med trygdesystemet. Unge voksne med sosiale problemer, mistilpasning og i tillegg lav utdanning, opplever at deres kvalifikasjoner i liten grad korresponderer med kravene i arbeidslivet. Dette fører til at de med lite kompetanse ikke får innpass på arbeidsmarkedet. Veien til trygd blir kortere for de som har lite utdanning. Kvinner anses for å være en risikogruppe for marginalisering og utstøting. Dette kommer også frem ved at det er kvinner som ikke har fullført videregående som har høyest sannsynlighet for å motta helserelaterte trygdeytelser.

En annen mulig forklaring kan være at nedsatt helse har hindret personer i å fullføre utdanningsløpet, og resultatet blir at personer med dårlig helse har lavere utdanning. Dette gjenspeiles med at lavere utdanning ofte er relatert til dårligere helse og arbeidsevne. Det er det kapitalistiske økonomiske systemet som legger en føring på samfunnets organisering av arbeidslivet. For å øke profitt er det mest lønnsomt å ha arbeidstakere som kan håndtere effektivisering og omstilling. Som en følge av dette er det de med høyere utdanning som blir vinnere, da de kan tilpasse seg det krevende arbeidsmarkedet. Det kunnskaps intensiverte arbeidsmarkedet i Norge er preget av den laveste andelen jobber for ufaglærte i OECD-området (Harsløf og Ulmestig 2013). Dette bidrar på sin side til at de med lavere utdanning ikke får innpass på arbeidsmarkedet. Ved vansker med å få arbeid, kan unge søke seg til trygd i henhold med attraksjonsmodellen.

Dette kan også ses i sammenheng med humankapitalteorien, hvor utdanning og arbeid viktige investeringer i human kapital. Personer som innehar høy humankapital i form av utdanning og arbeid blir ansett som mer attraktive ovenfor arbeidsgivere, da høy humankapital forbindes med produktivitetsevne. Personer som har investert i human kapital vil lettere få innpass på arbeidsmarkedet, og har mindre sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Dette kommer frem ved at de som har tatt videre utdanning har mindre sannsynlighet for mottak gjennomgående i hele perioden som undersøkes.

Det er et interessant funn at de med videre utdanning er blant de som har hatt høyest relativ endring i løpet av perioden. Dette er noe som viser at unge voksne med videre utdanning har opplevd sterkest økning i risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser, og dette kan være preget av flere mulige årsaker. For å motta helserelaterte trygdeytelser, så må det foreligge

nedsatt helse. Det antas at press på arbeidsmarkedet også legger press på de med videre utdanning. Videre sporer Goos et al. (2010) en vekst i lav- og topplønnsyrker, men en nedgang i middellønnsyrker. En slik utvikling viser at de med høyere sosioøkonomisk stand også er rammet av økt inntektsulikhet (Standing 2016). Økt human kapital i form av videre utdanning, har hatt en større relativ økning. Likevel er det fortsatt fremtredende i de empiriske analysene at humankapital spiller en viktig rolle for tilknytning til arbeidslivet, og risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser.

Forskjeller etter sosial bakgrunn

Det kommer frem i resultatene at forskjeller etter sosial bakgrunn er fremtredende. Gjennomgående har de med lavere sosial bakgrunn hatt høyere risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser, i forhold til de med høyere sosial bakgrunn. Harsløf og Ulmestig (2013) viser til at den økende individualiseringen fører til at enkeltpersoners valg og handlinger har blitt viktigere. Likevel har kulturelle omstendigheter en stor del av betydningen for ulike valg. Kulturelle omstendigheter blir med dette forstått som sosial bakgrunn. Dermed påvirker sosial bakgrunn i hvilken grad man har muligheten til sosial mobilitet. Dette blir også understreket av Raaum et al. (2009) sitt studie. Resultatene viste at et stort flertall av personer hvor foreldre hadde lavere inntekt og utdanning opplevde sosial eksklusjon og marginalisering, i forhold til sammenligningsgruppen, hvor foreldre hadde høyere inntekt og utdanning. Sosial bakgrunn har ofte en avgjørende rolle for unges tilpasning til voksenlivet (Haveman og Wolfe 1995; Hertz et al. 2007; Solon 1999) Som Elstad (2005) poengterer, helsegradienten er påvirket av sosioøkonomiske forhold. Ved lavere sosioøkonomisk stand, er det høyere sannsynlighet for dårligere helse, og med dette større sannsynlighet for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Poulton et al. (2002) sitt studie fant at lav sosioøkonomisk bakgrunn har en langvarig negativ påvirkning på helse som voksen. Dette er også uavhengig av hvordan helsen er som nyfødt, eller hvilken sosioøkonomisk status man har som voksen. Lav sosial klasse har en negativ påvirkning på helse, og sosial mobilitet klarte ikke å reversere de negative virkningene av lav sosioøkonomisk status som barn, og deres helse som voksen. Dette samsvarer med både Tubeuf et al (2012) og Power et al. (1996) sine funn at helseulikheten blant voksne forklares av forhold i barndommen, basert på helse og familiebakgrunn.

Et spesielt interessant funn rettet mot sosial bakgrunn var at de med høyere sosial bakgrunn hadde en høyere relativ økning, enn de med lavere sosial bakgrunn. Dette tilsier at høyere sosial bakgrunn ikke direkte er et sikkerhetsnett. Hva som er skyld i en høyere relativ økning blant de med høyere sosial bakgrunn, kan være preget av flere faktorer. Dette kan skyldes utdanningsekspløsjonen, som resulterte i at flere tok høyere utdanning. Dette viser at sosial bakgrunn har mindre å si i 2013, enn i 1994. Selv om predikert risiko er høyere for de med lav sosial bakgrunn gjennomgående i hele perioden, har utviklingen av sosial bakgrunn mindre å si for risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser. Om dette kan tilsi at det er blitt mer sjanselighet i form av Hernes (1973) sitt mål at ”det ikke skal være noen sammenheng mellom hvor man kommer fra og hvor man ender opp i samfunnspyramiden”, kan likevel ikke sies å ha blitt oppnådd i løpet av perioden. Fremdeles er det fremtredende at sosial bakgrunn har en betydning for unge voksne sin risiko for mottak av helserelaterte trygdeytelser.

9.0 Avslutning

I denne oppgaven har utviklingen av helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne blitt undersøkt. Videre ble det fokusert på hvilke individuelle trekk som kan påvirke risikoen. Formålet med oppgaven var å gi en bedre innsikt i unge voksnes mottak av helserelaterte trygdeytelser, samt å bidra til å fremheve viktige utviklingstrekk. Analysene i oppgaven støtter eksisterende kunnskap på flere punkt, men samtidig bidras det med noen nye funn. Ved å undersøke unge voksne sitt mottak av helserelaterte trygdeytelser i perioden fra 1994 til 2013, bidrar oppgaven med empiri som viser utviklingstrender over et tidsrom på 19 år. Slike trender er ønsket fra politisk hold, da dette kan gi indikasjoner på gode eller dårlige utfall av politiske beslutninger (Moisio 2014).

For å undersøke utviklingen av helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne ble det generert predikerte verdier for ulike sosiale typer i løpet av perioden fra 1994 til 2013. Resultatene viste at det har vært en økning i risiko for alle de sosiale typene. Det kom frem at risikoen var mest fremtredende hos kvinner med en høyest absolutt økning i prosentpoeng. Lavere sosial bakgrunn og frafall fra videregående er faktorer som fører til større sannsynlighet for helserelaterte trygdeytelser. Et spesielt interessant funn var den relative økningen i løpet av perioden for de med høyere sosial bakgrunn og videre utdanning. I lys av utstøtingsmodellen

blir mottak av helserelaterte trygdeytelser forstått som en skjult arbeidsledighet, og som et resultat av økte krav på arbeidsmarkedet (Halvorsen, 1977; Kolberg, 1979, 1992) Attraksjonsmodellen forklarer helserelaterte trygdeytelser som et resultat av individuelle beslutninger foretatt på bakgrunn av nytte-forholdet mellom arbeid og fritid, og kan forklare utviklingen ved at incentivet til å motta helserelaterte trygdeytelser har blitt større som følge av velferdsordningenes utforming (Wadensjo 1985; Marklund 1992). En tredje mulig fortolkning av analysene peker mot helsesituasjonen til de sosiale typene. Denne forklaringen er ikke gjensidig utelukkende i forhold til utstøtingsmodellen og attraksjonsmodellen, men retter heller fokus mot helsesituasjonen (Elstad 2005).

Som en sammenfatning må mottak av helserelaterte trygdeytelser ses i lys av endringer på arbeidsmarkedet, velferdssystemet og helsetilstanden. Mottak av helserelaterte trygdeytelser blant unge voksne er et økende fenomen. Økningen kan bære preg av at NAV har blitt flinkere til å identifisere personer med behov for hjelp. Samtidig kan det være preget av sviktende helse blant unge, eller at helserelaterte ytelse som tilbys, blir sett på som løsningen på et problem som har utspring i at unge voksne faller utenfor arbeidsmarkedet. Grødem et al (2013) viser til at den private forsørgelsen av unge voksne har vært konstant de siste tiårene, samtidig har bruken av helserelaterte ytelse gått opp. Det antas at deler av økingen skyldes manglende arbeidsintegrering blant unge. Er arbeidslinjas mål om flere i arbeid, færre på trygd nådd? De fleste tiltakene som har blitt satt i verk har vært preget av tilrettelegging og oppfølging ved mottak av trygdeytelser, og ikke direkte tiltak på arbeidsmarkedet. Det kan stilles spørsmål om arbeidspolitikk mot unge er i ferd med å bli en helsepolitikk?

I 2013 ble det innført en ny garanti for unge med nedsatt arbeidsevne, som skulle sikre at unge i aldersgruppen 20-24 år ble prioritert i oppfølgingen. Garantien hadde som mål at 90 prosent av gruppen unge med nedsatt arbeidsevne til enhver tid skulle ha en godkjent aktivitetsplan. I 2014 ble garantien utvidet til å omfatte alle unge under 30 år med nedsatt arbeidsevne. Utover en slik garanti har NAV også lagt stor vekt på å videreutvikle et mer utstrakt samarbeid med skole for å tidligere fange opp unge som er på vei til å bli marginaliserte. Eksempler på dette er NY GIV-satsingen, som rettet søkelyset mot å redusere frafallet fra videregående skole. Innenfor de ulike garantiordningene og satsingene er det etablert et mangefasettert samarbeid mellom NAV og skolesektoren/fylkeskommunene. Tilsvarende samarbeid mellom NAV og helsesektoren er ikke like utbredt og kan være et

mulig satsingsområde for å bedre tjenestene NAV gir til unge brukere med psykiske lidelser (Bragstad og Sørbø 2015).

9.1 Videre forskning

Dette studiet har bidratt til å besvare spørsmål ved endringer i unge voksnes mottak av helserelaterte trygdeytelser i løpet av perioden fra 1994 til 2013. Samtidig bidrar dette til flere spørsmål som er verdt å forfølge ved videre forskning. Garantiordningen og NY-GIV satsingen er forholdsvis nye ordninger, og det ville vært interessant å undersøkt om ordningene er vellykkede, og om dette har ført til bedret arbeidsmarkedstilknytning for de unge som har deltatt på ordningen. Eksklusjonsprosesser skjer over tid, og ved bruk av longitudinelle undersøkelser av unge voksne vil det være mulig å spore prosessene over tid. Ved å benytte seg av to sammenligningsgrupper fra forskjellige kommuner hvor en har høy forekomst av helserelaterte trygdeytelser, mens den andre har få, kan man følge de unge over tid. Hvilke faktorer har betydning i de to kontekstene? Varierer risikofaktorene mellom ulike kontekster? Her gjøres det mulighet for kobling med andre faktorer som arbeidsledighetsnivået i kommunen, og frafall fra videregående og helsefaktorer. Registerdata kan derimot kun bidra med begrenset informasjon om prosesser og årsaker. Ved forskning på unge voksne og risiko for marginaliseringsprosesser, er det en rekke faktorer som ikke kan tas høyde for i registerdata. Dette kan være i form av opplevelse av isolasjon, mobbing, dårlig møte med nav, og kan være utslagsgivende for utfallet til enkeltindivider. En longitudinell kvalitativ undersøkelse, hvor de unge intervjues på flere tidspunkter, kan bidra med subjektiv informasjon. Ved å ta i bruk et design hvor utvalget baseres på personer som er i risikozonen, og intervjuer dem med noen års mellomrom, vil kunne gi tilgang til gode data. Blant annet er dårlige karakterer på ungdomsskolen en kjent risikofaktor for frafall i videregående, og vanskeligheter med innpass på arbeidsmarkedet. Ved å følge disse ungdommene over tid kan dette bidra til mer inngående historier, om sårbare unges møte med den videregående skolen og arbeidsmarkedet. Dette kan bidra til å belyse flere årsaker til mottak av helserelaterte trygdeytelser blant unge.

Litteraturliste

- Aakvaag, Gunnar C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*, Oslo, Abstrakt forl.
- Abrahamsen, Signe Aase. (2013) En effektevaluering av ordningen med tidsbegrenset uførestønad. The University of Bergen.
- Barth, Erling og Simson, Kristine Von. (2012) Ungdomsarbeidsledighet og konjunkturer. *Økonomiske analyser*, 31, 38-45.
- Baydar, Nazli, Greek, April og Brooks-Gunn, Jeanne. (1997) A Longitudinal Study of the Effects of the Birth of a Sibling during the First 6 Years of Life. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 939-56.
- Becker, Gary S. (1985) Human Capital, Effort, and the Sexual Division of Labor. *Journal of Labor Economics*, 3, S33-S58.
- Becker, Gary S. (1993) *Human capital : a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Berg, Helene og Thorbjørnsrud, Trude. (2009) Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet (trykt utg.)*. Årg. 26, nr 3 (2009), S.389-399.
- Bjørnstad, Atle Fremming og Solli, Marte. (2006) Utviklingen i folketrygdens utgifter til sykepengar.
- Bjørnstad, Roger. (2006) Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?
- Blaikie, Norman. (2010) *Designing social research : the logic of anticipation*, Cambridge, Polity Press.
- Blekesaune, Morten. (2012) Job insecurity and sickness absence: correlations between attrition and absence in 36 occupational groups. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 40, 668-673.
- Borgan, Jens-Kristian. (1996) Socioeconomic trends in differential mortality among middle-aged males in Norway 1960-1990. *Yearbook of Population Research in Finland*, 33, 73-81.
- Borgan, Jens-Kristian og Hjemås, Geir. (2010) Bedret folkehelse siste 30 år: helse.

- Brage, Søren og Bragstad, Thorunn. (2011) Unge på arbeids-og helse relaterte ordninger. Arbeids-og velferdsdirektoratet Oslo.
- Brage, Søren og Thune, Ola. (2008) Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977-2006. *Arbeid og velferd*, 3, 28-36.
- Bragstad, Torunn og Sørbø, Johannes. (2015) Deltagelse i arbeidsrettede tiltak for unge med nedsatt arbeidsevne. *Arbeids og velferd1/2015*.
- Bratsberg, Bernt. (2002) Oppsummeringsrapport for temaet "Årsaker til lav sysselsetting" inkludert deltemaet "Innvandrere og arbeidsmarked".
- Bratsberg, Bernt, Hægeland, Torbjørn og Raaum, Oddbjørn. (2011) Tøffere krav? – Ferdigheter og deltakelse i arbeidslivet. *Søkelys på arbeidslivet*, 28, 302-3.
- Brown, Colin. (1984) *Black and White Britain: the third PSI survey*, Gower Aldershot.
- Bø, Tor Petter og Håland, Inger. (2002) Dokumentasjon av arbeidskraftundersøkelsen (AKU). *Statistics Norway" Notater*, 24.
- Børing, Pål. (2002) Varighet av yrkesrettet attføring: Kommer yrkeshemmede arbeidssøkere i jobb? *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 19, 157-167.
- Colbjørnsen, Tom. (1982) *Sysselsettingsproblemer : påtvunget eller selvvalgt?*, Bergen, Universitetsforlaget.
- Comrey, Andrew L og Lee, Howard B. (2006) *Elementary Statistics: A Problem Solving Approach 4th Edition*, Lulu. com.
- Cumming, Geoff og Finch, Sue. (2001) A Primer on the Understanding, Use, and Calculation of Confidence Intervals That Are Based on Central and Noncentral Distributions. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 532-74.
- De Ridder, Karin AA, Pape, Kristine, Johnsen, Roar, Westin, Steinar, Lingaas, Turid. H og Bjørngaard, Johan Håkon. (2012) School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *Journal of epidemiology and community health*, 66, 995-1000.
- Djuve, Anne-Britt, Nielsen, Roy A og Strand, Anne Hege (2012) Kvalifiseringsprogrammet og sosialhjelpsutgiftene. Fafo-rapport.

- Drøpping, Jon Anders (2003) Et mer inkluderende arbeidsliv: Kontinuitet og nyorientering i arbeidslinja. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 20, 119-124
- Dyrstad, Jan Morten og Lysø, Nina (1998) Økonomiske faktorer bak sykefraværet. *Norsk økonomisk tidsskrift*, 112, 155-184.
- Dølvik, Jon Erik, Fløtten, Tone, Hippe, Jon M og Jordfald, Bård. (2014) Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel. *Oslo, Fafo, NordMod—rapport, version anglaise, The Nordic Model towards, 2030.*
- Elstad, Jon Ivar. (1996) Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status—A comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science & Medicine*, 42, 75-89.
- Elstad, Jon Ivar. (1998) The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 20, 598-618.
- Elstad, Jon Ivar. (2005) Sosioøkonomiske ulikheter i helse : teorier og forklaringer. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Elstad, Jon Ivar. (2008) *Utdanning og helseulikheter: problemstillinger og forskningsfunn*, Helsedirektoratet.
- Elstad, Jon Ivar og Krokstad, Steinar. (2003) Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social science & medicine*, 57, 1475-1489.
- Engebretsen, Kristin Beate. (2010) Arbeidsavklaringspenger: En fullverdig erstatning for tidligere ytelser?
- Esping-Andersen, Gøsta. (2004) UNTYING THE GORDIAN KNOT OF SOCIAL INHERITANCE. *Research in Social Stratification and Mobility*, 21, 115-138.
- Falch, Torberg og Nyhus, Ole Henning. (2011) Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting og inaktivitet blant unge voksne. *Søkelys på arbeidslivet*, 28, 285-301.
- Fauske, Halvor .(2011) Oppvekst i et samfunn i endring. Bergen, Fagbokforl., cop. 2011.
- Fevang, Elisabeth og Røed, Knut .(2006) Veien til uføretrygd i Norge. *Rapport*, 10, 2006.

Fevang, Elisabeth, Røed, Knut, Westlie, Lars og Zhang, Tao. (2004) Veier inn i, rundt i, og ut av det norske trygde-og sosialhjelpssystemet.

Folketrygdloven – lov om folketrygd 28. februar 1997 nr. 19

Folland, Sherman, Goodman, Allen C og Stano, Miron. (2007) *The economics of health and health care*, Pearson Prentice Hall New Jersey.

Foster, E Michael. (1993) Labor Economics and Public Policy: Dominance of Constraints or Preferences? *Labor Economics: Problems in Analyzing Labor Markets*. Springer.

Gabe, Jonathan og Elston, Mike. (2004) *Key concepts in medical sociology*, United Kingdom: Sage Publications Ltd.

Goos, Maarten, Manning, Alan og Salomons, Anna. (2010) Explaining job polarization in Europe: the roles of technology, globalization and institutions. Centre for Economic Performance, LSE.

Grasdal, Astrid Louise. (2016) De helserelevante trygdeytelsene-Betydningen av økonomiske insentiver og samspill mellom trygdeordninger. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1, 102-124.

Gravseth, Hans Magne. (2011) Unge menn skader seg oftest på jobb. *Samfunnsspeilet*, 2011/2.

Grødem, Anne Skevik, Strand, Anne Hege. Henden og Velferd, arbeidsliv og migrasjon V.A.M. (2013) Velferdsordningene: temanotat. Oslo, Norges forskningsråd.

Hagelund, Anniken. (2014) *Sykefraværets politikk : trygdeordningen som ikke lot seg rikke?*, Oslo, Cappelen Damm akademisk.

Halvorsen, Bjørn, Hansen, Ole Johnny og Tågström, Jenny. (2012) Unge på kanten : om inkludering av utsatte ungdommer. København, Nordisk Ministerråd.

Halvorsen, Knut. (1977) *Arbeid eller trygd?*, Pax.

Halvorsen, Knut. (1980) Utstøting som forklaring på sanering av arbeidskraft'. I Knut Halvorsen, red.: *Arbeid og sysselsetting foran*.

Halvorsen, Knut. (1994) *Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering : levekår og mestrings*, Oslo, Universitetsforl.

- Hansen, Hans-Tore. (1997) Trygd-en midlertidig bro, eller en vei ut av arbeidsmarkedet? , Norges Handelshøyskole, Stiftelsen for Samfunns-og Næringslivsforskning.
- Hansen, Hans-Tore. (1998) Betydningen av individuelle valg i trygdekarrierer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 4.
- Hansen, Olaf Espeland og Hetland, Arve. (2013) FD-Trygd dokumentasjonsrapport : pensjoner 2005-2010 : grunn- og hjelpestønader 2005-2008. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- Harper, Sam, Lynch, John, Hsu, Wan-Ling, Everson, Susan, Hillemeier, Marianne, Raghunathan, Trivellore, Salonen, Jukka og Kapland, George. (2002) Life course socioeconomic conditions and adult psychosocial functioning. *International Journal of Epidemiology*, 31, 395-403.
- Harsløf, Ivan og Ulmestig, Rickard. (2013) *Changing social risks and social policy responses in the Nordic welfare states*, Springer.
- Hatland, Aksel. (2011) Innvandring og velferd. *Immigrants and welfare*, in A. Hatland (ed.), *Veivalg i velferdspolitikken*.
- Hauck, Katharina og Rice, Nigel. (2004) A longitudinal analysis of mental health mobility in Britain. *Health economics*, 13, 981-1001.
- Hauge, Linda og Opdalshei, Ole Alexander. (2000) Svangerskap og sykefravær. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 17, 89-93.
- Haveman, Robert og Wolfe, Barbara. (1995) The determinants of children's attainments: A review of methods and findings. *Journal of economic literature*, 33, 1829-1878.
- Heath, Anthony og Cheung, Sin Yi. (2007) Unequal chances: Ethnic minorities in Western labour markets.
- Heckman, James J, Stixrud, Jora og Urzua, Sergio. (2006) The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor economics*, 24, 411-482.
- Hellevik, Ottar. (2009) Linear versus logistic regression when the dependent variable is a dichotomy. *International Journal of Methodology*, 43, 59-74.
- Hernes, Gudmund. (1973) *Om ulikhetens reproduksjon*, Bergen, Levekårsundersøkelsen.

- Hertz, Tom, Piraino, Patrizio og Verashchagina, Alina. (2007) The inheritance of educational inequality: International comparisons and fifty-year trends. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 7, 1-46.
- Hippe, Jon. M og Berge, Øyvind. M. (2013) Ombygningens periode. Landrapport om Norge 1990-2013. *Ombygningens periode. Landrapport om Norge 1990-2013*.
- Hoekstra, Rink, Morey, Richard, Rouder, Jeffrey og Wagenmakers, Eric-Jan. (2014) Robust misinterpretation of confidence intervals. *Psychonomic Bulletin & Review*, 21, 1157-1164.
- Hyggen, Christer. (2013) Unge i og utenfor arbeidsmarkedet i Norden. *Søkelys på arbeidslivet*, 30, 357-378.
- Hyggen, Christer og Hammer, Torild. (2013) *Ung voksen og utenfor : mestring og marginalitet på vei til voksenliv*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Jentoft, Nina og Olsen, Torunn Skåltveit. (2009) Ikke av vond vilje : en evaluering av ordningen med tidsbegrenset uførestønad. Kristiansand, Agderforskning.
- Kann, Inger Cathrine, Yin, Jun og Kristoffersen, Per. (2016) Arbeidsavklaringspenger – Utviklingen i hvem som kommer inn. *Arbeid og velferd*, 2/2016.
- Kjær, Anders. (1978) *Udstødning fra arbeidsmarkedet: litteratur og begreber*, [Socialforskningsinstituttet]: i kommission hos Teknisk Forlag.
- Kjønstad, Asbjørn. (1992) *Folketrygdens uførepensjon*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Kolberg, Jon Eivind. (1974) *Trygde-Norge: den første studie av den sosiale bakgrunnen for det økende trygdeforbruket i vårt land*, Gyldendal.
- Kolberg, Jon Eivind og Hatland, Aksel. (1991) En empirisk utprøving av utstøtingsmodellen. *Trygd som fortjent*, 91-116.
- Komité, Nordisk Socialstatistisk. (2011) Ungdomsarbeidsledighet i Norden: en studie av rettigheter og tiltak for unge arbeidssøkere.
- Lian, Olaug S. (2006) Den moderne Eos-myten ; om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*, 14, 63-115.
- Lorentzen, Thomas. (2006) *Social assistance dynamics in Norway*, Universitet.

- Løvås, Gunnar G. (2013) *Statistikk for universiteter og høyskoler*, Universitetsforlaget.
- Macintyre, Sally. (1997) Health inequalities in modern societies and beyond. *Social science and medicine*, 44, 723-901.
- Mandal, Roland, Ofte, Håvard. J, Jensen, Chris og Ose Solveig. O. (2015) Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger som ytelse og ordning. *Trondheim: Sintef*.
- Marklund, Staffan. (1992) *Rehabilitering i ett samfunnsperspektiv*, Studentlitteratur.
- Moisio, Pasi, Lorentzen, Thomas, Bäckman, Olof, Angelin, Anna, Salonen, Tapio og Kauppinen Timo. (2014) Trends in the Intergenerational Transmission of Social Assistance in the Nordic Countries in the 2000s. *European Societies*, 1-21.
- Mood, Carina. (2010) Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review*, 26, 67-82.
- Mykletun, Arnstein. (2000) Overgang fra arbeid til trygd? : attraksjon eller utstøtning? Bergen, A. Mykletun.
- Nav. Ytelser fra nav. Hentet 11.12. 2016: <http://www.kco.no/files/dmfile/YtelserfraNAV.pdf>
- Nazroo, James. Y. (1998) Rethinking the relationship between ethnicity and mental health: the British Fourth National Survey of Ethnic Minorities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 145-148.
- NHO (2011). Velferdsfellen. Årskonferansen 2011. Oslo: NHO.
- Nordberg, Morten og Røed, Knut. (2002) Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle. *Frisch Report*, 2, 2002.
- Nossen, Jon Petter. (2010) Sykefravær og konjunkturer—en oversikt. *Norsk epidemiologi*, 19.
- NOU 2000: 27. *Sykefravær og uførepensjonering— Et inkluderende arbeidsliv*
- NOU 2004: 13. *En ny arbeids- og velferdsforvaltning— Om samordning av Aetat, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver*
- NOU 2008: 3. *Sett under ett— Ny struktur i høyere utdanning*
- NOU 2012: 6. *Arbeidsrettede tiltak*

- Næsheim, H og Villund, O (2013) Deltidsarbeid—blir forskjellene utjevnet [Part-time employment—are the inequalities reduced]. *Samfunnsspeilet*, 2, 24-7.
- OECD (2006) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland. Vol. 1*. OECD Publishing.
- OECD (2008) *Jobs for Youth – Norway*. Paris: OECD.
- OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers*. Paris: OECD.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Norway*. OECD Publishing.
- Pastore, Francesco. (2014) *The youth experience gap: explaining national differences in the school-to-work transition*, Springer.
- Poulton, Richie, et al. (2002) Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The lancet*, 360, 1640-1645.
- Power, Chris, Matthews, Sharon og Manor, Orly. (1996) Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? *Bmj*, 313, 449-453.
- Raaum, Oddbjørn, Rogstad, Jon, Røed, Knut og Westlie, Lars. (2009) Young and out: An application of a prospects-based concept of social exclusion. *Journal of Socio-Economics*, 38, 173-187.
- Raaum, Oddbjørn og Røed, Knut. (2006) Do business cycle conditions at the time of labor market entry affect future employment prospects? *The Review of Economics and Statistics*, 88, 193-210.
- Reneflot, Anne og Evensen, Miriam. (2011) Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden: En kunnskapsoversikt.
- Schreiner, Ragnhild Camilla. (2012) NAV-reformen: Flere i arbeid-færre på trygd?: En studie av effektene av reformen på trygdeklienters overgangsrater til arbeid, utdanning og uføretrygd.
- Schultz, Theodore W. (1961) Investment in human capital. *The American economic review*, 1-17.
- Schøyen, Mi Ah. (2016) Den norske velferdsstaten: En sosial investeringsstat? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19, 4-23.

- Scott, John og Marshall, Gordon. (2009) *A dictionary of sociology*, Oxford University Press, USA.
- Skevik, Anne. (2004) Lavinntekt og levekårsproblemer–to sider av samme sak. *Barns levekår. Hva betyr familiens inntekt*, 43-64.
- Skog, Ole-Jørgen. (2013) *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Smith, James P. (2004) Unraveling the SES: health connection. *Population and development review*, 30, 108-132.
- Solon, Gary. (1999) Intergenerational mobility in the labor market. *Handbook of labor economics*, 3, 1761-1800.
- SSB. (2015) *Samboere*. Hentet 12.12.2016:
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samboer/aar/2015-11-26>
- Standing, Guy. (2016) *The precariat: The new dangerous class*, Bloomsbury Publishing.
- Storvik, Aagoth Elise. (2003) Likestilling i arbeidslivet - hva betyr det, og hvordan skal det studeres? ; en kommentar til Trond Petersens artikkel "Likestilling i arbeidsmarkedet". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 44, 417-425.
- Strand, Anne Hege Henden og Nielsen, Roy A. (2015) *Veier inn i, gjennom og ut av arbeidsavklaringspenger : hvor langt unna arbeidslivet står mottakerne?*, Oslo.
- Sund, R. Erik og Krokstad, Steinar. (2005) Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. *Oslo: Sosial-og helsedirektoratet*.
- Svele, Ane-Louise. (2010) Arbeidsavklaringspenger – en ny ytelse fra folketrygden. *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett*, 42-76.
- Taylor-Gooby, Peter. (2004) *New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state*, Oxford University Press.
- Tubeuf, Sandy, Jusot, Florence og Bricard, Damien. (2012) Mediating role of education and lifestyles in the relationship between early-life conditions and health: evidence from the 1958 British Cohort. *Health economics*, 21, 129-150.
- Twaddle, Andrew C. (1974) The concept of health status. *Social Science and Medicine*, 8, 29-38.

- Van der Wel, Kjetil, Dahl, Espen, Lødemel, Ivar, Løyland, Borghild, Naper, Sille og Slagsvold, Marit. (2006) Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp.
- Vignes, Bo. (2011) Før tidspensjon og innvandrere.
- Vigtel, Trond Christian. (2016) Endringer i tildeling av ytelser fra NAV. *Søkelys på arbeidslivet*, 228-246.
- von Celsing, Anna-Sophia, Svärdsudd, Kurt, Eriksson, Hans-G, Björkegren, Karin, Eriksson, Margaretha og Wallman, Thorne. (2012) Determinants for return to work among sickness certified patients in general practice.(Research article)(Report). *BMC Public Health*, 12, 1077.
- von Simson, Kristine. (2016) Effekten av arbeidsmarkedstiltak og vikarbyråarbeid på overgang til jobb og utdanning for arbeidsledig ungdom uten fullført videregående skole. *Søkelys på arbeidslivet*, 32, 247-268.
- Von Soest, Tilmann og Hyggen, Christer. (2013) Psykiske plager blant ungdom og unge voksne–hva vet vi om utviklingen i de siste årtiene? *I: Torild Hammer & Christer Hyggen, red., Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet*, 1.
- Wadel, Cato. (1973) *Trygd og arbeid : arbeidsnotat om årsaker og implikasjoner av det økende trygdeforbruk*, Tromsø.
- Wadensjo, Eskil. (1985) *Disability policy in Sweden*, Swedish Institute for Social Research.
- Widding-Havnerås, Tarjei. (2016) Unge voksne som verken er i arbeid eller utdanning: En registerbasert studie, 1993–2009. *Søkelys på arbeidslivet*, 32, 360-378.
- Wooldridge, Jeffrey M. (2009) *Introductory econometrics : a modern approach*, Mason, Ohio, South-Western Cengage Learning.
- Wærness, Kari og Kolberg, Jon Eivind. (1979) *Trygd og samfunn : nytt syn på samspillet mellom trygdeordninger og samfunnsutvikling*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Zahl, Per-Henrik, Rognerud, Marit, Strand, Bjørn og Tverdal, Aage. (2003) *Bedre helse– større forskjeller*. Oslo: *Folkehelseinstituttet*.

