



# Representantforslag nr. 66

(2007-2008)

fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy og Åse Gunhild Woie Duesund

Dokument nr. 8: 66 (2007-2008)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy og Åse Gunhild Woie Duesund om tiltak for å redusere antallet som blir uføre i ung alder på grunn av psykiske lidelser

Til Stortinget

### BAKGRUNN

Andelen av arbeidsstyrken som er avhengig av ulike helserelaterte ytelser fra folketrygden, er svært høy i Norge. I 2007 mottok vel 24 prosent av arbeidsstyrken mellom 20 og 66 år ulike helserelaterte trygdeytelser. Personer med ulike uføreytelser utgjorde vel 14 prosent av samme arbeidsstyrke i henhold til tall for trygdemottakere fra NAV og tall for arbeidsstyrken fra Statistisk sentralbyrås (SSB) arbeidskraftundersøkelse.

OECD gjennomførte i 2006 en komparativ studie av politikken for sykefravær, rehabilitering, attføring og uførhet i Norge, Sveits og Polen<sup>1</sup>). Hovedkonklusjonen i denne rapporten er, ifølge oppsummeringen som gis i NOU 2007:4 Ny uførestønning og ny alderspensjon til uføre:

"Til tross for mange gode reformer og tiltak mener OECD at resultatene av den norske politikken er bemerkelsesverdig svake. Selv om den enkelte har mulighet til gradvis å øke arbeidsinnsatsen etter sykefravær og myndighetene har mulighet til å fengere uføreytelsene, mottar likevel de fleste 100 prosent ytelse. Introduksjonen av hvilende pensjonsrett, har ikke ført til økt avgang fra uføreytelsene. Ikke noe OECD-land bruker like mye penger som Norge på rehabilitering og attføring for å redusere tilgangen

til uføreytelsene. Likevel er andelen som kommer tilbake i arbeid ekstremt lav."

Hovedutfordringen for Norge er, ifølge OECD, å forstå hvorfor eksisterende virkemidler - som i utgangspunktet fremstår som gode - ikke gir de ønskede resultatene.

Det er altså en skuffende høy sannsynlighet for at personer som blir uføre i ung alder, vil bli stående varig utenfor arbeidslivet i mange år som de alternativt kunne benyttet til yrkeskarriere. På grunn av potensialet for å hindre en lang periode som trygdemottaker, er det ekstra viktig å bruke ressurser målrettet for å motvirke overgang til uføreytelser blant de yngre aldersgruppene. Det vil være både til den enkeltes og samfunnets beste.

Blant de yngre aldersgruppene er ulike psykiske lidelser den dominerende årsaken til at personer får innvilget uførepensjon. 56 prosent av alle mottakere av uførepensjon i aldersgruppen 18-39 år hadde ulike psykiske lidelser som hovedårsak i 2006 ifølge NAVs statistikk. Ulike nevroser og adferds- og personlighetsforstyrrelser var igjen den mest utbredte uførhetsårsak innenfor gruppen av psykiske lidelser (22,5 prosent av alle mottakere av uføreytelser).

Forsker Arnstein Mykletun ved Universitetet i Bergen<sup>2</sup>) oppgir at én av tre som mottar uføretrygd på grunn av psykiske problemer, sier de aldri har søkt hjelp for sine psykiske lidelser. Å redusere tersklene maksimalt for å ta kontakt med hjelpeapparatet vil derfor være viktig for å kunne komme tidligst mulig i kontakt med den enkelte for å tilby relevant hjelp og oppfølging.

På samme måte vil det være svært viktig å unngå å skape unødige terskler i møtet mellom den enkelte og det offentlige hjelpeapparatet når kontakten først

<sup>1</sup>. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers - Norway, Poland and Switzerland (OECD 2006)

<sup>2</sup>. Kilde: Aftenposten søndag 17. februar 2008

er etablert. Slike terskler, som for en frisk person vil fremstå som overkommelige, kan være det som fratar en person med en psykisk lidelse motivasjonen for å delta i et behandlingstilbud. Det er den subjektive oppfattelsen av tersklene som er bestemmende for motivasjonen. Veien kan være kort fra en depresjon til dysfunksjonell adferd og videre til destruktive miljøer dersom motivasjonen for å delta i et behandlingstilbud forsvinner.

Opplevelse av trygghet og forutsigbarhet i møte med velferdsforvaltning og medisinsk terapitilbud vil derfor være viktig, både for den første kontakt og for resultater i behandlings- og utføringsprosessen. Faktorer som medisinske miljøer peker på vil bidra til slik trygghet, er:

- at man ikke opplever å bli et "objekt" for ulike faglige miljøer, med stadig nye personer, nemnder etc. å måtte forholde seg til
- at man slipper prosesser og usikkerhet når det gjelder økonomisk sikring under terapiperioden
- at man slipper egenandeler for nødvendig medikamentell behandling, og dermed unngår nye prosesser for å få dekket dette via velferdsforvaltningen
- at de personer man møter i velferdsforvaltning og allmennmedisin har kunnskap om psykiske lidelser, og at møtet mellom den enkelte og forvaltningen bærer preg av dette.

Det vedtatte kvalifiseringsprogrammet med tilhørende kvalifiseringsstønad er ment som et tiltak for å gi økonomisk trygghet for personer med betydelig nedsatt arbeidsevne som trenger tett individuell oppfølging over tid for å komme i arbeid. Programmet skal bestå av arbeidsrettede tiltak, og kan kombineres med medisinsk behandling, opptrening og egenaktivitet som støtter opp om personens overgang til arbeid. Slik dette er utformet, er det ikke åpenbart at det vil omfatte alle i den aktuelle gruppen som vil

kunne være på vei mot en varig tilværelse som uføretrygdet uten adekvat hjelp.

Det er klare behov for styrket kompetanse både i velferdsforvaltningen og i det medisinske hjelpeapparatet når det gjelder psykiske lidelser. Et tegn på det er for eksempel at bare én av fem unge som konsulterer allmennpraktiserende lege, blir korrekt diagnostisert.<sup>3)</sup>

## FORSLAG

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber Regjeringen iverksette følgende tiltak for å få ned antallet personer som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser:

1. Gjennomgå regelverket for kvalifiseringsprogram, slik at alle som mottar et medisinsk behandlingstilbud for psykiske lidelser, kommer inn under programmet.
2. Innføre egenandelsfritak for personer under 40 år som mottar medisinsk rehabilitering, deltar i yrkesrettet attføring, som deltar i kvalifiseringsprogram eller er avhengig av sosialhjelp som hovedinntektskilde.
3. Iverksette et generelt kompetanseprogram i arbeids- og velferdsforvaltningen om psykiske lidelser, særlig rettet mot førstelinjetjenesten i NAV.
4. Øke forskningsbevilgningene til psykisk helse, og vurdere å opprette et eget kompetansesenter for psykisk helse ved en allmennmedisinsk avdeling på et av landets større universiteter.

<sup>3.</sup> Kramer, Garralda: Psychiatric disorders in adolescents in primary care, *British Journal of Psychiatry*, 173, pp 508-513

28. februar 2008